

número 38 / diciembre 2023

usuarATENCIÓN ALios

PUBLICACIÓN DE LA SE AUS

TECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LAS PERSONAS



05

Entrevista a
Javier Sánchez
Caro

09

Artículos

37

Estudios

53

Temas de Interés

67

XIX Congreso de
la SE AUS
"Humanizando la
Atención"

NÚMERO 38/ DICIEMBRE 2023

COORDINADORA DE LA REVISTA

MERCÈ TELLA BERNAUS

COMITÉ DE REDACCIÓN

PILAR FLURIA CHE GARCÍA-CARO, MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET, RODRIGO GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, RAFA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MERCÈ TELLA BERNAUS, ISABEL ZALDÍVAR LAGUÍA

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

LÍDIA AGUILERA LÍNDEZ

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA

MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET
mpilargonzalezserret@gmail.com

MERCÈ TELLA BERNAUS
vicepresidencia@seaus.net

SECRETARÍA TÉCNICA

LÍDIA AGUILERA LÍNDEZ
secretaria@seaus.net
Teléfono: 677 442 000

WWW.SEAUS.NET

SUMARIO

05

ENTREVISTA:

Javier Sánchez Caro

Profesor Honorario de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina. Presidente del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha. Director de la Revista Derecho y Salud. Vocal del Consejo Superior de Sanidad. Ministerio de Sanidad. Profesor de formación de Eulen Sociosanitarios. Director científico de la firma Derecho Sanitario Asesores. Vocal de varios comités de bioética.

09

ARTÍCULOS:

- Acompañando la soledad.
- Implementación de una Web App para Smartphone que dé apoyo a los usuarios durante todo el proceso perquirúrgico.
- Hacia un nuevo modelo de Servicio de Atención al Usuario Hospitalario.
- Revisión de los planes terapéuticos por parte del asistente clínico como estrategia sanitaria destinada a la optimización de los tratamientos en pacientes polimedcados PCC/MACA.

37

ESTUDIOS:

- El término “Humanización” en las redes sociales: Análisis del contenido en las cuentas oficiales de Twitter de los Servicios de Salud.
- Colaboración de profesionales sanitarios con asociaciones de pacientes y familiares: ¿Dónde estamos fallando?

53

TEMAS DE INTERÉS:

- Aprendizaje servicio para mejorar la percepción de los cuidados paliativos: una experiencia de voluntariado para estudiantes de Ciencias Sociales.
- Manual de buenas prácticas del Hospital Universitario de Bellvitge. Una co-creación entre ciudadanía y profesionales.
- Buenas prácticas en la Atención al Usuario.

67

XIX CONGRESO DE LA SEAUS:

- Resumen XIX Congreso de la SEAUS “Humanizando la atención”.
- Programa del Congreso.
- Resumen de fotos.
- Premios a la Mejor Comunicación y Mejor Póster del XIX Congreso de la SEAUS.

80

NOSOTROS:

Actividad de la SEAUS



EDITORIAL

Presentamos el N° 38 de nuestra revista Atención al Usuario, con el lema **Tecnología al servicio de las personas**. Una revista que pivota en tres aspectos que querríamos destacar:

- El primero, recordar que este año hace veinte años que se publicó la “Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones de información y documentación clínica” una ley que marcó un antes y un después en el ámbito de la salud y de los derechos de los pacientes, significando también un cambio importante para los profesionales. Una ley que abrió la puerta a otras leyes que ampliarían esa autonomía y reforzarían los derechos de usuarios y pacientes. Es por ello por lo que hemos realizado una entrevista a Javier Sánchez Caro, uno de los padres de la Ley de Autonomía.
- El segundo, la necesidad de avanzar en nuevas tecnologías, también en el ámbito de la salud, eso sí, adaptándolas y poniéndolas al servicio de las personas, procurando no dejar a nadie atrás o sin la atención necesaria. Unas personas, los usuarios y pacientes que son el objetivo principal del sistema de salud. Es por lo que, en esta revista, publicamos varios artículos y experiencias que tienen en común la utilización de la tecnología en beneficio de las personas.
- El tercero, implica por parte de la SEAUS renovarnos y avanzar. Avanzamos con la renovación este año de una parte importante de la Junta Directiva. Avanzamos con un nuevo Plan Estratégico 2023-2025 que nos permita reforzar nuestra presencia, nuestro trabajo y nuestras aportaciones al sistema de salud y a la ciudadanía. La SEAUS cumplirá treinta y cinco años en 2024, un hecho que nos enorgullece y podemos decir que hemos cumplido y cumplimos con los objetivos que motivaron su fundación. Nuestro compromiso con los derechos, la ética y la humanización están hoy plenamente vigentes.

Con estas premisas estamos ya trabajando en la celebración del próximo **XIII Simposio de la SEAUS** en Asturias el mes de mayo de 2024.

ENTREVISTA A JAVIER SÁNCHEZ CARO



JAVIER SÁNCHEZ CARO

Profesor Honorario de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina. Presidente del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha. Director de la Revista Derecho y Salud. Vocal del Consejo Superior de Sanidad. Ministerio de Sanidad. Profesor de formación de Eulen Sociosanitarios. Director científico de la firma Derecho Sanitario Asesores. Vocal de varios comités de bioética.

Ha sido:

Secretario General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Secretario General del Instituto nacional de la Salud. Secretario General del Plan Nacional para el síndrome tóxico. Subdirector general-jefe de los servicios jurídicos del INSALUD. Director del Área de Bioética y Derecho Sanitario de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

1- Ud. fue unos de los padres de la Ley de Autonomía del Paciente, que ha cumplido este año veinte años, ¿Qué significó en ese momento la Ley de Autonomía?

La Ley de Autonomía llevó a cabo un cambio profundo en la manera de entender la relación clínica en su más amplio sentido, tanto en lo referente a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos como en lo que atañe a la investigación. El paciente adquiere un mayor protagonismo desde el momento en que su voluntad decisoria, como regla general, transforma una relación vertical (en la que los médicos, las enfermeras y otros profesionales sanitarios constituían el eje de esta) en una relación horizontal (en la que la autoridad de la relación se desplaza al paciente), para lo que es necesario recibir una información adecuada antes de efectuar el consentimiento (teoría del consentimiento informado).

2- ¿Qué implicación tuvo para los profesionales esta ley?

Como ocurre con todos los cambios que son objeto de un proceso gradual, la Ley sancionó una manera de entender la relación que ya contaba con multitud de adhesiones en la sociedad. Las leyes no innovan si no cuentan con un importante apoyo social, como es el caso que contemplamos. Por lo tanto, una gran parte de los profesionales sanitarios se adaptaron a la nueva norma sin dificultad, aunque forzoso es admitir que el proceso resultó más complicado para las generaciones educadas en una forma de entender la medicina distinta de la preconizada por la Ley. Hoy nadie entendería otra forma de comprender la relación clínica que no sea la que pase por el reconocimiento de la autonomía del paciente, máxime si se tiene en cuenta nuestra integración en la Unión Europea (un ejemplo, es el Convenio de Oviedo y otro, la Carta de los Derechos de los Pacientes de dicha Unión).

3- En el “XIX Congreso de la SEAUS” en Pamplona, en su intervención Ud. afirmó que la Ley era, en aquel momento, el mayor elemento de humanización. ¿Qué significa exactamente esa afirmación?

El humanismo, como corriente intelectual, arranca en el Renacimiento, fundada en el estudio de las humanidades griegas y latinas, y desemboca en una determinada valoración de la persona, pero, desde el punto de vista filosófico, tiene un sentido más amplio: ser humanista consiste en considerar a la humanidad como un valor, e incluso como el valor supremo. En el ámbito sanitario, la Ley de Autonomía del Paciente elevó el rango de la humanidad doliente mediante el otorgamiento de una serie de derechos que contribuyeron, sin ninguna duda, a realzar la figura del paciente y a colocarle en el centro de las preocupaciones. Se nace hombre o mujer; se deviene humano, un proceso que vale tanto para la especie como para la persona. La humanización no es otra cosa que la prolongación cultural de la hominización. Nuestra Ley contribuyó a ello y ese es el sentido de mi pronunciamiento: ningún otro sector de la sociedad española hizo tanto por las personas como hizo nuestra norma en favor de todos nosotros.

4- ¿Qué relación podemos establecer entre la Ley y la dignidad de la persona?

La dignidad es el fundamento de la ética, su esencia. Nos impone a todos obrar de modo que nunca nos tratemos a nosotros mismos ni a los demás como simples medios, sino siempre al mismo tiempo como fines (KANT). Todo ser racional es fin en sí mismo y no medio para otra cosa. Las personas son seres absolutamente valiosos y por eso no pueden ser tratadas como instrumentos, no tienen precio, sino dignidad. No puede extrañar, por tanto, que nuestra Constitución (artículo 10.1) establezca que la dignidad sea uno de los fundamentos del orden político y de la paz social, un valor constitucional y de todo el ordenamiento jurídico. Los valores son los que fundamentan las normas, esto es, las leyes tienen que edificarse respetando el suelo, el valor de la dignidad. Toda norma está, por así decirlo, sujeta al estándar mínimo de la dignidad que no es graduable, pero a partir de ese mínimo sí que cabe hablar de cierta gradualidad: las condiciones de una vida digna pueden estar mejor o peor garantizadas. Todo ello sin entrar ahora en la determinación de ese estándar mínimo, del que me he ocupado en alguna ocasión y al que me remito (“Ética y medicamentos”, Javier Sánchez Caro, Revista de la Asociación Acceso Justo al Medicamento, N° 1, marzo 2021, disponible en internet).

5- La Ley contempla el poder realizar el Documento de Instrucciones Previas, Documento de Voluntades Anticipadas o Testamento Vital como se las llama también, un tema muy importante. ¿Cree que ha tenido respuesta adecuada teniendo en cuenta el número de documentos presentados? ¿Qué falla, es la información, pocas campañas de promoción...?

Son varias las causas por las que “el testamento vital” (instrucciones previas, según la Ley) no ha tenido el desarrollo pretendido.

Digamos, para empezar, que el reconocimiento de esta figura fue uno de los principales escollos para que la norma saliera adelante. Se pensaba que era una puerta de entrada subrepticia de la eutanasia y por eso se exigió una serie de límites que recoge la ley (entre ellos la “lex artis”, artículo 11.3). Claro está que hoy lo contemplamos desde otra perspectiva, desde el momento en que tenemos una ley de eutanasia. Creo, sinceramente, que, en general, salvo casos concretos, no se ha tenido mucho interés en establecer planes informativos sobre esta cuestión. A lo que hay que añadir la dificultad que tienen muchas personas para hablar de estos temas que se mueven alrededor de la muerte y que originan un rechazo al no querer planteárselos. Se ha de tener en cuenta el entorno de la sociedad en que nos movemos que es hedonista, sensual, cortoplacista y cuyo referente son los triunfadores. Además, se trata actualmente de una sociedad que escamotea la muerte, que vive de espaldas a ella, a diferencia de otras épocas en las que se tenía siempre presente.

6- ¿Hasta dónde puede llegar la autonomía? ¿Hay limitaciones a la voluntad del paciente?

Ningún valor tiene el carácter de absoluto, ni en el campo de la bioética ni en el del Derecho. La autonomía tampoco, con ser un valor muy importante. Según la teoría principialista —la más seguida por los profesionales sanitarios— no existe una jerarquía que permita solucionar un conflicto mediante un mecanismo deductivo, basado en la fuerza de un principio sobre otros. Los principios se consideran prima facie y solo encontraremos la solución, el equilibrio entre lo justo y lo injusto, en cada contexto concreto mediante el método del balance. En estas mismas coordenadas, dentro de su método específico, se mueven las leyes cuando entran en conflicto, utilizando la ponderación adecuada en el supuesto concreto. Nuestro Tribunal Constitucional repite constantemente que no hay valores absolutos y que todos son susceptibles de ceder según las diversas situaciones en las que se encuentren. La autonomía, pues, puede ceder su rango en varias situaciones: el paciente no le puede decir al profesional que técnica debe emplear en la asistencia, pues se trata de un aspecto que solo le corresponde al sanitario de acuerdo con las reglas de la “lex artis”, salvo que existan alternativas conforme a la ciencia de la medicina, debidamente asesoradas por el profesional; el médico o profesional sanitario correspondiente puede no llevar a cabo su atención cuando entienda que afecte a su conciencia, planteando la objeción correspondiente admitida en la ley o reconocida por la jurisprudencia (en el caso del aborto, por ejemplo). Los valores comunitarios (por ejemplo, en determinados casos de salud pública) anulan las posibilidades de la autonomía, como hemos visto en el caso de la Covid, etc.

7- En estos veinte años se ha ido avanzando y se han promulgado leyes importantes que refuerzan y amplían la autonomía del paciente, un ejemplo es la Ley de Eutanasia. ¿Se ha completado adecuadamente la Ley de Autonomía con ellas?

Las posibilidades de que la autonomía de las personas, en su desarrollo histórico, alcancen nuevas cotas está en función de la evolución de las sociedades, como es lógico. La tensión persona—comunidad es antigua y permanente, se encuentra en el pasado y en la actualidad y discurre paralela a la tensión libertad—seguridad.

Lo que se observa en nuestra sociedad es un fenómeno doble: por un lado, la seguridad se abre camino a costa de determinados derechos individuales (por ejemplo, la intimidad cede, cada vez más, ante el ojo del “gran hermano” instalado en las calles, en las oficinas o en el trabajo) pero, al mismo tiempo, se observa un avance en el desarrollo de la autonomía (la ley de eutanasia sería un ejemplo). Desde este punto de vista, mi sentir es que la autonomía, en el ámbito sanitario, no ha desarrollado todavía todas sus posibilidades, y va avanzando en diversos campos (modificación del código civil en favor de la autonomía de los discapacitados necesitados de apoyo, derechos de las mujeres en el parto...).

8- Humanismo, valores, información. ¿Estamos igual o mejor que hace veinte años?

Estamos mucho mejor que hace veinte años. Los que ya tenemos una cierta edad podemos dar fe de ello. Con una perspectiva histórica no muy larga, 50 o 60 años, al echar la vista atrás uno se da cuenta de lo que hemos mejorado. Es verdad que la vida de los seres humanos es muy corta y hace imposible una visión mayor, pero existe, sin ninguna duda, un progreso moral, aunque no se produzca de una manera lineal y, en ocasiones, aparezcan dientes de sierra. La visión integral es superadora y mejor en todos los órdenes. Lo que ocurre, y es lógico, es que el acceso a un determinado nivel, cuando se estabiliza, tiende a considerarse como una plataforma mínima para seguir creciendo y mejorando. Lo anterior no impide, claro está, que estemos atentos en la defensa de las conquistas sociales y en su mejora a lo largo del tiempo (Sistema Nacional de Salud, Educación, Servicios Sociales, fundamentalmente).

9- Autonomía, humanización, dignidad. ¿Cómo se compaginan en el ámbito de la salud mental o el sociosanitario?

Es un lugar común, en el campo de la autonomía, afirmar que las personas deben ser tratadas con el respeto que exige su autonomía, así como que aquellas que la tengan disminuida deben ser objeto de protección. La valoración de la incapacidad de hecho para un acto concreto (capacidad "ad hoc") corresponde al médico responsable a través de una entrevista clínica en la que se ha de tener en cuenta la capacidad de comprensión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección por parte del paciente. Todo ello sin perjuicio de que, ante un resultado no concluyente, pueda recurrir a herramientas de apoyo o a la interconsulta con un profesional sanitario experto. Plantea cuestiones específicas, en las que ahora no se entra, el menor maduro. Un aspecto de mucho interés es el que se deriva del internamiento psiquiátrico por razón de trastorno psíquico, que debe cumplir una serie de garantías con arreglo a la ley (art-763 de la ley de enjuiciamiento civil) y que debe responder a motivaciones terapéuticas de seguridad, barajando siempre la posibilidad de alternativas menos restrictivas y con aplicación del principio de proporcionalidad: peligro inminente e inequívoco de autoagresividad o heteroagresividad. Pero el aspecto más interesante en el momento presente viene dado por la reforma profunda de la incapacitación civil, derivada del Convenio de Nueva York (2006) y desarrollada en España por la ley correspondiente (ley 8/2001), de la que nos hemos ocupado en otras ocasiones y de la que, ahora, solo podemos dar algunas pinceladas. La terminología que se ha de utilizar ahora es la de "persona discapacitada necesitada de apoyos", con eliminación de la tutela y la patria potestad prorrogada y rehabilitada por su rigidez y no ser respetuosas con la autonomía. Su principio básico es el del mantenimiento de la voluntad, los deseos y las preferencias de las personas con discapacidad. Se supera el paradigma de la sustitución. No pivota sobre la incapacitación (se le considera capaz) ni sobre la modificación de una capacidad que resulta inherente a la condición de persona humana y no puede modificarse.

La idea central es el apoyo a la persona (término amplio) y solo en situaciones de imposibilidad, después de hacer los esfuerzos necesarios para evitarlo, puede concretarse en la representación en la toma de decisiones (curatela, apoyo continuado, que requiere la enumeración de actos por el juez). En todo caso, la preferencia es por las medidas voluntarias de apoyo que pueda adoptar la persona con discapacidad. No cabe duda de la humanización efectuada por esta ley y de la necesidad de modificar algunos preceptos de la ley de autonomía del paciente para acomodarlos a la nueva situación.

10- Hoy estamos totalmente inmersos en la era digital. ¿Cómo afectan las tecnologías y las nuevas formas de comunicación a la autonomía del paciente, a sus valores, a su dignidad, a la humanización de la asistencia?

Sobre este asunto se acaba de pronunciar el Comité de Bioética de Castilla-La Mancha, por lo que remito al mismo a todo el que esté interesado en estas cuestiones. Basta teclear Informes del Comité | Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Castillalamancha.es).



ACOMPañANDO LA SOLEDAD

JORDI RAMÓN RIZO

E-mail: jordi.ramon@sjd.es

Telefono 630324107

**Enfermero especialista en Salud Mental de adultos, CSMA
Cornellà de Llobregat, Barcelona**

RESUMEN

Introducción:

La soledad en la tercera edad empeora notablemente la calidad de vida y ocasiona un aumento en la demanda de los servicios sanitarios y sociales. En este contexto, los estudios demuestran que las intervenciones comunitarias más efectivas son las realizadas con carácter educativo o de apoyo y de manera grupal.

Objetivo: Demostrar el impacto de una intervención grupal sobre la percepción de soledad y salud en la tercera edad.

Metodología:

Estudio cuantitativo cuasi experimental, no controlado, de pre y post intervención, realizado en usuarios de cuatro áreas básicas de salud. Se incluyeron usuarios mayores de 64 años en situación de soledad y procedentes de servicios de atención primaria. Las variables cuantitativas obtenidas a partir de las historias clínicas fueron: número de visitas en el Área Básica y en Salud Mental, actividades en la comunidad, peso, IMC, datos analíticos y farmacológicos. La percepción de soledad se cuantificó a través de la escala ESTE II. Todas las variables estudiadas fueron analizadas previamente a la intervención y un año después.

Resultados:

Se incluyeron 63 participantes, 16% (n=10) de hombres y 84% (n=53) de mujeres, con edades comprendidas entre los 64 y 88 años. Después de la intervención se observó una disminución significativa en el número de visitas en los centros de atención primaria y de salud mental, aumento de actividades comunitaria, disminución de los factores de riesgo y toma de fármacos y mejora en la percepción de soledad.

Conclusión:

Una intervención comunitaria y grupal en personas mayores que se encuentran en situación de soledad tiene un efecto beneficioso, ya que disminuye los principales factores de riesgo de la salud y favorece una disminución del uso de fármacos. También conduce a un descenso en la demanda de visitas y a mejores resultados sobre la percepción de soledad.

SUMMARY

Title: Accompanying loneliness

Introduction: Loneliness at the old age make worse the quality of life and causes an increase in the demand for health and social services. In this context, studies demonstrate that the community interventions that have the best effectiveness, are those carried out with educational and supportive character in a group way.

Objective: Demonstrate the impact of a group intervention on the perception of loneliness and health at the old age.

Methodology: Study Quantitative quasi-experimental, uncontrolled, pre and post intervention study conducted in users of four basic health areas. Users over 64 years old in solitude and from primary care were included. The quantitative variables obtained from the medical records were number of visits in the Basic and Mental Health Area, community activities, weight, BMI, analytical and pharmacological data. The perception of loneliness was quantified through the ESTE II scale. All the variables studied were analyzed before intervention and one year after it.

Results: 63 participants were included, 16% (n = 10) of men and 84% (n = 53) of women, aged between 64 and 88 years. After the intervention, there was a significant decrease in the number of visits, increase in activities, decrease in risk factors and taking pills and improvement in the perception of loneliness.

Conclusion: A community and group intervention in older people who are in a situation of solitude has a beneficial effect, since it reduces the main health risk factors and favors a decrease in the use of pills. It also leads to a decrease in the demand for visits and improve results on the perception of loneliness.

EXPERIENCIA

Todo empezó en octubre 2013. Trabajo en un centro de salud mental que tiene un programa llamado “soporte a la primaria”, donde una vez a la semana acudimos al CAP para visitar. Dentro de las derivaciones que llegaban para visitar, había mucha gente mayor derivada por ansiedad, depresión, t. adaptativo, etc. y que al explorar el caso descubrí que tenían un problema de soledad. Con el paso de los meses veías que estos pacientes hacían una “hiperfrecuentación” de visitas y también había un aumento de fármacos. La mayoría explicaban que no estaban deprimidos, es decir que detrás de la sintomatología “depresiva” había un contexto de pérdida o cambios vitales que tenían como punto en común la soledad:

“estoy triste porque la persona que ha estado conmigo 50 años no está”, “siempre he sido la que ha cuidado de todos, pero ahora que ya no puedo no me necesitan para nada”.

Me encontré con situaciones vitales, de cambio, que producían una ruptura del lazo y de las rutinas que animaban la vida de las personas.

La demanda iba en aumento tanto en el número de personas como de visitas, llegando a colapsar las listas de espera. Durante las visitas individuales se trabajaba escucha activa, contención verbal y apoyo emocional. La idea de movilizar a los usuarios de forma individual se hacía compleja, sobre todo por la cronificación de las AVDs y por la dificultad de hacer entender de forma individual la importancia de los factores relacionales y de soporte comunitario. Entonces surge la idea de hacer puertas de entrada y de salida.

A medida que van entrando personas con valoración de soledad desde la comunidad al sistema sanitario, intentaremos hacer paso contrario, de sistema sanitario a sistema comunitario, escuchando y trabajando sus necesidades. Por tanto, se buscó un equipamiento fuera del CAP, en este caso, una biblioteca. En las visitas de seguimiento se plantea la posibilidad de acudir a un grupo de estimulación cognitiva donde, al trabajar memoria, siempre aceptan y desde allí poder ampliar el trabajo relacionado con la soledad. Se les explica que van a ser sesiones semanales y el trabajo y objetivo que se pretende. Es un grupo abierto, donde se pueden incluir personas en el momento que se detecte la soledad, si aceptan venir al grupo.

En la primera sesión grupal de cada usuario se pasará un test de soledad y se les dará una hoja en blanco para que apunten las actividades que les gustaría hacer en el futuro, a diferencia de otros grupos donde las actividades son dirigidas desde el propio referente del grupo. También firmarán un compromiso de salud, con el fin de dejarse ayudar, siempre escuchando sus necesidades.



Una vez han anotado las actividades, nos informaremos en la comunidad de las actividades que han solicitado para poder ir enfocando a cada paciente en las actividades que sean motivadoras para ellos, pensando que, de esta forma de elección, es más probable que mantengan motivación por iniciar y mantener las actividades y no acudan para “matar el tiempo”. También trabajaremos que las actividades sean gratuitas para facilitar el acceso a todos los componentes del grupo.

Todos los participantes del grupo pasan por un curso de manejo de móvil de 3 días y son incluidos en un grupo de WhatsApp, donde comparten experiencias, comentarios e informaciones y que les proporciona un sentimiento de pertenencia al grupo. La idea del grupo de WhatsApp, ha sido fundamental para el manejo y control de la situación de la pandemia.

Durante el año se trabaja la derivación a las actividades que habían escogido, siempre con el soporte del grupo de soledad y dejando puerta abierta a mantener el vínculo. El grupo estaba planteado para sesiones semanales de 1 hora con 10/12 pacientes, pero ha sido tal la demanda, que actualmente el grupo es de 54 personas.

Después de casi 8 años trabajando la soledad, se demuestra que, con un trabajo grupal y un posterior soporte, mejora la percepción de soledad y los factores de riesgo cardiovascular al promover los hábitos saludables. Además, produce una disminución de visitas médicas, así como una reducción de tratamiento farmacológico.

La metodología del estudio fue cuantitativa cuasiexperimental, no controlado, de pre y post intervención, incluyendo 63 participantes, 16% (n=10) de hombres y 84% (n=53) de mujeres, con edades comprendidas entre los 64 y 88 años, residentes en hogares unipersonales, usuarios de servicios atención primaria y con escasos recursos familiares, comunitarios y/o sociales para sostener satisfactoriamente la situación de soledad. De la muestra fueron excluidas las personas con deterioro cognitivo moderado o grave, así como dependencia moderada o grave en la realización de las actividades de la vida diaria (ABVD)

La intervención consistió en un taller anual, abierto y con sesiones semanales de 60 minutos enfocado a la estimulación cognitiva, a la mejora de los patrones relacionales interpersonales y los hábitos de vida saludables.

Las variables cuantitativas obtenidas a partir de las historias clínicas fueron las siguientes: número de visitas en el Área Básica y en Salud Mental en 1 año, actividades en realizadas en equipamientos comunitarios, casales, asociaciones, etc.), peso, índice de masa corporal (IMC), datos analíticos y farmacológicos. La percepción de soledad se cuantificó a través de la escala ESTE. Todas las variables de estudio fueron analizadas pre-intervención y un año después de que se iniciara.



Los objetivos que se trabajan en el grupo, son los siguientes:

- Demostrar que las personas mayores con riesgo de soledad, con un espacio semanal comunitario, mejoran la calidad de vida, reduciendo de esta forma visitas médicas y fármacos, mejorando factores de riesgo cardiovasculares y aumentan relaciones sociales y actividades en la comunidad.
- Demostrar el impacto de un grupo de intervención en la percepción de la soledad.

Como objetivos específicos:

- Mejorar la pasividad.
- Potenciar la interacción personal.
- Mejorar las claves verbales de contenido pesimista, etc.
- Potenciar la iniciativa.
- Evitar el abandono.
- Aumentar vínculo con las redes sociales.
- Mejorar aspectos cognitivos.
- Mejorar desesperanza.
- Potenciar sentimiento de valía personal.
- Potenciar sentimiento de pertenencia a grupo.

Público destinatario:

Personas mayores de 60 años con vivencia de soledad, con poca o nula capacidad para afrontar la vivencia de soledad y con poco recurso social/comunitario/familiar para poder sostener la situación de soledad.

RESULTADOS

Los resultados demuestran que después de la intervención existe una disminución significativa en el número de visitas:

- Al Área Básica de Salud (15,35 + 5,77 vs. 11,30 + 5,21; $t=8,27$; $p<0,001$)
- Al Centro de Salud Mental (4,27 + 2,54 vs. 2,43 + 1,81; $t=12,52$; $p<0,001$).

La participación en diferentes actividades de la comunidad aumentó significativamente (0,14 + 0,39 vs. 2,08 + 0,84; $t= -22,97$; $p=0,001$).

En cuanto a los factores de riesgo para la salud: el peso (68,72 + 10,39 vs. 66,77 + 9,55 kg; $t= 7,14$; $p=0,001$) y el IMC (27,77 + 3,66 vs. 26,99 + 3,33; $t= 7,14$; $p=0,001$) mostraron un descenso significativo, así como la glucosa plasmática (5,67 + 1,03 vs. 5,26 + 0,71 mmol/l; $t=0,56$ $p=0,001$), el colesterol (5,35 + 0,72 vs. 4,93+ 0,58 mmol/l; $t= 5,74$; $p=0,001$), triglicéridos (1,49 + 0,52 vs. 1,41 + 0,50 mmol/l; $t=0,15$; $p=0,034$), las concentraciones de LDL (3,11 + 0,66 vs. 2,75 + 0,50; mmol/l $t= 5,76$; $p=0,001$).

Asimismo, se observaron disminuciones significativas en la prescripción:

- de antidepresivos (0,67 + 0,76 vs. 0,52 + 0,66; $t=3,2$; $p= 0,002$),
- ansiolíticos (0,48 + 0,59 vs. 0,32 + 0,50; $t=3,07$; $p= 0,003$),
- analgésicos (1,03 + 0,86 vs. 0,62 + 0,65; $t=5,13$; $p=0,001$),
- antihipertensivos (0,52 + 0,69 vs. 0,40 + 0,55; $t=2,64$; $p= 0,010$)
- anticolesterolémicos (0,48 + 0,53 vs. 0,30 + 0,46; $t=3,62$; $p= 0,001$)
- antidiabéticos orales (0,37 + 0,51 vs. 0,27 + 0,44; $t=2,55$; $p= 0,013$)

La percepción de soledad también disminuyó significativamente (14,87 + 3,79 vs. 10,10 + 3,086; $t=11,59$; $p=0,001$) tras la intervención.

Otros resultados obtenidos en los ocho años de trabajo grupal:

Publicación de un libro: "Pequeñas historias de grandes personas: Escuela de vida".

Cada uno de los integrantes del grupo que quisieron participar, escribieron un pequeño capítulo de su vida para poder confeccionarlo. El libro intenta transmitir los valores de una generación. La historia transcurre desde el punto de vista de un adolescente que, por despiste, entra en un grupo equivocado. Las historias contadas son reales y junto con la vivencia del adolescente, refleja el contraste de épocas. Se intentó que el libro fuera adecuado para todas las edades.

Huerto: Se solicitó y consiguió un huerto por parte del Ayuntamiento. Trabajar al aire libre, en un ámbito que conocen mucho, facilitó la actividad. El trabajo ha tenido una parte presencial y otra formativa, donde los “pacientes expertos” se encargaban del manejo del huerto y de explicar conocimientos sobre el campo (como plantar, que plantar, regado,). También, desde enfermería aprovechamos para trabajar hábitos alimentarios saludables. En esta fase se trabajó la vinculación con CSMA. Al grupo se han ido uniendo personas jóvenes que se visitan en salud mental, que presentan sentimiento de soledad. La fusión de ambos grupos de diferentes edades, favorece un buen vínculo de ayuda y soporte.

Como demuestran los resultados, el impacto ha sido muy positivo. Creo que el cambio de modelo que ofrece este trabajo, da un enfoque mucho más cualitativo en el cuidado y resultado del trabajo con la soledad. Pasamos de un modelo más médico, de “etiqueta” y medicalización, a un modelo más social de escucha y acompañamiento de la soledad. A nivel de los participantes, dando respuesta a sus necesidades, recuperando lazos de vida y, sobre todo, autonomía y autocuidados. A nivel cuantitativo, como demuestran los resultados, disminuyendo la percepción de soledad, el riesgo cardiovascular, las visitas médicas en primaria y en salud mental y los tratamientos farmacológicos (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, analgésicos, antihipertensivos, antiolesterolémicos y antidiabéticos).

Por tanto, éste nuevo modelo de trabajar la soledad, beneficia a la persona (mejora la escucha y sus necesidades y recupera lazos que le animan a la vida), al profesional (podemos dar respuesta a la soledad), a la familia (más acompañados) y a la sociedad (disminuyen listas de espera y ofrece cuidados efectivos a uno de los problemas de salud pública más importante de los próximos años). Personalmente creo, que este trabajo con su cambio de modelo, aporta algo importante a la profesión, a los cuidados y a la sociedad.

La profesión se enriquece ampliando la mirada, ya que la salud no es sólo tratar la patología. Hay también la calidad de vida, factores que ayudan a mantener la actividad, la salud, la participación y eso revierte en disminuir el malestar, la tristeza, el aislamiento. Muchas veces el malestar subjetivo se traduce en malestar físico, dolores que llevan a consultar al médico, como forma de hacer lazo, de hablar con otros...

Nos permite una mirada más amplia de la patología, porque permite descubrir ámbitos del malestar personal en su parte social y tratarlos sin medicalización.

Cuidar es algo muy amplio, que va más allá de la enfermedad, tiene que ver con el vínculo.

Podemos generalizar lo que decía el doctor Balint, no sólo curan las medicinas, sino que el médico mismo es a veces la medicina, demostrando la dimensión terapéutica del vínculo.

La soledad es un buen lugar para encontrarse en algún momento de la vida, pero un mal lugar para quedarse.

Detectar estas situaciones y combatir las mediante estrategias de envejecimiento activo, a través de actividades gratificantes que vayan mucho más allá de “matar el tiempo” puede contribuir decisivamente a mejorar la calidad de vida de la población mayor y la eficiencia de los servicios sanitarios.





IMPLEMENTACIÓN DE UNA WEB APP PARA SMARTPHONE QUE DÉ APOYO A LOS USUARIOS DURANTE TODO EL PROCESO PERIQUIRÚRGICO

HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

AUTORES

Millat Servent, Sílvia - Unidad de Atención a la Ciudadanía y Participación

Méndez Arias, Esther - Servicio de Anestesiología y Reanimación

Feliu Pérez, Irene - Unidad de Atención a la Ciudadanía y Participación

Fernandez Yuste, Montserrat - Unidad de Atención a la Ciudadanía y Participación

Navales Polo, Gabriel - Unidad de Comunicación y Relaciones Institucionales

Sánchez Cabrera, Rosa - Dirección de Enfermería

RESUMEN/ABSTRACT

Objetivo general

Diseñar una Web App por smartphone que acompañe a los usuarios del Hospital Universitario de Bellvitge que deben someterse a una intervención quirúrgica programada, para mejorar su satisfacción y preparación.

Objetivos específicos:

- 1) Informar a pacientes, familiares y/o cuidadores de los diferentes procesos quirúrgicos, así como la preparación que debe llevarse a cabo.
- 2) Empoderar a los pacientes para disminuir el estrés perioperatorio.
- 3) Crear un apartado de preguntas frecuentes para resolver dudas habituales, vinculado a la web del hospital.
- 4) Realizar un seguimiento del paciente mediante formularios.

Metodología

La metodología utilizada es el Design Thinking, que consiste en: empatizar, definir, idear, prototipar y probar; con el objetivo de identificar las necesidades y expectativas de los pacientes/familiares/acompañantes, e incorporarlas en el diseño de los procesos.

Resultados

En términos de Experiencia de Paciente (XPA) los resultados son los siguientes: identificación, a partir de las aportaciones de pacientes/acompañantes y profesionales, de un total de 37 proyectos de mejora; priorización y cocreación de 12 de los proyectos identificados; participación de 30 pacientes/acompañantes; participación de 22 profesionales; encuesta de satisfacción a los participantes en el proyecto.

Conclusiones

- 1.- Incorporar la experiencia del paciente en la organización requiere la implicación de los profesionales: no es posible sin ellos.
- 2.- Se han identificado algunas barreras que se deberán tener en cuenta.
- 3.- Incorporar la XPA en los procesos es innovador, da valor a la asistencia y, además, es posible y también fácil.

Palabras clave: Cirugía; empoderamiento; experiencia de Paciente, Salud Digital

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud realiza 3.7 millones de intervenciones quirúrgicas anuales, con un tiempo promedio de espera de 121 días para intervenciones no urgentes. En las últimas décadas, se ha mejorado la seguridad en el quirófano y se ha enfocado en mejorar indicadores de calidad asistencial como la satisfacción del usuario y la ansiedad preoperatoria.

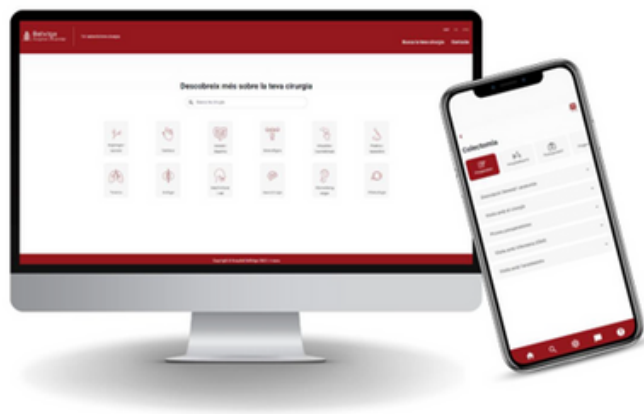
La satisfacción del usuario se define como la evaluación cognitiva y respuesta emocional hacia la atención recibida. Existen varios cuestionarios para evaluar la satisfacción de los usuarios en el proceso perioperatorio, pero no se ha llegado a un acuerdo sobre cuál es el más adecuado. En todo caso, es necesaria la inclusión de la experiencia del paciente para mejorar su satisfacción. También se ha demostrado que la ansiedad preoperatoria afecta negativamente al sistema inmunológico y puede influir en la recuperación posterior.

En los últimos años, se han desarrollado herramientas de Salud Digital que pueden mejorar la experiencia del usuario y reducir la ansiedad durante todo el proceso perioperatorio. Entre estas herramientas se destacan la realidad virtual y la realidad aumentada, que han demostrado disminuir la ansiedad preoperatoria en cirugías ginecológicas y en intervenciones con anestesia local. También se han desarrollado aplicaciones móviles de salud que brindan apoyo en la recuperación postoperatoria.

Se ha comprobado que proporcionar información a los pacientes sobre la intervención quirúrgica y el proceso de hospitalización reduce considerablemente su nivel de ansiedad. Existe, pues, la necesidad de proporcionar información de calidad de manera bidireccional, tanto antes como después de la intervención quirúrgica, y empoderar a los pacientes en su proceso de curación.

Por lo tanto, planteamos el análisis de la experiencia del paciente para optimizar el diseño y evaluación de una aplicación móvil que brinde soporte durante todo el proceso perioperatorio a los usuarios de un hospital que se someterán a una cirugía programada. Esta aplicación informará sobre los procedimientos quirúrgicos, empoderará a los pacientes, resolverá dudas a través de un servicio de mensajería con enfermeras y permitirá el seguimiento de datos y la detección temprana de complicaciones postoperatorias.

En resumen, se busca maximizar el valor percibido por el usuario a lo largo del proceso quirúrgico, mejorar su experiencia y la de sus familiares en el manejo de la enfermedad. Esta solución tecnológica tiene el potencial de ser escalable a otros centros hospitalarios y otros procedimientos médicos, siendo una herramienta útil y adaptable en el ámbito de la salud.



OBJETIVOS

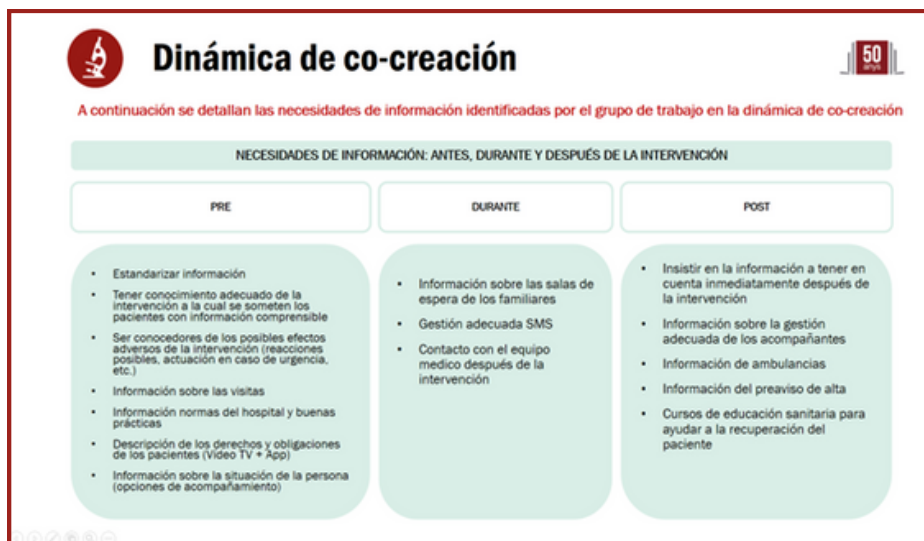
El objetivo general es incorporar la experiencia del paciente para co-diseñar una Web App por smartphone que acompañe y de soporte a los usuarios del Hospital Universitario de Bellvitge que deben someterse a una intervención quirúrgica programada, durante todo el proceso perquirúrgico; para mejorar su satisfacción, disminuir el grado de ansiedad y mejorar la calidad asistencial.

Los objetivos específicos de la Web App El Meu Quirófan son:

- 1) Informar de los diferentes procesos quirúrgicos que se llevan a cabo en el hospital para facilitar a los pacientes, familiares y/o cuidadores el conocimiento de la cirugía a realizar, así como la preparación que debe llevarse a cabo.
- 2) Empoderar a los pacientes ayudándolos a implicarse en el proceso de curación para potenciar la disminución del impacto del estrés perioperatorio.
- 3) Resolver dudas individuales mediante apartado de preguntas frecuentes.

- Tasa de reingresos y tasa de consultas en urgencias después de una cirugía. El hecho de recibir información de mayor calidad para el manejo postoperatorio en el domicilio y el hecho de poder consultar con un profesional de la salud mediante la aplicación puede ayudar a mejorar estos dos indicadores. Detección precoz de complicaciones. Los cuestionarios para detección de signos de alarma postoperatorios pueden ayudar a la detección precoz de los mismos. El indicador concreto en este caso sería: número de consultas en urgencias realizadas después de la llamada de la enfermera, que ha realizado por la alarma detectada, después del llenado del formulario del usuario.
- Medidas de experiencia informadas por el paciente (PREMS). Representan instrumentos reconocidos internacionalmente para medir la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva del paciente. Se focaliza en la humanidad de la atención y su valor. Los PREMS se pueden medir mediante la encuesta del Picker Institute de 33 preguntas con ocho dimensiones con la versión validada en español, en la que se pregunta sobre:

- o La consistencia y coordinación de la atención
- o El trato (respeto y dignidad)
- o La adecuación del control del dolor
- o Las explicaciones y la participación
- o La comunicación y confianza en los médicos
- o La comunicación y confianza en las enfermeras
- o La limpieza de las instalaciones y la higiene de manos con el personal
- o La información



RESULTADOS

En términos de experiencia de paciente (XPA) los resultados son los siguientes:

1. Identificación, a partir de las aportaciones de pacientes/acompañantes y profesionales, de un total de 37 proyectos de mejora.
2. Priorización y cocreación de 12 de los proyectos identificados.
3. Participación de 30 pacientes/acompañantes.
4. Participación de 22 profesionales.
5. Encuesta de satisfacción a los participantes en el proyecto.

Una vez analizada la Experiencia del Paciente, e incorporada en el proyecto, se ha acabado el desarrollo de la WebApp El Meu Quirófan, en el Hospital Universitari de Bellvitge, en el mes de junio de 2023.

CONCLUSIONES

Se ha desarrollado una Web App móvil para acompañar a los pacientes durante el proceso quirúrgico, proporcionando información y resolviendo preguntas frecuentes. La participación multidisciplinaria, incluyendo a los pacientes, ha sido clave en el diseño y desarrollo de la Web App. Es importante enfocarse en el desarrollo de Apps con la participación activa de los pacientes para brindar un valor real. El crecimiento de las Apps en salud es exponencial, pero es prioritario centrarse en su desarrollo con la participación de los usuarios desde etapas iniciales.

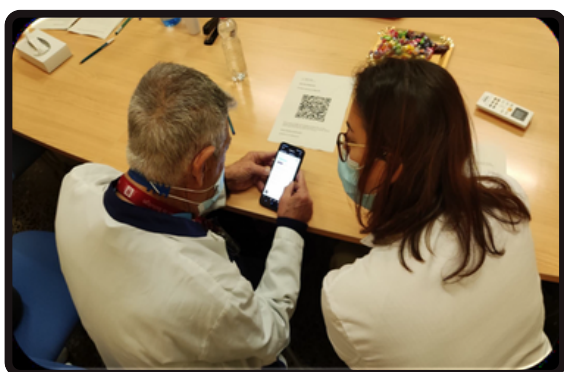
En cuanto a la incorporación de la XPA, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

___ Incorporar la experiencia del paciente en la organización requiere la implicación de los profesionales: ellos son el mejor altavoz una vez han participado en un proyecto de XPA.

___ Se han identificado algunas barreras que se deberán tener en cuenta:

- La resistencia inicial de los profesionales a incorporar el punto de vista del paciente, al entender que ellos ya conocían las necesidades y, sobretodo, las posibilidades de encontrar las soluciones.
- La falta de conocimientos de cómo llevar a cabo un proyecto de experiencia de paciente por parte de los participantes.
- La percepción de que la organización tiene mucho trabajo y por lo tanto que no dispone de tiempo para llevar a cabo estos proyectos.
- La sensación de que ya lo hacemos "tan bien como podemos" con los recursos de que disponemos.
- La participación ha de ser multidisciplinaria i de todos los servicios (incluidos los centrales).

___ Incorporar la XPA en los procesos es innovador en el sentido de que se trata de una herramienta tecnológica que incluye la atención centrada en el usuario durante todo el proceso perioperatorio. Es cierto que existen App en otros contextos como la insuficiencia cardíaca, diabetes... pero en el entorno quirúrgico hay muy escasa bibliografía al respecto y las que hay se centran solo en una fase del proceso o solo en un procedimiento quirúrgico.



BIBLIOGRAFIA

1. Almazán, C.; Barrionuevo, L. Indicadores para la evaluación de la Experiencia del Paciente: Patient Reported Experience Measurements (PREM). Estado del Arte AQUAS/Salut. XPA 2019
2. Escarrabill, J.; Almazán, C.; Barrionuevo, L.; Moharra, M.; Fité, A.; Jiménez, J.. Elementos clave que influyen en la experiencia del paciente "Patients reported experience" measurements (PREM). AQUAS/Salut. Informe mayo 2020
3. Font, D.; Rodríguez, G.; Cañas, M.; Jansà, M.; Maynñes, O.; Vilardell, J.; Escarrabill, J. Participación de los pacientes en la definición de contenidos de la página web de un centro sanitario. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada. 2015. Vol. 7: Iss. 2. Article Disponible a: <http://pub.bsalut.net/risai/vol7/iss2/2> Accés el 5 de noviembre de 2018
4. PORTER ME. What Is Value in Health Care? New Engl J Med 2010; 363:2447-2481

HACIA UN NUEVO MODELO DE SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO HOSPITALARIO

CERRUDO HERNÁNDEZ R, CEDRÉS RODRÍGUEZ EB, MÉNDEZ RIVERA D, AFONSO PÉREZ LC Y DÍAZ ORIO MC. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS (COMPLEJO HUC).

CENTRO HOSPITALARIO: Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Correspondencia: Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Ofra s/n. La Cuesta. 38320 La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. Teléfonos: 6086454 87 y 922677014. Correo electrónico: rcerher@gobiernodecanarias.org



Ricardo Cerrudo Hernández

Doctor en Medicina y Cirugía.
Especialista en Pediatría y Áreas Específicas.
Diplomado en Sanidad.
Diplomado en Dirección de Hospitales.
Jefe de Servicio Sanitario,
Servicio de Atención al Usuario Complejo HUC.

Elda Beatriz Cedrés Rodríguez

Graduada en Maestro en Educación Primaria
mención en Lengua Extranjera: inglés.
Técnica Superior en Administración y Finanzas.
Jefa de Grupo de la Unidad de Información,
Servicio de Atención al Usuario Complejo HUC.

Déborra Méndez Rivera

Licenciada en Ciencias Empresariales
Especialidad Internacional.
Técnica Superior en Gestión de Ventas y Espacios
Comerciales.
Técnico de Atención al Usuario,
Servicio de Atención al Usuario Complejo HUC.

Lily Coromoto Afonso Pérez

Diplomada en Trabajo Social.
Jefa de Sección de Trabajo Social Complejo HUC.
Título Universitario Oficial de Máster Universitario en
Trabajo Social Sanitario.
Máster en Gestión de Servicios Socio-Sanitarios.
Experto Profesional: Herramientas Informáticas en
Investigación Sanitaria.
Experto Profesional: Evaluación de Programas en
Promoción de la Salud.

M^a Cristina Díaz Orio

Licenciada en Derecho.
Máster Interuniversitario en Economía de la Salud y
Gestión Sanitaria.
Máster Oficial en Protección de Datos.
Grupo Técnico de la Función Administrativa Complejo
HUC.
Responsable de la Unidad Técnica de Apoyo.
Servicio de Atención al Usuario Complejo HUC

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo principal el estudio de la situación actual de nuestro Servicio de Atención al Usuario con respecto a los diferentes hospitales tanto, en nuestra Comunidad Canaria, como en las diferentes Comunidades Autónomas. El actual entorno social, con una población más activa, dinámica y participativa, así como profesionales sanitarios con labores más complejas que las de hace décadas, nos hace pensar en la necesidad de adaptar los servicios ofertados por los Servicios de Atención al Usuario Hospitalarios, a un modelo de gestión que tenga en cuenta los mencionados cambios. Diseño de un nuevo modelo de Servicio de Atención al Usuario. Distribución de funciones y tareas asignadas en el Servicio, destacando las interrelaciones establecidas con el resto de los servicios Hospitalarios. Resultados obtenidos tras dos años de implantación de las nuevas medidas implementadas. Creación de grupos interdisciplinarios estableciendo mecanismos de enlace entre los distintos niveles asistenciales, con la finalidad última de que la información fluya interna y externamente con relación al acto clínico.

Palabras claves

Atención al Usuario. Humanización. Procesos.

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Atención al Usuario (SAUs) aparecen recogidos por primera vez en el sistema sanitario en el artículo 32 del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, configurándose como un Servicio¹, donde se establecen las siguientes actividades a desarrollar: atención de quejas y reclamaciones en el ámbito sanitario, proporcionar información a pacientes y familiares sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento, visitas y otras actividades que puedan contribuir a ayudar, facilitar y mejorar su estancia en el mismo, así como la difusión de la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes. Sin embargo, el actual entorno social, donde nos encontramos con una población más activa, dinámica y participativa, así como profesionales sanitarios con labores más complejas que las de hace décadas, nos hace pensar en la necesidad de adaptar los servicios ofertados por los SAUs, llevándonos a un modelo de gestión que tenga en cuenta los mencionados cambios². Esto sólo es posible desde el establecimiento de procedimientos consensuados y homogéneos, que hagan confluir el liderazgo de los profesionales de Atención al Usuario con los profesionales sanitarios y no sanitarios, incluso con los propios Usuarios. La actividad de los SAUs en Canarias se encuentra recogida en la siguiente normativa: Decreto 94/1999, de 25 de mayo (BOC n° 78, 16-06-1999) donde se regula la estructura y el funcionamiento de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS), así como la tramitación de las reclamaciones, solicitudes, iniciativas y sugerencias en el ámbito sanitario³ y en la Orden del Consejero de Sanidad y Consumo de 20 de septiembre de 2001, donde se desarrolla el Decreto 94/1999, de 25 de mayo⁴.

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias atiende a una población de referencia de 387.103 ciudadanos de la Isla de Tenerife. Además, es Hospital de Referencia de los 76.218 habitantes de la Isla de La Palma. Dispone de 720 camas de hospitalización, catorce quirófanos centrales y 5 de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), además de dos quirófanos para cirugía oftalmológica y 1 de cirugía robótica.

Los datos de actividad en el año 2021 son: 22.840 ingresos hospitalarios, 19.803 intervenciones quirúrgicas, 575.569 consultas, 22.896 asistencias en el Hospital de Día, 9.819.966 estudios analíticos, 107.320 tratamientos de rehabilitación y 73.281 Urgencias. Realiza las siguientes prestaciones como Hospital de Referencia para la Comunidad Autónoma Canaria: trasplante reno pancreático, trasplante renal de donante vivo y cruzado, implantación neuromodulares sacros, cribado de metabolopatías congénitas en el recién nacido, tratamiento de la infertilidad humana (excepto Gran Canaria para las técnicas de fecundación in vitro del área de salud de Gran Canaria); y para la provincia de Santa Cruz de Tenerife es referente para trasplante renal y cirugía cardíaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Servicio de Atención al Usuario (SAU) del Complejo HUC depende jerárquicamente de la Dirección Gerencia y funcionalmente de la Consejería de Sanidad, en concreto de la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios (ODDUS). En marzo del año 2020 se produce la incorporación de un nuevo Jefe de Servicio, que rediseña la estructura y operativa del Servicio. Por Resolución nº 2771/2021, de 30 de julio, la Dirección Gerencia del Complejo HUC delega las respuestas de reclamaciones de los usuarios al SAU. Este Servicio está formado por dos unidades:

- **Unidad de Reclamaciones:** constituida por personal perteneciente al Grupo Administrativo de la Función Administrativa. Se procede a reestructurar la organización, modificando la operativa de actuación diaria: distribución de responsabilidades individualizadas por centros y operativa finalista, es decir, el inicio de un procedimiento es finalizado por el mismo efectivo, implementación de un Registro Auxiliar Específico en la Unidad e instauración de un sistema telemático por medio de correo electrónico con enlace a través de código QR para la presentación de reclamaciones y respuesta telemática al usuario (Gráfico I).



RECLAMACIONES

Se pueden presentar vía telemática al siguiente correo electrónico:
sauchuc.scs@gobiernodecanarias.org

Se debe incluir los siguientes datos*:

- Nombre y Apellidos
- DNI
- Dirección completa incluyendo Municipio y Código Postal
- Motivo de la reclamación y Servicio Reclamado
- N° Teléfono

*Se les recuerda, en caso de realizar reclamación en nombre de otro usuario, adjuntar los DNIs de ambas personas y la autorización del paciente (a partir de los 16 años de edad).

Gráfico I.- Cartel informativo presentación de reclamaciones por Código QR.

Además de la gestión de reclamaciones, es la responsable dar respuesta a las quejas presentadas al Diputado del Común y al Defensor del Pueblo; tramitación de las solicitudes de acceso a la información pública (SAIP) de los usuarios sanitarios; gestión de la actividad de Voluntariado (Asociaciones, Fundaciones y Organizaciones No Gubernamentales); remisión de datos estadísticos sobre reclamaciones solicitados por los Servicios Hospitalarios y la gestión del Sistema de Gestión de Calidad, basado en la ISO 9001:2015.

- Unidad de Información:** formada por Técnicos de Atención al Usuario (TAUs) y ubicada en las áreas de Urgencias, Quirófano Central, Hospitalización, Actividad Ambulatoria, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Tránsito de Hospitalización. Con la finalidad de prestar una atención lo más humanizada posible⁵⁻⁶, se procede a la reestructuración del método de trabajo que se venía utilizando a lo largo de los años, concretamente se implementa un modelo de actuación proactivo con nuevos procedimientos que facilitan la organización en torno a los pacientes y sus necesidades. Dentro de los objetivos alcanzados destacamos cuatro: Proporcionar información a pacientes y familiares referente a: organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento, visitas y otras actividades que puedan contribuir a ayudar, facilitar y mejorar su estancia en el mismo, a excepción de información médica propiamente dicha. Regularizar las visitas, acompañamiento e información a los familiares. Servir de nexo entre los médicos responsables y los familiares a la hora de que los distintos facultativos puedan transmitir la información médica. Realizar una visita diaria, de lunes a domingo, a todos y cada uno de los pacientes que permanecen en el área de Urgencias, con el propósito de conocer sus necesidades y actuar en consecuencia.

Resultados: El porcentual de reclamaciones resueltas en el Complejo HUC, presenta un incremento significativo a partir del año 2019, alcanzando un 100% de resolución tanto en el año 2021, como en el 2022, con cifras de reclamaciones superiores a las siete mil, con respecto al año 2018 donde fueron resueltas un 59,22%. Asimismo, las reclamaciones son resueltas en menor tiempo: en menos de dos meses (plazo máximo establecido en nuestra Comunidad Autónoma para responder a las reclamaciones³) un 99,64% en el año 2021 y en un 99,99% en el año 2022; resueltas en un mes el 96,02% en el año 2021 y en un 97,74% en el año 2022 (Tabla 1).

Año	Reclamaciones	Resueltas	%	Reclamaciones RESUELTAS en un plazo de:							
				2 meses	%	1 mes	%	20 días	%	15 días	%
2.017	5.300	2.190	41,32	473	21,60	229	10,46	145	6,62	124	5,66
2.018	7.062	4.182	59,22	600	14,35	199	4,76	125	2,99	104	2,49
2019 a fecha 31-03-20	7913	4888	61,70	870	17,80	205	4,2	127	2,6	122	2,50
2019 a fecha 31-12-20	7913	6361	80,39	2084	32,76	945	14,86	555	8,73	428	6,73
2.020	3.785	3.784	99,97	2.858	75,53	2.323	61,39	2.000	52,85	1.820	48,10
2.021	4.448	4.448	100	4.432	99,64	4.271	96,02	4.041	90,85	3.832	86,15
2.022	7.389	7.389	100	7.388	99,99	7.222	97,74	6.682	90,43	6.211	84,06

Tabla 1.- Evolutivo reclamaciones.

Motivos de reclamaciones: El 64% se pueden considerar estructurales (mantenidas en un largo periodo de tiempo), de éstas el 43,08% motivadas por demora en consultas, el 36,54% por demora para la realización de pruebas diagnósticas y el 18,45% por listas de espera quirúrgicas. El 36% restante, que consideramos coyunturales (pasajero y dependiente de momentos puntuales), se deben principalmente a insatisfacción con la prestación de asistencia (23,47%); suspensión/anulación de consulta(15,11%); falta/demora en la elaboración de informe escrito(12,61%) y trato personal inadecuado (6,12%) (Tabla 2).

Estructurales	N	%
Lista de espera consultas	2.081	44,44
Lista de espera de pruebas diagnósticas	1.469	31,37
Lista de Espera quirúrgicas	1.054	22,51
Lista de espera terapéutica	79	1,69
Subtotal	4683	64
Coyunturales	N	%
Insatisfacción con la prestación de asistencia	598	22,10
Suspensión - anulación de consulta	556	20,55
Falta – demora en la elaboración del informe escrito	349	12,90
Trato personal inadecuado	84	3,10
Información asistencial	74	2,73
Demora en la asistencia	117	4,32
Suspensión – anulación de pruebas diagnósticas	254	9,39
Suspensión – anulación de intervención quirúrgica	143	5,28
Huelga	38	1,40
Negativa a la prestación de asistencia	98	3,62
Desaparición de objetos	44	1,63
Citación	57	2,11
Varios	294	10,86
Subtotal	2706	36

Tabla 2.- Motivos de reclamaciones año 2022

Reclamaciones resueltas por Mediación: reclamaciones que se cierran con el consentimiento del usuario, tramitadas por comunicación verbal (vía telefónica). Del total de reclamaciones resueltas el 45,39% se resolvieron por esta vía en el año 2021 y en un 42,63% % en el 2022, frente a un 34,84% en el año 2019 (Tabla 3).

Año	2.022	2.021	2.020	2019
Reclamaciones Resueltas	7.389	4.448	3.784	6361
Resueltas por Mediación	3.150	1.999	1.354	2216
Porcentual	42,63	44,94	35,78	34,84

Tabla 3.- Reclamaciones resueltas por Mediación.

Tras la implantación de un sistema telemático por medio de correo electrónico, con enlace a través de código QR (Gráfico I) de presentación de reclamaciones en el ámbito sanitario, se ha logrado que en el año 2022 el 69,32%de las reclamaciones se presenten por esta vía. (Tabla 4).

Año	2.022	2021	2020
Papel	2.263	1558	1913
Telemática	5.114	2890	1729
Totales	7.389	4.448	3.784
% Telemática	69,21	64,97	45,69

Tabla 4.- Forma de presentación de Reclamaciones..

En el Servicio de Urgencias el 95,84% de los familiares de pacientes han sido contactados por los Técnicos de Atención al Usuario en el año 2022 y el 77,34% han recibido información médica por parte de los facultativos responsables (Tabla 5).

SERVICIO DE URGENCIAS	Año	
	2022	2021
Porcentual de familiares informados por el Servicio	79,34	81,28
Porcentual de familiares contactados por los TAUs	95,84	96,73

Tabla 5.- Servicio de Urgencias: Información..

Los dispositivos digitales de valoración de satisfacción del usuario (Rate – Now) con los servicios recibidos por la Unidad de Información en el año 2022, alcanzó un 90,3% de satisfacción. Colaboraciones con otras Áreas:

1. Servicio de Medicina Intensiva, Unidad de Cuidados Intensivos y Sección de Trabajo Social. Cuyo objetivo ha sido mejorar la información y el acompañamiento a familiares de pacientes ingresados en la UCI, por la situación que propició la época más crítica de la pandemia Covid-19 (año 2020). Se fijaron líneas de actuación regulando las visitas de familiares a pacientes que se encontraban en el área de la UCI. La puesta en marcha en mayo de 2020 de un protocolo de atención a las demandas de familiares de pacientes ingresados en la Unidad. Los TAUs contactaban diariamente por teléfono con el familiar asignado por el paciente, indicándoles en la llamada telefónica, que se ponían a su disposición para la resolución de cualquier duda relacionada con el ingreso, las 24 horas del día.

Tras la implantación de este nuevo protocolo de visitase información médica en la pandemia Covid-19, tanto para pacientes Covid-19, como no Covid-19, se realizó un cuestionario de satisfacción de 12 ítems, asegurando una total confidencialidad. Comparados los datos de los años 2019, 2020 y 2021 se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$), tanto en relación a las visitas y/o llamadas telefónicas, como con la satisfacción con la Unidad de Información del SAU7, tras la implantación de los nuevos procedimientos.

2. Servicios de Traumatología, Neurocirugía, Admisión y Documentación Clínica: en los pacientes que reclaman por listas de espera quirúrgicas con altademora (> de 18 meses), se estableció un protocolo de actuación con los Servicios Médicos referidos, definiendo en cada uno de ellos qué patologías podrían ser susceptibles de revaloración en consulta (Traumatología: implantes de prótesis de rodilla, cadera y hombro y Neurocirugía: patología de columna tumoral). Tras valoración por el Médico Especialista y seleccionando aquellos pacientes que debieran ser priorizados, se da traslado al Servicio de Admisión y Documentación Clínica, para que proceda a programar los estudios preoperatorios pertinentes. Una vez apto el paciente, se informa al Servicio Quirúrgico a efectos de su programación quirúrgica. El 93,02% fueron revalorados en consulta en un promedio de 23,33 días. De éstos, al 82,5% se le consideró prioritaria la intervención quirúrgica. Se realizó el estudio preoperatorio en un promedio de 33,64 días. Fueron intervenidos el 87,88% de los pacientes en un promedio de 42,17 días. El tiempo transcurrido entre la presentación de la reclamación y la intervención quirúrgica fue de 3,3 meses (estudio realizado en plena pandemia Covid-19)(Tabla 6).

Reclamaciones de pacientes en lista de espera quirúrgica con más de 18 meses: 6/09/21 al 30/06/22

Fecha Inicio	Servicio	N	Revaloración Consulta	%	Días Promedio Consulta - Reclamación	Priorizados para preoperatorio	%	Días Promedio Preoperatorio - Consulta	Intervenidos	%	Días Promedio Preoperatorio - Intervención	Promedio desde reclamación hasta intervención	
												Días	Meses
06/09/21	Traumatología	35	32	91,43	22,15	26	81,25	32,12	22	84,62	38,09	92,36	3,08
16/07/21	Neurocirugía	8	8	100,00	24,50	7	87,50	35,15	7	100,00	46,25	105,90	3,53
Totales		43	40	93,02	23,33	33	82,50	33,64	29	87,88	42,17	99,13	3,30

Tabla 6.- Reclamaciones pacientes lista de espera quirúrgica > de 18 meses.

3. Subdirección de Enfermería Área Críticos y Urgencias: se consensúa un protocolo de actuación para la realización de visitas a familiares de pacientes ubicados en el área de Urgencias, para cada uno de los niveles de la Pandemia Covid-19 (Tabla 7).

HORARIOS NIVELES PANDEMIA COVID-19				PANDEMIA COVID-19 NIVEL 0	PANDEMIA COVID-19 NIVEL 1	PANDEMIA COVID-19 NIVEL 2	PANDEMIA COVID-19 NIVEL 3 y 4	
URGENCIAS	Pasillo y Sillones			10 minutos (16:00 a 17:00) 1 familiar sin intercambio (No podrán ser visitados más de 6 pacientes simultáneamente)	No visitas	No visitas		
	Observaciones	*LOS AISLAMENTOS NO TIENEN VISITAS			1 familiar sin intercambio			No visitas
		Obs. 1 y 2*	Camas pares		12:30 a 12:55	12:30 a 12:55		
			Camas impares		13:00 a 13:25	13:00 a 13:25		
		Obs. 3*	Camas pares		16:00 a 16:25	16:00 a 16:25		
			Camas impares		16:30 a 16:55	16:30 a 16:55		
		Obs. 4*	Camas pares		16:00 a 16:25	16:00 a 16:25		
	Camas impares			16:30 a 16:55	16:30 a 16:55			
	Obs. 6 y 7*	Camas pares		17:00 a 17:25	17:00 a 17:25			
		Camas impares		17:30 a 17:55	17:30 a 17:55			
Obs. 5, 8, 9 y 10	Camas pares		18:00 a 18:25	18:00 a 18:25				
	Camas impares		18:30 a 18:55	18:30 a 18:55				
TRÁNSITO	Camas pares		16:00 a 17:00	16:00 a 16:25	16:00 a 16:25			
	Camas impares		1 familiar sin intercambio	16:30 a 16:55	16:30 a 16:55			
PSIQUIATRÍA	Sillón 1				17:00 a 17:20			
	Sillón 2				17:20 a 17:40			
	Sillón 3		12:30 a 13:30 / 17:30 a 18:30		17:40 a 18:00			
	Sillón 4				18:00 a 18:20			
	Sillón 5				18:20 a 18:40			
				1 familiar sin intercambio podrán ser visitados más de 3 pacientes simultáneamente)			(No	

HORARIO VISITA NO COVID-19	
URGENCIAS	Observaciones 1 a 10, Pasillo y Sillones
	13:00 a 13:30
	18:30 a 19:00
	2 Familiares sin intercambio y 1 familiar en pasillo y sillones
	TRÁNSITO
Área Psiquiatría	10:30 a 11:00
	13:00 a 13:30
	17:00 a 17:30
	20:00 a 20:30
	1 Familiar

Tabla 7.- Visitas familiares de pacientes ubicados en área de Urgencias.

4. Subdirección de Enfermería Área Quirúrgica y Servicio de Admisión y Documentación Clínica: a los efectos de garantizar una protección de los derechos de las pacientes ingresadas por patología tumoral de mama, concretamente, el derecho que tienen todos los usuarios sanitarios a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en Instituciones Sanitarias Públicas y Privadas que colaboren con el Sistema Público⁸, así como, que las visitas a los pacientes por parte del personal de Voluntariado, necesitan contar con el consentimiento expreso y previo del interesado para el tratamiento de los datos personales que le conciernen, esto es, mediante una manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca por la que el interesado acepta, ya sea mediante una declaración o una clara acción afirmativa⁹, independientemente que el Voluntariado del ámbito sanitario persiga la consecución de un fin común de interés público como es ofrecer información y/o ayuda a pacientes y familiares¹⁰. Se estableció una operativa para la realización de visitas por parte del referido voluntariado a las pacientes afectadas de la referida patología en el Complejo HUC. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica registra, en una carpeta informatizada compartida, tanto las pacientes que ingresan en planta de hospitalización para ser intervenidos quirúrgicamente, como las que van a ser intervenidos de forma ambulatoria. Enfermería informa a las referidas pacientes con la finalidad de obtener su visto bueno para poder ser visitadas por dichas organizaciones, a los efectos de ser informadas de los servicios que prestan. La respuesta de la paciente, tanto en sentido positivo como negativo al respecto, es trasladada por la Supervisora de la planta de hospitalización correspondiente al responsable TAU. Éste, en los casos positivos, visita a la paciente para recabar el consentimiento explícito de que desean ser visitadas por una determinada Asociación. El TAU da traslado a la Asociación correspondiente del nombre y apellidos de la paciente que haya aceptado afirmativamente ser visitada por la misma, indicando el número de habitación dónde se encuentre ingresada. El Servicio de Atención al Usuario informa regularmente de los resultados alcanzados en este procedimiento. El 80,49% de las pacientes han sido visitadas por Enfermería y de éstas sólo un 24,24% aceptan que el Voluntariado las visite en la habitación (Tabla 8).

Año 2022	Pacientes susceptibles	Visitadas por enfermería	%	Paciente desea ser visitada por ONG	%	TAU informa a ONG	%
Octubre	14	9	64,29	0	0	0	
Noviembre	15	14	93,33	4	28,57	4	100
Diciembre	12	10	83,33	4	40,00	4	100
Totales	41	33	80,49	8	24,24	8	100

Tabla 8.- Visitas del Voluntariado a pacientes ingresadas patología tumoral mama.

Otras acciones: Ponencia: “Derechos y Deberes de los Usuarios”, dentro del programa de Acogida de Residentes de Formación Especializada. “El Ámbito Sanitario ante la Protección de Datos” dentro del Programa de Formación y Desarrollo Profesional del Complejo HUC. Prácticas tuteladas a Enfermeros/as del Máster Universitario en Investigación, Gestión y Calidad de Cuidados para la Salud. Diseño de un nuevo folleto sobre Derechos y Deberes de los Usuarios del Servicio Canario de Salud. Diseño del Manual Acogida a Pacientes y Familiares en el Complejo HUC. Depósito Legal TF856-2022. Participación en la “Serie Hospitales Humanos”, patrocinado por Roche Farma España, con el proyecto de humanización: Plan de acogida por parte del Servicio de Atención al Usuario en Urgencias” año 2022”. Certificación en el año 2022 del Sistema de Gestión de Calidad, basado en la UNE en ISO 9001:2015.

DISCUSIÓN

Ante la dificultad que hemos encontrado a la hora de realizar una búsqueda bibliográfica referente al tema de discusión, que permitiera comentar nuestras actividades y resultados, hemos optado por realizar benchmarking de los Servicios de Atención al Usuario en los principales Hospitales del País. Para ello se ha seleccionado el denominado Monitor de Reputación Sanitaria Año 2022¹¹, que clasifica los 100 mejores Hospitales Públicos Españoles. Estudiamos la cartera de servicios ofertadas por los 24 primeros Hospitales de la citada clasificación¹² (Tabla 9).

N	HOSPITAL	SERVICIO	Real Decreto 521/1987, 15 de Abril	Tramitación 2ª Opinión Médica	Tramitación Derechos SOPLAR	Tramitación Documento Voluntades Anticipadas	Tramitación de solicitudes de Documentación Clínica	Tramitación de Libre Elección Médico / Servicio	Encuestas a Usuarios	Acompañar a Pacientes con Discapacidad	Trabajo Social	Participar en Comisión Bioética	Voluntariado	Tramitar solicitudes de Prestaciones Sanitarias	Mediación en Conflictos
1	HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ	Servicio de Atención al Paciente	X		X	X				X			X		
2	HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA	Unidad de Atención a la Ciudadanía	X	X	X	X									
3	HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	Atención al Paciente	X	X	X			X							X
4	HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE	Servicio de Atención al Paciente	X		X	X	X				X				
5	HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON	Atención Ciudadana	X	X		X	X		X						
6	HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE	Área de Atención a la Ciudadanía	X	X	X	X	X	X	X			X	X		
7	COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA	Servicio de Atención al Paciente	X	X		X									
8	HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU	Servicio de Atención al Usuario	X	X	X	X									
9	HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL	Servicio de Atención al Paciente	X	X	X			X		X	X		X		X
10	HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO	Atención a la Ciudadanía	X	X	X			X	X						
11	HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	Servicio de Atención al Paciente	X	X						X					
12	HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS	Servicio de Atención al Usuario	X	X	X	X	X	X	X	X					
13	HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA	Atención al Paciente	X	X			X								
14	HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA	Servicio de Atención a la Ciudadanía	X		X				X						
15	HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA	Atención Ciudadana	X	X	X	X		X			X				
16	HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA	Servicio de Atención al Usuario	X	X	X		X			X					
17	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	Servicio de Atención al Ciudadano	X				X	X							
18	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA	Atención al Usuario v	X				X								
19	HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO	Atención a la Ciudadanía	X	X	X	X						X			
20	HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET	Atención al Paciente	X	X		X		X	X			X			
21	HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA	Atención al ciudadano	X	X	X	X					X			X	
22	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA	Servicio de Atención al Usuario	X								X			X	
23	HOSPITAL UNIVERSITARIO BELLVITGE	Unidad de Atención al Ciudadano	X	X	X	X									
24	HOSPITAL DE MANISES	Servicio de Atención al Paciente	X	X		X	X	X				X			
		Totales	24	18	15	14	9	9	6	5	5	4	3	2	2
			100	75	62,5	58,33	37,5	37,5	25	20,83	20,83	16,67	12,5	8,33	8,33

Tabla 9.- Los 24 mejores Hospitales de España según el Monitor de Reputación Sanitaria Año 2022. Cartera de Servicios.

En primer lugar destaca la falta de una única denominación para los Servicios que atienden a los usuarios. Es reseñable que sólo se definan como Servicio once. También se pueden observar las actividades desarrolladas: el 100% de los Servicios realizan las actividades descritas en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril; el 75% la tramitación de segunda opinión médica; el 62% tramitación de derechos SOPLAR; un 58% tramitación de documento de voluntades anticipadas; el 37% tramitación de solicitudes de documentación clínica; un 37% tramitación libre elección de médicos/servicios; el 25% realización de encuestas de opinión a los usuarios; un 21% servicio de acompañamiento a pacientes con discapacidad; el 21% actividades de Trabajo Social; un 16% participación en la Comisión de Ética Hospitalaria; el 12% actividades de Voluntariado; un 8% tramitación de prestaciones sanitarias y un 8% mediación en conflictos.

Agrupando actividades, señalar que se realizan aparte de las actividades descritas en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, la tramitación de solicitudes de documentación clínica en nueve servicios (37,5%). Real Decreto y tramitación de 2º opinión médica, documentos de voluntades anticipadas y derechos SOPLAR un total de ocho (33,3%). Actividades del Real Decreto y tramitación de libre elección de médicos/servicios ocho (33,3%). Actividades del Real Decreto y encuestas a usuarios seis (25%). Real Decreto y actividades de Trabajo Social cinco (20,8%). Asimismo, en nuestra Comunidad también existe variabilidad en relación a las prestaciones que realizan las áreas de Atención al Usuario (Tabla 10).

HOSPITAL	SERVICIO	Real Decreto 521/1987, 15 de Abril	Tramitación 2ª Opinión Médica	Encuestas a Usuarios	Tramitación Derechos SOPLAR	Participar en Comisión Bioética	Voluntariado	Tramitar Interrupciones Legales de Embarazo	Tramitar Traslados de Pacientes
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil	Servicio de Atención al Usuario	X	X					X	X
Complejo Hospitalario Universitario Doctor Negrín	Unidad de Atención al Usuario	X							
Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de La Candelaria	Servicio de Atención al Usuario	X	X	X	X				
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias	Servicio de Atención al Usuario	X	X	X		X	X		

Tabla 10.- Cartera de Servicios de los principales Hospitales de la Comunidad Autónoma Canaria.

Todos los Servicios realizan las actividades descritas en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, Un 75% tramitación de 2º opinión médica y sólo un 50% encuestas a usuarios. El complejo HUC es el único que participa en la Comisión de Bioética y que realiza actividades de Voluntariado.

Nuestro Servicio no participa en actividades propias del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, ni en las de Trabajo Social. A este respecto entendemos que el desarrollo de los Servicios de Atención al Usuario Hospitalarios no debe orientarse hacia actividades que están ya definidas en otros servicios hospitalarios. Por otro lado, pensamos que puede ser un campo de expansión toda el área de Voluntariado, creando para ello los circuitos oportunos y recabando la información precisa al efecto. Se podrían convocar foros de encuentros con pacientes y familiares, además del Voluntariado, a los efectos de conocer sus opiniones, en relación a su visión sobre las experiencias vividas directamente con los profesionales sanitarios, así como con los circuitos asistenciales.

En definitiva, medicina basada en el valor tras la incorporación del usuario en la gestión hospitalaria, dejando de ser un ente pasivo de la prestación de servicios sanitarios. Igualmente, consideramos conveniente la participación de los SAU en los Comités de Ética Asistencial de cada Hospital, posibilidad establecida en nuestra Comunidad en el Decreto 94/2007, de 8 de mayo. BOC de 23 de mayo de 2007. Esta circunstancia la motivamos en el hecho de que se está produciendo un reforzamiento de la posición del individuo en el sistema sanitario y la potenciación de sus derechos ante la práctica clínica, lo cual hace necesaria la participación, entre otros estamentos, de los Servicios de Atención al Usuario. Además, opinamos que un SAU debería estar enfocado a ser los verdaderos gestores de la ejecución de actividades, de las cuales en estos momentos son meramente tramitadores (solicitudes de segunda opinión médica, derechos SOPLAR, etc.). La tramitación de documentos de Voluntades Anticipadas en nuestra Comunidad está regulada por el Decreto 13/2006, de 8 de febrero y nuestro Servicio no realiza ninguna actividad al respecto. Observamos que ningún SAU de estos 24 hospitales, oferta en su cartera de servicios algunas de las actividades desarrolladas por el nuestro, como por ejemplo actividades gestoras con Servicios Médicos, interrelación con Dirección de Enfermería y la tramitación de solicitudes de acceso a la información pública (SAIP) de los usuarios sanitarios.

En relación a los resultados obtenidos referente a reclamaciones presentadas en nuestro Servicio, señalar que el número de ellas, así como sus principales motivos(año 2021), los hemos comparado con los obtenidos en los tres principales Hospitales de nuestra Comunidad Autónoma (Tabla 11).



MOTIVOS	CHUIMI	%	Dr. Negrín	%	HUNSC	%	CHUC	%
Asignación o cambio de médico	5	0,07	1	0,05	23	0,28		0,00
Cita previa centralizada	38	0,51	1	0,05	12	0,15		0,00
Citación	77	1,03	46	2,45	1.957	23,95	33	0,74
Deficiencias en el proceso de ingreso – acceso	16	0,21	2	0,11	7	0,09	4	0,09
Deficiencias en la coordinación	11	0,15	7	0,37	10	0,12	4	0,09
Demora en la asistencia	100	1,34	58	3,09	30	0,37	62	1,39
Denegación informe escrito	5	0,07	2	0,11		0,00	4	0,09
Derivación a otros centros	17	0,23	2	0,11	20	0,24	13	0,29
Desacuerdo con las normas institucionales	17	0,23	74	3,94	82	1,00	21	0,47
Desaparición de objetos	43	0,57	28	1,49	65	0,80	45	1,01
Error asistencial	32	0,43	14	0,75	4	0,05	9	0,20
Falta – demora en la elaboración del informe escrito	146	1,95	346	18,44	27	0,33	202	4,54
Falta de intimidad	8	0,11	3	0,16	1	0,01	2	0,04
Falta o deficiencia en la historia y documentación clínica	23	0,31	27	1,44	28	0,34	2	0,04
Huelga	112	1,50	64	3,41	106	1,30	53	1,19
Incumplimiento horario	19	0,25	3	0,16	7	0,09	13	0,29
Información asistencial	112	1,50	43	2,29	50	0,61	70	1,57
Información general	35	0,47	9	0,48	9	0,11	7	0,16
Insatisfacción con la prestación de asistencia	526	7,02	417	22,23	447	5,47	376	8,45
Insatisfacción de alimentación	6	0,08	4	0,21	2	0,02	4	0,09
Insatisfacción de equipamiento	7	0,09	9	0,48	1	0,01	22	0,49
Insatisfacción de infraestructuras y locales	11	0,15		0,00	5	0,06	8	0,18
Insatisfacción de limpieza	1	0,01	3	0,16	1	0,01	2	0,04
Insatisfacción de mantenimiento	3	0,04		0,00	3	0,04	10	0,22
Insatisfacción de televisión	8	0,11	2	0,11	1	0,01	1	0,02
Lista de espera de consulta	2.098	28,02	136	7,25	3.071	37,58	1.226	27,56
Lista de espera de ingreso hospitalario	3	0,04		0,00	19	0,23	4	0,09
Lista de espera de pruebas diagnósticas	1.858	24,81	100	5,33	726	8,89	1.040	23,38
Lista de espera quirúrgica	1.007	13,45	38	2,03	349	4,27	525	11,80
Lista de espera terapéutica	99	1,32	13	0,69	149	1,82	55	1,24
Negativa a la prestación de asistencia	152	2,03	32	1,71	18	0,22	49	1,10
Problemas en la comunicación – teléfono	5	0,07		0,00	2	0,02	14	0,31
Recetas médicas	16	0,21	6	0,32	7	0,09	4	0,09
Solicitud de segunda opinión	5	0,07	4	0,21	14	0,17	4	0,09
Suspensión - anulación de consulta	200	2,67	99	5,28	360	4,41	242	5,44
Suspensión – anulación de intervención quirúrgica	91	1,22	15	0,80	36	0,44	53	1,19
Suspensión – anulación de pruebas diagnósticas	20	0,27	8	0,43	60	0,73	57	1,28
Suspensión – anulación de terapéutica	10	0,13		0,00	9	0,11	2	0,04
Sustracción	6	0,08		0,00	4	0,05		0,00
Trámites dificultosos	3	0,04	111	5,92	13	0,16	2	0,04
Transporte sanitario externo	9	0,12	6	0,32	2	0,02		0,00
Trato personal inadecuado	171	2,28	81	4,32	107	1,31	98	2,20
Otros	357	4,77	62	3,30	327	4,00	106	2,38
Total	7.488	100	1.876	100	8.171	100	4.448	100

CHUIMI: Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Dr. Negrín: Complejo Hospitalario Universitario Dr. Negrín.

CHUC: Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

HUNSC: Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

Tabla 11.- Motivos reclamaciones año 2021, principales Hospitales Comunidad Autónoma Canaria.

Se observan diferencias significativas en cuanto al volumen total de reclamaciones presentadas en cada Hospital, datos que podrían indicar diferencias en relación a los tipos de registros y sus tiempos de ejecución. Si comparamos los datos con las reclamaciones presentadas en los diez primeros Hospitales del Monitor de Reputación Sanitaria Año 2022 II que presentan una media de 2.012 reclamaciones en el año 2021 (Tabla 12), concluimos que existe la necesidad tanto, de equilibrar esas diferencias detectadas en los Hospitales Canarios, como la de reducir en número la cantidad de reclamaciones que recibimos. También se observan diferencias en relación con la tipología de motivos. Los motivos listas de espera por consulta oscilan entre un 38,56% en el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria y un 7,25% en el Complejo Hospitalario Universitario Dr. Negrín (Complejo HUC 27,63%). El motivo lista de espera de pruebas diagnósticas oscila entre un 24,81 en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil y un 5,33% en el Complejo Hospitalario Universitario Dr. Negrín(Complejo HUC 23,44%) (Tabla 11).

Hospital	Reclamaciones Año 2021
Hospital Universitario 12 de Octubre	3991
Hospital Universitario Virgen del Rocío	3302
Hospital Universitario Central de Asturias	2500
Hospital clínico San Carlos	2212
Hospital Universitario Virgen Macarena	1896
Hospital Clínico Universitario San Cecilio	1574
Hospital Universitario La Paz	1434
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda	1424
Hospital Universitario Doctor Peset	1019
Hospital de Manises	770
Media	2012

Tabla 12.- Reclamaciones de los diez primeros Hospitales clasificados en el Monitor de Reputación Sanitaria año 2022.

Las diferencias detectadas en las motivaciones de las reclamaciones pudieran deberse a la falta de una codificación homogeneizada en los diferentes hospitales, así como por la utilización de diferentes registros informáticos. En relación a las reclamaciones respondidas en plazo en el año 2021 (Tabla 13), se observan diferentes resultados: en el Complejo Hospitalario Universitario Dr. Negrín un 95,36%, en el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria un 83,95% y en el Complejo Hospitalario Universitario Insular MaternoInfantil un 63,04%. Como señalamos con anterioridad en nuestro Hospital las reclamaciones fueron resueltas, en menos de dos meses, un 99,64% en el año 2021 y un 99,99% en el año 2022. Destacamos el hecho de que nuestro Hospital se responde a un 86,15% de las reclamaciones en 15 días y en cambio en el resto de los Hospitales de nuestra Comunidad no se alcanza el 50% de respuestas. Por ello, consideramos oportuno un análisis de los procedimientos que se viene realizando, por si fuera factible, implantar una operativa finalista para la resolución de cada reclamación, así como la utilización de recursos on-line para la presentación y respuestas de reclamaciones; incluso la búsqueda de un mayor apoyo de los órganos directivos de cada hospital en el posicionamiento de los Servicios de Atención al Usuario en la estructura hospitalaria.

Año 2022	Reclamaciones	Resueltas	%	Reclamaciones RESUELTAS en un plazo de:							
				2 meses	%	1 mes	%	20 días	%	15 días	%
CHUC	7.389	7.389	100	7.388	99,99	7.222	97,74	6.682	90,43	6.211	84,06
Dr. Negrín	1.876	1.876	100	1.789	95,36	1.338	71,32	938	50,00	787	41,95
HUNSC	8.171	7.800	95,46	6.548	83,95	4.687	60,09	3.318	42,54	1.672	21,44
CHUIMI	7.488	7.048	94,13	4.443	63,04	2.365	33,55	1.212	17,19	840	11,92

CHUIMI: Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Dr. Negrín: Complejo Hospitalario Universitario Dr. Negrín.

CHUC: Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

HUNSC: Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

Tabla 13.- Tiempo de respuesta a reclamaciones en la Comunidad Autónoma Canaria año 2022.

CONCLUSIONES

Puesta en común de los distintos Servicios de Atención al Usuario Hospitalario con el objetivo de lograr la mayor homogenización de funciones y tareas a desarrollar por todos y cada uno de ellos, que permita un desempeño de funciones claro y absoluto de los referidos Servicios en el organigrama hospitalario.

Creación de grupos de trabajo interdisciplinarios, para establecer mecanismos de enlace entre los distintos niveles asistenciales, evitando con ello la existencia de estructuras organizativas fragmentadas, con la finalidad última de que la información fluya interna y externamente en relación al acto clínico.

Conflicto de intereses: Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Financiación: el proyecto de investigación reseñado no ha recibido ningún tipo de financiación pública o privada.

BIBLIOGRAFIA

1. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo BOE núm.91, de 16 abril de 1987.
2. González Llinares RM, Berasaluce Arocena I y Valenciano González A. La Voz del Cliente. En Claves para la Gestión de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud. 2016. 265-293.
3. Decreto 94/1999, de 25 de mayo (BOC nº 78, 16-06-1999).
4. Orden del Consejero de Sanidad y Consumo, 20 septiembre 2001.
5. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Comunidad Autónoma de Madrid.
6. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: estrategia de humanización compartida [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2021. Disponible en: [hUp://hdl.handle.net/10668/3287](http://hdl.handle.net/10668/3287).
7. Cerrudo Hernández R, Arroyo López MC, Cedrés Rodríguez EB, Barroso Almenara C, Afonso Pérez LC, Mora Quintero ML. Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, con un nuevo protocolo de visita e información. Revista Ene. 2022. 16(1),1-13. [hUp//www.ene-enfermeria.org/ojs0/index.php/ENE/article/view/1335](http://www.ene-enfermeria.org/ojs0/index.php/ENE/article/view/1335)
8. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Artículo 10.
9. Reglamento General de Protección de Datos UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, apartado 11 del artículo 4.
10. Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado.
11. Los Mejores Hospitales Públicos de España 2022. Monitor de Reputación Sanitaria año 2022.
12. Búsqueda en Google: Servicios de Atención al Usuario. Cartera de Servicios. Memoria. Nombre del Hospital. De forma electrónica en la Tabla 9 se puede acceder al hiperenlace del hospital clicando encima del nombre.
13. Decreto 94/2007, de 8 de mayo. BOC de 23 de mayo de 2007.
14. Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro.
15. Memoria Oficina ODDUS 2021. Consejería Sanidad. Gobierno de Canarias.



REVISIÓN DE LOS PLANES TERAPÉUTICOS POR PARTE DEL ASISTENTE CLÍNICO COMO ESTRATEGIA SANITARIA DESTINADA A LA OPTIMIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES POLIMEDICADOS PCC/MACA

AUTORES:

García-Checa, L. Asistente Clínica CAP Les Hortes. EAP Poble-sec.

Llach-Riera, A. Unidad de Atención a la Ciudadanía CAP Les Hortes. EAP Poble-sec.

Soler-López, M. Unidad de Atención a la Ciudadanía CAP Les Hortes. EAP Poble-sec.

Vila Duart, F. Medicina de Familia y Comunitaria CAP Les Hortes. EAP Poble-sec.

CORRESPONDENCIA:

Laura García Checa

CAP Les Hortes

C/ Nou de la Rambla, 169

08004 Barcelona.

Teléfono: 93.324.91.00

E-mail: lgarcia@capleshortes.cat



RESUMEN

Objetivos: Mejorar el cumplimiento y minimizar la iatrogenia del plan individualizado terapéutico (PIT) de pacientes polimedificados mediante su revisión por parte del asistente clínico (AC) personal de medicina y enfermería. El objetivo final es mejorar la salud, calidad de vida y bienestar del individuo, respetando sus derechos, necesidades y preferencias.

Metodología: Intervención sanitaria multidisciplinar dividida en 3 fases: 1) Identificación y contacto con pacientes polimedificados, como paciente crónico complejo (PCC) o con enfermedad avanzada con pronóstico de vida limitado (MACA). 2) Entrevista conjunta con el equipo asistencial y el paciente, en la identificación y jerarquización de sus problemas de salud, como en sus prioridades 3) Toma de decisiones y propuesta de un PIT pactado con el paciente.

Resultados: En un periodo de 6 meses, se han revisado un total de 33 PIT, detectándose 4 duplicidades, 1 contraindicación, 1 interacción, 19 medicaciones no consumidas y 6 efectos indeseados.

Una encuesta realizada a los pacientes participantes manifiesta un alto grado de satisfacción con la introducción de la AC en el control de PIT.

Conclusiones: La revisión multidisciplinar de los PIT en pacientes polimedcados es una herramienta efectiva en la mejora del cumplimiento y disminución de la iatrogenia dada su gran aceptación por parte del paciente. El AC descarga de tareas burocráticas al personal sanitario y forma parte del equipo asistencial que vela por la salud de las personas.

Palabras clave: asistente clínico, modelo asistencial, seguridad del paciente, plan individualizado terapéutico.

Keywords: clinical assistant, care model, patient safety, individualized therapeutic plan.

INTRODUCCIÓN

A medida que la medicina avanza y mejora la esperanza de vida, incluso en pacientes con enfermedades crónicas, son cada vez más los pacientes catalogados como crónicos complejos (PCC) y con enfermedad avanzada con pronóstico de vida limitado (MACA). Un paciente crónico complejo es aquel que, a juicio clínico, muestra un perfil de morbilidad, unas características evolutivas y un consumo de recursos determinado que precisa de un manejo multidisciplinar, transversal, entre diferentes niveles asistenciales, con transiciones frecuentes y elevado riesgo de exposición a criterios asistenciales discrepantes o a situaciones de incertidumbre clínica. Un paciente MACA es aquel que, a su cronicidad y complejidad, se le añade un pronóstico de vida limitado, en general inferior a un año. Varios estudios epidemiológicos permiten establecer una prevalencia poblacional de la complejidad alrededor del 5 %, de los cuales un 4 % corresponden al concepto PCC y un 1 % al del Modelo de atención a la cronicidad avanzada (MACA)].



Los fallos en la adecuación de los planes terapéuticos en estos pacientes son causa frecuente de iatrogenia, falta de adherencia o incumplimiento de los objetivos terapéuticos².

Actualmente, la evidencia científica de intervenciones destinadas a su mejora es escasa³ y son necesarias nuevas estrategias compatibles con la falta de personal sanitario que sufre nuestro territorio, como puede ser la inclusión del asistente clínico en la atención a estas personas.

La figura del asistente clínico nace en Estados Unidos a mediados del siglo XX como un nuevo tipo de profesional de la salud que mejora la accesibilidad a la atención sanitaria en las comunidades en las que hay escasez de personal y soluciona de manera eficiente los procesos sanitarios.

Según la American Medical Association (AMA), un asistente médico (en España traducido como asistente clínico) es un profesional de la salud que trabaja bajo la supervisión de médicos y otros proveedores de atención sanitaria y están capacitados para realizar una variedad de tareas clínicas y administrativas en entornos médicos. La figura del AC llega a España en enero de 2020, siendo aplicada por primera vez en el Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat (Barcelona), centro hospitalario de tercer nivel referente a nivel nacional en Pediatría y sus áreas específicas.



Se aplicó inicialmente en el área de Oncología, extendiéndose después a los Servicios de Ortopedia y Traumatología, Cirugía y Neurocirugía. Su objetivo era dar apoyo a médicos y enfermeras, coordinando y mejorando la gestión administrativa en la programación de pruebas complementarias, bajo protocolo clínico, resolver dudas del paciente, acompañarle y convertirse en su referente durante todo el proceso asistencial. 4

La experiencia americana ha demostrado posteriormente que la inclusión de la figura del AC en los Equipos de Asistencia Primaria mejora la satisfacción del paciente, la calidad de la atención^{5,6,7}e incluso la eficiencia del flujo de trabajo⁸. Otros estudios hablan acerca de resultados satisfactorios en aspectos más específicos, como el diagnóstico de cáncer⁹, el manejo de pacientes multimórbidos de alto riesgo¹⁰ o incluso en la detección del riesgo de suicidio en adolescentes.¹¹

OBJETIVOS

Mejorar el cumplimiento y minimizar la iatrogenia de los planes individualizados terapéuticos (PIT) en pacientes polimedcados clasificados como crónicos complejos (PCC) o con enfermedad avanzada con pronóstico de vida limitado (MACA), respetando sus derechos, necesidades y preferencias y fomentando su autonomía, a través de la revisión multidisciplinar (personal médico, de enfermería y asistente clínico) de los PITs junto con el paciente. El objetivo final es mejorar la salud, calidad de vida, seguridad y bienestar del individuo.

MATERIAL Y MÉTODO

Intervención sanitaria dividida en 3 fases:

- 1.- Identificación de los PCC y MACA polimedcados (con una prescripción activa superior a 5 fármacos) a través de las bases de datos informatizadas (eCAP) de nuestro centro de asistencia primaria, ubicado en la ciudad de Barcelona.
- 2.- Revisión y corrección, si precisa, del plan terapéutico por parte del facultativo de referencia.
- 3.- Contacto telefónico con los pacientes por parte de la AC, con el objeto de revisar su medicación. Esta revisión podrá llevarse a cabo de manera presencial o telefónica, dependiendo de las características personales de cada usuario (analfabetismo, barrera idiomática). Si la visita es presencial, se les aconseja aportar los blisters o envases de la medicación que toma habitualmente a la visita.



4.-Lectura supervisada realizada por AC para asegurar:

- Vigencia de cada uno de los tratamientos incluidos en su PIT.
- Correcta comprensión en términos de posología e indicación terapéutica de cada uno de los fármacos, así como, posibles efectos adversos que haya podido detectar.
- Uso apropiado de la polifarmacia en personas mayores o pacientes de gran complejidad médica.
- Importancia de la implicación de los pacientes en el autocuidado, y en la detección y prevención de errores en la medicación.
- La AC dedica el tiempo necesario para identificar y jerarquizar los problemas de salud, asegurar que el paciente ha comprendido toda la información proporcionada en referencia a su tratamiento y que las prioridades del paciente son atendidas, colocándolo en el centro del sistema.

5.- Tras la detección de las modificaciones necesarias en los planes terapéuticos, la AC las comunicará al facultativo para realizar los cambios pertinentes.



RESULTADOS

- Se han detectado un total de 30 usuarios PCC/ MACA polimedificados, con PIT que incluían entre 7 y 20 prescripciones activas.
- Se ha contactado telefónicamente con 28 de ellos (93%). Se ha realizado una intervención telefónica en 26 usuarios y 2 presenciales en pacientes con dificultades psicosociales (analfabetismo y/o barrera idiomática)
- Se han detectado 4 duplicidades, 1 contraindicación, 1 interacción y 6 efectos indeseados, permitiendo la desprescripción de 12 fármacos.

Posteriormente se han realizado encuestas de satisfacción a 28 de los 30 usuarios incluidos dentro del programa, obteniéndose una puntuación de 4.5 sobre 5, donde 0 es nada satisfecho y 5 es muy satisfecho con la introducción de la AC en el control de su medicación. Así mismo, los facultativos de referencia de dichos usuarios valoran muy positivamente esta nueva incorporación.



DISCUSIÓN

Los PCC/MACA precisan de una atención longitudinal y personalizada que los sitúe en el centro del sistema, acompañándolos durante todo su proceso asistencial. Es clave conocer sus prioridades en la jerarquización de sus problemas de salud. Todo ello implica la necesidad de espacios temporales en la consulta médica/de enfermería que no se dispone en la actualidad. La figura del AC permite ofrecer estos espacios de atención personalizada.

Es importante la revisión de planes terapéuticos en referencia a la seguridad del paciente, como pone de manifiesto la detección de duplicidades, contraindicaciones, interacciones y efectos indeseados detectados en el estudio. Es necesario el diseño de indicadores para poder evaluar la eficacia de las acciones llevadas a cabo.

La satisfacción mostrada por los usuarios que han participado en el estudio sugiere que este tipo de intervenciones serían muy bien recibidas extrapoladas a otros ámbitos de la asistencia primaria como, por ejemplo, tareas de control en la recepción de resultados, reclamación de estos, revisiones de baja y altas laborales y gestión de visitas y resolución de incidencias en los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel de referencia.

CONCLUSIONES

La figura del asistente clínico nace en Estados Unidos en respuesta a la escasez de personal sanitario en algunas poblaciones, con objeto de desburocratizar la consulta. No obstante, el AC no debe plantearse tanto desde la perspectiva de apoyo al personal sanitario, sino, como una figura de apoyo al paciente. Su objetivo final es asegurarse de que éste tiene todo lo que necesita en sus trámites relacionados con el proceso asistencial.

El usuario debe entender al AC como un profesional de la salud que le acompaña, detecta sus prioridades en términos de salud, se asegura de que comprende todo lo referente a su proceso y le ayuda en las gestiones burocráticas que puedan surgir durante su proceso asistencial.

La incorporación de la AC en nuestro centro de salud ha supuesto una mejora significativa en la atención al usuario y en la calidad asistencial percibida por los profesionales sanitarios, convirtiéndose en una figura indispensable en el nuevo modelo organizativo de la atención primaria. La AC se puede considerar el nexo entre las áreas asistencial y administrativa, que permite agilizar los trámites, y ofrece una atención personalizada y accesible para el usuario, situándolo en el centro del sistema sanitario.

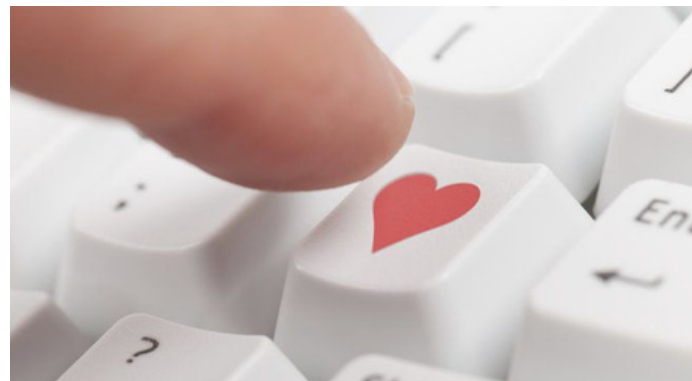
La AC ha mostrado en este trabajo su relevancia en la adecuación de los PIT en usuarios PPC/MACA polimedificados en función de la necesidad, efectividad, adecuación, seguridad y adherencia a los tratamientos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas.
2. Shelton, P. S., Fritsch, M. A. & Scott, M. A. Assessing Medication Appropriateness in the Elderly: A Review of Available Measures. *Drugs & Aging* 16, 437-450 (2000).
3. Rankin, A. et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 9, CD008165 (2018).
4. <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/noticias/sant-joan-deu-crea-figura-del-asistente-clinico-mejorar-atencion-asistencial>.
5. Halter, M. et al. The contribution of Physician Assistants in primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 13, 223 (2013).
6. Kurtzman, E. T. & Barnow, B. S. A Comparison of Nurse Practitioners, Physician Assistants, and Primary Care Physicians' Patterns of Practice and Quality of Care in Health Centers. *Med Care* 55, 615-622 (2017).
7. Hooker, R. S. The contributions of physician assistants and nurse practitioners in primary health care. *Health Care: Current Reviews* 04, (2016).
8. Morgan, P. A. et al. Impact Of Physicians, Nurse Practitioners, And Physician Assistants On Utilization And Costs For Complex Patients. *Health Affairs* 38, 1028-1036 (2019).
9. Sheringham, J. et al. Physician associate/assistant contributions to cancer diagnosis in primary care: a rapid systematic review. *BMC Health Serv Res* 21, 644 (2021).
10. Freund, T. et al. Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med* 164, 323 (2016).
11. Gillette, C. et al. Attitudes and Beliefs of Pediatric Residents and Physician Assistant Students Toward Screening Adolescents for Suicide in Primary Care. *J Physician Assist Educ* 33, 179-184 (2022).

EL TÉRMINO "HUMANIZACIÓN" EN LAS REDES SOCIALES: ANÁLISIS DEL CONTENIDO EN LAS CUENTAS OFICIALES DE TWITTER DE LOS SERVICIOS DE SALUD



AUTORES:

IGNACIO ROSELL AGUILAR, MARÍA LUISA CUADRADO DOMÍNGUEZ, PURIFICACIÓN TORIBIO HERNÁNDEZ, MÓNICA ROBLES GARCÍA.

**SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN.
DIRECCIÓN TÉCNICA DE CALIDAD Y ATENCIÓN AL USUARIO.
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD E INFRAESTRUCTURAS
SANITARIAS. GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y
LEÓN.**

DIRECCIÓN DE CONTACTO:

Ignacio Rosell Aguilar.
Servicio de Atención al Usuario y Participación.
Consejería de Sanidad (despacho 1102).
Paseo de Zorrilla 1. 47007 Valladolid.
Teléfono: 983 32 80 00 (ext. 89271)
Correo electrónico: irosella@saludcastillayleon.es

RESUMEN ABSTRACT

OBJETIVOS

1. Identificar los tweets más relevantes con el término "humanización" en las cuentas oficiales de twitter de las Consejerías/Departamentos y Servicios de Salud.
2. Análisis del contenido de los tweets identificados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de análisis del contenido en las cuentas oficiales de twitter de las Consejerías/Departamentos de Sanidad y Servicios Regionales de Salud de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas, hasta el 31 de diciembre de 2022. Se seleccionaron los tweets más relevantes de cada cuenta, hasta un máximo de 10 tweets por cada Comunidad o Ciudad Autónoma, que incluyeran el término "humanización" o su traducción en las otras lenguas oficiales. El criterio de relevancia se estableció por el número total de retweets.

RESULTADOS

El término "humanización" aparece más frecuentemente vinculado a 1. Dimensiones (trato, confort, valores, etc.); 2. Estrategias, planes y decálogos; 3. Jornadas, congresos, reuniones; 4. Infancia, pediatría; 5. Obras, infraestructuras; 6. Participación, perspectiva del paciente; 7. Premios, reconocimientos y acreditaciones; 8. Parto, lactancia y salud materno-infantil. Otros epígrafes menos frecuentes fueron los relativos a COVID-19, políticas de humanización, enfermería, cuidados paliativos, final de la vida, muerte digna y formación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de las publicaciones disponibles sobre humanización en redes sociales permite identificar aquellos aspectos que son más relevantes para los usuarios y reflexionar sobre los mensajes transmitidos en este ámbito. Entre otros aspectos, resulta llamativo que no exista apenas mención a atención primaria entre los tweets más relevantes.

PALABRAS CLAVE: Humanización. Redes sociales. Twitter.

INTRODUCCIÓN

Según la definición de la Real Academia Española (RAE), humanizar significa "hacer humano, familiar y afable a alguien o algo"¹. En el contexto de la atención sanitaria, la humanización no se limita a esa idea de "afable" (según la RAE: "agradable, dulce, suave en la conversación y el trato"), sino en dar una respuesta adecuada a las necesidades, preferencias y valores de los pacientes y usuarios, favoreciendo un mejor proceso de atención y cuidado.



Para ello se requiere de la corresponsabilidad de todos los implicados, construyendo una cultura sólida de humanización en la que los valores sean el centro del desempeño de la organización, de manera que el sistema de salud sea capaz de proporcionar tanto "calidad" como "calidez".

Las redes sociales son plataformas en internet que permiten a los usuarios conectarse y comunicarse entre sí. A través de estas redes, los usuarios pueden compartir información, ideas, intereses, fotos, videos y mensajes con otros usuarios. Las redes sociales se han convertido en una forma popular de comunicación y conexión social, y han transformado la forma en que las personas interactúan en línea. Pero también se utilizan ampliamente por empresas y organizaciones para conectar con su público objetivo, detectar necesidades y promocionar sus productos o servicios.

Twitter² es una red social que permite a los usuarios publicar y leer mensajes cortos de hasta 280 caracteres, conocidos como "tweets". Los usuarios pueden seguir a otros usuarios para ver sus tweets, y también pueden interactuar con ellos mediante "retweets" (reenvíos del tweet), "likes" (indicación de "me gusta" al contenido), "menciones" y/o "respuestas". Twitter se ha convertido en una importante fuente de noticias, información y opinión pública en todo el mundo, favorecida por la brevedad de sus mensajes -aunque pueden incluir enlaces a contenidos mucho más amplios- y también por ser una red abierta, ya que no se requiere seguir ni ser aceptado por un emisor para tener acceso a sus tweets. En la actualidad, son numerosas las administraciones públicas, servicios de salud y centros sanitarios que disponen de cuentas activas de twitter³.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de análisis del contenido⁴ de los tweets más relevantes de las Consejerías/Departamentos de Sanidad y los Servicios Regionales de Salud de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas de España, que incluyeran en su texto el término “humanización” (o bien su traducción en la lengua oficial en el caso de Comunidades Autónomas bilingües), y que hubieran sido publicados hasta el 31 de diciembre de 2022.

Para ello, se efectuó una recopilación de todas las cuentas oficiales de las respectivas Consejerías/Departamentos/Servicios de Salud, y se llevó a cabo una búsqueda de publicaciones con las herramientas de filtrado de la red social twitter, que permiten seleccionar todos aquellos tweets que incluyan un determinado término de búsqueda y que hayan tenido una mínima cantidad de interacciones⁵.

De cada una de las cuentas analizadas, se obtuvieron los 10 tweets más retuiteados (por considerar este criterio el de mayor impacto) que contuvieran el término “humanización” (o su equivalente en otra lengua oficial), y excluyendo aquellos tweets en los que dicho término se empleaba únicamente para nombrar un puesto o cargo que llevase asociado dicho nombre (p.ej. “dirección general de humanización”).

Se identificaron y analizaron todas las cuentas de twitter oficiales de las diferentes Consejerías/Departamentos/Servicios de Salud de las Comunidades y Ciudades Autónomas, o bien la cuenta oficial del Gobierno de la Comunidad/Ciudad Autónoma, únicamente en caso de no encontrarse ningún resultado en las cuentas oficiales sanitarias. Las cuentas de twitter analizadas para el estudio se recogen en la **tabla 1**.

Comunidad Autónoma	Cuentas de twitter analizadas
Andalucía	@saludand
Aragón	@GobAragon
Asturias	@astursalud
Baleares	@ibsalut y @SalutGOIB
Canarias	@SanidadGobCan
Cantabria	@saludcantabria y @cantabriaes
Castilla-La Mancha	@SanidadCLM
Castilla y León	@Salud_JCYL
Cataluña	@salutcat e @icscat
Extremadura	@SaludExtremadur y @JuntaEx_Sanidad
Galicia	@SanidadeXunta
Madrid	@SaludMadrid
Murcia	@Murciasalud
Navarra	@salud_na
País Vasco	@osakidetzaEJGV
La Rioja	@riojasalud
Comunidad Valenciana	@GVAsanitat
Ceuta	@Ingresa_Ceuta
Melilla	@Ingresa_Melilla y @MelillaGobierno

Tabla 1. Relación de cuentas de twitter analizadas por Comunidades Autónomas.

Finalmente, para la realización del análisis de contenido se identificaron una serie de ítems comunes en los tweets, que sirvieron de base para su adscripción a distintos epígrafes. En dicho análisis, los epígrafes no eran necesariamente excluyentes, por lo que cada uno de los tweets pudo ser incluido en más de un epígrafe (p.ej. un tweet relativo a la realización de obras con nueva decoración para mejorar la humanización de una planta de pediatría podría ser incluido en los epígrafes de “obras/infraestructuras” y de “humanización en pediatría”). Los epígrafes del análisis de contenido fueron:

- Dimensiones de humanización (confort, trato, valores).
- Estrategias, planes o decálogos de humanización.
- Jornadas, congresos o reuniones de humanización.
- Participación y perspectiva del paciente en humanización.
- Realización de obras o infraestructuras para una mejor humanización.
- Premios, reconocimientos o acreditaciones de humanización.
- Prioridad política de la humanización.
- Formación en humanización.
- Papel de enfermería en la humanización.
- Humanización en parto, lactancia, atención materno infantil.
- Humanización en pediatría (más allá de materno-infantil).
- Humanización en cuidados paliativos, final de la vida, muerte digna.
- Humanización en COVID-19.



RESULTADOS

Se analizaron un total de 24 cuentas de twitter de las 17 Comunidades Autónomas y de las 2 Ciudades Autónomas.

El total de tweets analizados a los efectos de este estudio fue de 166. La cifra alcanzada no es de 190, debido a que no en todas ellas existían al menos 10 tweets que cumplieran el criterio de inclusión del término “humanización”.

Los 166 tweets analizados generaron en conjunto un impacto de 2709 “retweets”, lo que implica un promedio de 16,32 retweets por cada publicación. Si se incluyen las menciones de cada tweet, el impacto asciende hasta 2880 retweets + menciones, con un promedio de 17,35 por cada publicación. La cifra conjunta de “likes” de los 166 tweets ascendió a 6392, lo que supone un promedio de 38,51 “likes” por cada una de las publicaciones analizadas.

La mayoría de los tweets (70,48% del total, 117 tweets) incluían imágenes/fotos, y 30 de los tweets (18,07% del total) llevaban insertado un vídeo. Además, 70 de los tweets analizados (42,17% del total) incluían algún enlace a un contenido de internet que ampliaba el propio mensaje del tweet.

En cuanto al análisis de contenido, **el epígrafe más frecuente es el de “dimensiones de humanización” que incluye aspectos como el confort de las instalaciones y servicios, el trato dispensado, o el respeto a los valores del paciente.** Estos aspectos fueron identificados en 84 de los tweets analizados (50,60% del total).

EL EPÍGRAFE MÁS FRECUENTE ES EL DE “DIMENSIONES DE HUMANIZACIÓN” QUE INCLUYE ASPECTOS COMO EL CONFORT DE LAS INSTALACIONES Y SERVICIOS, EL TRATO DISPENSADO, O EL RESPETO A LOS VALORES DEL PACIENTE

Dentro de este primer epígrafe, destaca especialmente todo aquello que se refiere al trato dispensado a los pacientes (información, comunicación, intimidad, acompañamiento, empatía, calidad humana, etc.), aspecto mencionado en 34 publicaciones (40,48% de los tweets del epígrafe). A continuación, se encuentra el aspecto del confort (accesibilidad, renovación y decoración de espacios, posibilidad de entretenimiento durante la estancia hospitalaria, etc.) que suma 25 tweets (29,76%). Finalmente, se incluyen en este epígrafe los tweets que hacen mención a la consideración de los valores de los pacientes, que aparecen en 17 de las publicaciones (20,24%).

El siguiente grupo de epígrafes más frecuentes fueron los que hacían referencia de “estrategias, planes o decálogos de humanización”, que sumaron 42 de los 166 tweets analizados (25,30%), seguidos muy de cerca por el epígrafe de “jornadas, congresos o reuniones” en los que se debatían o presentaban contenidos reflejados con la humanización, en 41 de los tweets (24,70%).

Otros epígrafes frecuentes entre los tweets seleccionados, si bien en menor medida que los anteriormente citados, fueron -en orden descendente de frecuencia- los referidos a “humanización en pediatría” (17,47% del total), la “realización de obras o infraestructuras para una mejor humanización” (16,87%), la consideración de la “participación y perspectiva del paciente” (13,25%), la mención a “premios, reconocimientos o acreditaciones de humanización” (también 13,25% del total) y los tweets referidos a “humanización en parto, lactancia o atención materno infantil” (12,05%).

Finalmente, existen epígrafes menos frecuentes, por debajo del 10% del total, pero aún reseñables en el análisis de contenido efectuado. Estos son los referidos a “humanización en COVID-19” (cabe reseñar que la coincidencia temporal de este análisis con la reciente pandemia ha podido resultar determinantes en la relevancia de este epígrafe, que suma el 9,04% del total de tweets identificados en el análisis), “prioridad política de la humanización” (también 9,04%), “papel de enfermería en la humanización” (6,63%), “humanización en cuidados paliativos, final de la vida y muerte digna” (4,82%) y “formación en humanización” (4,22% del total de tweets analizados).

La distribución de los epígrafes del análisis de contenido, por orden de frecuencia entre los tweets analizados, se muestra en el **gráfico 1**.



Gráfico 1. Análisis del contenido. Distribución de frecuencias de los tweets analizados en los diferentes epígrafes del análisis (n=166).

(*) La suma de los resultados parciales es superior al total porque un mismo tweet puede estar incluido en varios epígrafes

Finalmente, se muestran los cinco tweets más relevantes en cuanto a su impacto (número de retweets), y en cuyo contenido se pueden identificar algunos de los epígrafes anteriormente reseñados: “Dimensiones de humanización: confort, trato, valores”, “Humanización en COVID-19”, “Realización de obras o infraestructuras para una mejor humanización”, “Papel de enfermería en la humanización”, “Humanización en parto, lactancia, atención materno infantil” y “Humanización en pediatría”.

<https://twitter.com/SaludMadrid/status/1248647499407130624>

 **Salud Madrid**
@SaludMadrid

La humanización de la asistencia sanitaria está muy presente en el hospital de IFEMA. Así celebran los cumpleaños de los pacientes ingresados con globos y cartas de ánimo de manos de unos sanitarios que no pierden la ilusión ni el optimismo

[#CoronavirusMadrid](#) [#CoronavirusEspaña](#)



0:47 25,4 mil reproducciones

6:22 p. m. - 10 abr. 2020

201 Retweets 17 Tweets citados 754 Me gusta

1- <https://twitter.com/astursalud/status/1246843458029051905>

 **Consejería de Salud**
@astursalud

 [@HUCA_Asturias](#) tiene implantado un plan de [#Humanización](#) de la asistencia hospitalaria, que incluye el servicio de videollamada en la REA1 

Muchas gracias a los y las profesionales q lo han hecho posible 

+info 

[@GobAsturias](#)



youtube.com
HUMANIZACIÓN HUCA 2020. VIDEOLLAMAES EN REA 1. ...
Nestos tiempos difíciles que nos ta tocando vivir nel que les families nun pueden acompañar a los suyos pola pandemi...

6:53 p. m. - 5 abr. 2020

94 Retweets 6 Tweets citados 265 Me gusta

2- <https://twitter.com/GVAsanitat/status/882551423233388544>

 **GVA Sanitat** ✓
@GVAsanitat

🌈👶🏠💗👩🏻‍🏫👩🏻‍🏫 Radiología de @HospitalLaFe y @juegaterapia son responsables de este proyecto de humanización para apoyar a pacientes infantiles



👤 Carmen Montón y 5 más

12:47 p. m. · 5 jul. 2017

91 Retweets 4 Tweets citados 179 Me gusta

3- <https://twitter.com/saludand/status/906472201787924482>

 **Consejería de Salud y Consumo** ✓
@saludand

▶ Maica, matrona del Hospital de Montilla, explica el proyecto de humanización al parto que llevan a cabo en el centro de @hospitalesAG



1:02 4.191 reproducciones

12:59 p. m. · 9 sept. 2017

86 Retweets 4 Tweets citados 92 Me gusta

5- <https://twitter.com/salutcat/status/1268784619836502019>



DISCUSIÓN

Las redes sociales en internet están creando nuevas formas de comunicación e interacción a las que no son ajenas las organizaciones sanitarias. Las características de la red social twitter, abierta y con mensajes breves, permiten difundir mensajes a la ciudadanía y recibir opiniones sobre los servicios ofertados.

En el desarrollo de una cultura de humanización en las organizaciones sanitarias, resulta relevante el análisis de los mensajes que se transmiten a la ciudadanía a través de las redes sociales, y en particular de aquellos epígrafes en los que más frecuentemente se emplea el término “humanización”. Este análisis permite acotar el tipo de mensajes que realmente se llevan a cabo vinculados a este concepto, más allá de otras consideraciones teóricas sobre sus posibles implicaciones y significados.

Entre las limitaciones de este estudio, cabe mencionar el hecho de que pudieran existir mensajes muy relacionados “de facto” con la humanización, pero sin que se emplee el término literal en el texto, lo que habría impedido su inclusión en este análisis. Del mismo modo, la limitación del estudio a un máximo de diez tweets de cada Comunidad o Ciudad Autónoma, seleccionando aquellos de mayor relevancia, implica la pérdida de algunos mensajes que, a pesar de no constituir aspectos tan populares ni generar una gran cantidad de retweets, pudieran haber resultado de interés.

En cuanto a las fortalezas del estudio, sin perjuicio de otros análisis previos sobre contenidos vinculados a la humanización en las redes sociales (6), se trata en este caso de un enfoque innovador por referirse al ámbito concreto de los mensajes difundidos desde las cuentas oficiales de los servicios sanitarios en España, analizando contenidos en todas ellas, lo cual permite abrir una reflexión sobre el tipo de mensajes que se transmiten y la repercusión que generan, tanto en los epígrafes más citados como en aquellos que se encuentran llamativamente ausentes. En este sentido, si bien era esperable hallar buena parte de los epígrafes identificados en el análisis de contenido, resulta llamativo el peso relativo de algunos de ellos, así como, por el lado contrario, la práctica ausencia de mensajes vinculados a la atención primaria, que debería considerarse un ámbito imprescindible en la humanización (7).



CONCLUSIONES

- El análisis del contenido de las redes sociales constituye una novedosa fuente de información que puede ser incorporada en el ámbito de los servicios de salud.
- La revisión de las publicaciones con mención del término “humanización” en las cuentas oficiales de twitter de las organizaciones sanitarias permite identificar aspectos relevantes para los usuarios de estas redes y reflexionar sobre qué tipo de mensajes transmitimos.
- El epígrafe de “dimensiones de humanización” que incluye aspectos como el confort de las instalaciones y servicios, el trato dispensado o el respeto a los valores del paciente, es el predominante entre los mensajes analizados.
- La mención a “estrategias, planes o decálogos de humanización”, y a “jornadas, congresos o reuniones” en los que se debatían o presentaban contenidos reflejados con la humanización, son también epígrafes relevantes entre los mensajes.
- Otros epígrafes frecuentes incluyen los referidos a “humanización en pediatría”, la “realización de obras o infraestructuras para una mejor humanización”, la consideración de la “participación y perspectiva del paciente”, el anuncio de “premios, reconocimientos o acreditaciones de humanización” y la “humanización en parto, lactancia o atención materno-infantil”.
- Es llamativa la casi nula mención a atención primaria entre los tweets analizados. Posiblemente constituye un elemento de reflexión y mejora a considerar en los mensajes institucionales.

BIBLIOGRAFIA

Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., versión en línea. <https://dle.rae.es> [16-03-2023].

Ávila de Tomás, JF. (2012). Aplicaciones y uso de Twitter en salud. Guía avanzada de Twitter. Formación Médica Continuada-FMC, 19(7), 434-438. <https://www.fmc.es/es-epub-X1134207212497178#tbl1>

Medina Aguerrebere, Pablo (2018). El rol de las redes sociales en la comunicación de marca de los hospitales españoles. Revista Científica de Estrategias, Tendencias e Innovación en Comunicación, n° 15. Castellón: Asociación para el Desarrollo de la Comunicación adComunica y Universitat Jaume I, 215-233. DOI: <http://dx.doi.org/10.6035/2174-0992.2018.15.11>

Krippendorff, K. Content Analysis. An Introduction to Its Methodology (4th. ed). The Annenberg School for Communication, University of Pennsylvania. SAGE Publications, 2018.

Rufai SR, Bunce C. World leaders' usage of Twitter in response to the COVID-19 pandemic: a content analysis. Journal of Public Health, Vol. 42 (3), Sept.2020, 510-516. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa049>

Simón Márquez, M. M., Molero Jurado, M.M., Barragán Martín, A. B., Martos Martínez, A., Pérez-Fuentes, M.C. y Gázquez Linares, J.J. (2022). Análisis de la humanización en el ámbito sanitario en redes sociodigitales. Revista de Comunicación y Salud, 12, 21-44. <https://doi.org/10.35669/rcys.2022.12.e282>

Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia, 10(1), 29-38. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&tlng=es

COLABORACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS CON ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES: ¿DÓNDE ESTAMOS FALLANDO?

AUTORES:

MARÍA PALOMA MURCIA TROTONDA

VALERIA REYNOLDS CORTEZ

RICARDO GARCÍA GÓMEZ

MAR GÓMEZ SANTILLANA

ANA MARÍA OLMO VALERA

MONTSERRAT GASCÓN MORENO

ANA FLOR SALINAS VILCA

JAVIER SILVA CONTRERAS

Dirección de contacto:

IHospital Virgen de la Luz - Gerencia de Atención
Integrada de Cuenca. Calle Hermandad Donantes de
Sangre N°1 - 16002

Teléfono: 969179900 Ext: 58944

Correo electrónico: M.Paloma Murcia Trotonda
mmurcia@sescam.jccm.es

RESUMEN ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

En la actualidad los pacientes son partícipes en su proceso de salud, en este sentido, existen mecanismos de ayuda como pueden ser las asociaciones de pacientes y familiares (ASPF) que funcionan como una red de apoyo para sus patologías; trabajando en paralelo está el personal sanitario cuya finalidad es proteger y cuidar al paciente, podemos observar que aunque se tiene un objetivo común, hay muy poca comunicación entre ellos.

OBJETIVO

Evaluar los conocimientos y percepciones de los responsables de los diferentes servicios hospitalarios/no hospitalarios (SHNH) de la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca (GAICU) acerca de las ASPF.

IMATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se realizó una encuesta a los mandos medios de la GAICU (jefes de servicio/sección, supervisores, etc.) con un cuestionario validado para otras provincias de Castilla-La Mancha. Las variables descriptivas incluyen aspectos sobre conocer las ASPF, como contactar con ellas y líneas de trabajo. El análisis se realiza con el programa SPSS 12.0 provisto por la GAICU expresando las variables como n=totales y porcentajes.

RESULTADOS

La tasa global de respuesta fue del 63% (72/115); en coordinadores de Enfermería fue 73,3% (22/30) y menor en jefes de servicio con 42,1% (16/38). El 51,4% (37/72) conocía alguna ASPF y el 67,6% (25/37) facilitaba información a los pacientes sobre las mismas.

Respecto a la colaboración, el 34,7% (25/72) considera que la mejor vía de contacto serían las reuniones y el 68% (49/72) valoró como beneficiosa (>8) la colaboración. El 31,9% (23/72) considera prioritario implantar o mantener reuniones informativas.

CONCLUSIONES

Existe gran desconocimiento de los profesionales sanitarios del mundo asociativo, aunque consideran que esta colaboración puede ser beneficiosa. Estos resultados nos proporcionan información fundamental para realizar proyectos conjuntos entre GAICU y ASPF. El Servicio de Información y Atención al Paciente (SIAP) será el nexo, dinamizando la participación asociativa y favoreciendo la humanización.

PALABRAS CLAVE/KEYWORDS

Citizen participation, patient organizations, healthcare professional.

INTRODUCCIÓN

Estamos en un mundo de constante cambio, por este motivo, nuestra sociedad y nuestro sistema sanitario debe adaptarse con la mayor rapidez posible para no quedarse obsoleto y afrontar los nuevos retos que nos depara el día a día; un ejemplo de ello, es el auge de las enfermedades crónicas y las enfermedades raras. Estas patologías ocasionan que los pacientes tengan una serie de necesidades no cubiertas en su totalidad por el sistema sanitario actual y en las cuales el apoyo de las ASPF es imprescindible para dar una atención adecuada a las mismas (1).

Las ASPF son entidades sin ánimo de lucro en las que se agrupan personas con una patología común y cuyo objetivo es proporcionar ayuda y apoyo a pacientes y familiares. Estos grupos son clave para proveer una atención sanitaria integrativa y participativa al empoderar al paciente a tomar decisiones con respecto a su salud y ser partícipe de forma activa en su proceso sanitario (1,2,3).

La inclusión de las ASPF en el sistema sanitario es un requisito delimitado en la Ley 5/2010, de 24 de Junio, sobre Derechos y Deberes en materia de Salud de Castilla-La Mancha, en su artículo 42 donde se regula la participación ciudadana, en el Plan Dignifica de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha (CLM) en la Línea 5: Participación Ciudadana, donde se plantea involucrar a toda la sociedad y la Ley 8/2019, de 13 de diciembre, de Participación de CLM que fomenta el asociacionismo participativo y la colaboración con las administraciones públicas (4,5).

En nuestra provincia, el SIAP recoge a 77 ASPF con proyectos activos orientados a pacientes con patologías de salud mental, enfermedades neurológicas, diabetes, discapacidad intelectual, física o sensorial, enfermedades autoinmunes, trastornos del desarrollo, enfermedades raras, adicciones y ASPF no enfocadas a patologías si no al trato integral de los pacientes como las de lactancia, transexuales, donantes de órganos o de sangre. La relación entre las ASPF y los profesionales sanitarios ha sido poco investigada, y los resultados existentes demuestran una baja interacción entre estos dos grupos debido principalmente al conocimiento insuficiente de los sanitarios sobre estos organismos y su utilidad (6).

Los profesionales del SIAP están trabajando continuamente para potenciar la colaboración entre la Gerencia de Atención Integrada de Cuenca (GAICU) dependiente del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) y las ASPF, iniciando con la identificación y contacto con distintas ASPF, favoreciendo programas de voluntariado y áreas de trabajo comunes y sistematizando el contacto con las mismas (4,5). Como parte de estas estrategias de integración, se evidenció la necesidad de realizar un estudio cuyo objetivo principal es evaluar los conocimientos y percepciones de los responsables de los diferentes SHNH de la GAICU acerca de las ASPF.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo. La población total estuvo conformada por todos los jefes de servicio/sección, supervisores, coordinadores médicos y de enfermería tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria de la GAICU los cuales fueron contactados por el personal del SIAP. Al contar con la información de contacto de todos los trabajadores que forman parte de la población a estudio, se decidió incluir a todos en el estudio, no se realiza muestreo poblacional para este estudio.

La fecha del estudio fue del 1 al 31 de mayo 2022, donde los datos se recogieron mediante un cuestionario que fue enviado por correo interno y sus respuestas se recogieron también por correo interno por la unidad de calidad y seguridad; el cuestionario es anónimo, semiestructurado de 8 preguntas, cerradas (de respuesta única, múltiple o priorizada) o abiertas, aunque con espacio de respuesta limitado; este cuestionario fue desarrollado y aprobado por el Comité de Calidad Percibida de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.

Las variables utilizadas fueron:

1. Categoría Profesional: clasificando a los profesionales en

- Jefe de Servicio.
- Supervisora de enfermería
- Coordinador Médico de Atención Primaria
- Responsable de Enfermería de Atención Primaria.
- Responsable Médico de Centros Sociosanitario.
- Responsable de Enfermería de Centro Sociosanitario.
- Otros.

2. Servicio de salud al que pertenece: ya sea uno de los 33 centros de atención primaria o cuyo centro sea el Hospital Virgen de la Luz.

3. Conocimiento sobre asociaciones: se consideró conocimiento el conocer el nombre de una o más ASPF relacionadas con las patologías de los pacientes que atiende en su servicio el profesional sanitario.

4. Conocimiento sobre el medio de contacto con las asociaciones: se considera afirmativo en caso de que el profesional conozca una o más métodos de contacto (ej., número telefónico, correo electrónico, dirección)

5. Vía ideal de comunicación: el medio de contacto que el profesional sanitario considere ideal para que las ASPF se pongan en contacto para comunicar su cartera de servicios.

6. Conocimiento sobre proyectos de colaboración con ASPF: se considera afirmativo cuando el profesional sanitario conoce uno o más proyectos de ASPF que involucren a su servicio o centro.

7. Beneficio de la colaboración con ASPF: escala de Likert donde 10 se considera extremadamente beneficiosa la colaboración entre profesionales sanitarios y ASPF.

8. Actividades para priorizar: pregunta abierta donde los profesionales sugieren las actividades que deberían realizar las ASPF con mayor frecuencia debido a su importancia.

Los datos fueron trasladados a un archivo Excel 2010 y posteriormente al programa SPSS 12.0 provisto por la GAICU, realizándose el análisis descriptivo expresando las variables como n= total y también en forma de porcentajes.

Nuestro estudio se ha realizado siguiendo lo establecido por la declaración de Helsinki. La recogida, gestión y publicación de los datos se realizó de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El proyecto actual cumple los requisitos éticos de la investigación biomédica en seres humanos.

Los investigadores de este estudio declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación a la realización de este proyecto.

Dentro de las limitaciones, encontramos y aceptamos los siguientes sesgos:

Sesgo de no respuesta: una tasa de no respuesta elevada es común en los estudios observacionales y puede o no influir en la validez externa de los resultados.

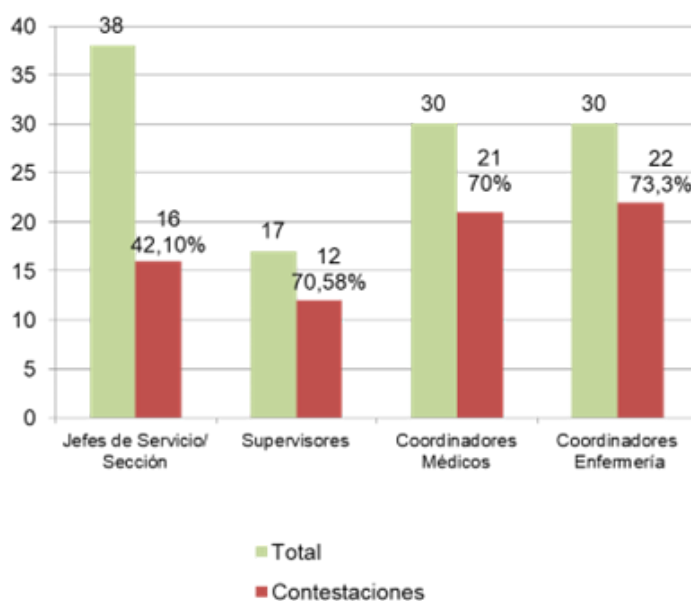
Sesgo de selección: este se presenta ya que los profesionales que deciden responder pueden no ser representativos de la población debido a tener mayor interés en el tema y se puede sobreestimar el conocimiento de estos sobre las ASPF.

Sesgo de información: las características personales y no profesionales de los sanitarios puede influir en su conocimiento o recuerdo con respecto a las ASPF, así mismo, el instrumento al no estar validado puede alterar los resultados.

RESULTADOS

Del total de 115 trabajadores sanitarios encuestados, la tasa de respuesta fue de un 63% (72/115).

Gráfico 1. Descriptivo de la tasa de respuesta por categoría profesional. Cuestionario sobre Asociaciones de Pacientes y Familiares. Gerencia Atención Integrada de Cuenca. 1° al 31° de Mayo de 2022.



Según el área sanitaria, la tasa de respuesta en atención primaria fue de un 65% (39/60) y de atención hospitalaria un 60% (33/55).

Gráfico 2. Descriptivo sobre el conocimiento de alguna asociación de pacientes y familiares relacionada con las patologías de los pacientes en su servicio/unidad. Gerencia Atención Integrada de Cuenca. 1° al 31° de mayo de 2022.

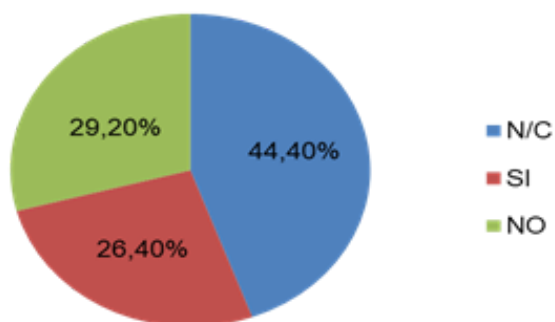
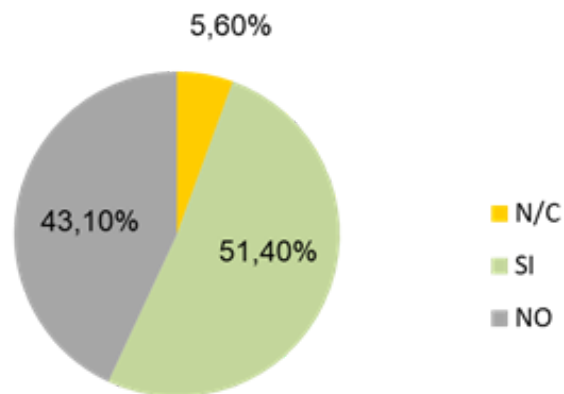
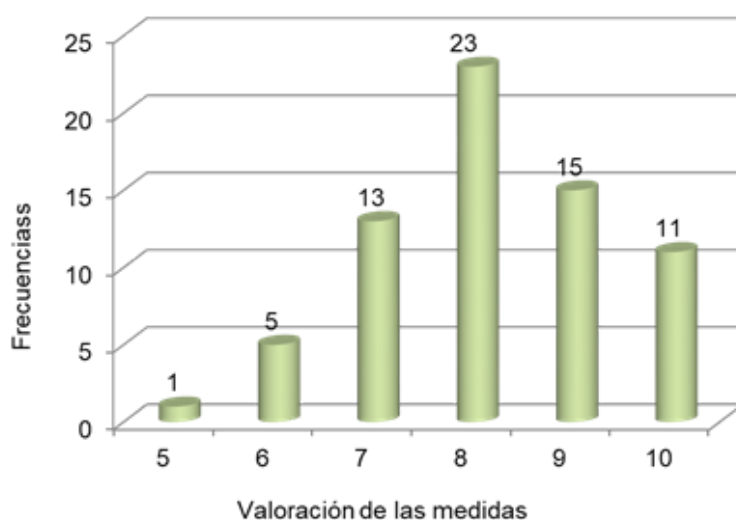


Gráfico 3. Descriptivo sobre el conocimiento de algún recurso de la asociación de pacientes y familiares relacionada con las patologías de los pacientes en su servicio/unidad. Gerencia Atención Integrada de Cuenca. 1° al 31° de mayo de 2022.

De los sanitarios con conocimiento de las ASPF, el 67,6% (25/37) facilita información a los pacientes sobre las mismas desde su servicio, sin embargo, el 16% (6/37) desconocía cómo ponerse en contacto con al menos una de las ASPF, el 67,6% (25/37) consideró el teléfono como la vía de uso más habitual.

Respecto a la colaboración, el 34,7% (25/72) considera que la vía más adecuada para difundir las actividades de las ASPF serían las reuniones, seguidos por la comunicación por correo electrónico en el 29,2% (21/72). Solamente el 12,5 (9/72) tenían conocimiento de un proyecto colaborativo con alguna ASPF llevado a cabo por su servicio al momento del estudio.

Gráfico 4. Escala de Likert, sobre la colaboración entre profesionales con las asociación de pacientes y familiares. Gerencia Atención Integrada de Cuenca. 1° al 31° de mayo de 2022.



Dentro de las líneas de colaboración que consideran importantes poner en marcha, el 31,9% (23/72) cree que las reuniones informativas y de coordinación deben mantenerse o implantarse.

DISCUSIÓN

La tasa de respuesta fue superior a la habitual para estudios en trabajadores sanitarios, lo cual demuestra un compromiso de estos con la integración de los pacientes en el sistema de atención. Se observa que las tasas de respuesta son bajas en jefes de servicio, esto puede deberse a la saturación de trabajo, sin embargo, se debe conseguir acercarse a los mismos ya que son esenciales para la eficacia de esta colaboración.

Solamente la mitad tenía conocimiento de asociaciones, esto puede deberse a una baja interacción entre ambos grupos, pero debe potenciarse la difusión de las actividades y los medios de contacto con los mismos, de preferencia por los medios solicitados por los profesionales y además mediante la implantación de métodos de interacción modernos disponibles mediante las tecnologías de la información.

Los trabajadores son conscientes de la importancia de potenciar la colaboración entre las ASPF y la GAICU mejorando la comunicación entre las partes implicadas se traduce en el incremento en la difusión de estas enfermedades y en definitiva la mejora de la atención al paciente, este resultado es similar que el estudio de Blidaru et al.(6)

CONCLUSIONES

Existe un gran desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios del mundo asociativo donde solamente la mitad de los encuestados conoce una o más ASPF relacionada a sus pacientes, aunque dos tercios de los encuestados consideran que la colaboración con las asociaciones sería beneficiosa para pacientes y familiares eligiendo como líneas de colaboración las reuniones de coordinación e información, además de disponer de material divulgativo de dichas asociaciones.

Este estudio es parte de la fase inicial de un proyecto para la potenciación de la colaboración entre la GAICU y las ASPF, que se inició con el registro de las asociaciones presentes en Cuenca y la realización de la encuesta a los trabajadores sanitarios. En base a estos resultados, se dará visibilidad a las asociaciones y se colaborará con ellas estableciendo el SIAP como nexo de unión y eje que estructura esta relación, dando respuesta así a las necesidades expresadas por los profesionales sanitarios en el cuestionario suministrado.

La GAICU establecerá un nuevo sistema de relación más activo y constante con las ASFP para la consecución de una mayor participación de pacientes y familiares a través de sus representantes.



BIBLIOGRAFIA

1. García-Sempere A, José Artells J. Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes: Encuesta a informadores clave. Gac Sanit [Internet]. 2005 Abr [citado 10 Jun 2023]; 19(2):120-126. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Barragán-García B, Bernal-Jiménez A, Casado-Duráñez P, Costa Frossard-França L, Gallardo-Pino C, Garrido-López P. Participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias. Madrid: Fundación HUMANS. 2017.
3. Quevedo JA, Martín R, Lorenzo D, de Pablos A, Martínez R. El paciente en el centro. Acuerdos de asociaciones de pacientes-semFYC. Aten Primaria [Internet]. 2023 Mar [citado 10 Jun 2023];55(3). Disponible en: 10.1016/j.aprim.2022.102564
4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, 15 de noviembre de 2002).
5. Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. [2010/11360]. (Diario Oficial de Castilla La-Mancha, número 131, de 9 de julio de 2010).
6. Blidaru TC, Păun DL, Sirbu AC, Dima NI, Poiană C. Perspectives On The Impact Of Romanian Patient Organizations In Rare Endocrine Diseases. Rom J Leg Med [Internet]. 2020 Dec 1 [citado 12 Jun 2023];28:458-64. Disponible en: [10.4323/rjlm.2020.458](https://doi.org/10.4323/rjlm.2020.458)

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO

CUESTIONARIO DIRIGIDO A JEFES DE SERVICIO Y SECCIÓN, SUPERVISORES/AS Y COORDINADORES MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA

1. Categoría profesional:
 - a. Jefe de Servicio
 - b. Jefe de Sección
 - c. Supervisor/a de Enfermería
 - d. Coordinador Médico de Atención Primaria
 - e. Coordinación Enfermería de Atención Primaria
 - f. Otros
2. Servicio/Centro de Salud al que perteneces:
3. ¿Conoces alguna Asociación relacionada con las patologías de los pacientes que se atiende en tu Servicio /Centro de trabajo? Si No. En caso afirmativo,
 - a. ¿Cuáles son?
 - b. ¿Conoces los recursos y servicios que ofrece dicha Asociación a pacientes y familiares? Si No
 - c. ¿Se facilita desde tu Servicio/Centro información al paciente sobre la existencia de esta Asociación? Si No ¿Cómo?
4. ¿Sabes cómo acceder o ponerte en contacto con Asociaciones?
 - a. Si
 - b. No
 - c. Sólo con algunas
 En caso afirmativo, ¿Cuáles son las vías habituales de comunicación con las Asociaciones?
 - a. Correo electrónico
 - b. Teléfono
 - c. Visitas de la Asociación a tu Centro de trabajo
 - d. Especificar otros:
5. Indica cual sería la vía más adecuada para dar a conocer la cartera de servicios de las asociaciones en tu Servicio o Centro:
6. ¿Se desarrolla desde el Servicio/Centro alguna colaboración con ASPF? Si No. En caso afirmativo ¿Qué tipo de colaboración?
7. ¿En qué medida consideras que la colaboración de los profesionales con estas Asociaciones podría ser beneficiosa para los pacientes y sus familias? (puntuá de 1 a 10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. ¿Qué líneas de colaboración o actividades consideras sería importante poner en marcha con las ASPF? Por favor indica tus sugerencias para mejorar la colaboración con Asociaciones de Pacientes y Familiares.

Muchas gracias por tu colaboración.

TEMAS DE INTERÉS

APRENDIZAJE SERVICIO PARA MEJORAR LA PERCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS: UNA EXPERIENCIA DE VOLUNTARIADO PARA ESTUDIANTES DE CIENCIAS SOCIALES

AUTORES:

ANA PAULA SALAS MOREIRA, BEATRIZ GÓMEZ BACEIREDO, CARLA REIGADA, CARLOS CENTENO CORTÉS. ATLANTES GLOBAL OBSERVATORY OF PALLIATIVE CARE, INSTITUTO CULTURA Y SOCIEDAD, UNIVERSIDAD DE NAVARRA, PAMPLONA, ESPAÑA

Dirección de correspondencia:
ICS, Universidad de Navarra. Campus Universitario, Pamplona, Navarra, España. C.P. 31007
Teléfono/s: +34 948 425600 Ext: 802276
Correo electrónico: asalasmo@unav.es



RESUMEN

Introducción: Con el fin de humanizar el cuidado, se ha diseñado un curso universitario para enseñar a los estudiantes de ciencias sociales qué son los cuidados paliativos. Este curso incluyó un día de voluntariado con grupos locales proveedores de cuidados para que los estudiantes pusieran en práctica lo aprendido. Posteriormente, se les pidió que completaran un diario reflexivo con seis preguntas.

Objetivos: Analizar la experiencia de los estudiantes en el voluntariado a través del diario reflexivo.

Metodología: Análisis temático de contenido de los diarios reflexivos. Se excluyeron los diarios reflexivos que no seguían el formato establecido.

Resultados: Se reclutaron 27 estudiantes, y se analizaron 18 diarios reflexivos que cumplían los criterios de inclusión. Había tres temas principales: (1) cuestiones que los estudiantes consideraban importantes, como la escucha activa, la observación como medio de aprendizaje, y el conocer a la persona para poder adaptar el cuidado; (2) los sentimientos generados por la experiencia, en los que predominan la tristeza y la alegría, en muchos casos al mismo tiempo; y (3) los compromisos establecidos a futuro, por ejemplo, el de volver a ser voluntario.

Conclusiones: Los alumnos valoraron positivamente la actividad de voluntariado, aunque en algunos casos generara sentimientos de tristeza. El aprendizaje fue descrito como profundo y dio lugar a algunas reflexiones sobre la forma en que los estudiantes se relacionan con su comunidad. Además, los estudiantes aprovecharon la oportunidad para demostrar su interés en continuar aprendiendo sobre el cuidado y aplicando lo aprendido a sus vidas.

Palabras clave: Cuidados paliativos, innovación educativa, comunicación, percepción, voluntariado.

INTRODUCCIÓN

El **ATLANTES Global Observatory of Palliative Care** ha desarrollado un curso llamado "Cuidado y Sociedad" con el objetivo de humanizar el cuidado. Este curso forma parte de la línea de investigación del Observatorio centrada en la comunicación de los cuidados paliativos. Está diseñado para estudiantes de ciencias sociales, y su propósito es formar embajadores del cuidado que puedan compartir lo aprendido en el aula con su entorno cercano 1. Cada módulo del curso utiliza enfoques didácticos innovadores para fomentar el interés de los estudiantes, y así permitirles ser protagonistas de su propio aprendizaje 2. El Módulo 1 es una clase teórica acompañada de testimonios, el Módulo 2, un circuito Escape Room, el Módulo 3, una actividad de aprendizaje-servicio, y el Módulo 4, un seminario de comunicación.

El presente artículo se centra en el Módulo 3 y su actividad de aprendizaje servicio. El aprendizaje servicio es una actividad de servicio solidario protagonizada por los estudiantes cuya meta es atender las necesidades de una comunidad 3. No obstante, no hay que caer en la noción equivocada de que cualquier voluntariado es aprendizaje servicio. Este tipo de aprendizaje busca acercar al estudiante al servicio de su comunidad a través de la planificación de objetivos en el currículum académico, la formación de valores y la vinculación a la comunidad.

El Módulo 3 fue concebido con ese triple objetivo. Para ello, los estudiantes tuvieron que cursar un programa de un día de voluntariado con grupos locales que proveerán cuidados. Con esto, se buscaba poner en práctica la teoría aprendida en clase, fomentar el valor del cuidado, y vincular a los estudiantes con su comunidad. Tras la experiencia, tenían que completar un diario reflexivo con seis ítems: "¿Qué he aprendido?", "¿Cómo lo he aprendido?", "¿Qué sentí en este aprendizaje?", "¿Cómo puedo usar lo aprendido?", "¿Cómo valoro mi participación?", y "Después de haber concluido esta asignatura, ¿Cuál es mi compromiso de cambio?".

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es analizar la experiencia de los estudiantes en la actividad de voluntariado a través de sus diarios reflexivos. Más específicamente, se busca:

- Evaluar si la experiencia resulta útil para el aprendizaje y objetivos planteados en la asignatura Cuidado y Sociedad.
- Encontrar los puntos fuertes y los puntos de mejora para poder implementar cambios en siguientes ediciones de la asignatura.

MÉTODO

La actividad tuvo lugar del 31 de marzo al 14 de abril del 2022. Los estudiantes fueron invitados a escoger, de una lista de actividades con fechas concretas, una que se ajustara a su horario. El tiempo dedicado a la actividad variaba de **1 a 4 horas** dependiendo de las posibilidades del centro social. De los 29 estudiantes matriculados en la asignatura, **27** completaron el programa. A esos estudiantes se les calificó la entrega del diario reflexivo, que debían entregar en un formato preestablecido. Tras una primera lectura de los diarios, se descartaron 9 que no seguían el formato deseado. Se realizó un análisis temático de contenido con los **18 diarios** que cumplían los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Los resultados se pueden dividir en temas directamente relacionados con los ítems del diario reflexivo y temas que emergen naturalmente. De los temas relacionados con los ítems surgen, a su vez, tres categorías: **El aprendizaje, los sentimientos y los compromisos.**

1. Los estudiantes ofrecen una narración completa sobre lo que aprendieron durante su día de voluntariado. Para empezar, mencionan haber adquirido conocimientos sobre las características de los profesionales del cuidado, las enfermedades, los cuidados paliativos y el acto de cuidar. Por otro lado, se hacen referencias a la observación, el diálogo y la escucha activa como medio para aprender. No obstante, se destaca la práctica como un hito importante en el proceso de aprendizaje:

“Se trata de adquirir una nueva perspectiva, una actitud que va más allá de tener unos conocimientos. Creo que una visión así solo se puede conseguir de forma práctica, ya que hay que vivirla y sentirla para aprenderla, para cambiar”, P1.

Con gran frecuencia, los estudiantes describen este aprendizaje como “útil”, ya sea a nivel práctico, personal o profesional:

“Lo aprendido me será muy útil en mi profesión, pero también en todos los otros aspectos de mi vida, ya que no he aprendido solo unos conocimientos, sino toda una perspectiva”, P2.

También surgieron algunas etiquetas aisladas, como “profundo”, “interesante”, “receptivo”, o “significativo”. Cabe también resaltar que en algunas descripciones se usaron palabras como “difícil”. Y en un caso en concreto se hizo hincapié en que el aprendizaje no sería útil para su vida profesional.

2. Sobre los sentimientos, se mencionaron sentimientos positivos, negativos y neutrales, como la sorpresa, el impacto y el respeto.
 - Dentro de los sentimientos positivos, los más frecuentes fueron la alegría (o felicidad) y la gratitud.
 - El sentimiento negativo más mencionado fue la tristeza.
 - No obstante, también se nombró la impotencia, la frustración y el miedo.

Parece interesante recalcar que algunos estudiantes declararon haber experimentado sentimientos tanto positivos como negativos durante el mismo día de voluntariado, ya sea en forma de mezcla o proceso:

“Esta reflexión me ayudó a vivir la experiencia con empatía, y la pena que sentía se transformó en alivio al comprobar la delicadeza y el cariño con el que los pacientes eran cuidados. [...] Así, los sentimientos de tristeza que experimenté en mi primer contacto con ellos se disiparon y transformaron en alivio y tranquilidad”, P3.

3. Finalmente, el tercer tema relacionado directamente con los ítems fue el de los **compromisos**. Dentro de los más comunes estaba el de realizar más actividades de voluntariado. Sin embargo, la idea que se repitió en varias ocasiones fue la de cambiar la forma en la que se relacionaban con sus comunidades. Esto se expresó de muchas formas, ya sea con el compromiso de poner en uso lo aprendido, de aplicar la escucha activa, de acompañar a sus familiares y seres queridos, o de no huir de este tipo de situaciones.

Por otro lado, los temas que emergieron naturalmente fueron: las cosas que los estudiantes consideran importantes tras la experiencia, la idea de **compartir lo aprendido**, y la asignatura Cuidado y Sociedad. Sobre el primer tema, los estudiantes destacaron con frecuencia la importancia de la escucha activa, de la observación, y, sobre todo, del cuidado personalizado:

“La importancia que le han dado al cuidado personalizado me ha hecho ser consciente de lo fundamental que es prestar mucha atención. Creo que esto lo aplicaré también en todos los ámbitos de mi vida. [...] Al igual que los cuidados paliativos deben ser muy personalizados, yo en mi labor como psicóloga también debo personalizar el tratamiento y terapia y para ello tratar a la persona por encima de tratar su enfermedad, tal y como hacen en el centro”, P4.

El segundo tema que surgió naturalmente fue el de compartir lo aprendido, y se expresó de tres formas distintas. Por un lado, algunos de los estudiantes hablaron sobre cómo habían compartido lo aprendido. En otras ocasiones, los estudiantes explicaban por qué consideran importante compartir el aprendizaje que ellos habían experimentado en la asignatura. Y, por último, algunos expresaron esta idea a través de sus compromisos, con el deseo de compartir lo aprendido a futuro:

“De igual manera, es necesario que se use lo aprendido desde la enseñanza. Quiero decir, haciéndole ver a mis compañeros la importancia de acompañar y así como la de la incondicionalidad”, P5.

Finalmente, sobre el tema de la asignatura Cuidado y Sociedad, los estudiantes mencionaron el curso en dos instancias. Algunos estudiantes declararon que la asignatura les había dado una base necesaria para enfrentarse al día de voluntariado. Otros estudiantes aprovecharon el diario reflexivo para compartir sus pensamientos sobre la asignatura en general. Destaca un comentario sobre los sentimientos generados a lo largo de la asignatura:

“Durante la asignatura he ido teniendo varios sentimientos desde tristeza al explicar alguna experiencia personal, empatía cuando alguien explicaba o venían testimonios, impotencia de no poder hacer que se curen, ganas de mejorar al ver algún que otro video, hasta felicidad por algún ejemplo de testimonios que habían acabado su vida como querían y estaban felices. Todos estos sentimientos son los que creo que se experimentan al cuidar a alguien o si eres familiar de algún enfermo”, P6.

Limitaciones:

La organización del día de voluntariado estaba sujeta a restricciones de tiempo, lo cual impidió extender la experiencia más allá de un día. A pesar de que los estudiantes expresaron su deseo de tener más tiempo de voluntariado, parece complicado incluirlo en el marco de la asignatura a futuro. Por otro lado, fue difícil encontrar oportunidades de voluntariado similares para los 29 estudiantes en un periodo de 15 días. Esto resultó en una variación significativa en las actividades y experiencias de cada estudiante, según el centro en el que participaron.

Además, debido a la falta de personal, no fue posible proporcionar un acompañamiento personalizado a cada estudiante. El seguimiento se basó en los diarios reflexivos, ya que solo había un tutor disponible para la actividad. Por último, el COVID-19 también presentó una limitación adicional. Uno de los centros que iba a recibir a tres estudiantes tuvo que cancelar debido a un aumento de contagios. En su lugar, se ofreció a los estudiantes una charla, similar a una entrevista, donde tuvieron la oportunidad de hacer preguntas sobre el trabajo y la rutina diaria de los profesionales.

CONCLUSIONES

El programa de voluntariado dentro de la asignatura fue positivo, aunque generó algunos sentimientos con connotaciones negativas. Los estudiantes lo valoraron favorablemente y lo describieron como un aprendizaje útil. La experiencia dio lugar a algunas reflexiones sobre cómo los estudiantes se relacionan con su comunidad, y eso los motivó a realizar compromisos de cambio en su forma de pensar o actuar. Además, los estudiantes aprovecharon la oportunidad para demostrar su interés en continuar aprendiendo sobre el cuidado, aplicarlo en su vida diaria y compartir ese aprendizaje. Esto último resulta especialmente importante, ya que la meta general de la asignatura Cuidado y Sociedad es generar embajadores del cuidado en la sociedad. Que los estudiantes consideren importante el compartir o tengan el deseo de compartir lo aprendido nos da indicios de un buen desarrollo.

Por otro lado, la dificultad que supuso coordinar esta actividad para 27 estudiantes es un indicador de que la actividad, aunque efectiva, no es escalable. En los demás aspectos, el programa de voluntariado cumple el triple cometido del aprendizaje servicio. La actividad pone en contexto el aprendizaje del estudiante, ayuda a que los estudiantes vivan el cuidado y lo valoren como una necesidad social, y los acerca a su comunidad desde una nueva perspectiva. Además, los diarios reflexivos nos han dado información útil para seguir mejorando la asignatura Cuidado y Sociedad en futuras ediciones.



BIBLIOGRAFIA

Salas Moreira, A. P., Gómez Baceiredo, B., Centeno, C., & Reigada, C. (2023). Educational innovation as a communication strategy in palliative care: A study protocol and preliminary results. *PLOS ONE*, 18(6), e0286343. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0286343>

Reigada, C., Hermida-Romero, S., Tabera, A., Acilu, A., Sandgren, A., Carvajal, A., Rivas, S., Gómez, B., Naya, C., & Centeno, C. (2022). Combining interdisciplinarity and creative design - A powerful strategy to increase palliative care awareness within a university community. *Thinking Skills and Creativity*, 46, 101179. <https://doi.org/10.1016/J.TSC.2022.101179>

Tapia, M. N. (2008). *Aprendizaje y servicio solidario* (Colección ACCIÓN SOCIAL). Identidad. Buenos Aires: Ciudad Nueva.

Rodríguez Gallego, M. R. (2014). El Aprendizaje-Servicio como estrategia metodológica en la Universidad. *Revista Complutense de Educación*, 25(1), 95-113. https://doi.org/10.5209/REV_RCED.2014.V25.N1.41157

El programa de voluntariado dentro de la asignatura fue positivo, aunque generó algunos sentimientos con connotaciones negativas. Los estudiantes lo valoraron favorablemente y lo describieron como un aprendizaje útil.

TEMAS DE INTERÉS

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE. UNA CO-CREACIÓN ENTRE CIUDADANÍA Y PROFESIONALES



AUTORES:

IRENE FELIU - RESPONSABLE DEL ÁREA DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA Y EXPERIENCIA DE PACIENTE

SUSANA ASENSIO - SUBDIRECTORA ENFERMERA

ROSA MANAUT - DIRECTORA DE COMUNICACIÓN Y RELACIONES INSTITUCIONALES

SÍLVIA MILLAT - JEFA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN

DOLORS SÁNCHEZ - JEFA DE LA UNIDAD DE DESARROLLO PROFESIONAL Y GESTIÓN DEL TALENTO

EVELYN SHAW - SUBDIRECTORA MÉDICA

Dirección de correspondencia:

Hospital Universitari de Bellvitge. Institut Català de la Salut.

Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Contacto: ifeliu@bellvitgehospital.cat

Telefonos: 932 60 78 31 / 634 74 06 07

RESUMEN

OBJETIVOS: El Manual de Buenas Prácticas surge de la necesidad de compartir de forma explícita los comportamientos que se desprenden de nuestros valores.

El objetivo principal es la elaboración del Manual destinado a los profesionales del Hospital Universitario de Bellvitge recogiendo, con el consenso de los actores implicados, los valores que nos definen y nos hacen singulares.

El objetivo específico es la incorporación de la experiencia de paciente, no únicamente en los procesos asistenciales, sino también en la humanización de estos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar que realizó una búsqueda bibliográfica de otras iniciativas parecidas.

Se establecieron cinco subgrupos de trabajo para abordar las diferentes perspectivas de la manera de hacer en nuestro hospital, con participación abierta en función de la temática y teniendo como centro los valores de la institución.

Con las aportaciones recogidas se plantearon las líneas principales del manual que se ilustró con dibujos realizados por profesionales del centro, entendiendo esta aportación como una dimensión más de la participación.

RESULTADOS: Se establecieron los ámbitos en los que se estructura el contenido del manual.

Se editó el manual e infografía en la intranet del hospital

Difusión del contenido del manual en los salvapantallas

CONCLUSIONES: El Manual explicita lo que la organización espera de sus profesionales.

Los pacientes que participaron en los grupos focales valoraron muy positivamente la iniciativa e hicieron aportaciones relevantes.

El Manual se elabora desde los protagonistas (ciudadanía y profesionales). Ser los creadores del contenido da un valor añadido pues lo aproxima a sus necesidades reales.

La dirección ha actuado como impulsora del proyecto

PALABRAS CLAVE: buenas prácticas, profesionales, trato, excelencia, diversidad, empatía, comunicación, participación, experiencia de paciente

INTRODUCCIÓN

El **Hospital Universitario de Bellvitge** es un centro en evolución constante y con una firme voluntad de mejora permanente que responde a la ambición de conseguir la excelencia. No obstante, no siempre explicamos a los profesionales del centro qué se espera de ellos y cuáles son los valores de la institución.

El **Manual de Buenas Prácticas** surge de la necesidad de compartir de forma explícita los comportamientos que se desprenden de nuestros valores.

En el marco del proyecto de **HUBmanización** del Hospital y del plan estratégico se llevó a cabo la iniciativa de redactar un manual de buenas prácticas con el objetivo de recoger, con el consenso de todos los actores implicados, los comportamientos observables que nos definen y nos hacen singulares.

Compartir nuestros rasgos de identidad nos fortalece como institución y nos hace crecer.

Así mismo, si bien es cierto que nuestro centro tiene unos valores y unos rasgos de identidad que nos definen, también nos parecía importante que éstos estuvieran validados por la ciudadanía, y en concreto por nuestros pacientes y sus familiares. Si ellos son nuestra razón de ser y el centro de nuestras actuaciones, consideramos que tenían mucho que decir sobre cómo querían recibir esta atención.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

El manual nació con vocación de participación, abierta a profesionales y usuarios de nuestro hospital, centrado en los valores con los que nos identificamos como Institución.

Compartir nuestros rasgos de identidad nos fortalece como institución y nos hace crecer.

Inicialmente se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar, integrado por miembros de la Dirección asistencial, profesionales médicos y enfermeros, atención a la ciudadanía, desarrollo profesional y gestión del talento y Dirección de servicios generales. Este grupo realizó una búsqueda bibliográfica de otras iniciativas como ésta en hospitales referentes de terciarismo a nivel estatal, para identificar aquellos aspectos claves que deben de estar recogidos en un manual de estas características.

Como consecuencia de esta revisión se plantearon cinco subgrupos de trabajo para abordar las diferentes perspectivas de la manera de hacer de nuestro hospital, con participación abierta en función de la temática de cada subgrupo, y teniendo como centro los valores de la institución:

Compromiso, confianza, equidad, profesionalidad, proximidad, respeto, responsabilidad y transparencia

En estos subgrupos participaron profesionales del centro, la dirección y otras instituciones con las que el hospital se relaciona. Así mismo, se apostó por incorporar a la ciudadanía en estos grupos de trabajo, incorporando, de esta manera, al principal actor de la asistencia sanitaria, el paciente. De esta forma, incorporamos la experiencia del paciente en la elaboración de un manual que va dirigido a los profesionales. Es decir, el receptor del servicio es quien marca las líneas de cómo quiere que se le trate, cómo quiere recibir la información y cuáles son los valores que considera indispensables en la asistencia.

Los subgrupos definidos fueron:

- Ciudadanos - Institución
- Ciudadanos - Profesionales asistenciales
- Institución - Profesionales
- Profesionales - Recursos
- Institución - Otras Instituciones

Se plantearon diferentes grupos focales en los que se reflexionó sobre la relación entre la institución, los profesionales, la ciudadanía y otras instituciones. Se revisaron los valores de la institución, se identificaron los puntos fuertes de la misma y también los ámbitos de mejora. Se preguntó a la ciudadanía sobre sus expectativas cuando acuden al hospital: qué esperan de los profesionales, que valores creen que tienen que estar presentes en la relación con los pacientes, qué líneas rojas creen que no se deberían traspasar nunca. También se les invitó a compartir alguna experiencia positiva y alguna negativa respecto a la atención recibida en el centro.

Con las aportaciones recogidas en los grupos focales se plantearon las líneas principales del Manual de Buenas Prácticas, así como la frase que da inicio al manual, que aportó un paciente en uno de los grupos focales:

“Cuando unís profesionalidad con humanidad llegáis a la excelencia”.



LÍNEAS PRINCIPALES

1- TRABAJAMOS PARA LA EXCELENCIA



En esta línea se incluyen conceptos como la innovación, voluntad de servicio, igualdad entre hombres y mujeres, conocimiento, experiencia.

2- NOS MOSTRAMOS AMABLES

Esta línea pone de manifiesto cómo queremos relacionarnos con la ciudadanía: nos presentamos, utilizamos un tono de voz agradable, cómo nos dirigimos a los pacientes, escucha activa, ...



3- SOMOS SENSIBLES A LA DIVERSIDAD



Somos conscientes de las necesidades diversas, estamos libres de prejuicios, tenemos vocación de servicio y respetamos valores y creencias. Evitamos cualquier forma de discriminación y damos directrices sobre la manera de relacionarse cuando hay una barrera lingüística.

4- PRACTICAMOS LA COMUNICACIÓN

En esta línea, se sientan las bases de la que será la manera de comunicarnos con nuestros pacientes y con el resto de los profesionales del centro.



5- ACTIVAMOS LA EMPATÍA



Activamos la empatía ayudando a pacientes y familiares a evitar miedos y ansiedades, nos ponemos en la situación de las personas que atendemos. Pero también la activamos manteniendo las citas y respetando los horarios, manteniendo al paciente informado, siendo accesibles y facilitando los trámites.

6- MOSTRAMOS Y ESPERAMOS RESPETO

Fomentamos una buena convivencia y respeto, generamos un ambiente tranquilo y de silencio y fomentamos la participación de los pacientes.



7- NOS COORDINAMOS



Establecemos estrategias claras de coordinación entre profesionales, potenciamos la comunicación, nos mostramos como un equipo y evitamos comentarios que puedan desacreditar a los compañeros.

8- HABLAMOS CON LA IMAGEN

Ofrecemos una buena imagen personal y vamos correctamente identificados. Mantenemos los espacios con un aspecto ordenado.



9- TRABAJAMOS EN EQUIPO



Mostramos interés por la opinión de los compañeros y respetamos sus aportaciones, respetamos la diversidad, practicamos la empatía y agradecemos los méritos y éxitos del conjunto del equipo.

10- GENERAMOS CONFIANZA

Construimos una relación de confianza y accesible, nos expresamos con claridad y sin utilizar terminología demasiado técnica.



11- VALORAMOS LA DISCRECIÓN



Preservamos en todo momento la privacidad, evitamos las interferencias y velamos por la confidencialidad de los datos de los pacientes.

12- SOMOS PROFESIONALES

Nos comunicamos asegurándonos de que nos han entendido, prestamos atención y evitamos distracciones, actuamos de acuerdo con los valores que rigen nuestra actividad.



¿Y AHORA QUÉ?

Con las aportaciones de los grupos y las ilustraciones realizadas por los profesionales se elaboró el manual, pero ahora se planteaba el reto de que los profesionales lo conocieran.

Se hizo difusión del manual en los salvapantallas de los ordenadores y se incorporó en la intranet del hospital, en el apartado de Humanización. También se creó una infografía que, además de estar disponible en la intranet del hospital, se ha repartido en formato póster por las unidades de hospitalización del hospital.

Otra de las acciones que se han realizado es hacer difusión del manual a los profesionales que se incorporan al hospital por primera vez.

Finalmente, en estos momentos se está incorporando una acción que ya ha puesto en marcha la Dirección Enfermera y se está extendiendo al resto de Direcciones. En este caso, los profesionales que reciben una reclamación de trato son recibidos por la Dirección, se analiza la reclamación, se reflexiona sobre la situación vivida y se le entrega una copia del manual.

BIBLIOGRAFÍA

- Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu. Província d'Aragó - Sant Rafael. "Manual de Bones Pràctiques". (2016)
- Codi Ètic Hospital Plató. "El nostre Codi Ètic" (2015)
- Institut Català de la Salut. "Codi Ètic"(2020)
- Consorcio Hospital General de Valencia "365...días a su Servicio"
- Xunta de Galicia. "Manual de estilo de los profesionales del Servicio Gallego de Salud" (2014)

TEMAS DE INTERÉS

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ATENCIÓN AL USUARIO

AUTORES:

CAÑETE JIMÉNEZ, MARTA; ALSINA ALBERT, EVA; CALVENTE MARTÍN, CARMEN; GIMÉNEZ SERRANO, BÁRBARA; MARTÍNEZ JULIÀ, LÍDIA
ATENCIÓN PRIMARIA METROPOLITANA SUD. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

DATOS DE CONTACTO:

Marta Cañete Jiménez. mcanete.apms.ics@gencat.cat
 Atención Primaria Metropolitana Sud (ICS).
 C. Bellaterra, 41, 1r
 08940 Cornellà de Llobregat

INTRODUCCIÓN

La **Gerencia Territorial Metropolitana Sud del Institut Català de la Salut** está formada por el Hospital Universitario de Bellvitge, el Hospital de Viladecans y la Atención Primaria Metropolitana Sud. La Atención Primaria da cobertura a más de 1.300.000 habitantes y la forman 59 equipos de atención primaria y 5 equipos de atención pediátrica territorial, ubicados en entornos urbanos y rurales.

Los ejes estratégicos de la Atención Primaria son la accesibilidad, la gestión de la demanda, la proactividad, la resolución, las buenas prácticas y la comunitaria, promoviendo los valores de proximidad, participación y comunicación.

En este actual contexto la opinión de la ciudadanía respecto a la asistencia y el trato recibido por parte de los profesionales, es un elemento clave en nuestro territorio que nos ha de permitir modular las acciones y establecer objetivos de mejora. Uno de los indicadores que nos permite valorar esta satisfacción es PLAENSA (plan de encuestas de satisfacción de Catalunya) en Atención Primaria, que lleva a cabo el Servei Català de la Salut de forma periódica:

Ítem P19: Cómo valora el trato, amabilidad, que tiene con usted el personal de atención al usuario?

Any	Resultats indicador positiu Metropolitana Sud	Resultats indicador positiu Catalunya
2015	81,30%	85,20%
2018	80,20%	83,50%
2021	67,60%	73,20%

Indicador positivo < 75%
 Área de mejora

A partir del análisis de los resultados de esta encuesta de satisfacción, se detecta la necesidad de mejorar el indicador del trato recibido por el usuario. Se crea un grupo de trabajo formado por las responsables de atención a la ciudadanía del territorio y se establece como objetivo general, mejorar y humanizar el trato que los profesionales de atención al usuario ofrecen en los centros de atención primaria, y como objetivos específicos:

- Obtener la opinión de los profesionales de atención al usuario y de la ciudadanía sobre qué se considera una buena atención.
- Reforzar la relación ciudadano-profesional con una actitud de compromiso.
- Priorizar recomendaciones para conseguir que el ciudadano perciba un buen trato en la atención.
- Difundir las buenas prácticas de atención al usuario a través de un decálogo para los profesionales.

Para obtener la opinión de la ciudadanía y de los profesionales que prestan la atención se lleva a cabo un grupo focal, y simultáneamente también se realizan talleres de buenas prácticas en la atención al usuario con los profesionales. Una vez recogida toda la información del análisis de situación y de los grupos de trabajo, se establece una serie de acciones priorizadas a implementar de forma progresiva:

FORMACIÓN ESPECÍFICA

Durante el año 2022, 656 profesionales de atención al usuario han realizado el curso Competencias para una relación de éxito con la ciudadanía, donde el 74,3% de los profesionales han valorado la formación como positiva o muy positiva para aplicar en sus lugares de trabajo.

Elaboración, publicación y difusión del **Decálogo Buenas Prácticas en la Atención al Usuario**. En el primer trimestre del 2023 se procedió a la elaboración del Decálogo a partir de las aportaciones de los profesionales y ciudadanos. Posteriormente se procedió a su publicación y difusión para promover su aplicación.

Atención a la Ciudadanía

DECÁLOGO

Mar 2023

Buenas prácticas en la atención al usuario

1 Saluda amablemente y con una sonrisa cordial



6 Trata con respecto



2 Mira a la persona que atiendes mientras hablas con ella



7 Haz una escucha activa



3 Dirígete a la persona por su nombre, siempre que sea posible

Buenos días, Paz



8 Sé resolutivo y ofrece alternativas



4 Sé cercano y facilitador



9 Ante las dificultades, mantén una actitud positiva



5 Sé empática: atendemos a personas con problemas de salud



10 Asegúrate siempre que la persona ha entendido la información





Institut Català de la Salut
Atenció Primària
Metropolitana Sud

DIFUSIÓN CAMPAÑA RESPETO

Se desarrolló la campaña Respeto y se editaron diferentes modelajes de cartelería que se han difundido y publicitado en las pantallas informativas de los centros, en los salvapantallas de los ordenadores, en el boletín informativo y en la Intranet. Ejemplo de dos carteles:



MIGRACIÓN TELEFONÍA CONVENCIONAL A DIGITAL

Actualmente, el 80% de los centros de atención primaria disponen de la telefonía digital, y el 100% de nuestros centros disponen de los datos de accesibilidad telefónica que les permite mejorar los circuitos internos de atención telefónica y aumentar el número de llamadas atendidas.

Incorporación progresiva de las diferentes funcionalidades de las pantallas de autogestión para que los usuarios puedan realizar de forma autónoma diferentes trámites como la impresión del plan de medicación, los justificantes de visita, la gestión de las colas en el mostrador y la admisión directa desde consulta de la visita programada, entre otros.



CONCLUSIONES

Comprobamos que a partir de las acciones implementadas se ha conseguido mejorar la atención y el trato que ofrecen los profesionales tal y como se ha visto reflejado en los últimos resultados de la encuesta PLAENSA 2022, donde se visualiza claramente un cambio de tendencia de manera positiva. En referencia al indicador P19 Cómo valora el trato, amabilidad, que tiene con usted el profesional de atención al usuario? Se ha mejorado en un 3,5% pasando del 67,6% de respuestas positivas en el 2021 a un 70,1% en el 2022.

Continuaremos haciendo el seguimiento de este indicador a través de la información que proporciona anualmente la encuesta PLAENSA, a la vez que incluiremos dos nuevos indicadores (número de reclamaciones de trato y número de agresiones a los profesionales de atención al usuario. Esto nos permitirá disponer de más información y por lo tanto seguir trabajando en la consolidación de la tendencia positiva de la mejora del trato.

CONGRESO DE LA SE AUS

XIX CONGRESO DE LA SE AUS IRUÑA-PAMPLONA

Los días **30 y 31 de marzo** se celebró el **XIX CONGRESO DE LA SE AUS** en el Colegio Oficial de Médicos de Navarra en Iruña- Pamplona.

La Consejera de Salud del Gobierno de Navarra, el Presidente del Colegio de Médicos de Navarra, el Presidente de la SE AUS y una representante del Ayuntamiento de Pamplona inauguraron el Congreso.



El lema del Congreso fue **“Humanizando la atención”** un tema de gran interés que conlleva el debate y la reflexión. La conferencia Inaugural estuvo a cargo de Joan Carles March, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, con el título “Las redes sociales en salud” un tema de máxima actualidad. Le siguieron cinco mesas de debate:

- **“Espacios de participación como herramienta de mejora del sistema sanitario”**
- **“Otras formas de atender: Experiencias innovadoras”**
- **“Competencias profesionales en humanización”**
- **“Veinte años de la Ley de Autonomía del Paciente”**
- **“Hablemos de humanización”**

El Premio a la Mejor Comunicación fue para **“Impacto del análisis de la experiencia pacientes en una unidad de hospitalización quirúrgica”**. El Premio al Mejor Póster fue para **“Percepción del usuario de la sanidad sobre el cuidado, a la luz de las búsquedas en la red”**. Los premios patrocinados por Janssen, fueron entregados por el Sr. Pedro Martínez.



Cerraron el Congreso y el Dr. Rodrigo Gutiérrez, Presidente de la SE AUS y el Dr. Javier Apezteguía, Director de Asistencia Sanitaria de Navarra.

Como es habitual, todos los asistentes pudieron disponer de la documentación del Congreso en el espacio habilitado para ellos en nuestra página Web. Desde la SEAUS, nuestro reconocimiento a todos los asistentes, ponentes y patrocinadores, sin todos ellos el XIX Congreso no habría sido posible.

Agradecer a la Consejería de Salud del Gobierno de Navarra, al Presidente del COMN y a los compañeros/as de Navarra su colaboración, implicación y disponibilidad para la celebración del Congreso. Nuestro reconocimiento a Geno Ochando y Lázaro Elizalde que, desde Navarra fueron piezas clave en la gestión y desarrollo del Congreso.

¡¡A todos, muchas gracias!!

PROGRAMA DEL 19 CONGRESO DE LA SEAUS



SEAUS
Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad

19 CONGRESO DE LA SEAUS
Humanizando la Atención


30 y 31 de marzo de 2023
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE NAVARRA

ORGANIZA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LA SANIDAD (SEAUS)

CON LA COLABORACIÓN DE
Nuestro Gobierno Gobierno de Navarra
Consejo Departamental de Salud

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE NAVARRA
Avenida Baja Navarra 47, 31002 Pamplona - Iruña
Google Maps Código Plus: 897946 Pamplona

Secretaría Técnica
948308264 (ext. 101)
+34 974 44 30 00
www.seaus.net



19 CONGRESO DE LA SEAUS
Humanizando la Atención

30 y 31 de marzo de 2023
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE NAVARRA

Presentación del Congreso

En nombre del Comité Organizador y Científico queremos daros la bienvenida a la ciudad de Pamplona - Iruña, sede del XIX Congreso de la SEAUS, que se celebrará durante los días 30 y 31 de marzo de 2023 en el Colegio Oficial de Médicos de Navarra.


El tema del congreso de este año es "Humanizando la Atención". Creemos que es un tema de interés multidisciplinar que, en este punto de encuentro, nos sirva tanto para exponer opiniones, conocimientos y experiencias como para compartir y adquirir nuevos conceptos y avances relacionados con la atención a personas usuarias de nuestro sistema de salud.

Confiamos que la oferta científica del programa que hemos elaborado consiga satisfacer vuestras expectativas.

Desde la organización del Congreso y desde el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra aprovechamos para daros la bienvenida a la ciudad de Pamplona, una ciudad acogedora y abierta al conocimiento.

Os deseamos disfrutéis de vuestra estancia en Pamplona.

Comité Organizador y Científico
XIX Congreso de la SEAUS
HUMANIZANDO LA ATENCIÓN




19 CONGRESO DE LA SEAUS
Humanizando la Atención

30 y 31 de marzo de 2023
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE NAVARRA

Programa
Jueves 30 de marzo de 2023

INAUGURACIÓN (9:00h a 9:30h)

- **Imo. Sr. Enrique Maya Miranda** - Alcalde Ayuntamiento de Pamplona - Iruña
- **Excmo. Sra. María Santos Induráin Orduna** - Consejera De Salud del Gobierno De Navarra
- **Dr. Rafael Tejería Álvarez** - Presidente Colegio Médicos de Navarra
- **Dr. Rodrigo Gutiérrez Fernández** - Presidente SEAUS

CONFERENCIA INAUGURAL (9:30h a 10:30h)

- **LAS REDES SOCIALES EN SALUD.** **Joan Carles March**, Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Divulgador en Salud

CAFÉ (10:30h a 11:00h) Colegio de médicos

MESA 1 (11:00h a 12:30h) ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO

El objetivo de la mesa es abordar el marco teórico de las relaciones entre grupos de ayuda, asociaciones y pacientes y cómo debería ser esta relación presentando experiencias contrastadas.

- Moderadora: **Nerea Álvarez Armáiz**, Jefa del Servicio de Promoción de la Salud Comunitaria del Departamento de Salud de Navarra
- **M Luz Sanz Escudero**: CERMIN Navarra. "La participación de las asociaciones de discapacidad en los espacios de salud"
- **Cristina Moreno Soriano**: "Net Promoter Score (NPS) CSI: La experiencia de nuestros usuarios"
- **Joan Benqueren Maimó**: Director General de la Fundación Mimora. "Ciudades que cuidan"

MESA 2 (12:30h a 14:00h) - OTRAS FORMAS DE ATENDER: EXPERIENCIAS INNOVADORAS

El objetivo de la mesa es presentar un marco práctico, en el que se puedan exponer nuevas experiencias que se han puesto en marcha, o se están desarrollando, para dar respuesta a las necesidades de los usuarios.

- Moderadora: **Yolanda Martínez Cámara**, Gerente de Atención Primaria de Navarra
- **Sergio Ladron Arana**, Jefe del Servicio de Ciudadanos Asistenciales de Salud Mental de Navarra: "Experiencias de BBPP en humanización en el sistema sanitario público de Navarra."
- **Pilar Abaurrea Leizaola**, Jefa de la Unidad de Ciudadano y Atención Sociosanitaria de Atención Primaria de Navarra: "EPASIS como proyecto de integración sociosanitaria"
- **Idoia García de Cortázar López de Sotoaga**, Directora Estratégica de Humaniza: "Innovación en Humanización Caso de éxito CSI, Consorci Sanitari de Integralitat"




19 CONGRESO DE LA SEAUS
Humanizando la Atención

30 y 31 de marzo de 2023
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE NAVARRA

Programa
Jueves 30 de marzo de 2023

COMIDA (14:00h a 15:00h) Colegio de médicos. Tipo "cocktail"

MESA 3 (16:00h a 17:00h) COMPETENCIAS PROFESIONALES EN HUMANIZACIÓN

El objetivo de esta mesa es hablar de itinerarios formativos, competencias de las profesiones sanitarias, replanteamiento de esas competencias y formación de las profesiones sanitarias, incluidos los administrativos sanitarios, todo ello enfocado a mejorar la humanización.

- Moderadora: **Milagros Lamayoz Dubrey**, Directora de Gestión Económica y Servicios Generales del Hospital Universitario de Navarra.
- **Asun Rey Escalera**, Jefa del Servicio de Atención a Ciudadanos y Pacientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: "Análisis del modelo de atención de las Unidades de Atención al Paciente del SNS-O: Fortalezas y debilidades"
- **Cristina Muñoz Alustiza**, Responsable de Formación del Centro de Humanización de la Salud de Tres Cantos: "Competencias de profesionales sanitarios de primer contacto: La formación de los estamentos no sanitarios"

MESA 4 (17:00h a 18:00h) 20 AÑOS DE LA LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE

- **Alfredo Martínez Lomas**, Gerente del Hospital Universitario de Navarra
- **Javier Sánchez Caro**, Abogado, Presidente del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha

ASAMBLEA DE SOCIOS DE LAS SEAUS (18:30h)




19 CONGRESO DE LA SEAUS
Humanizando la Atención

30 y 31 de marzo de 2023
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE NAVARRA

Comité Organizador

- **Presidente** Rodrigo Gutiérrez Fernández, Presidente del SEAUS
- **Merca Tella Bernaus**, Vicepresidenta de la SEAUS
- **Elena Antofanizas Baztan**, Jefa Sección Ciudadanos Sanitarios y Programación. Dpto. Salud
- **Gloria Egozaga Aranz**, Coordinadora del Plan de Acción Sociosanitaria de Navarra SM
- **Lázaro Elizalde Soto**, Médico en jubilación
- **Mate Fauste Angós**, Servicio de Ciudadanos Asistenciales del Área de Salud de Tudela
- **Yolanda Martínez Cámara**, Gerente Atención Primaria
- **Conchi Molina Pérez**, Jefa del Servicio de Admisión y Atención al Ciudadano
- **Geno Ochando Ortiz**, Directora Servicio De Ciudadanos Sanitarios, Asesoramiento y Garantías Dpto. Salud
- **Asun Rey Escalera**, Servicio de Atención a Ciudadanos y Pacientes SNS-O
- **Rafa Rodríguez Rodríguez**, Tesorero de la SEAUS
- **Palmira Tejero Cabello**, Secretaria de la SEAUS

Comité Científico

- **Presidenta** María Pilar González Serret, Vocal, Imagen Corporativa, Web y Publicaciones de la SEAUS
- **Francisco Carcelles Guardia**, Vocal Territorial de la SEAUS
- **Sergio Chivite Sanchez**, Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial AP
- **Ana Fernández Navascués**, Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial SNS-O
- **Isabel Madua Domínguez**, Sección de Accesibilidad y Atención al Ciudadano HUP
- **Nuria Pagés Casas**, Vocal Cataluña y Baleares de la SEAUS
- **Maria Teresa Patiño Lafuente**, Vocal Madrid, Castilla y León y Castilla-La Mancha de la SEAUS

Con la colaboración de:







1- Acto inaugural.



2- Conferencia: Joan Carles March.



3- Mesa 1: Espacios de participación.



4- Mesa 2: Otras formas de atender.



5- Mesa 3: Competencias en humanización.



6- Mesa 4: 20 años de la Ley de Autonomía.



7- Mesa 4: Ponentes.



8- Mesa 5: Comunicaciones Orales.



9- Mesa 6: Hablemos de Humanización.



10- Acto de Clausura.



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

IMPACTO DEL ANALISIS DE LA EXPERIENCIA DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Autora: Rosa Aguerre Irigoyen. Jefa de Enfermería de la unidad de hospitalización de Neurocirugía. Hospital Universitario de Navarra.

E-Mail: rosa.aguerre.irigoyen@navarra.es

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las percepciones de desempeño y calidad de las organizaciones de salud han comenzado a ir más allá de examinar la prestación de una excelente atención clínica, dándole más impulso al concepto de experiencia de paciente considerándose un indicador relevante en la atención sanitaria.

El interés de las organizaciones sanitarias por medir la calidad de los cuidados, no solo desde la perspectiva de los profesionales sino la de los pacientes, ha promovido el análisis de la sanidad actual, enmarcando la calidad del cuidado en tres áreas: la seguridad del paciente, la efectividad clínica y la experiencia de paciente.

Tradicionalmente se ha utilizado encuestas de satisfacción para analizar las opiniones de los pacientes, sin embargo, se han detectaban limitaciones, ya que con este tipo de encuestas no se capturaban todas las experiencias que vivían los pacientes a lo largo de su ingreso en el hospital. Por ello se desarrollaron nuevas formas de escuchar a los pacientes que engloba lo que se conoce como experiencia de paciente.

Una de las principales referencias en experiencia del paciente es la del instituto Beryl Institute, que la define como: “La suma de todas las interacciones, configuradas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente, a lo largo de la continuidad de sus cuidados”. A esta definición habría que añadir la alianza y compromiso del paciente y la familia, así como la necesidad integral de centrarse en la persona.

Analizar la experiencia de pacientes en la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario de Navarra ha sido una oportunidad que tuvo ésta, de conocer la experiencia de los pacientes, siendo ellos, la mayor fuente de información que podíamos utilizar para detectar áreas de mejora, que los profesionales en la rutina diaria, no llegamos a analizarlas.

La experiencia de pacientes está íntimamente relacionada con a las expectativas de calidad de vida relacionadas con las intervenciones quirúrgicas que se practican en la unidad, confrontando situaciones que generan muchas situaciones de ansiedad e insatisfacción, así como miedo e incertidumbre.

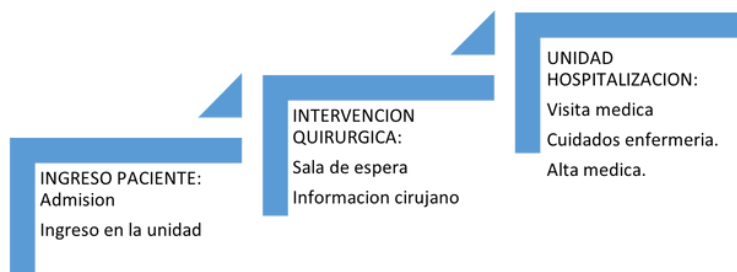
OBJETIVOS

- Capacitación y sensibilización de los profesionales de la unidad en el concepto de “la experiencia del paciente” y en la importancia de la medicina basada en valor y centrada en el paciente.
- Detectar los puntos fuertes y áreas de mejora tras el análisis de la experiencia de pacientes.
- Implementación o desarrollo de las acciones de mejora detectados en el estudio en relación a la experiencia de pacientes.

METODOLOGÍA

La experiencia del paciente se midió a partir del viaje que el paciente realiza desde el momento que entra en el hospital hasta el momento en que es dado de alta.

Este viaje se representa gráficamente en un mapa o itinerario del paciente (fig. 1) que recoge las principales interacciones comunes de tiene los paciente y acompañantes con los profesionales sanitarios desde el ingreso hospitalario hasta el alta médica.



El análisis de la experiencia de paciente, se realizó mediante una investigación cualitativa recogiendo datos mediante:

- Entrevistas en profundidad a 30 pacientes y acompañantes, realizándose en el contexto de la hospitalización, así como de forma telefónica tras el alta. Las entrevistas eran con preguntas abiertas en la que se empatizaba con el paciente, fomentando la conversación ganando la confianza obteniendo testimonios de valor en relación a la experiencia de paciente.
- Observación de las interacciones de los pacientes con los profesionales y viceversa. Valorando las habilidades comunicativas y las reacciones de los pacientes ante la información que recibían de los profesionales.
- Método "Safari", experimentando todo el proceso asistencial, observando interacciones e identificando las necesidades y emociones que los pacientes tienen en la interacción con la unidad "itinerario del paciente".

RESULTADOS

Propuesta y acciones de mejora.

- Una de las variables que se observó escuchando a los pacientes, fue la necesidad de empoderar al paciente y darle acceso a la información de su diagnóstico para que pudiese participar en la toma de decisiones sobre su enfermedad, por lo que se planteó optimizar la web de la unidad de hospitalización, que actualmente estaba orientada a estudiantes de medicina.
Dicha web se desarrollará centrada en los pacientes con la finalidad de orientar e informar al paciente de los aspectos más relevantes del proceso clínico que puedan llegar a experimentar.
- Los pacientes refieren tiempos de espera con sensación de sentirse olvidados desde que se les informan que deben ser intervenidos hasta el día que se les llama para citarlos para la programación quirúrgica. Esta espera la relatan con momentos de incertidumbre y ansiedad, sin poder planificar actividades en su vida cotidiana. Para disminuir estos momentos se va a elaborar un documento de Información sobre el proceso de llamadas para la intervención, de las listas de espera, de la priorización de las intervenciones, y los plazos legales para disminuir la percepción del tiempo de espera.
- Una nueva área de mejora que se detectó fue la incertidumbre que presentaban los familiares en la sala de espera mientras transcurría el procedimiento quirúrgico demandando más información de la evolución en el tiempo del procedimiento quirúrgico disminuyendo de esta manera la ansiedad e incertidumbre de los familiares en dichas esperas.
Para ello el hospital ha incorporado una plataforma de geolocalización de pacientes desde admisión hasta la salida de quirófano, fomentando la transparencia del proceso, proporcionando a las familias de los pacientes la oportunidad de que sigan las etapas del desarrollo de la intervención, disminuyendo la incertidumbre de la espera.
- Otro factor a destacar fue la poca personalización de la atención médica, en el pase de visita médica, que se producía en número excesivo de profesionales, y donde los pacientes referían sentirse intimidados para expresar sus dudas y demandando un tiempo necesario para escuchar sus necesidades e inquietudes.
Para mejorar esta situación se estableció un planning de visita estableciendo un máximo de profesionales que realicen la visita médica, siendo la atención clínica al paciente más personalizado y mejorando la comunicación con el paciente, aumentando la adquisición de información y la satisfacción sobre su proceso clínico.
Así mismo se elaboró un documento de ayuda "No te vayas con dudas" que se les entrega la víspera del alta, sobre un conjunto de preguntas que el paciente puede realizar y le sirve de guía anticipando las dudas que pueda tener y resolverlas el día del alta médica.
- Otra demanda que expresaron los pacientes, fue la necesidad de tener los conocimientos necesarios para autocuidarse tras el alta.
Para empoderar en conocimientos a los pacientes se han elaborado múltiples recomendaciones de enfermería que se entregan a los pacientes al ingreso o al alta.
Estas recomendaciones han sido bien recibidas por los pacientes, refiriendo estar mejor formados e informados, asumiendo más responsabilidad en las decisiones sobre su salud.

Es labor de los profesionales de la salud facilitar conocimientos y habilidades a través de mensajes útiles, fiables y con lenguaje ciudadano.

El paciente empoderado tiene capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas con pensamiento crítico y control sobre su vida y su salud.

CONCLUSIONES

Analizar la experiencia de pacientes, ha sido muy satisfactorio para los profesionales, concienciándose en la importancia de escuchar la voz de los pacientes a la hora de tomar decisiones sobre diferentes etapas de su proceso de enfermedad, repercutiendo positivamente en una mejor calidad asistencial.

Del análisis del estudio hemos detectado que, en la experiencia de pacientes, lo que más valor le ofrecen los pacientes a su estancia en el hospital, son el conocimiento y la información sobre su "viaje por el hospital".

Tener los conocimientos necesarios para la gestión de su enfermedad, es decir, estar capacitados con una adecuada comprensión, mejora su bienestar y aumenta la confianza hacia los profesionales y al sistema. Empoderar a los pacientes y velar por su seguridad mejora los resultados de su enfermedad con una mejor recuperación.

Con este estudio hemos constatado que el conocimiento del proceso de mejora de la experiencia de pacientes no es algo trivial, puesto que contempla muchas emociones y sesgos humanos de los diferentes profesionales que actúan en el proceso clínico, y nos ha permitido conocer aspectos mejorables, que se están abordando para mejorar la experiencia de pacientes y por tanto la calidad asistencial.

La experiencia de paciente no requiere más tiempo de atención por parte de los profesionales sanitarios, sino más calidad en la atención, y esto se puede preparar de antemano.

BIBLIOGRAFIA

Rodrigo Rincón, I., & Arraiza Saldise, N.. (2018). La voz de paciente: trazos para el desarrollo futuro. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(3), 301-308. Epub 22 de mayo de 2019. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0385>

<https://iexp.es/documentos/guia-prem.pdf>

The Beryl. Institute [Internet]. Defining Patient Experience. [consultado 17 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.theberylinstitute.org/?page=DefiningPatientExp>

Mollica MA, Lines LM, Halpern MT, Ramirez E, Schussler N, Urato M, Wilder S, and Kent EE. Patient experiences of cancer care: scoping review, future directions, and introduction of a new data resource: Surveillance Epidemiology and End Results-Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (SEER-CAHPS). *Patient Exp J* 2017; 4: 103-21

Sant, A. (2016). Medir la Experiencia del Paciente, ¿para qué? <http://www.marketingmedico.com/2016/02/26/medir-la-experiencia-del-paciente->

Sant, A. (2017). Indicadores de Experiencia Paciente | [Indicadores de Experiencia Paciente | Lacocomedic \(marketingmedico.com\)](http://www.lacocomedic.com/indicadores-de-experiencia-paciente)

Yélamos, C., Sanz, A., Marín, R., & Martínez-Ríos, C. (2018). Experiencia del paciente: 2una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico.

Rincon, R., & Saldise, A. (2019). La voz de paciente: trazos para el desarrollo futuro. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000300301

Vázquez Andrea, Carlo Graciela de, Marchetti Pablo, Monopoli Diego, Montico Beatriz, Morgulis Néstor et al . Pase de guardia: información relevante y toma de decisiones en clínica médica: Estudio prospectivo. *Educ. méd.* [Internet]. 2011 Sep [citado 2023Jul 19] ; 14(3) : 181-187. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000300008&lng=es.

PREMIO AL MEJOR PÓSTER

PERCEPCIÓN DEL USUARIO DE LA SANIDAD SOBRE EL CUIDADO, A LA LUZ DE LAS BÚSQUEDAS EN LA RED

Autores: Hernando-Garreta, A.1, Centeno, C.1,2, Benítez, E.3 y Olza, I.1

1. Instituto Cultura y Sociedad, Universidad de Navarra

2. Clínica Universidad de Navarra

3. Instituto de Ciencia de los datos e Inteligencia artificial, Universidad de Navarra

CORRESPONDENCIA

Autor de correspondencia: Hernando-Garreta, A.

Centro de trabajo: Instituto Cultura y Sociedad (ICS), Universidad de Navarra

ATLANTES Global Observatory of Palliative Care

Dirección: Calle de la Universidad, 6

Localidad: Pamplona C.P: 31009

Comunidad Autónoma: Navarra

Teléfono de contacto: 948 42 56 00 ext. 805615

E-mail: ahernandoga@unav.es

RESUMEN

Estado de la cuestión. Existe un debate público actual acerca de las cuestiones que plantea una muerte digna. Este hecho se ha acrecentado tras la aprobación y aplicación de la ley de la eutanasia en nuestro país. La literatura refleja desconocimiento y confusión sobre los cuidados al final de la vida y las distintas alternativas disponibles. Por ello, es necesario conocer cómo interactúa el usuario de la sanidad con la información a este respecto. La comunicación se presenta como una vía para la humanización de la atención.

Objetivo. Detectar y analizar los patrones de búsqueda de información relativa a eutanasia y cuidados paliativos en la red, como indicio razonado de las percepciones e inquietudes sociales sobre estas cuestiones.

Metodología. Se examinan los resultados de Google Trends para los términos “cuidados paliativos” (CP), “eutanasia” (EU), “suicidio asistido” (SA) y “muerte digna” (MD), percibidos como demanda social. Se aplican filtros espaciotemporales (lugar: España; período: 1.01.2022 - 31.12.2022) y se repite la búsqueda en tres categorías (general, salud y ley y gobierno), por tener mayor interés comparativo. Se realiza un análisis inductivo de los resultados.

Resultados. Existe una diferencia significativa entre la cantidad de búsquedas de EU y CP en contraste con SA y MD. Se hallan correlaciones temporales entre búsquedas de EU y CP. Se observan diferencias significativas entre comunidades autónomas. Dado el volumen de búsquedas por término, se establece mayor o menor fluctuación en espacio-tiempo.

Discusión. Se muestran las inquietudes sociales de salud en un espacio y tiempo concretos, proporcionando comparativas. Existe mayor interés social en EU y CP; sin embargo, CP recibe menor atención legislativa. La información recabada es útil para el profesional y las instituciones de salud, pues permite sondear inquietudes sociales acerca del cuidado, lo cual facilita la planificación de la comunicación dirigida a los pacientes y a la sociedad en conjunto.

Palabras clave: cuidados paliativos, eutanasia, suicidio asistido, muerte digna, Google Trends.

1- ESTADO DE LA CUESTIÓN

La sociedad actual viene asistiendo a un debate público sobre cuestiones del final de la vida y lo que supone una muerte digna. En los últimos años, varios países han optado por ofrecer distintas respuestas legislativas a este respecto o se encuentran en proceso de hacerlo. En España, el debate latente en la esfera pública se ha visto acrecentado tras la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, y se ha prolongado en el tiempo desde que la ley entró en vigor en junio de 2021[1],[2]. El sufrimiento, la enfermedad y la muerte son temas considerados socialmente como tabú y el mensaje que se presenta acerca de ellos aparece atenuado. Este hecho ha propiciado que el mensaje que recibe la sociedad resulte, en ocasiones, interpretable, ambiguo y, por tanto, confuso. La literatura sustenta un desconocimiento sobre los cuidados paliativos, así como sobre las distintas alternativas que se ofrecen al final de la vida[3],[4],[5]. Existe, además, cierta confusión entre conceptos, y se ha observado una vinculación directa de estos con cuestiones religiosas y políticas en la sociedad española. Por todo ello, resulta de interés conocer cómo interactúa el usuario de la sanidad con esta información que emerge en la esfera pública[6],[7]. La comunicación es una vía para la humanización de la atención y es bidireccional, por lo que no solo resulta apropiado analizar el contenido del mensaje que se lanza, sino también el que se recibe y se genera en el receptor. El individuo, que debe estar en el centro en este modelo de comunicación sanitaria, como miembro de la sociedad, se encuentra expuesto al cambio constante y necesita información clara y precisa.

[1] Altisent, R., Nabal, M., Muñoz, P., Ferrer, S., Delgado-Marroquín, M. T., & Alonso, A. (2021). Euthanasia: is this the law we need? *Atención primaria*, 53(5), 102057. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102057>

[2] Velasco Bernal, C., & Trejo-Gabriel-Galan, J. M. (2022). Euthanasia laws in Spain and in the world: Medical aspects. *Atención primaria*, 54(1), 102170. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102170>

[3] Zimmermann, C., Wong, J. L., Swami, N., Pope, A., Cheng, Y., Mathews, J., Howell, D., Sullivan, R., Rodin, G., Hannon, B., Moineddin, R., & Le, L. W. (2021). Public knowledge and attitudes concerning palliative care. *BMJ supportive & palliative care*, bmjspcare-2021-003340. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003340>

[4] Patel, P., & Lyons, L. (2020). Examining the Knowledge, Awareness, and Perceptions of Palliative Care in the General Public Over Time: A Scoping Literature Review. *The American journal of hospice & palliative care*, 37(6), 481-487. <https://doi.org/10.1177/1049909119885899>

[5] Cuervo Pinna, M. Á., Rubio, M., Altisent Trota, R., Rocafort Gil, J., & Gómez Sancho, M. (2016). Qualitative research about euthanasia concept, between Spanish doctor. *Revista de calidad asistencial: Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 31(1), 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.07.002>

[6] Carrasco, J. M., Gómez-Baceiredo, B., Navas, A., Krawczyk, M., García, M., & Centeno, C. (2019). Social representation of palliative care in the Spanish printed media: A qualitative analysis. *PloS one*, 14(1), e0211106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211106>

[7] Mavragani, A., & Ochoa, G. (2019). Google Trends in Infodemiology and Infoveillance: Methodology Framework. *JMIR public health and surveillance*, 5(2), e13439. <https://doi.org/10.2196/13439>

2- OBJETIVO

Detectar y analizar los patrones de búsqueda de información relativa a eutanasia y cuidados paliativos en la red, como indicio razonado de las percepciones e inquietudes sociales sobre estas cuestiones.

3- METODOLOGÍA

- Se examinan los resultados de Google Trends para los términos “cuidados paliativos” (CP), “eutanasia” (EU), “suicidio asistido” (SA) y “muerte digna” (MD), percibidos como demanda social.
- Se emplea Google Trends por ser la herramienta más objetiva y precisa para analizar las inquietudes sociales, pues registra las búsquedas que realiza la sociedad en función del volumen y tema, especificando literalmente las expresiones o preguntas más frecuentes en el buscador.[1]
- Se aplican filtros espaciotemporales (lugar: España; período: 1.01.2022 - 31.12.2022) y se repite la búsqueda en tres categorías (general, salud y ley y gobierno), por tener mayor interés comparativo. Se realiza un análisis descriptivo e inductivo de los resultados.

4- RESULTADOS

La búsqueda ha permitido analizar el interés de la población sobre los términos seleccionados a lo largo del tiempo. En este sentido y según indica Google Trends, “los números reflejan el interés de la búsqueda en relación con el valor máximo de un gráfico en una región y en un periodo determinados. Un valor 100 indica la popularidad máxima de un término, mientras que 50 y 0 indican que un término es mitad de popular en relación con el valor máximo o que no había suficientes datos del término, respectivamente.”

Se comparan los cuatro términos, CP, EU, SA, MD entre sí y agrupamos los resultados en cuatro bloques: 4.1. Búsqueda general; 4.2. Búsquedas específicas en las categorías “Salud” y “Ley y Gobierno”; 4.3. Distribución geográfica de los resultados; 4.4. Distribución según tipo de consultas.

4.1- Búsqueda general

Existe una diferencia significativa entre las búsquedas generales de EU y CP con respecto al número de búsquedas de SA y MD, que parecen ser casi inexistentes.

EU es el término que genera más interés por parte de la población y presenta altos picos de búsquedas. Los dos momentos que mayor número de búsquedas registran son: 21 de agosto de 2022, momento coincidente con la noticia de la muerte del pistolero de Tarragona (nº= 100), seguido de la semana del 27 de marzo del 2022, fecha en la que se cumple un año de la aprobación de la ley de la eutanasia en nuestro país (nº=65). El caso de Eugene Sabau, conocido como el pistolero de Tarragona, impactó en la esfera pública a través de los medios de comunicación tras solicitar la eutanasia. El juicio que tenía pendiente por disparar a sus compañeros no llegó a celebrarse ya que se llevó a cabo previamente su solicitud. Sabau sufría una lesión medular irreversible.

Los términos EU y CP presentan ciertos comportamientos similares, si bien es cierto que las búsquedas de CP se muestran más lineales. Se observa un único momento en que CP supera en número a EU en la semana 27 de noviembre y 3 de diciembre (nº=36 y nº=32), momento en el que la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) publica su informe sobre los cuidados paliativos en población oncológica: “Problemas actuales, elementos de mejora y desafíos futuros”.

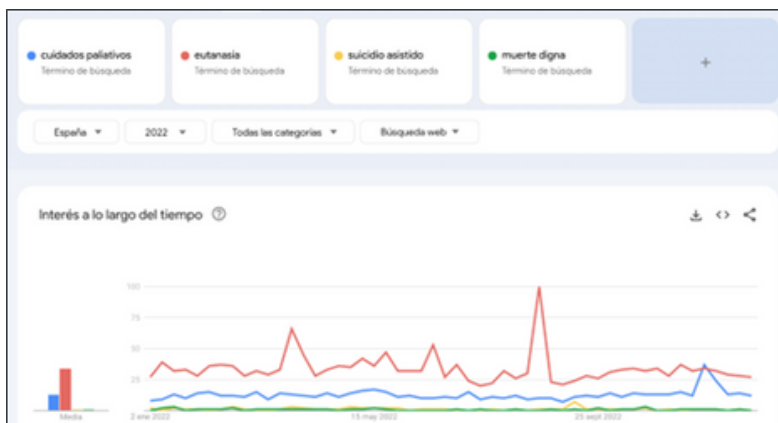


Figura 1: Representación gráfica de los datos de búsqueda general en Google Trends (2022)

4.2- Búsquedas específicas en las categorías “Salud” y “Gobierno”

Google Trends permite comparar términos a través de la aplicación de filtros por categorías. Estas son etiquetas que agrupan los términos de búsqueda relacionados con temas específicos. En nuestro caso, seleccionamos las categorías de “Salud” y “Ley y Gobierno” para observar si se dan patrones de búsqueda o tendencias, si estos responden a hitos públicos o pierden popularidad con el tiempo, o incluso si varían por regiones.

- **Categoría “Salud”**

Se observa que los cuatro términos (CP, EU, SA, MD) presentan un comportamiento similar al obtenido en una búsqueda general. Por ello, se puede inducir que, de entre todas las categorías, la etiqueta de salud es en la que confluyen el mayor número de consultas. No obstante, aunque en la comparación presenten un patrón o una tendencia similar, sí se observa una bajada de la proporción del número de búsquedas en EU y un ligero aumento de la de CP.

En la comparación CP y EU, se da una correspondencia general en los puntos temporales más significativos, a excepción del pico del término EU en la semana del 27 de marzo, que se corresponde con el aniversario de la ley de la eutanasia. En la categoría de "Salud" vuelve a repetirse el hito de la semana del 21 de agosto con la noticia del pistolero de Tarragona. Sin embargo, esta vez encontramos un momento en el que CP y EU se tocan. La semana del 10 de julio ambos términos obtienen el mismo porcentaje de búsquedas (n°= 22). El porcentaje de búsquedas no resulta elevado, pero el pico que observamos en CP podría responder a la publicación en los medios de la puesta en marcha de la ley 27.678, sancionada el 5 de julio por el Congreso de la Nación en Argentina, que considera los cuidados paliativos como "un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades que amenazan o limitan la vida".

Además, encontramos como pico significativo (n°= 56) en noviembre el mismo pico correspondiente a la AECC, que aquí adquiere un valor superior al tratarse de la categoría de salud. El diario La Vanguardia publicaba el 10 de noviembre la noticia, destacando que "de las 493.776 personas que fallecieron en España en el año 2020, 183.119 eran susceptibles de recibir cuidados paliativos, pero solo el 49,2% de los pacientes los recibió."

Por último, en cuanto a los valores de SA y MD, se observa que siguen siendo, con mucha diferencia, los términos menos buscados.

• **Categoría "Ley y gobierno"**

En la categoría de "Ley y Gobierno", los cuatro términos buscados se comportan de manera distinta al resto de búsquedas. Sigue predominando EU, pero tan solo muestra un pico, coincidente con la muerte del pistolero de Tarragona, que esta vez es compartido con los términos SA y MD. Se observa que en esta categoría MD y SA tienen mayor porcentaje de aparición, hecho que contrasta con CP y EU, que obtienen momentos de cero búsquedas. El término menos buscado es MD, seguido de cerca por SA.

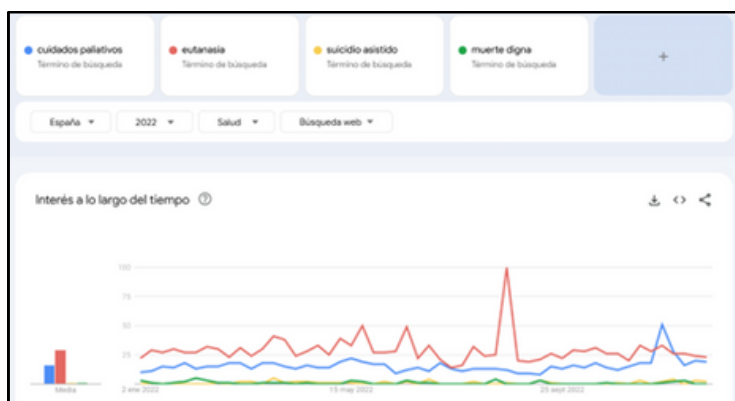


Figura 2: Representación gráfica de los datos de "Salud" en Google Trends (2022)

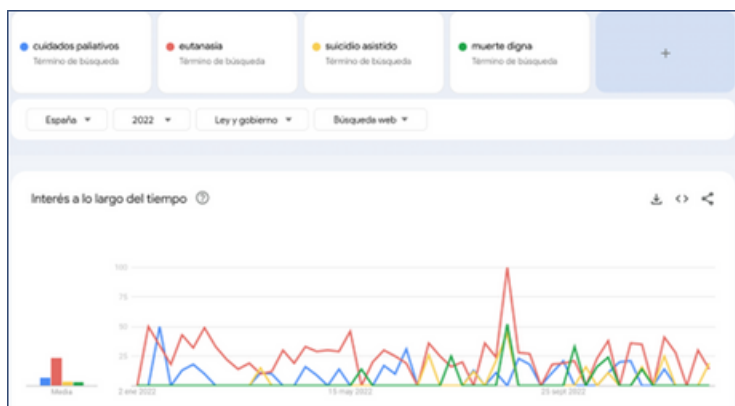
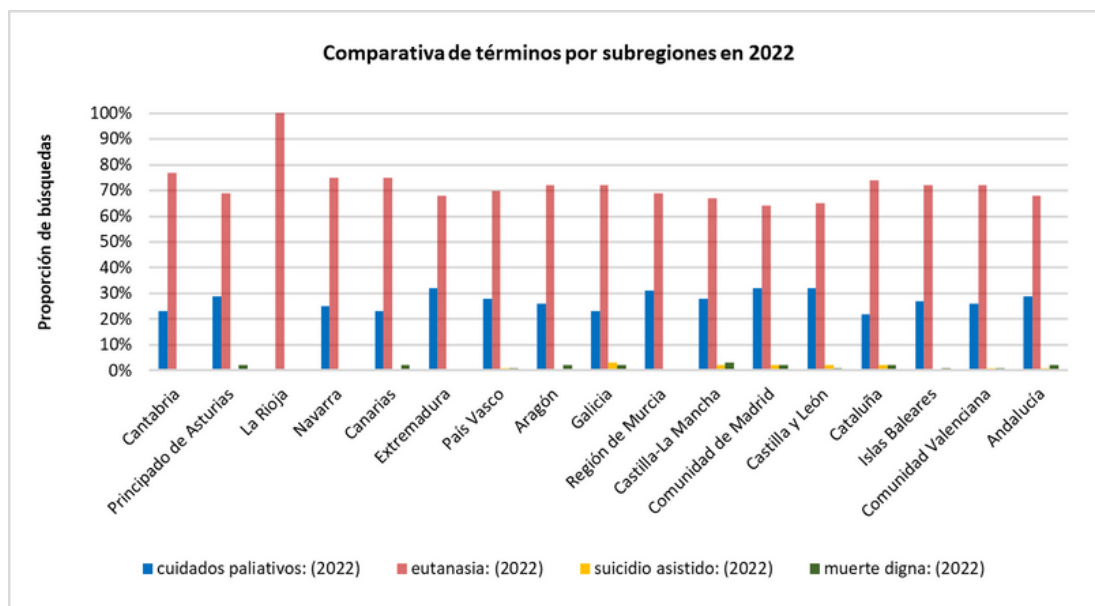


Figura 3: Representación gráfica de los datos de "Ley y Gobierno" en Google Trends (2022)

4.3- Distribución geográfica de los resultados

La herramienta de Google Trends nos permite hacer un desglose comparativo por subregiones y ordenar los resultados según nuestro interés en un término u otro. Se observan diferencias significativas entre comunidades autónomas en España.



Gráfica 1: Comparación del porcentaje de búsquedas de los términos por subregiones

Como muestra la gráfica, los cuatro términos (CP, EU, SA y MD) tienen, cada uno por su parte, una distribución relativamente similar en nuestro país. Los términos que mayor variación presentan son SA y MD, si bien es cierto que sus porcentajes de aparición son pequeños.

En cuanto a CP y EU, se observa una distribución equitativa en todas las subregiones. Predominan las búsquedas de EU, pero no debe desdenarse la presencia de CP, pues supone un tercio de las búsquedas totales.

La herramienta permite, además, examinar los porcentajes exactos al colocar el cursor en cada una de las autonomías y desglosar, a su vez, los resultados por ciudades.



Figura 4: Desglose comparativo por subregión y término en Google Trends (2022)

4.4- Distribución según el tipo de consulta

El volumen de búsquedas por término incide en una mayor o menor fluctuación en espacio-tiempo. Para garantizar la validez de los resultados, es necesario que las búsquedas de Google Trends se realicen en el mismo día. Aquellos términos que alcanzan grandes proporciones de búsquedas se mantienen más estables; sin embargo, aquellos que apenas se registran pueden exhibir ligeras variaciones.

En función del tipo de consulta, recogemos la diferenciación entre los cuatro términos. Esta clasificación permite además observar el interés del usuario por subregiones. La intensidad de color en los mapas es proporcional al interés de la población; a mayor intensidad de color, mayor número de consultas sobre el término. El tipo de consulta se recoge literalmente.

Se observa que en CP las inquietudes sociales van enfocadas a salud o al conocimiento de la disciplina. En un pequeño porcentaje se vincula a casos públicos. Sin embargo, en el caso de EU, todas las búsquedas se centran en casos públicos particulares. Este hecho puede sugerir una influencia significativa por parte de los medios en la opinión pública. Por su parte, SA y MD, que suscitan menos interés en la población en general, no se relacionan ni con “Salud” ni con “Ley y Gobierno” a través de casos particulares. Las consultas simplemente muestran curiosidad en la definición de SA o la situación de MD en el país.

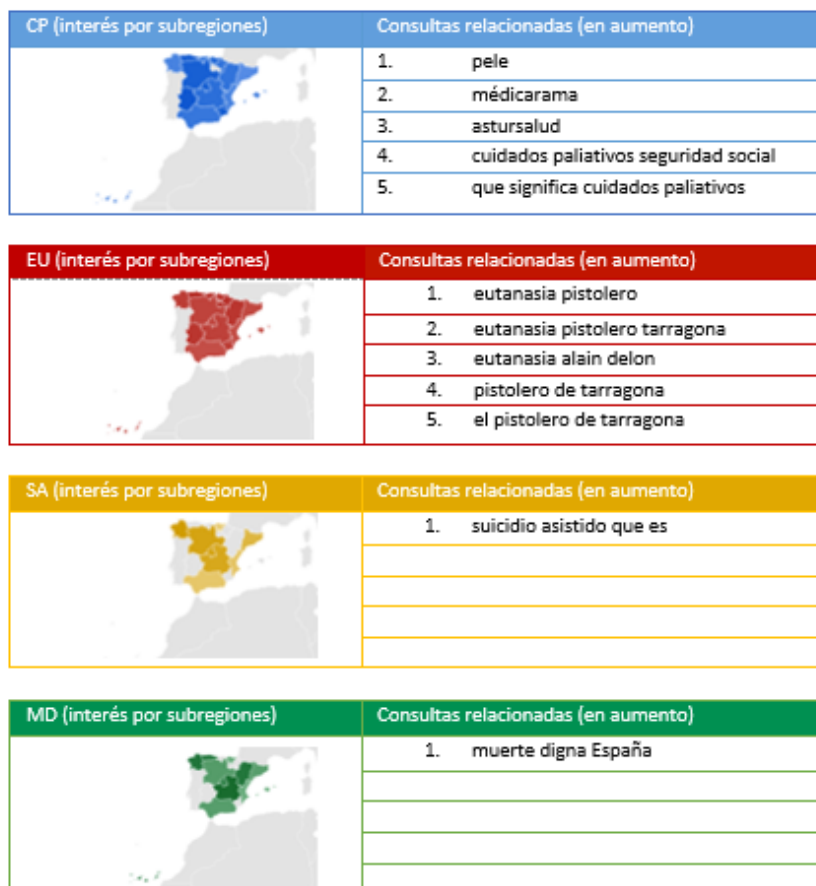


Figura 5: Tipo de consulta e interés por subregiones registrado en Google Trends (2022)

5- DISCUSIÓN

Los resultados muestran las inquietudes sociales de salud en un espacio y tiempo concretos, proporcionando comparativas. Existe mayor interés social en EU y CP; sin embargo, sí se ha legislado en favor de EU, mientras que CP recibe menor atención legislativa. Por otro lado, se ha legislado sobre SA cuando el interés social no parece ser el mismo que en EU y es menor que en CP.

Los resultados obtenidos en la categoría “Salud” muestran una bajada de las búsquedas de EU y un aumento de CP. Esto que a priori podría ser esperable, es un indicio de que los CP se asocian más a salud que la EU, lo que implica que deben atenderse estos cuidados en el sistema sanitario.

La información recabada es útil no solo para el legislador, sino también para el profesional y las instituciones de salud, pues nos permite sondear inquietudes sociales acerca del cuidado, lo cual facilita la planificación de la comunicación dirigida a los pacientes y a la sociedad en su conjunto.

El patrón de búsqueda por parte del usuario refleja una necesidad de información y mejora del conocimiento de CP. Los casos públicos tienen una gran influencia en la población a través de las narrativas mediáticas, lo cual puede distorsionar la concepción pública de los CP.

Resulta útil, por tanto, para el personal sanitario, conocer cómo interactúa el usuario con la información sobre el final de la vida, conocer qué busca y si la información a la que accede se corresponde con un momento clave político social, o si responde a necesidades e inquietudes personales.

NOSOTROS

La actividad de la **SEAUS** en 2023 ha estado muy marcada por:

- El XIX Congreso celebrado en Pamplona.
- La renovación de una parte importante de la Junta Directiva.
- La puesta en marcha de la nueva página Web.
- La redacción del Plan Estratégico 2023-2025.
- La preparación del XII Simposio de la SEAUS a celebrar en Gijón.

CONGRESO DE PAMPLONA

De él hemos dado amplia información en nuestra página Web y en esta revista:

<https://www.seaus.net/actualidad/454-xix-congreso-seaus-iru%C3%B1a-pamplona>

<https://www.seaus.net/actualidad/464-ampliamos-informacion-xix-congreso>

NUEVA JUNTA DIRECTIVA

De acuerdo con los Estatutos, en la Asamblea de Socios de Pamplona se renovó la Junta de la SEAUS. Se escogieron, mediante votación de los socios, las vacantes de la Secretaría con Cristina García, la Tesorería con José Luis Moreno, y las vocalías Territorial con Maria Luisa Tamayo, Formación con Núria Pagès y Jurídica con María Teresa Patiño.

El 11 de mayo, con la votación de las Vocalías de Cataluña-Baleares y de Madrid-Castilla La Mancha-Castilla León con Xavier Burjons y María Pilar Fluriache respectivamente, quedó completada la Junta Directiva que está presidida por Rodrigo Gutiérrez.

<https://www.seaus.net/usuarios-sanidad/miembros-junta>



Dejaron la Junta Palmira Tejero, Secretaria de la SEAUS, Paco Cárceles, Vocal Territorial y Rafa Rodríguez, Tesorero. Tres compañeros, miembros de la SEAUS desde sus principios, con una larga trayectoria en nuestra sociedad a la que han dedicado tiempo, esfuerzo y muchas horas de trabajo dando lo mejor de sí mismos y que, por tanto, dejan muy alto el listón a los que les suceden. Desde la SEAUS, desde todos los que la formamos, nuestros reconocimiento y sincero agradecimiento a los tres.



NUEVA WEB

En el mes de septiembre entraba en funcionamiento la nueva página Web <https://www.seaus.net/> más ágil y con un amplio abanico de información, tanto para usuarios como para socios. La nueva Web ha sido un trabajo conjunto de la Vocalía de Imagen Corporativa, Web y Publicaciones, de la Secretaría de la SEAUS y de la empresa MejorconWeb.

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023-2025

Después de unos meses de trabajo por parte de los miembros de la Junta, el nuevo Plan Estratégico se aprobó en la reunión de Junta del 8 de noviembre celebrada en Barcelona. De dicho plan haremos difusión en breve.

JUBILACIONES

Paco Cárceles

Paco pionero y fundador de la Sociedad, lo ha sido todo en la SEAUS: Vocal por Baleares, Vicepresidente, Presidente y Vocal Territorial, ha sido un miembro con un largo y destacado recorrido. Ha estado en todos los momentos críticos y decisivos de la SEAUS, también en los buenos momentos, su talante abierto y dialogante ha estado su mayor atributo, siempre abriendo puertas y generando consensos. A parte, ha prestigiado a nuestra sociedad al ejercer diferentes cargos de responsabilidad en el ámbito sanitario. Desde la SEAUS, gracias por tu trabajo durante tantos años.



Isabel Berasaluce



En la SEAUS desde sus inicios y nuestra Vocal por Euskadi durante muchos años. Enfermera asistencial y Supervisora, durante más de treinta años ha estado dirigiendo los Servicios de Atención al Paciente, primero en Gipuzkoa y más tarde en Donosti hasta su jubilación. Coautora del libro de la SEAUS "Claves para la gestión de la atención al usuario en los servicios de Salud" y experta revisora en el libro "El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional" y alumna destacada en el Máster "Atención al Usuario" de la SEAUS y la UOC. Promotora y organizadora de las jornadas de la SEAUS celebradas en el País Vasco. Siempre predispuesta y activa para colaborar en todo lo que se le proponía desde la SEAUS.

Miquel Àngel Viciano

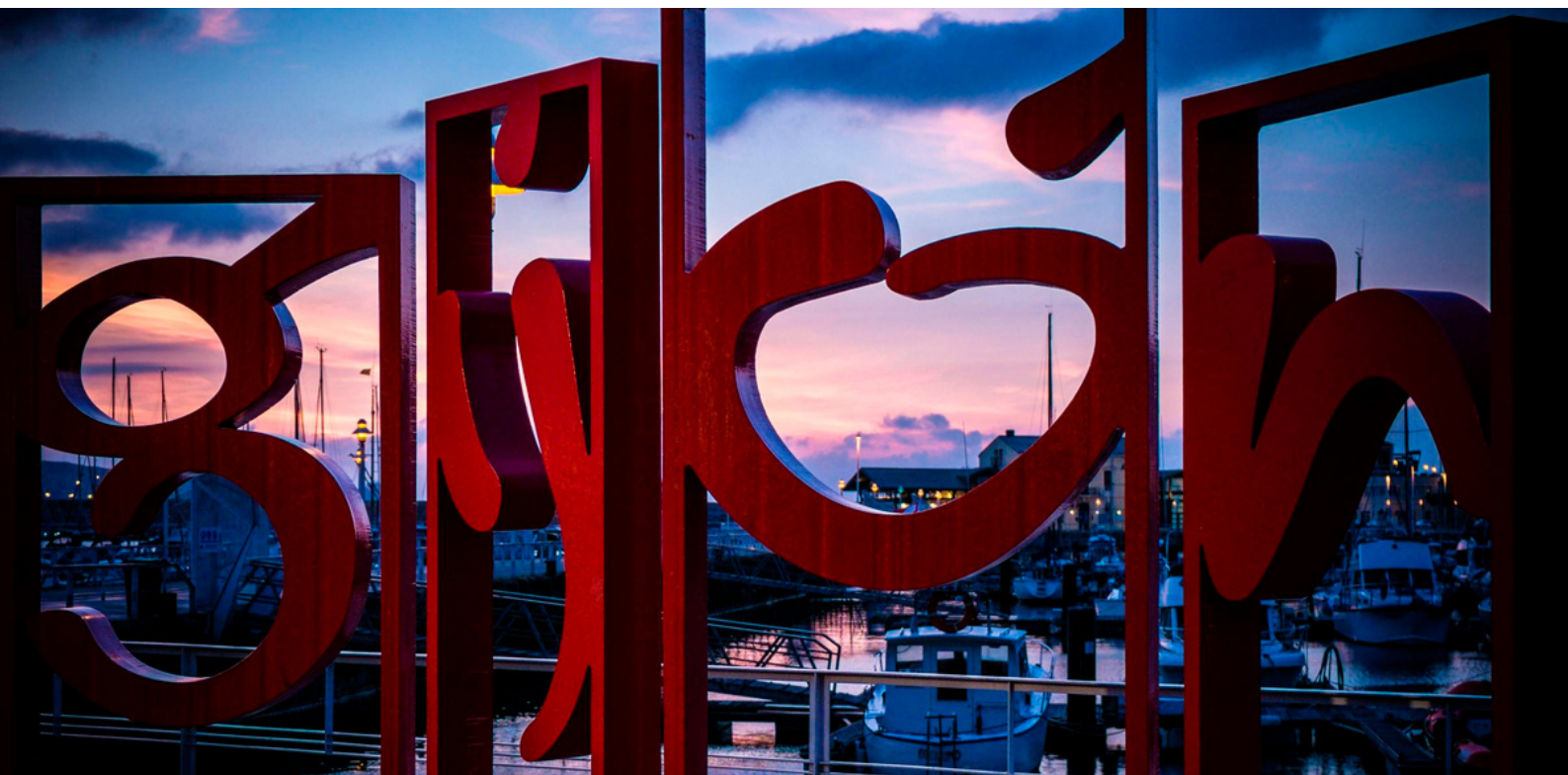
Socio de la SEAUS durante muchos años, su trayectoria profesional es muy amplia, así como su dedicación a la Atención al Usuario. Comenzó su trayectoria en este campo en la ciudad de Manresa, pasando por el Hospital de Mollet, el CatSalut y finalmente en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, donde ha desarrollado una excelente tarea al frente del Servicio de Atención al Usuario desde 2015 hasta la fecha de su jubilación. Durante todos estos años ha sido un excelente compañero y un gran colaborador, hemos podido contar con él para todo.



XIII SIMPOSIO DE LA SEAS

Tendrá lugar en Gijón, en el marco de la Universidad Laboral, los días 23 y 24 de mayo 2024. Con el lema “La tecnología al servicio de las personas” abordará temas como la ética, la experiencia del paciente y las personas en relación con la tecnología y sus aspectos más destacados. Del Simposio iremos informando en nuestra Web y en nuestros canales habituales.

¡Os esperamos a todos y todas!





SE AUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad