

número 36 / diciembre 2021

# usuarios

ATENCIÓN AL

PUBLICACIÓN DE LA SEAUS



5

Artículos de  
María Luisa  
Carcedo Rocas,  
María Teresa Patiño  
Lafuente y Oriol  
Lafau

20

Entrevistas a María  
Asunción Aparicio  
y Jose Antonio  
Rodríguez Bello

25

De la SEAUS:  
Webinar sobre la  
Ley de Regulación  
de la Eutanasia y  
Comunicados

26

Temas de Interés: 4  
trabajos de Aragón,  
Navarra, Cataluña,  
País Vasco y  
Castilla La Mancha

51

Nosotros:  
Sobre nuestro  
Presidente, socios y  
colaboradores

# NÚMERO 36/ DICIEMBRE 2021

## **COORDINADORA DE LA REVISTA**

MERCÈ TELLA BERNAUS

## **COMITÉ DE REDACCIÓN**

FRANCISCO CÁRCELES GUARDIA, MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET, RODRIGO GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, RAFA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MERCÈ TELLA BERNAUS, ISABEL ZALDÍVAR LAGUÍA

## **DISEÑO Y MAQUETACIÓN**

ELISABET SATORRA LLUBES

## **CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA**

MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET  
mpilargonzalezserret@gmail.com

MERCÈ TELLA BERNAUS  
vicepresidencia@seaus.net

SECRETARÍA TÉCNICA  
ELISABET SATORRA LLUBES  
secretaria@seaus.net  
Teléfono: 629.839.226

[WWW.SEAUS.NET](http://WWW.SEAUS.NET)

# SUMARIO

05

**Artículos:**

Maria Luisa Carcedo Roces (Exministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).  
Maria Teresa Patiño Lafuente (Técnica del Cuerpo Superior de la Administración General de la JCCM)  
Oriol Lafau (Coordinador de la Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares)

20

**Entrevista:**

Maria Asunción Aparicio (Coordinadora del Servicio de Información y Atención al Usuario, SIAU, del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza)

Jose Antonio Rodríguez Bello (Subdirector de Atención a la Ciudadanía del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.)

25

**De la SEAUS**

Webinar sobre la Ley de Regulación de la Eutanasia y Comunicados Varios

26

**Temas de Interés:**

Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza  
Hospital Universitario de Navarra  
Hospital Universitario de Santa Maria y Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida  
Organización Sanitaria Integrada Debagoiena Osakidetza  
Área Integral de Talavera de la Reina SESCAM

51

**Nosotros:**

Sobre nuestro Presidente  
Sobre nuestros Socios  
Sobre nuestros Colaboradores  
XIX Congreso de la SEAUS



# EDITORIAL

## Derechos...

**La vacunación de la Covid-19.** Desde el Ministerio de Sanidad, en colaboración con las CCAA y en el marco de la UE, ha sido posible vacunar a un gran número de personas, llegando a alcanzar un porcentaje de vacunados que ha colocado España entre los países con mejores resultados de inmunización, un resultado que ha merecido el reconocimiento y la felicitación de la OMS. Un éxito, sin duda, de nuestro sistema sanitario público y también de la responsabilidad de la ciudadanía. Nuestro reconocimiento a todos los profesionales y técnicos que lo han hecho posible. Un hito importante en Derechos y Deberes.

**En el ámbito legislativo.** En este año 2021 hay que destacar la aprobación de dos leyes de gran calado, la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia** y la **Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**. La primera da respuesta a una demanda mayoritaria de nuestra sociedad y recoge un derecho individual de la persona en circunstancias excepcionales. Es necesario ver cómo se articula la norma, a la vez que es necesario informar adecuadamente a los ciudadanos y formar a los profesionales. La segunda viene a llenar un vacío en torno a la protección de la infancia y la adolescencia en un aspecto tan preocupante como es la violencia y en el que el sistema sanitario tiene un papel importante. Ambas leyes suponen un avance más en el marco de los Derechos de los ciudadanos.

**La presencialidad y el acompañamiento en la actividad asistencial.** Los buenos resultados de la vacunación han de permitir, a corto plazo, recuperar la presencialidad en la APS y el acompañamiento de los pacientes en la atención especializada y en los centros hospitalarios. Nuestro deseo es que la presencialidad y el acompañamiento sean una realidad en todos los casos lo antes posible. Especialmente en la APS normalidad significa volver a la presencialidad, que el usuario pueda pedir cita con su médico/a sin requisitos previos ni intermediarios y recuperar la atención a los pacientes crónicos que en muchos casos la pandemia dejó interrumpida. Eso sí, el usuario debe estar bien informado de que puede también pedir visita telefónica, realizar consultas por Internet (la E-consulta allí donde sea posible) si lo prefiere, o contar con las Unidades Administrativas para la realización de determinados trámites. Sin descuidar mirar con especial interés a aquellas personas que no dominan el mundo digital y al ámbito rural, la llamada España vaciada, ambos por sus necesidades específicas. En definitiva, y en este caso, se trata de recuperar Derechos.

**Salud mental, la asignatura pendiente.** La pandemia ha puesto aún más de relieve las necesidades de la ciudadanía en salud mental y el déficit de servicios. Reiterando al autor de uno de los artículos de esta revista: "Salud mental somos todos. Hasta que no entendamos que nuestro bienestar emocional no es cuestión sólo de aquellos que no lo tienen o de los profesionales que lo tratan, no conseguiremos deshacernos de las ataduras que no nos permiten avanzar" En este tema queda aún mucho por avanzar en Derechos y en Deberes.

En definitiva, nos congratulamos por los avances ante la Covid y también por los avances legislativos. Desde la SEAUS queremos recordar y poner en valor la necesidad de situar al usuario-paciente en el centro de la atención, orientarnos a la humanización de la asistencia y tener en cuenta los Derechos y Deberes de la ciudadanía en el sistema de salud. Un ciudadano al que debemos considerar responsable de sus decisiones, con derecho a ejercer su propia autonomía y al que se debe informar adecuadamente para que, lejos de tuteladas innecesarias, pueda ejercer plenamente sus derechos legalmente establecidos.

## ARTÍCULOS

# EUTANASIA Y LIBERTAD PARA MORIR CON DIGNIDAD



**MARIA LUISA CARCEDO ROCES**  
**EXMINISTRA DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL**

Maria Luisa Carcedo es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo y diplomada en Medicina de Empresa por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Ha sido: Médica en Atención Primaria de Salud en Servicio de Salud de Asturias (SESPA), Directora del Área Sanitaria del Valle del Nalón, del INSALUD, Directora General de Salud Pública del Principado de Asturias, Consejera de Medio Ambiente y Urbanismo del Principado de Asturias y Alta Comisionada contra la pobreza infantil, puesto que ocupó hasta su nombramiento como ministra del Gobierno de España.

## **SOBRE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA**

Nos toca vivir un momento histórico de grandes avances en el incremento de la esperanza de vida, de forma que en lo últimos 100 años de calendario se ha incrementado en 50 de esperanza de vida. En este logro tiene mucho que ver el conocimiento trasladado a los avances de la medicina moderna basada en la evidencia. Eso nos ha permitido superar enfermedades que eran mortales y hoy se previenen, se curan o se cronifican. Esta realidad generó una percepción de la sociedad que, en términos generales, confía en la capacidad de curación o alivio de las enfermedades.

La capacidad de curación o alivio fue imbuyendo en la conciencia colectiva la "inutilidad" del sufrimiento para morir. Pero la capacidad de la medicina para curar o aliviar en determinados casos es limitada, situaciones en las que es imposible la disociación entre muerte y sufrimiento. Aunque lograrlo sigue siendo una aspiración de nuestra cultura colectiva. ¡Cuánto le costó morir! O ¡Al menos no sufrió! son frases que surgen de la asociación frecuente entre sufrimiento y muerte.

**EL CONCEPTO MUERTE DIGNA HACE QUE CUIDADOS PALIATIVOS Y EUTANASIA NO SEAN CONTRARIOS SINO COMPLEMENTARIOS.**

Colectivamente aspiramos a una buena muerte: la palabra eutanasia viene del griego eu: bueno y tanathos: muerte. Se está imponiendo un nuevo neologismo: la ortotanasia que pretende definir ese proceso de muerte digna basado en una atención integral en el proceso final de la vida, pero con una praxis profesional guiada por un enfoque paternalista. El problema se plantea cuando la capacidad de alivio es insuficiente, a juicio de la persona enferma, para preservar su integridad, su dignidad, el control de su propia imagen o cuando la prolongación de ese estado es considerada por el propio paciente como una especie de tortura. En definitiva, porque la presunta buena atención no cuente con la voluntad ni la opinión de la persona enferma.

# EL CONCEPTO DE MUERTE DIGNA

incluye la atención integral al final de la vida cuando esta sucede en el contexto de enfermedad, distinta según sus características, pronóstico y capacidades terapéuticas disponibles. "no hay enfermedades, hay enfermos". A veces eficaz y otras, no suficientes. Por eso, la buena praxis profesional en la atención a lo largo

de la vida de los pacientes tiene que cumplir dos requisitos básicos: poner todo el saber profesional a disposición de cada caso concreto y respetar la voluntad del paciente en todo caso. Un enfoque desde quien presta la atención no es suficiente, debe contar siempre con la voluntad de la persona enferma. Que por otra parte es la depositaria de los derechos fundamentales que le otorga la Constitución y son los que se dirimen en definitiva en la Ley Orgánica Reguladora del Eutanasia (LORE).

El concepto muerte digna hace que cuidados paliativos y eutanasia no sean contrarios sino complementarios. Es falso el debate que dualiza y contrapone ambas prestaciones, pero que ha resultado un socorrido comodín dialéctico para quienes se oponen al nuevo derecho incorporado ahora en la ley de eutanasia, pero no asumen que condenan a prologar una vida de sufrimiento no deseada. Sabedores de la importancia de la muerte digna y de evitar sufrimientos para las personas pacientes, para personas con familiares pacientes o profesionales que atienden a pacientes que sufren y en todas las situaciones asisten impotentes a los límites para el alivio en finales muy dolorosos.

La principal debilidad argumental de quienes pretenden contraponer el debate es la visión solo desde la disponibilidad de los tratamientos profesionales disponibles sin tener en cuenta la eficacia de la atención prestada, ni la capacidad de alivio en cada caso. Pero, lo más importante: este enfoque ignora una de las dos condiciones básicas en la relación médico-paciente: la voluntad del paciente.

Evidentemente hablar de eutanasia significa adentrarse en sentimientos muy profundos ante una situación límite, en el concepto de la vida y la muerte, visto cada cual, desde los valores, ideología y creencias personales, tamizada, en todo caso, por las situaciones límite que viven las personas en esa fase final de su vida, bien personalmente u otras personas en su entorno. Estamos hablando del artículo 16 de la Constitución que regula el derecho a la libertad ideológica y de creencias como un derecho fundamental, por lo que la opinión de los pacientes no puede obviarse. Tampoco su decisión. Pero en estas situaciones se ven afectados otros derechos fundamentales como el 10 relativo a la dignidad de la persona, el 15 de derecho a la vida y a la integridad física y moral, el 18 de la intimidad y la propia imagen además del artículo 1 del valor supremo de la libertad. Todos estos derechos se ven afectados en situaciones límite para personas con enfermedad o padecimiento que impiden su disfrute o ejercicio.

La calve de la decisión ante el final de la vida debe ser la autonomía del paciente y así se establece en el LORE. Esta consideración deriva del paradigma aplicable a la relación médico paciente: evoluciona desde la tradición hipocrática de procurar el bienestar desde un enfoque naturalista biológico sin tener en cuenta ni su autonomía ni su voluntad. Este enfoque biologicista enmarca la relación médico paciente hasta el siglo XX. A finales del siglo, en el marco de la declaración de DDHH se concreta para el campo de la salud en varias declaraciones como la de la Declaración de la Promoción de los Derechos de los Pacientes de la ORE de la OMS o la declaración sobre la dignidad del ser humano en las aplicaciones de la medicina y la biología de 1997, suscrito por España en el año 2000. Es el enfoque bio psicosocial el que introduce cambios determinantes en la relación médico paciente. En nuestro país, la LGS inicia el camino del respeto a la personalidad, dignidad humana, la intimidad y regula el derecho a la información. Esta corriente viene a definir el nuevo paradigma de la relación médico paciente que en definitiva viene a incorporar la realidad de la condición humana y el humanismo como una parte fundamental de la praxis médica.

**“NADIE PUEDE HACERME FELIZ  
CONTRA MI VOLUNTAD SIN COMETER  
UNA INJUSTICIA PARA CONMIGO.**

**UNA FORMA DE COACCIONAR A  
OTRO ES IMPONERLE CÓMO HA DE  
SER FELIZ”.**

**IMMANUEL KANT**

La Ley de Autonomía del Paciente del año 2002 concreta el nuevo paradigma que emerge con fuerza en este siglo. Y es en definitiva el respeto a la decisión del paciente y la consideración de los derechos que le otorga nuestra constitución lo que constituye el auténtico debate sobre la ley de eutanasia. Y no es otro que la decisión sobre la propia vida vinculada a derechos y la sitúa en el plano de las leyes, no de las creencias de terceros.

En la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia, LORE, la Ley de Autonomía del Paciente adquiere una dimensión de mayor alcance: afecta a las decisiones sobre la propia vida, no solo sobre la aceptación o no de determinados tratamientos que la puedan prologar. A mayor abundamiento de este enfoque cabe añadir la interpretación del Tribunal Supremo sobre el derecho a la vida, asegurando que el derecho a la propia vida no conlleva el deber de mantenerla. Quizás el mayor salto conceptual para este nuevo derecho civil. Pero hasta la aprobación de la LORE estaba limitada por la sanción penal del Código Penal para quien acompañara o ayudara al suicidio, aun en casos de enfermedad o padecimiento grave.

Hay que reconocer que ha habido una labor de concienciación colectiva a través de casos que han tenido un gran impacto en la opinión pública como lo fue el caso Ramón Sampredo y a actitudes valientes en la praxis médica como el doctor Luis Montes. Este y otros casos han contribuido a un incremento de la opinión pública favorable a la regulación de la eutanasia en España, con un incremento de más de 30 puntos en los últimos 30 años, aunque con porcentajes distintos según ideologías y creencias, pero siempre con una opinión mayoritaria favorable con carácter transversal.

Pero hasta la aprobación de la LORE existía un desacoplamiento entre la opinión mayoritaria de la soberanía popular y la producción legislativa de sus representantes: ayudar a una persona a morir, aún en situaciones penosas, estaba sancionado con privación de libertad en nuestro Código Penal.

En la elaboración, tramitación y aprobación de la LORE se buscó en primer lugar alinear la legislación con la opinión mayoritaria de la ciudadanía. En segundo lugar, que la norma encajara de forma equilibrada en el trípode legislativo: Constitución, Ley de Autonomía del Paciente y Código Penal. En tercer lugar, que guardara sintonía con el entorno de los valores de DDHH y su interpretación jurídica de los Convenios, Convenciones y Tratados multilaterales adoptados por España.

Así, la ley interpreta que el derecho a la propia vida no conlleva el deber de mantenerla en cualquier circunstancia, centra el proceso en la libre decisión de la persona de forma personalísima e indelegable y define con claridad en qué circunstancias personales se genera el derecho a la prestación de ayuda para morir. Para ello diseña un proceso con estrictas garantías en cada paso establecido.

Finalmente establece un procedimiento novedoso respecto a otras leyes anteriores: la fase de verificación previa a la ayuda a morir: repaso sistemático para asegurarse del estricto cumplimiento de los requisitos del proceso. Garantía para la persona enferma y seguridad añadida a los profesionales sanitarios, singularmente del médico o médica que interviene.

Con la vigencia de esta ley se persigue ampliar el abanico de libertades individuales en un contexto colectivo de necesidad de otorgar una muerte digna al final de una vida digna. Cómo es ese final en cada caso depende de la enfermedad o padecimiento, de su evolución y de la capacidad de alivio de sufrimiento disponible, siempre a juicio del paciente que lo sufre. En ese contexto la buena praxis alcanza la consideración del entorno social, emocional, psíquico y biológico de cada persona. Pero siempre contando con su ideología, sus creencias, su voluntad y su opinión: centrado en el paciente.

Tomar decisiones que imponen el sufrimiento contra la voluntad del paciente conllevaría imponer el deber de mantener la vida alargando situaciones de sufrimiento inútil. Una sociedad digna, compasiva y respetuosa no lo debe tolerar.

Acabo con una cita de Kant: "nadie puede hacerme feliz contra mi voluntad sin cometer una injusticia para conmigo. Una forma de coaccionar a otro es imponerle cómo ha de ser feliz".

Y yo añadiría: **ni cómo morir**



## ARTÍCULOS



# UNA CUESTIÓN DE DERECHOS HUMANOS: LA VIOLENCIA Y EN ESPECIAL CONTRA LA INFANCIA.

**MARIA TERESA PATIÑO LAFUENTE**

**TÉCNICA DEL CUERPO SUPERIOR DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DE LA JCCM.**

Ha gestionado programas sociales, en especial de infancia y menores. Ex Directora General de Infancia y Familias del Gobierno de España. Vocal de la SEAUS de Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla-León.

## **SOBRE LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA CONTRA LA VIOLENCIA.**

*“Gran parte de las dificultades por las que atraviesa el mundo se debe a que los ignorantes están completamente seguros y los inteligentes llenos de dudas” Bertrand Russel (1872-1970).*

Cuando ves, escuchas o lees las noticias del día parece que estas en un entorno hostil, se asemejan al periódico “EL CASO” de los años 60, la mayoría de las informaciones hablan de violencia. La pandemia, el aumento del aislamiento, el confinamiento, han acrecentado la situación de riesgo a todo tipo de violencias individuales y sociales (el 20% de los europeos sufre violencia, según la Agencia de Derechos Fundamentales) y más frecuentemente sobre las personas más vulnerables de nuestra comunidad; violencia de género, vicaria, contra los menores, personas con capacidades diferentes, por su orientación sexual, algo que empieza a rayar lo intolerante. Por ello, debemos visibilizar el problema, ponerlo en la agenda política como una prioridad y en especial, para las personas menores de 18 años. Es un imperativo de Derechos Humanos.

## **AVANCES EN LA LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA**

La violencia contra la infancia es un grave problema que hay que abordar desde diferentes ámbitos. España es un país que se ha caracterizado por sus grandes avances hacia la protección a la infancia, fue uno de los primeros en ratificar la Convención de Derechos del Niños de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989 (ratificada enero 1990).

La necesidad de aprobar una Ley Integral Orgánica sobre violencia contra la infancia fue puesta de manifiesto por el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas en sus recomendaciones hechas a España en los años 2010 y 2018. Asimismo, resulta procedente destacar la Proposición No de Ley relativa al impulso de una Ley Orgánica para erradicar la violencia contra la infancia (162/000447). Dicha PNL fue aprobada casi por unanimidad en el Congreso de los Diputados el 12 de septiembre 2017, y en ella “se insta al Gobierno, en el ámbito de sus competencias y en colaboración con las Comunidades Autónomas, a iniciar en el plazo de tiempo más breve posible y que, en todo caso no exceda los 12 meses, los trabajos para la aprobación en la presente legislatura de una Ley Orgánica para erradicar la violencia contra la infancia que proteja el derecho de los niños y niñas a la integridad física y moral”.

## LEY ORGÁNICA 8/2021, DE 4 DE JUNIO, DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA FRENTE A LA VIOLENCIA

La nueva norma ha incorporado grandes avances a la lucha contra la violencia de las personas menores de 18 años, además, de incorporar a nuestro ordenamiento jurídico el acervo internacional. El objetivo de la norma ha sido desarrollar el artículo 19 de la Convención de los Derechos del Niño (que establece la obligación de los Estados Partes de proteger a los niños contra toda forma de maltrato), así como el cumplimiento de la citada PNL aprobada en el pleno del Congreso de los Diputados. Por otro lado, se han regulado e introducido los cambios necesarios en la legislación española en aras de asegurar y garantizar la protección a la infancia y a la adolescencia contra todo tipo de violencia, estableciendo un sistema de protección uniforme en todo el territorio del Estado, y que constituya una referencia para las comunidades autónomas en el desarrollo de su respectiva legislación en la materia.

En este sentido, se considera que el principal objetivo de esta norma es la **prevención y la protección de la infancia y adolescencia ante cualquier situación de violencia**, fomentando la sensibilización ciudadana de rechazo. Además, se refuerza el acompañamiento a las familias dotándolas de herramientas de parentalidad positiva y el empoderamiento de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho.

Los principios o puntos clave que han orientado la elaboración de la norma han sido:

- Garantizar el derecho fundamental de los niños y las niñas a la integridad física y moral frente a cualquier forma de violencia, incluido el acoso escolar, la realizada a través de las redes, el abuso sexual infantil, etc.
- Contemplar todos los niveles de protección contra la violencia hacia la infancia; la sensibilización ciudadana, la especialización de los profesionales, la detección y notificación tempranas, una respuesta desde la administración coordinada y eficaz, la restauración de los derechos de las víctimas, etc.
  - Que comprenda todos y cada uno de los sectores y ámbitos en los que vive un menor de edad: familia, educación, sociosanitario, medios de comunicación, deporte y ocio, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, etc.
  - Prestar especial atención a los colectivos más vulnerables: menores con discapacidad, menores no acompañados (MENAS), LGTB, Víctimas de trata, agresores sexuales adolescentes.
  - Difundir y visibilizar la responsabilidad de todos ante esta realidad.

### BREVE REFERENCIA A LA ESTRUCTURA DE LA LEY

El resultado ha sido una ley con un enfoque integral y multidisciplinar, abarcando tanto aspectos preventivos (sensibilización, formación), como de protección (detección y asistencia), así como de reintegración de derechos vulnerados y recuperación de la víctima.

La norma se estructura en 60 artículos, distribuidos en un título preliminar, donde se unifican y definen conceptos, criterios y principios y cinco títulos con actuaciones en los diferentes ámbitos de la vida de los niños y las niñas, nueve disposiciones adicionales, una derogatoria y veinticinco disposiciones finales que suponen un impacto normativo muy importante, el citado impacto ha incorporado a la ley instrumentos y herramientas para la lucha más adecuadamente contra la violencia ejercida contra los más pequeños.



## ALGUNAS NOVEDADES ESTRELLA DE LA NORMA

Las herramientas que se incorporan al texto normativo como más destacables y avanzadas son:

La prescripción de los delitos, empezando a contar el plazo cuando la víctima haya cumplido 35 años de edad. Se elimina el perdón de la persona ofendida como causa de la extinción de la responsabilidad cuando la víctima sea menor de 18 años.

Otra novedad para destacar es la prueba preconstituida, la declaración que realice el menor será única (salvo algún caso especial), evitando la distorsión que pueda tener la prueba por el paso del tiempo hasta que se celebre el juicio, impidiendo de esta forma el tener que volver a relatar lo sucedido, siendo el instrumento adecuado para evitar la victimización secundaria.

El deber de toda persona a denunciar cuando observe indicios de violencia merece una mención destacada, todos nos hacemos responsables, la comunidad debe ser parte activa en que la violencia contra los menores sea erradicada de nuestra sociedad y se fomente su rechazo. En este sentido, también hay que destacar el deber de denunciar cuando se observen contenidos en internet y redes sociales que puedan ser susceptibles de violencia. Se crean nuevos tipos de delitos para quien, por medios digitales, promuevan el suicidio, la autolesión, los trastornos alimenticios o delitos de naturaleza sexual.

La especialización de los jueces y fiscales y profesionales que actúen dentro del ámbito de las personas menores, la privación de la patria potestad de los asesinos, la creación de la figura del coordinador en los colegios, los funcionarios como agentes de la autoridad en los servicios sociales, la creación de un Registro Central de información sobre la violencia, la publicidad que pueda ser declarada ilícita, son entre otras, novedades del texto normativo que mejoraran la lucha contra la violencia y el derecho a la atención integral como regula el artículo 12 del texto normativo a nuestros menores.

Llama la atención y dentro del espíritu de protección que tiene el texto legislativo, la regulación de nuevas figuras de tipo penal, como la aporofobia y la exclusión social, rechazo o desprecio a los pobres como nuevos tipos penales que responden a una nueva realidad, siendo un motivo mencionado en el artículo 21 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

## LA NORMA EN EL ÁMBITO SANITARIO

- El Consejo Interterritorial del SNS cobra en este texto legal un protagonismo especial. Le da varios mandatos llenos de contenido. En el plazo de un año desde la entrada en vigor, debe crear una Comisión frente a la violencia de niños, niñas y adolescentes que estará integrada por las CCAA y expertos en Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Igualmente, en un plazo de 6 meses deberá elaborar un protocolo de actuación sanitaria, que propondrá medidas sanitarias necesarias para erradicar la violencia sobre la infancia y adolescencia. Los citados protocolos deberán fijar los procedimientos de comunicación, así como la colaboración con los Juzgados de Guardia y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, la Entidad Pública (administración autonómica) y el Ministerio Fiscal.
- Otra tarea que le asigna será la elaboración de un Informe Anual sobre la detección sanitaria de menores víctimas de violencia. En este mismo marco el Consejo Interterritorial, impulsará “la promoción del buen trato a la infancia y adolescencia, al igual, que la detección precoz de la violencia y de sus factores de riesgo, así como, promoverá la adecuada asistencia sanitaria y la rehabilitación de las víctimas”

**DEBEMOS VISIBILIZAR EL PROBLEMA, PONERLO EN LA AGENDA POLÍTICA COMO UNA PRIORIDAD Y EN ESPECIAL, PARA LAS PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS. ES UN IMPERATIVO DE DERECHOS HUMANOS**

- Llama poderosamente la atención la preocupación de la norma por la salud mental, asignatura siempre pendiente dentro del sistema sanitario, por ello indica, que se garantizará la salud mental integral y reparadora adecuada a la edad e insiste en el derecho de la atención terapéutica de carácter sanitario, psiquiátrico y psicosocial para las víctimas, y en su caso, la unidad familiar con una especial atención a la atención temprana para la infancia menor de seis años.
- La obligación del personal sanitario de comunicación inexcusable y de forma inmediata a la autoridad competente de situaciones de violencia y en especial el de los centros sanitarios.
- Dentro del gran impacto normativo, se ha modificado la Ley 41/2002, (básica de autonomía del paciente) con el objetivo de que quede reflejada en la historia clínica de las víctimas de violencia la asistencia practicada. Lo que permitirá hacer un mejor seguimiento de los casos de violencia y nos permita evaluar la magnitud del problema en la salud pública.
- Planes específicos y programas de formación en los planes de estudio de profesionales sanitarios con contenidos específicos en prevención, detección precoz e intervención de los casos de violencia en los profesionales sanitarios, ha sido una demanda reiterada por todos los profesionales sanitarios.
- Por último, merece la pena destacar en el tema sanitario la determinación de la edad de los menores no acompañados (los llamados MENAS), tema muy controvertido y en auge en los últimos tiempos. En este contexto hacer dos precisiones importantes:

## **PRIMERO, PARA RESPETAR LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE**

es necesario el consentimiento informado de los menores no acompañados, se reconoce como un derecho a la hora de practicar las pruebas médicas. Así lo requiere el art. 12,4 de la LPJM, modificada por Sentencia del Tribunal Supremo. Es preceptivo para la prueba que hay que realizar al menor la exigencia del consentimiento informado, con garantía de respeto a su dignidad y sin que suponga en ningún momento riesgo para la salud.

## **SEGUNDO, EL PRESENTE TEXTO FACULTA AL GOBIERNO PARA QUE,**

en 12 meses desde la aprobación de la ley, proceda al desarrollo normativo del procedimiento para determinar la edad de los menores no acompañados, de forma que se garanticen el cumplimiento de las obligaciones internacionales, así como, la prevalencia del interés.

No sería justo, olvidar el impulso insistente, pero efectivo y bien hecho, de las organizaciones dedicadas a la defensa de los derechos de la infancia, entre ellas, la Plataforma de Infancia y muy especialmente Save The Children que han colaborado muy estrechamente con la administración en la elaboración y redacción de la norma y han hecho posible que se visualice el problema tan grave de la violencia contra la infancia y adolescencia. Una labor de toda la sociedad de erradicarla y conseguir un futuro mejor para nuestra infancia porque como decía Olof Palmer (político sueco 1927-1986) "Lo único que nos vincula con el futuro es la infancia"

## ARTÍCULOS

# TODOS SOMOS SALUD MENTAL



**ORIO LAFEAU**

**COORDINADOR DE LA OFICINA DE SALUD MENTAL DE LAS ISLAS BALEARES.**

Licenciado en Medicina y Cirugía General por la Universidad Autónoma de Barcelona.  
Especialista en Psiquiatría. Máster en Medicina Humanitaria y Cooperación Internacional.  
Máster en Bioética y Máster en psicoterapia grupal.

*El nacimiento de Salud Mental era muy esperado por todos. Pensad que había sido un embarazo muy deseado y que, en estos casos, la gestación duraba nueve años y siete días.*

*Sus padres, Bienestar y Empatía, deseaban muchísimo a la criatura, como la mayoría de los padres desean a sus hijos.*

*¿A quién se parecería? A mí, seguro. Decía Bienestar mientras Empatía callaba y pensaba...qué más da, lo importante es que seamos capaces de darle todo nuestro Amor y crezca Feliz.*

*Y llegó el día. Empatía empezó con contracciones a las nueve de la mañana. Afortunadamente, pudo desayunar antes, Salud Mental siempre ha sido muy considerada, a veces demasiado.*

*En esos tiempos se paría en casa y varias vecinas y vecinos acudieron a ayudarla: Amor, Respeto, Solidaridad y Compasión. También Bienestar y Empatía les habían ayudado a ellos en los momentos en los que les habían necesitado. Así es como actúan los vecinos.*

*Bienestar estaba tan nervioso que no daba pie con bola, el pobre.*

*Dispusieron ropa limpia para el bebé, paños calientes, hilo de seda para atar el cordón umbilical y Amor calentó sus manos para que el primer contacto con su piel marcara el resto de sus días.*

*Pero a veces, las cosas no van como nos gustaría que fueran.*

*El parto se complicó y, aunque todos hicieran lo posible, Empatía no aguantó. Murió quince segundos después de que Salud Mental viera la luz por primera vez. Quince segundos que permitieron a Empatía comprobar que Salud Mental era una bebé sana y con una vitalidad tremenda. Sonrió, satisfecha, y se apagó su luz.*

*No quiero apenaros mucho, pero las cosas hay que contarlas como son. La muerte, las despedidas y las desgracias forman parte de la vida y hay que mirarlas cara a cara. Aunque voy a permitirme una licencia como autor de este cuento y os diré que Empatía se reencarnó pocos meses después en Vida, pero esta ya es otra historia.*

*Como suele ocurrir en estos acontecimientos, la mezcla de la felicidad más plena con la pena más profunda genera un terremoto de emociones con el que es extremadamente difícil de lidiar. Bienestar se sumió en un duelo que duró doce años. Ni más ni menos.*

Todos sus vecinos se brindaron a ayudar: “yo haré la comida” decía Respeto, que era un gran cocinero; “yo me encargaré de pasearla” decía Compasión, que se conocía todos los rincones del lugar; “yo me encargaré de mantener siempre el fuego en el hogar” decía Solidaridad, que era una gran fuente de calidez, y Amor, todavía con las manos calentitas para recibir a Salud Mental, aseguraba “No os va a faltar nunca de nada”.

Pero ya sabemos cómo son las cosas y, a veces, los mandatos formales hacen que tengamos compromisos muy difíciles de eludir. Un primo carnal de Bienestar, Estigma, decidió irrumpir en la casa para ayudar y hacerse cargo de todo, mientras Bienestar se recuperaba. La familia es la familia, y los vecinos no se atrevieron a negarse. Bienestar no tenía fuerza para evitar la entrada del primo así que asintió y bajó la cabeza.

Bastaron esos doce años para que Estigma impregnara el hogar. Vergüenza y culpa le siguieron. Siempre iban donde Estigma estaba. Eran un trío inseparable. Y así creció Salud Mental, con un Bienestar muy débil y con Estigma, Vergüenza y Culpa cada vez más empoderados. Como todo el mundo sabe, es muy difícil deshacerse de lo aprendido en la infancia. Requiere de un proceso doloroso. Ningún niño piensa que lo que le están enseñando es un lastre que tendrá que arrastrar durante mucho tiempo. Los pequeños son así; asumen lo aprendido sin condiciones, sin entender que hay malos aprendizajes. He aquí la magnitud de la tragedia.

Cuando Bienestar despertó de su letargo se dio cuenta de que su hija estaba impregnada de las enseñanzas de Estigma e inició una lucha encarnizada para que desaprendiera lo aprendido. Estigma y sus amigos, muy sagaces ellos, habían comprado una finca a muy pocos metros de ellos y, como lobos vestidos con piel de cordero, seguían influyendo de manera muy sutil sobre la ya adolescente Salud Mental. ¿Quién tiene el poder de echar a alguien definitivamente de la comunidad? Hay que ser muy fuerte y tener el apoyo de todos para poder hacerlo.

No quiero que esta historia se convierta en una novela, aunque creedme si os digo que hay material suficiente para ello. Así que os voy a resumir: hubo un momento, afortunadamente, que Salud Mental se dio cuenta de toda la trama urdida contra ella y, después de llorar hasta la extenuación la muerte de su madre, decidió poner fin al asunto y renacer como lo que era, una hija deseada, querida y aceptada por toda la comunidad.

Los vecinos, que siempre habían estado ahí, se propusieron ayudarla con todas sus fuerzas. Así es como hay que apoyar a los Valientes.

Y su padre, ¡Ay su padre!, se convirtió en el principal apoyo de su hija. Nunca nadie lo había visto con la fuerza y las ganas que desplegaba. Estaba dispuesto a poner a su hija en el lugar que le tocaba.

Dicen, incluso, que una noche agarró a Estigma y a sus secuaces por el pelo y los echó definitivamente de la comunidad. Poca gente lo vio, y los que lo vieron no quieren hablar de ello. A veces hay que utilizar métodos poco ortodoxos para conseguir según qué cosas importantes.

Este es un cuento no acabado. La batalla se lidia en muchos frentes. Estigma se encargó de extender bien su legado. Pero lo importante es que Salud Mental, Bienestar, Amor, Solidaridad, Compasión y Respeto han decidido ganar y, solo con eso, saben que lo van a conseguir. Bastaron quince segundos de la mirada de Empatía para que Salud Mental supiera cuál es su destino.

Dedicado a todas las y los Valientes que luchan cada día con el peso de la Vergüenza, la Culpa y el Estigma por razones de Salud Mental.



## ISLAS BALEARES

Desde el año 2015 la Salud Mental es una de las tres líneas prioritarias de la Consejería de Salud y Consumo, junto con Atención Primaria y Atención a la Cronicidad.

En las Illes Balears existen 6 áreas de salud: Eivissa y Formentera, Menorca, Levante de Mallorca, Poniente de Mallorca, Migjorn de Mallorca, Tramontana de Mallorca.

Cada una de estas áreas dispone de un Servicio de Salud Mental, que a su vez tiene una serie de dispositivos: Unidad de Hospitalización Breve, Hospital de Día de Salud Mental, Unidad de Salud Mental, Unidad Comunitaria de Rehabilitación y Equipo de Seguimiento Asertivo Comunitario.

Existen dos servicios supra sectoriales: Instituto Balear de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (IBSMIA), que presta atención de salud mental a la franja de edad de 0 a 18 años, y el Hospital Psiquiátrico de Palma, que presta atención subaguda de media estancia, de larga estancia y psicogeriátrica.

Nuestra visión integradora nos permite no circunscribir la salud mental a los recursos de esta especialidad. La atención a la salud mental se realiza desde la atención especializada de Atención Primaria, Servicios Sociales, Educación, entidades y asociaciones de personas afectadas y sus familiares. Pensamos, firmemente, que incidir solo de forma unilateral en uno de estos actores aboca al fracaso de la acción.

Decidimos iniciar nuestro trabajo hace seis años estableciendo un MARCO DE ACTUACIÓN consensuado entre todos los actores con voz en salud mental. A partir de este marco priorizamos las acciones desde los principios de EQUIDAD y DIGNIDAD. De esta forma nos propusimos que todos los habitantes de las islas tuvieran las mismas posibilidades de atención en materia de salud mental y que ni los espacios ni las formas de atención atentaran contra la dignidad de las personas que sufren un trastorno de la salud mental. Una vez superados estos primeros objetivos iniciamos un camino hacia la INNOVACIÓN y la EXCELENCIA.

## MARCO DE ACTUACIÓN

El primer Plan de Salud Mental de las Illes Balears se elaboró en 1998. Por lo tanto, era un objetivo prioritario y fundamental crear un nuevo documento marco que guiara las líneas de actuación en los próximos años. Así nace el **Plan Estratégico de Salud Mental de las Illes Balears 2016-2022**. Un documento de consenso elaborado a través de grupos de trabajo que implicaron a 160 profesionales de diversas instituciones, personas afectadas, asociaciones de familiares y entidades del tercer sector.

## EQUIDAD

Hasta el año 2015 los dispositivos de atención a la salud mental no existían de forma igualitaria en todas las áreas de salud. De este modo y con el fin de dar una atención equitativa nos dispusimos a crear y poner en funcionamiento los dispositivos que no existían en algunas áreas: equipos de seguimiento asertivo comunitario (ESAC), hospitales de día de salud mental y unidades de conductas adictivas.

## DIGNIDAD

Desconocido para la gran mayoría de habitantes, en el centro de Palma se encuentra el Hospital Psiquiátrico. Un edificio inaugurado hace 110 años y que ha prevalecido como uno de los espacios más estigmatizados de la geografía urbana de la ciudad de Palma.

Desde sus inicios, se ha abordado poco la adecuación de sus espacios para favorecer una atención más digna. Algunos de sus pabellones (Lluerna y Alfàbia) se encontraban en una situación muy deteriorada. Albergaban a personas muy vulnerables que residían en ellos en situaciones en las que la dignidad brillaba por su ausencia.

En estos años hemos remodelado los edificios creando espacios modernos y funcionales que permiten estancias dignas.

De igual forma se persigue mejorar la dignidad de las personas afectadas de un trastorno de la salud mental mediante la desinstitucionalización y el acercamiento a los recursos comunitarios.

Para ello, hemos reorientado la atención en el Hospital Psiquiátrico. En los últimos 6 años ha existido una apuesta firme por caminar hacia la desinstitucionalización de las personas ingresadas en el Hospital Psiquiátrico.

La creación de puentes efectivos con los recursos sociales de la comunidad, a través de comisiones sociosanitarias periódicas, ha permitido la externalización del 65 % de las personas que se encontraban ingresadas en el Hospital Psiquiátrico con estancias mayores de 6 meses.

**DEBEMOS REPLANTEARNOS  
PROFUNDAMENTE LA SALUD  
MENTAL DESDE UNA VISIÓN  
MÁS ABIERTA E  
INTEGRADORA Y TAMBIÉN,  
PREFIERO DECIRLO DESDE EL  
PRINCIPIO DE ESTE ARTÍCULO,  
MÁS VALIENTE. 18 AÑOS. ES  
UN IMPERATIVO DE  
DERECHOS HUMANOS**

## INNOVACIÓN Y EXCELENCIA

La innovación y la excelencia de la salud mental llegan mediante la puesta en marcha de dispositivos y programas novedosos, incluso pioneros en el Estado. Cabe señalar que hasta el año 2018 el único representante de Salud Mental dentro de la Administración era el coordinador autonómico de Salud Mental tal y como figuraba en el BOIB (2002).

En este sentido, la creación de la Oficina de Salud Mental de las Illes Balears (OSMIB) ordena la posición de cada pieza del puzle, que configura la organización de la salud mental. El impulso desde el Servicio de Salud va asociado a la creación de esta estructura que facilita, promueve y ejecuta las diferentes acciones y objetivos del Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 de las Illes Balears.

En este sentido, pusimos en marcha en el año 2018 el Observatorio del Suicidio de las Illes Balears. El objetivo principal es promover acciones encaminadas a la prevención, detección y abordaje de la conducta suicida. Por ello, hemos elaborado el Plan de Prevención, Actuación y Abordaje de la Conducta Suicida, que marca el camino a seguir en los próximos años.

Este Plan ha sido elaborado con el consenso de 50 instituciones de la comunidad autónoma, todas ellas actores válidos en esta materia. Entre los recursos que ya hemos iniciado están los dispositivos asistenciales de Atención Prevención Suicidio (APS) suprasectorial. Dispositivo que asegura una atención intensiva de aquellas personas que presentan una conducta o idea suicida.

Hemos creado el hospital de día de patología dual en la isla de Eivissa. Dada la idiosincrasia específica de esta isla, laboratorio de experimentación de muchos tóxicos de síntesis, se decide iniciar aquí el primer dispositivo de atención a la patología dual.

También hemos puesto en marcha la Consulta de Identidad de Género de las Illes Balears como espacio suprasectorial de acompañamiento y asesoramiento en los procesos de transición de identidad de género.

Damos cabida al Servicio de Salud en la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental. Esta Unidad se incluye dentro de la OSMIB y asegura una formación de calidad, así como una adecuada evaluación a todos los residentes de salud mental de la comunidad (MIR, PIR y EIR).

Ponemos en marcha varios grupos de trabajo con la participación de los agentes de salud, de los servicios sociales y educativos, y de las entidades del tercer sector y asociaciones de personas afectadas y de sus familiares. Entre otros temas como el neurodesarrollo, la eliminación de la contención mecánica, los primeros episodios psicóticos, los trastornos de la personalidad y, sobre todo, la lucha contra el estigma han sido el centro de nuestra atención.

## FUTURO INMEDIATO

Durante este mes de noviembre se abre la unidad de hospitalización y hospital de día para la atención a la patología dual (UPD), dispositivo que cuenta con 15 plazas de hospitalización y 20 plazas de hospital de día para la atención suprasectorial de las personas con patología dual. Una de nuestras grandes apuestas es la remodelación del Hospital Psiquiátrico. Se van a eliminar los muros que rodean el Hospital para integrarlo en el barrio de Bons Aires y en el Parque de Sa Riera de la ciudad de Palma.

Este proyecto se asocia a una conversión en zona peatonal abierta de todas las calles del Hospital. Además del cambio de nombre del Hospital Psiquiátrico en «Parc Sanitari Bons Aires», que junto a la desinstitucionalización de los recursos comunitarios avanzamos hacia la desestigmatización y la atención, cada vez más, ambulatoria y de corta estancia en el Hospital Psiquiátrico de Palma. La hospitalización domiciliaria como modelo más válido de tratamiento intensivo, intentando evitar al máximo los ingresos en plantas de breve hospitalización en unidades cerradas.

## VISIÓN DE FUTURO

En los últimos seis años hemos incrementado la dotación de recursos humanos de salud mental y puesto en marcha nuevos dispositivos.

Desde el Servicio de Salud hay una clara apuesta por una visión comunitaria de la salud mental. Por ello, apostamos por el acercamiento de los espacios comunitarios (barrios, domicilios) a las personas que sufren un trastorno de la salud mental.



Nuestra apuesta también quiere erradicar los ingresos finalistas en espacios estigmatizantes. Apostamos por una nueva visión estratégica de la salud mental, en la que todos los actores válidos en la materia (sanidad, servicios sociales, educación, entidades del tercer sector) trabajamos bajo un mismo paraguas para evitar duplicidades y compartimentos estancos. Desde la transversalidad real. Esta es una apuesta firme y necesaria que permitirá un cambio muy significativo en la atención a los problemas de salud mental.



## REFLEXIÓN

Debemos replantearnos profundamente la salud mental desde una visión más abierta e integradora y también, prefiero decirlo desde el principio de este artículo, más valiente.

Sabemos de dónde venimos. Sabemos que todas las disciplinas sanitarias han tenido una evolución ascendente desde sus inicios y que poco a poco han ido incrementando conocimientos e instaurando procedimientos que las han hecho evolucionar hasta la actualidad.

Y, repito, sabemos de dónde venimos. Venimos de un submundo difícil de determinar. Del Manicomio, de la no autonomía, de la vergüenza, de la culpa y del estigma. Venimos de la segregación más despiadada de las personas más vulnerables. Nos han repetido durante tanto tiempo noticias falsas sobre la salud mental, que nos las hemos acabado creyendo, fake news que la sociedad ha integrado como verdaderas: «las personas con una enfermedad mental son violentas», «no tienen voluntad», «no son de fiar», «tienen que estar encerradas», y tantas otras.

Palabras escupidas desde el Congreso de los Diputados, noticias en medios de comunicación con escasa responsabilidad social o afirmaciones por parte de influencers que sientan cátedra en temas que desconocen totalmente crean uno de los dolores más punzantes a todas las personas que padecen o han padecido un trastorno de la salud mental. Para que se hagan una idea, cada vez que existe una aseveración de este tipo tiramos por tierra todo el trabajo de superación que realizan estas personas día a día. «Esquizofrénico mata a su madre», «depredador sexual ingresa en una planta de psiquiatría y tantos otros titulares tremebundos destroran la vida de muchas personas y las hacen volver al ostracismo en el que esta sociedad les había metido y del que con tanta dificultad intentan sacar la cabeza para no ahogarse.

Ante esta sociedad boicoteadora del diferente, solo cabe la lucha despiadada de los que creemos que una salud mental distinta es posible. Desde que una persona inicia sintomatología de salud mental hasta que es diagnosticada pasan entre 5 y 10 años. Todo este tiempo perdido es confusión, miedo, vergüenza y culpa. Es estigma.

# SALUD MENTAL SOMOS TODOS

Esta es la frase que debe quedar grabada en nuestras meninges a fuego. Hasta que no entendamos que nuestro bienestar emocional no es cuestión solo de aquellos que no lo tienen o de los profesionales que lo tratan, no conseguiremos deshacernos de las ataduras que no nos permiten avanzar.

Salud mental es mi vecino, mi hermana, mi médica de atención primaria y mi panadero. Y salud mental soy yo. Todos tenemos un papel en este tema, todos tenemos una responsabilidad que asumir.

Nos llenamos la boca diciendo que la salud mental es un tema transversal, pero a la hora de la verdad agachamos la cabeza y pensamos... bueno, ya se arreglarán ellos, esto a mí no me toca.

Hemos fracasado como sociedad en la tarea de crear un sentido colectivo. No hemos entendido el dolor ni el padecimiento del otro. Utilizamos palabras como empatía sin creer que el otro es tan importante como lo somos nosotros.

## EPÍLOGO

En Balears hemos decidido rendir un merecido homenaje al padre de Salud Mental. Se lo merece. Hemos proclamado a los cuatro vientos que el año 2022 será el año del Bienestar Emocional y estamos deseosos de que llegue cuanto antes. Celebraremos su existencia e impregnaremos nuestras vidas con su esencia.

Quince segundos le bastaron a Empatía para darse cuenta de que Salud Mental era una bebé sana y vital.

¿Cuánto nos va a costar a nosotros?

## ENTREVISTA

# ENTREVISTA A MARIA ASUNCIÓN APARAICIO

COORDINADORA DEL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y  
ATENCIÓN AL USUARIO, SIAU, DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

→ La pandemia de la Covid-19 ha impactado en los servicios de salud de forma importante. También lo ha hecho en los Servicios de Atención al Usuario/Paciente, en su actividad, en sus profesionales y en su organización. Por todo ello, hemos querido traer a estas páginas la opinión de la responsable de este servicio en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Sus respuestas y sus comentarios son de gran interés para conocer todo lo vivido y preparar el futuro.

### 1. ¿Cómo ha vivido el SIAU, como servicio, el tiempo de pandemia de la Covid?

Como Servicio y como profesionales, no hemos sido ajenos a la dureza de la situación que vivía toda la sociedad y al estrés que soportaba la sanidad. Han sido momentos de gran incertidumbre y dolor. Pero hemos estado ahí, apoyando en todo momento a la organización y a los ciudadanos, hemos puesto a disposición de todos ellos, la estructura y el capital humano del Servicio y hemos actuado como facilitadores y enlace entre los usuarios y la organización, permaneciendo siempre abiertas nuestras vías de comunicación con los usuarios y generando otras nuevas que diesen cabida y una respuesta ágil a la nueva realidad con la que nos enfrentábamos.



MARIA ASUNCIÓN APARAICIO ES ENFERMERA CON UNA LARGA EXPERIENCIA. EMPEZÓ COMO ENFERMERA EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO, SIAU, DEL SECTOR ZARAGOZA II HACE MÁS DE 25 AÑOS, PASANDO, MÁS TARDE, A SER JEFA DE ENFERMERAS EN EL SIAU DEL CENTRO MÉDICO DE ESPECIALIDADES RAMÓN Y CAJAL. DESDE JUNIO DEL AÑO 2020 ES SUPERVISORA DE ÁREA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, TENIENDO TAMBIÉN LA RESPONSABILIDAD DE LAS UNIDADES UBICADAS EN LOS CENTROS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE SAN JOSÉ Y RAMÓN Y CAJAL.

### 2. ¿Cómo lo han vivido sus profesionales? ¿Qué impacto cree que tiene y ha tenido la pandemia en los profesionales del servicio?

Los profesionales se han visto sometidos a un enorme estrés, además de sufrir la pandemia como cualquier ciudadano, han tenido que adaptarse a las sucesivas reorganizaciones del trabajo y esto les ha exigido un esfuerzo considerable, se han producido modificaciones constantes según evolucionaba la pandemia, han tenido que adoptar otra forma de relacionarse con los usuarios, también ha cambiado el tipo de usuario, con otras demandas y expectativas diferentes a las que estábamos acostumbrados, han tenido que realizar un control constante del cumplimiento de las medidas de seguridad en la atención presencial, por otro lado, algunas compañeras tuvieron que salir a apoyar en otros servicios realizando PCR, en UCI... Es decir, multitud de pequeños y grandes cambios que había que incorporar al quehacer diario. Pero a pesar de las dificultades y, sobre todo, a lo doloroso de la situación, lo han vivido como un reto y una oportunidad de desarrollar un trabajo que mejorará el bienestar de los usuarios. Por lo que hay satisfacción entre los compañeros por labor desempeñada durante la pandemia.

**3. ¿Siempre han tenido a su disposición todos los recursos necesarios, incluidos los medios de protección? ¿Los pacientes han podido utilizar el servicio con eficacia?**

Por descontado, la dirección del centro a través del Servicio de Prevención de Riesgos laborales nos ha mantenido siempre informados y ha puesto a nuestra disposición los medios disponibles en cada momento. Los pacientes, sus familiares y todos los ciudadanos que han necesitado y requerido de nuestros servicios han podido hacerlo, tanto presencialmente, por teléfono o telemáticamente. Hemos estado en todo momento activos y receptivos a todas las cuestiones que nos planteaban y, aunque no fuesen de nuestro ámbito de actuación, siempre hemos intentado canalizarlas y solucionarlas.

**4. ¿Durante este período de tiempo el SAP se ha visto obligado a realizar cambios o modificaciones en su organización habitual? Si es así, ¿cuáles destacaría y cuáles cree más importantes?**

Así ha sido, mi antecesora en el puesto, Ana Vecino, a la que le tocó vivir todo el periodo de alarma, supo dar una respuesta rápida y eficiente a las necesidades de los usuarios, en una situación tan compleja como la que vivimos y fue ella, en colaboración con la Dirección de Enfermería y la Gerencia del Sector, la que llevo a cabo los cambios de mayor impacto, tanto para el Servicio como para los usuarios. Estableció una serie de medidas que ayudaron enormemente a la humanización de la asistencia de nuestros pacientes y sus familiares, con nuevas formas de comunicación adaptadas a la situación de Alarma, así como la puesta en marcha de la cita previa para ser atendidos presencialmente en nuestras Unidades. Entre los cambios que se produjeron destacaría, la implantación de un procedimiento de atención y acompañamiento a familiares de pacientes Covid en tratamiento paliativo, ingresados en nuestro hospital, y que llevo a cabo el personal de enfermería del SIAU, así como la gestión de unas Tablet para facilitar la comunicación de los pacientes ingresados con sus familias, el depósito y gestión de los enseres personales de los pacientes Covid fallecidos, cuya familia no podía acudir a recogerlos en el momento. La recogida y distribución de los mensajes y cartas de ánimo remitidas por los familiares y la población en general. Por descontado se ha colaborado en todo momento con las Unidades de Trabajo Social, en todo lo que hemos sido requeridos.

Por último, hemos llevado a cabo la implantación de una nueva Unidad de Información, ubicada en el Servicio de Urgencias del Hospital, para dar respuesta a las demandas de información no clínica de nuestros usuarios y está teniendo unos resultados muy positivos, en cuanto a dar apoyo a los pacientes y sus allegados, estableciendo un flujo de comunicación ágil y permanente, que favorece el bienestar de los pacientes y fortalece la humanización de la atención que damos a los usuarios.

**5. ¿En el SAP se ha priorizado la atención presencial con los pacientes y familiares, se ha propiciado la atención telefónica y telemática o ambas?**

Durante el tiempo de Alarma, naturalmente, se priorizó la atención telefónica y telemática, pero sin olvidar que el usuario necesita una buena comunicación, con una escucha activa, que además de amable sea resolutoria y que demuestre ser empática, que sepa que importa su problema y, si es posible, resolverlo, no obstante, si detectábamos la necesidad de atender presencialmente, dábamos una cita concertada. Después, poco a poco, conforme evoluciono la situación, hemos ido volviendo a la nueva normalidad y actualmente, ya estamos atendiendo presencialmente con cita previa, al mismo número de usuarios de antes de la pandemia

**6. ¿En este aspecto, cuál es su opinión sobre el desarrollo de las nuevas tecnologías en el sistema de salud y su repercusión en la atención a los pacientes?**

Considero de gran importancia las nuevas tecnologías aplicadas al sistema de salud, son muy útiles para poder superar los retos que se nos plantean. Las contemplo como grandes facilitadoras de la labor de las organizaciones y de los profesionales, aportan accesibilidad, agilidad, entre otras oportunidades, y a los usuarios les facilita el acceso, el seguimiento de su proceso y, como no, hacen mas asequible la promoción y prevención de la salud, tanto individual como colectiva.



## ENTREVISTA

# ENTREVISTA A JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ BELLO

SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ.

JOSE ANTONIO RODRÍGUEZ BELLO ES SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. ESTE CENTRO ES EL HOSPITAL REGIONAL DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ, DEPENDIENTE DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, CON UN ALTO VOLUMEN DE ACTIVIDAD Y COMPLEJIDAD. NUESTRO ENTREVISTADO ES PERSONAL ESTATUTARIO DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, EN LA CATEGORÍA DE TÉCNICO DE LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA, ESPECIALIDAD DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS. LLEVA CASI 40 AÑOS TRABAJANDO EN HOSPITALES PÚBLICOS. ANTROPÓLOGO SOCIAL DE FORMACIÓN, SU ÁREA ESPECÍFICA DE CONOCIMIENTO ES LA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD Y SU FORMACIÓN POSGRADO SE HA DIRIGIDO A LO LARGO DE LOS AÑOS A LAS DISCIPLINAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA EN SALUD: GESTIÓN SANITARIA, METODOLOGÍA DE CALIDAD, COMUNICACIÓN, BIOÉTICA ETC..

→ La pandemia de la Covid-19 ha impactado en los servicios de salud de forma importante. También lo ha hecho en los Servicios de Atención al Usuario/Paciente, en su actividad, en sus profesionales y en su organización. Por todo ello, hemos querido traer a estas páginas la opinión del responsable de este servicio en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Sus respuestas y sus comentarios son de gran interés para conocer todo lo vivido y preparar el futuro.

### 1. ¿Cómo ha vivido el SAP, como servicio, el tiempo de pandemia de la Covid?

Bueno, hemos tenido diferentes fases, al principio, como todo el hospital, nos encontramos con un cambio de escenario en nuestro trabajo diario, en la que las necesidades y prioridades tanto de la ciudadanía como de la propia organización sanitaria sufrieron una transformación muy importante. Como bien sabe toda persona que trabaje en Atención a la Ciudadanía, la funcionalidad de nuestra área nos sitúa como interlocutores e incluso intermediarios en muchas ocasiones, siendo la voz de la ciudadanía para la organización y la voz de la organización, para la ciudadanía. El mantenimiento de este delicado equilibrio se hizo especialmente difícil, en una situación de crisis como la vivida, y nos llevó un tiempo ajustar nuevas actividades y modos de trabajo, como ocurrió en todas las dependencias del hospital, asistenciales o no.

En general, hay satisfacción en el servicio por cómo se ha abordado un problema de salud de esta magnitud, y nuestra aportación, con manifiesta dedicación y esfuerzo de los profesionales de Atención a la Ciudadanía. Diría que todo esto ha reforzado, incluso, nuestra valoración por parte del centro.

### 2. ¿Cómo lo han vivido sus profesionales? ¿Qué impacto cree que tiene y ha tenido la pandemia en los profesionales del servicio?

El impacto fue alto cuando estalló la pandemia, con miedos y falta de información. Pero claro, en realidad la situación era parecida en todos los servicios hospitalarios. En las unidades asistenciales de hecho la repercusión ha sido mayor. Nos ha hecho replantearnos algunas cuestiones en la relación directa con personas, al igual que también cambiaron las prioridades para la ciudadanía en sus demandas. El acceso a los centros de las personas se modificó y se ordenó de otra manera, precisamente para garantizar la seguridad de todos. Las medidas de protección en los puestos de trabajo y las posibilidades de contagio, no solo en la atención a personas sino entre compañeros también ha tenido impacto en nuestro día a día.



Se han realizado muchos aislamientos domiciliarios de profesionales por haber estado en contacto con personas positivas. Todo esto también ha tenido repercusión en la organización puntual de nuestras unidades.

**3. ¿Siempre han tenido a su disposición todos los recursos necesarios, incluidos los medios de protección? ¿Los pacientes han podido utilizar el servicio con eficacia?**

Al principio existieron en el hospital dudas sobre la capacidad de gestión de las medidas de protección, tanto físicas (mamparas y paneles separadores, marcadores de separación de distancias, indicadores de utilización de asientos etc.) como personales (guantes y mascarillas especialmente) necesarias en nuestros espacios de trabajo y salas de espera, por la enorme demanda/necesidad existente y las dificultades de los proveedores de hacer frente a este reto de suministro. Sin embargo, no se han producido roturas de stocks en nuestros almacenes, y se ha dado respuesta a todas las necesidades, incluso a las estructurales, en plazos muy razonables.

Creo que la percepción de los pacientes es que las cosas se han hecho razonablemente bien, aunque es evidente que, en algunos casos, las nuevas medidas de organización de turnos de atención, utilización de áreas comunes, salas de espera etc. han provocado las lógicas e inevitables incomodidades.

**4. ¿Durante este período de tiempo el SAP se ha visto obligado a realizar cambios o modificaciones en su organización habitual? Si es así, ¿cuáles destacaría y cuáles cree más importantes?**

Creo que hemos sabido adaptarnos a las nuevas circunstancias. Ha sido necesaria la creatividad para la reorganización del trabajo y entorno laboral, creando nuevas herramientas y modos de hacer las cosas. Hemos incluido nuevas actividades en nuestra cartera de servicios y adaptado la forma de hacer las cosas, favoreciendo los procesos de tramitación sin presencia física, y el uso de TICs para determinadas cuestiones. Se ha mostrado muy importante el desarrollo de nuevas formas de comunicación y el rol de Atención a la Ciudadanía de comunicador a la ciudadanía de cuestiones trascendentales para el hospital. Ha habido un importante desarrollo de la estrategia de comunicación institucional, con gabinete de prensa, redes sociales etc. de la que también nuestra subdirección es responsable.

**5. ¿En el SAP se ha priorizado la atención presencial con los pacientes y familiares, se ha propiciado la atención telefónica y telemática o ambas?**

Como he indicado antes, estamos favoreciendo la atención telemática en lo posible, no solo por cuestiones de seguridad en la prevención de transmisión de enfermedades infectocontagiosas, sino porque la administración electrónica es el futuro. En cualquier caso, se mantiene la atención personalizada en muchas de nuestras áreas. Por las cuestiones que nuestros usuarios requieren de nosotros, la atención en vivo aporta mucho valor. No hay que olvidar que las capacidades de relación interpersonal, la gestión de conflictos y herramientas de comunicación deben ser fortalezas en nuestros puestos de atención al público.

**6. ¿En este aspecto, cuál es su opinión sobre el desarrollo de las nuevas tecnologías en el sistema de salud y su repercusión en la atención a los pacientes?**

Creo que el desarrollo de las TICs, tanto en nuestro ámbito como en otros, presenta muchas oportunidades, se nos abren nuevas posibilidades que debemos aprovechar. En nuestros hospitales ya no funciona nada en la que no participe de alguna manera informática, como la digitalización de los propios recursos asistenciales o los registros en soporte de datos, el papel tiene cada vez menos sentido y las herramientas y aplicaciones específicas hacen mucho más eficaz nuestro trabajo. La telemedicina, la robotización y el big data ya están aquí.



**7. Esta pandemia está siendo de larga duración: ¿Qué consecuencias ha tenido en los pacientes? ¿Se han podido respetar siempre sus derechos?**

Efectivamente está siendo muy larga. Se han puesto en marcha medidas excepcionales para la atención de una patología concreta, dedicando mucho esfuerzo a dar una respuesta del sistema sanitario a una pandemia. Esto ha modificado las prioridades, tanto de recursos y profesionales como de los tiempos. Cuando se modifican prioridades de una manera tan drástica, como todos hemos vivido, es evidente que los tiempos de atención a patologías menos urgentes o graves, que han perdido prioridad de atención, se aumentan. Los propios pacientes han tenido conductas diferentes durante la pandemia, como su asistencia a las áreas de urgencias en particular y su presencia en los hospitales en general, por miedo al contagio.

**8. En su opinión: ¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta el SAP teniendo en cuenta las circunstancias vividas y cuáles serían los más importantes para adaptarse a la nueva realidad? ¿Se ha de reinventar el SAP? ¿Cree que ha salido fortalecido como servicio y como equipo de esta pandemia?**

Todo cambio es una oportunidad de mejora, ¿verdad? Es nuestra responsabilidad aprovechar nuevas circunstancias para mejorar lo mejorable, hacer cosas nuevas y por supuesto continuar haciendo aquello que funcionaba bien y lo sigue haciendo. Nuestras unidades se componen de profesionales que ofertan servicios (no fabricamos tornillos en una cadena de producción), por lo que el capital humano es nuestro potencial. Somos personas que trabajamos con personas. Si no estamos orientados a los resultados que queremos conseguir, difícilmente llegaremos a ellos.

La actitud de los profesionales (el conocimiento y las habilidades son adquiribles) es fundamental, y para ello, además de la responsabilidad profesional, es necesario tener sentido de pertenencia al servicio. De como hayamos gestionado nuestros equipos en esta crisis va a depender todo lo anterior, imagino que habrá equipos que a la larga se beneficien de lo vivido y otros que no. En nuestro caso, personalmente me encuentro muy orgulloso del estupendo trabajo realizado por todos y todas en mi hospital, y creo que estamos aprovechando la oportunidad para mejorar.

**9. De todo lo vivido durante todo este tiempo ¿Qué destacaría como más positivo y como más negativo, en el pasado y mirando al futuro?**

Sin entrar en las cuestiones generales del abordaje de la crisis sanitaria que hemos vivido, lo más positivo sin duda, nuestra gente y su implicación. Lo más negativo, los malos momentos que hemos pasado, tanto los profesionales como pacientes y familiares. Para el futuro, nos llevamos una buena mochila de aprendizaje.

**10. Para finalizar: ¿Añadiría alguna cuestión más a todo lo dicho?**

Agradecemos vuestra estupenda labor y que os hayáis acordado de nuestro hospital. ¡Un fuerte abrazo!

# DE LA SEAUS

## WEBINAR SOBRE LA “LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA”

El día 14 de diciembre, la SEAUS organizó una Webinar sobre la “Ley orgánica de regulación de la eutanasia” Estuvo presentada y coordinada por Rodrigo Gutiérrez, como presidente de la SEAUS, y en ella participaron como ponentes:

- **Ángel García Millán.** Licenciado en Derecho. Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de Castilla-La-Mancha. Miembro del Comité de ética asistencial del Área de Salud de Talavera.
- **Francesc José Maria Sánchez.** Abogado. Miembro del Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña. Vicepresidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Eutanasia de Cataluña.
- **Benito Fontecha Gómez.** Geriatra. Servicio de Geriatria y Cuidados Paliativos. Consorci Sanitari Integral. Consorci de Salut i Social de Catalunya-Atenció Intermèdia.
- **Isabel Alonso Dávila.** Licenciada en Historia. Vicepresidenta de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, DMD, en Cataluña.

De esta actividad se puede consultar más información en nuestra página [Web](#).

Los ponentes desarrollaron aspectos en relación con el contenido de la ley, los comités de evaluación y seguimiento, los procedimientos, la objeción de conciencia y la visión desde la ciudadanía. Después de las intervenciones se procedió a un turno de preguntas en relación con el tema y los diferentes aspectos expuestos. Una Webinar que despertó un gran interés y reunió a un buen número de participantes. Siendo el nivel de satisfacción de los participantes de 4,42 en una escala de 1 a 5.

Desde la SEAUS queremos agradecer a los cuatro ponentes su disponibilidad y colaboración, así como sus valiosas aportaciones en un tema tan importante en relación con los derechos de la ciudadanía en el ámbito de la salud. Un tema en el que, sin duda, se necesita mejorar la información a la ciudadanía y ampliar la formación de los profesionales sanitarios.

La buena acogida y la participación en esta Webinar abre la puerta a continuar realizando desde la SEAUS otras webinar, abordando temas que puedan ser de interés para nuestros socios/as, para los profesionales del sistema de salud, las asociaciones de pacientes y ciudadanía en general.

## COMUNICADOS

La SEAUS, ha emitido dos comunicados durante el año 2021:

- Uno propio de la SEAUS [“Comunicado sobre la gestión de la Covid-19”](#) en abril 2021 .
- Otro conjunto, en diciembre 2021, con la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) alrededor del modelo de Atención Primaria cuyo título es “Por un refuerzo integral y revulsivo en la gestión sanitaria de Atención Primaria que permita resolver las demandas sanitarias de la ciudadanía y los profesionales” Un comunicado de la semFYC firmado por 13 organizaciones, entre ellas, la SEAUS. [Ver Comunicado](#)

## TEMAS DE INTERÉS

### LA EXCELENCIA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS: PROYECTO ABRAZANDO CORAZONES

#### AUTORAS:

**GONZÁLEZ DE LA CUESTA, D.**  
SUPERVISORA DE ÁREA PARA  
INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN.

**ANTOÑANZAS LOMBARTE, T.**  
DIRECTORA DE ENFERMERÍA.  
**MÍNGUEZ MORENO, I.** SUPERVISORA  
GENERAL Y ENFERMERA EN UCI COVID-  
CMA.

**BECERRIL RAMÍREZ, N.**  
ENFERMERA UCI POLIVALENTE HUMS.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.  
ZARAGOZA.

CORREO ELECTRÓNICO:  
[DELIAGONZALEZD@SALUD.ARAGON.ES](mailto:DELIAGONZALEZD@SALUD.ARAGON.ES)

La pandemia global, en la que la sociedad se ha visto inmersa desde 2020, ha dado como resultado situaciones no vividas hasta entonces, que han generado una gran incertidumbre y ansiedad ante lo desconocido, además de un profundo sentimiento de miedo ante el riesgo vital propio y ajeno.

En el contexto sanitario y, más específicamente, en los hospitales, la infección por el virus Sars-Cov-2, conllevó la necesidad de aislamientos estrictos para los pacientes que, junto a la recomendación ministerial de no visitar a los enfermos para evitar la propagación del contagio o para protegerlos del mismo, generaron un quebranto indiscutible.

La ruptura física de la relación paciente/familia conlleva de forma intrínseca una ruptura emocional, situación que es abrupta desde el momento del diagnóstico por este virus. En los casos más leves de la enfermedad, aunque requieran hospitalización, se siguió manteniendo el contacto visual y auditivo entre paciente/ familia gracias a las tecnologías de la comunicación, que permitieron cierta interacción. En los casos más graves, aquellos en los que el paciente debía ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos (Uci), donde se va a encontrar sometido a técnicas de ventilación mecánica invasiva y sedación, dicha escisión física y emocional se produce de forma completa. Incluso, en el caso de que se produzca el fallecimiento del paciente, se hace inexistente la posibilidad de la despedida, con el riesgo del inicio de un duelo patológico.



El marco en el que se han desarrollado los procesos asistenciales sanitarios ha originado graves problemas psico-emocionales y espirituales, concebidos estos también desde una perspectiva aconfesional, tanto en el indivisible binomio paciente-familia como desde el punto de vista del triángulo del cuidado paciente-familia-enfermera, que nace de la asunción biopsicosocial y espiritual del ser humano<sup>2</sup>. Estas necesidades espirituales se recogen en la Tabla 1.

## **NECESIDADES ESPIRITUALES**

Necesidad de ser reconocido como persona

Necesidad de volver a leer su vida

Necesidad de encontrar sentido a la existencia y al devenir: la búsqueda de sentido

Necesidad de liberarse de la culpabilidad, de perdonarse

Necesidad de reconciliación, de sentirse perdonado.

Necesidad de establecer su vida más allá de sí mismo

Necesidad de continuidad, de un más allá

Necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas.

Necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosos

Necesidad de amar y ser amado

**Tabla 1: El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. Benito E, Barbero J, Payás A. 2011. Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL.**

Ante esta situación y a pesar de la presión asistencial en el desarrollo de los cuidados fisiológicos, que supone la morbilidad ocasionada por la enfermedad COVID-19, en el ámbito hospitalario y concretamente en las Unidades de Cuidados Intensivos, Enfermería da respuesta a este gran problema descrito que está teniendo un impacto devastador en el conjunto de la sociedad y, con mayor gravedad, en el paciente-familia, ya que el ámbito del cuidado enfermero va más allá del cuidado meramente físico. El concepto de Cuidado conlleva un enfoque holístico, y esta humanización siempre ha sido una seña de identidad enfermera. La especial forma en que dichos profesionales se posicionan frente al mundo y al lado de la sociedad, avala una vez más la campaña internacional Nursing Now<sup>3</sup> promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

## **ANTECEDENTES**

En diciembre de 2019 surgió un agrupamiento de casos de neumonía en la ciudad de Wuhan (provincia de Hubei, China), con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo virus de la familia Coronaviridae, que posteriormente fue denominado SARS-CoV2<sup>4</sup>. La enfermedad causada por este nuevo virus se ha denominado por consenso internacional COVID-19.

El Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en su reunión del 30 de enero de 2020. La evolución respecto al impacto del contagio, su difusión en distintos países asiáticos, así como su emergente llegada a distintos países europeos, dio como resultado el reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una pandemia global el 11 de marzo de 2020.

En España, según el sistema de declaración de casos del Ministerio de Sanidad se han notificado, desde el inicio de la pandemia, 4.980.213 casos que siguen en aumento; de ellos, requirieron ingresar en un hospital 430.564 casos y precisaron ingreso en Uci un total de 40.998 personas. El total de defunciones ha sido de 86.870 personas en datos de octubre de este año<sup>5</sup>, a pesar de la declaración del Estado de Alarma por Real Decreto 463/2020 el 14 de marzo, y el consecuente confinamiento de los ciudadanos en sus hogares<sup>6</sup>.

## PROYECTO ABRAZANDO CORAZONES

Ante esta situación, las enfermeras de las unidades de críticos proponen un plan para realizar cuidados psicoemocionales y espirituales al paciente-familia; dicho cometido se inició, como unidad piloto, en la UCI Polivalente del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, que es de donde surge esta idea, sumándose a esta iniciativa de forma inmediata todas las demás unidades de cuidados intensivos de este Hospital: Uci CMA, Coronaria, Post Cirugía Cardíaca y Neurotraumatología, ya que todas ellas han atendido a estos pacientes.

### Identificación del problema y análisis de las posibles causas

Se identifica la ruptura de los procesos habituales en las relaciones del paciente- familia, como generadora de malestar psicoemocional y espiritual, provocados por la situación de emergencia sanitaria. La identificación del problema se ha realizado a través del trabajo diario de los cuidados a “pie de cama” que realizan las enfermeras y el auxilio que los familiares reclaman con sus llamadas al control de la unidad, así como su trascendencia a los medios de comunicación (Imagen1).



Imagen 1: Análisis causa-efecto.

Del problema identificado como estresor se derivan los diagnósticos de enfermería. Para tal fin, se ha utilizado como herramienta diagnóstica la taxonomía enfermera NANDA<sup>7</sup> (Tabla 2).

Los problemas psicoespirituales más importantes se han abstraído de la literatura y de la experiencia profesional <sup>10,11</sup>, apoyados por los propuestos por el comité de expertos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)<sup>12</sup>.

<b>DX ENFERMERO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
00175. SUFRIMIENTO MORAL	<i>Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones éticas/morales elegidas.</i>
00124. DESESPERANZA	<i>Estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.</i>
00125. IMPOTENCIA	<i>Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.</i>
00054. RIESGO DE SOLEDAD	<i>Riesgo de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de mantener un mayor contacto con los demás.</i>
00067. RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	<i>Riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, la naturaleza y/o un poder superior a uno mismo.</i>

**Tabla 2: Diagnósticos enfermeros de la situación. Elaboración propia.**

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Acompañar al paciente-familia durante el proceso de hospitalización en la UCI por COVID-19, actuando de nexo de unión ante la separación provocada por la situación de emergencia sanitaria actual y tratando de minimizar el impacto que se deriva de ello.

### Objetivos Específicos:

- Establecer medidas que minimicen los efectos sobre la salud psico-emocional y espiritual del paciente-familia en aislamiento por COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos.
- Adecuar dichas medidas a las distintas situaciones en las que se pueda encontrar el paciente, desde un estado de consciencia a la de sedación en sus distintos grados.
- Disminuir el sentimiento de separación e impotencia que experimenta el paciente-familia durante el aislamiento por COVID-19 en la UCI, siendo los profesionales de enfermería los instrumentos que favorezcan la unión.
- Colaborar en que los familiares con pérdidas de pacientes por COVID-19 puedan iniciar un duelo fisiológico ante la pérdida de un ser querido, tras su paso por una UCI.

## PROCEDIMIENTO

Para conseguir los objetivos propuestos se realizaron una serie de actividades planificadas y propuestas al equipo de Uci. La primera de ellas consistió en una presentación de este equipo por medio de un vídeo, se pretende con ello que la familia conozca a los agentes de cuidado, además, se daba la información respecto a los horarios, actividades y recursos con los que cuenta la unidad.

Se creó un correo electrónico de la unidad para poder enviar la presentación y poder recibir archivos de la familia.

Se informó a las familias que, de forma voluntaria, pueden enviar archivos con la música favorita de los pacientes e incluso audios con mensajes de voz, estos últimos permitirían un acercamiento a sus seres queridos que aporte un refuerzo muy positivo en ambas direcciones. En este sentido dada la variabilidad en el estado del paciente se partía de dos supuestos:

- En pacientes conscientes y que puedan hablar sin signos de disnea se podrán utilizar sus propios dispositivos móviles para realizar llamadas o video llamadas.
- En pacientes conscientes pero que los signos de disnea ocasionados por el distrés respiratorio no permitan mantener una conversación y en pacientes sedados con BIS > 50 basado en la evidencia de que el sentido del oído puede permanecer, se activarán los audios de la familia. También en los casos de BIS < 50 porque no va a ocasionar un perjuicio, basándonos en el principio de la bioética de beneficencia.

Se realizaron llamadas habituales en días establecidos para mantener contacto con la familia y que presenta dos funciones básicas, por un lado, mantener el contacto con la familia y ser el instrumento que articule la restauración de la ruptura de las relaciones familiares, que se establecen por la situación de emergencia sanitaria actual. Por otro lado, el establecimiento de un mecanismo de información de los cuidados de enfermería que posee la finalidad de tranquilizar, acompañar y mantener activo el triángulo del cuidado.

Se estableció un guion para la unificación de criterios con la intención de realizar una transmisión de la información que se ciña fielmente a los cuidados de enfermería y sea una herramienta útil.



#### Recursos:

Los recursos materiales que se dedicaron a este proyecto fueron los ordenadores de la sala de control y cada uno de los instalados en los boxes, los teléfonos fijos de la unidad (3 en total), los dispositivos móviles del paciente/familia cuando las condiciones del paciente así lo permitían, y los softwares habituales. Posteriormente hubo una donación de un letrero interactivo y tablets que facilitaron mucho la comunicación.

Los recursos humanos con los que se contó fueron las enfermeras de la unidad con la colaboración en la presentación de todo el equipo (TCAE, médicos, celadores, personal de limpieza...) que conforma la UCI, que quiera participar voluntariamente, para lo que se ha elaborado un consentimiento informado para la cesión de imagen. Se asignó un responsable para coordinar la puesta en marcha del proyecto y el seguimiento de este.



#### Actividades:

1. Primera toma de contacto a través del personal médico que informaba a las familias de que las enfermeras se pondrían en contacto con ellos, así se evitó malentendidos y se respetó la confidencialidad debida a las familias.
2. Primera llamada por una de las enfermeras, en la que se explicó la finalidad del proyecto y cómo se realizaría. En esta fase era preciso preguntar a la familia si deseaban recibir las actividades que se les ofrece y pedir un correo electrónico de contacto.
3. Segunda toma de contacto consistió en enviar la presentación del equipo elaborada previamente.
4. Todos los días se activaron los audios en cada box y para cada paciente que habían enviado los familiares.
5. Todos los días de la semana, en horario de tarde, se realizaron las llamadas a la familia, con una duración de 5 a 10 minutos con un guion establecido para ello, que permitía optimizar el tiempo.

## RESULTADOS

Se corrobora a través de las conversaciones mantenidas con los familiares, así como de las cartas recibidas, las necesidades principales de los familiares y sus miedos: miedo a una vivencia semejante en soledad, miedo a la culpabilidad por no poder acompañar o miedo a no tener la posibilidad de despedirse.

Desde que comenzó el proyecto comprendieron que las enfermeras eran las que iban a acompañar y abrazar por ellos a sus seres queridos por lo que se implicaron enviando audios y cartas, aceptando las sugerencias que se les hacía y, a su vez con su agradecimiento y su actitud ellos nos sujetaron el alma.

Las familias se abrían y transmitían sus sentimientos, así ayudaron a sus seres queridos; a su vez se liberaban y recobraban la esperanza en algo que va más allá de lo efímero que es vivir. Depositaron con verdadera confianza y fe algo más que la vida de sus seres queridos, su propio corazón. De esta forma nos hicieron fuertes y nos dieron la energía que necesitábamos para seguir en pie.

## CONCLUSIONES

El trato holístico de los pacientes y sus familias es una característica fundamental del cuidado enfermero. La actividad enfermera va más allá de los cuidados físicos, también se vela por la seguridad en los procesos, por preservar el vínculo con las familias y seres queridos y mantener vivo todo lo que nos hace personas. Es la esencia de la enfermería lo que se ha visto reflejado en estos valores que forman parte de nuestra profesión y que han necesitado una pandemia para ser revelados en toda su dimensión.

**Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Noviembre 2021.**

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Raile Alligood M, Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. Madrid: Elsevier Science; 2011.
- 2.- Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2002
- 3.- International Council of Nurses. El Consejo Internacional de Enfermeras y Nursing Now celebran la declaración de 2020 como el Año Internacional de la Enfermera y la Partera [sede web] Ginebra. 2019 [actualizada 24/05/2019, acceso 30/05/2020] Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-consejo-internacional-de-enfermeras-y-nursing-now-celebran-la-declaracion-de-2020-como>.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV [sede web] Ginebra [actualizado 11/02/2020, acceso 30/05/2020] Disponible en: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
- 5.- Instituto de Salud Carlos III. Informe covid-19. [sede web] Madrid [actualizado 22/10/2021, acceso 25/10/2021] Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20n%C2%BA%20100%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2013%20de%20octubre%20de%202021.pdf>
- 6.- Instituto de Salud Carlos III. Informe covid-19. [sede web] Madrid [actualizado 09/12/2020, acceso 25/10/2021] Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/Informes-MoMo-2020.aspx>
- 7.-North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2009-2011.Madrid:Elsevier;2010.
8. McCloskey JC, Bulechek GM, Buther H. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
9. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.
10. Radbruch L, Payne S, Bercovitch M, Caraceni A, et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care: part 2. 2010;17(1):22-33.
11. Martínez Cruz MB, Monleón Just M, Carretero Lanchas Y, García- Baquero Merino MT. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona: Elsevier España; 2012.
12. Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL). Guía de cuidados paliativos [internet] consultado 20/05/2019, Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

## TEMAS DE INTERÉS

### **ESTUDIO DE LAS RECLAMACIONES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA POR LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA- NAFARROAKO UNIBERSITATE OSPITALEA (HUN-NUO)**

#### **AUTORAS:**

**M<sup>a</sup> ISABEL MACÍAS DOMÍNGUEZ**  
JEFA DE UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (HUN). ENFERMERA DEL HUN.

**MARÍA TERESA SARRATEA GARAIKOECHEA Y JANA OSÉS IRIARTE**  
ENFERMERAS DE LA SECCIÓN DE ACCESIBILIDAD Y ATENCIÓN AL CIUDADANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (HUN).

**M<sup>a</sup> NIEVES IZCO GARCÍA**  
JEFA DE SECCIÓN Y ACCESIBILIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DEL HUN. ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL.

**GLORIA INÉS GARCÍA DEL VALLE MÉNDEZ**  
JEFA DE UNIDAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA UHP-2 DEL HUN

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA-  
NAFARROAKO UNIBERSITATE OSPITALEA.  
C/IRUNLARREA 3, 31008 PAMPLONA, NAVARRA.  
E-MAIL MI.MACIAS.DOMINGUEZ@NAVARRA.ES  
TELEFONO 848422666



#### **RESUMEN/ABSTRACT:**

La Unidad de Atención al Ciudadano (UAC) del Hospital Universitario de Navarra (HUN) recoge reclamaciones, quejas, sugerencias, agradecimientos y solicitudes de documentación clínica del ámbito de la Atención Especializada, en la que se encuentran incluidas dos Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP). El objetivo de este estudio es conocer el número de reclamaciones de los pacientes hospitalizados en la UHP e identificar los diferentes aspectos que recogen dichas reclamaciones. Para ello, se ha realizado un estudio cuantitativo y retrospectivo en la UAC desde el año 2015 al 2020, ofreciendo un resultado de 140 reclamaciones, de las cuales, se identifican los siguientes puntos: disconformidad con asistencia, diagnóstico médico, trato personal, habitabilidad/Confort y pérdida objetos entre otros aspectos. La UAC, mediante el análisis de sus datos, puede ayudar a las unidades asistenciales que lo requieran a mejorar la calidad y la atención prestada al usuario.

**Palabras clave:** Unidad de Atención al Paciente, Unidad de hospitalización psiquiátrica, Reclamaciones, Pacientes de hospitalización psiquiátrica, Calidad asistencial.

## INTRODUCCIÓN

Según define la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud mental es un componente integral y esencial de la salud”, considerando además ésta como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales **1**. Una de las estrategias de trabajo que promueve la OMS, es la promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales **1**.

En el ámbito legal dirigido a la Salud Mental, se recoge el documento de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, se encuentra el Principio 21 que hace alusión a la presentación de quejas ante un órgano competente. “Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional” **2**. Además, dentro del III Plan de Salud Mental 2019-2023 de Navarra, se contemplan cuatro ejes de actuación, siendo uno de ellos la atención centrada en la persona y que recoge como objetivo promover la participación de las personas usuarias y sus familias en el proceso asistencial **3**.

Las dos Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) del Hospital Universitario de Navarra (HUN), perteneces a la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa), se encargan de la atención de personas en situación de crisis, que requieren ingreso y precisan controlar su sintomatología bajo la supervisión del equipo profesional sanitario **4**. En la actualidad, cobra vital importancia que la atención prestada por los profesionales de la salud hacia las personas que ingresan en la UHP y sus personas allegadas sea totalmente satisfactoria. Cuando dicha atención no es percibida esta manera, existe la posibilidad de dejar constancia de ello ante un órgano competente que es la Unidad de Atención al Ciudadano (UAC).

La UAC del Hospital Universitario de Navarra es el órgano responsable de atender a los usuarios de los servicios sanitarios, velando por el cumplimiento de sus derechos y obligaciones. Recibe y tramita sus quejas, reclamaciones, sugerencias, agradecimientos y solicitudes relacionadas con la atención especializada, con el fin de utilizar “la voz del paciente” como herramienta en la mejora en la atención sanitaria **4**. Dentro de los objetivos de la UAC, se encuentran los siguientes: Promocionar y dar a conocer las Cartas de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en materia de salud recogida en la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra **5**, fomentar su difusión, mejorar la calidad de los servicios y la relación entre usuarios, profesionales e instituciones mediante la información, la comunicación y la participación activa **4**.

Por todo ello, resulta interesante conocer cuáles son las necesidades del paciente ingresado en la UHP mediante el estudio de las reclamaciones, ya que ello nos aportará una visión diferente a la hora de definir estrategias válidas que mejoren la calidad asistencial durante toda su estancia hospitalaria.

## OBJETIVOS

### Objetivo principal:

Conocer el número de reclamaciones que se reciben desde la UHP del Hospital Universitario de Navarra.

### Objetivos secundarios:

Identificar y agrupar las diferentes características que se recogen en las reclamaciones



# MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal realizado por la UAC del HUN, donde se recogen de forma retrospectiva los datos de las reclamaciones de los pacientes ingresados en la UHP desde el 01/01/2015 hasta el 31/12/2020.

Se excluyeron los agradecimientos, quejas, solicitudes de documentación clínica y sugerencias.

La herramienta utilizada para la recogida y filtrado de datos, fue el programa de registros informático denominado "Sistema de Información Sanitaria de Navarra" (SISNASAP). Este programa permite el registro de todos los escritos que realizan los usuarios, facilitando la gestión y tramitación de los mismos por los profesionales que trabajan en la UAC del HUN.

También se usó para el análisis de los datos el programa de Ofimática Excel 2016.

## RESULTADOS

Las Unidades de Hospitalización disponen de 49 camas para la hospitalización de personas adultas y 4 camas para la población infanto-juvenil, con un total de 5149 ingresos desde el enero del 2015 hasta diciembre de 2020, situándose la media anual en 858 hospitalizaciones.

De esos 5149 ingresos se recibieron en la Unidad de Atención al Paciente del HUN 140 reclamaciones. Estas se distribuyeron de la siguiente manera: 30 reclamaciones en 2015; 18 en 2016; 30 en 2017; 21 en 2018; 14 en 2019 y 27 en 2020.

En cuanto a los motivos de las 140 reclamaciones halladas éstas se agruparon según los ítems que ofrece el programa SISNASAPS que se detallan seguidamente. En primer lugar, se encuentra el ítem relacionado con la "disconformidad/diagnóstico" suponiendo un 45% del total, el siguiente es la referido al "trato personal" resultando un 57% de las reclamaciones, a continuación, con un 10,71% se encuentra "habitabilidad/Confort", en cuanto a la "pérdida de objetos" mostraron su disconfort un 10 % de las personas hospitalizadas. Por último, se recogieron en el apartado "otros motivos" un 10,7% de las reclamaciones no relacionadas con los ítems anteriores.

Teniendo como referencia las reclamaciones totales que se registraron en la UAC que fueron 20680, sólo el 0,13% correspondieron a pacientes ingresados en las UHP del HUN.

## DISCUSIÓN

Las Unidades de Psiquiatría del HUN no tienen un elevado número de reclamaciones y el porcentaje de casos en los que se considera probada la existencia de responsabilidad resulta igualmente bajo, pero existen ciertas actuaciones específicas que deben abordarse para la mejora de la seguridad clínica **6**.

La atención ofrecida desde las unidades de hospitalización de psiquiatría del HUN, se enmarca en un contexto de preservación de los derechos individuales de los pacientes y en las condiciones menos restrictivas posibles. Por ello, se facilita la posibilidad tanto al paciente como familiares de ejercer esos derechos en relación con su ingreso hospitalario. Tras el análisis de los resultados se puede observar que el mayor número de reclamaciones lo ostenta el ítem "disconformidad/desacuerdo" y el "trato personal". Ambas en ocasiones se encuentran íntimamente relacionadas en el paciente psiquiátrico junto con el entorno en el que convive durante el ingreso.

El paciente que ingresa en la UHP no suele compartir la opinión médica respecto a su diagnóstico puesto que, históricamente, tanto la enfermedad mental como el enfermo mental han sido considerados como un tema de difícil manejo, y a la vez han sido motivo de rechazo social y de estigmatización 6 . Además, este tipo de paciente no suele tener conciencia de su enfermedad mental, que es poseer la capacidad de entender y aceptar dicha enfermedad mental y el tratamiento propuesto por parte de los profesionales sanitarios 6 .

En cuanto al “trato personal”, hay que tener en cuenta que en ocasiones el paciente ingresa de forma involuntaria, por orden médica y con autorización judicial 7 . Esto supone un agravio para la persona ingresada ya que en ese momento pierde libertades y algunos derechos de forma temporal, por lo que se siente agredido y disconforme con el trato que recibe 8 . Además, hay que añadir que todavía es relativamente frecuente en episodios de agitación psicomotriz pautar como medida terapéutica la contención mecánica. Aunque el fin es prevenir daños a uno mismo y a terceros, numerosos estudios demuestran los elevados daños psicológicos y físico, incluso mortales asociados a su uso 9 .

Uno de los problemas que acusan las unidades hospitalarias de psiquiatría es el difícil equilibrio entre ofrecer un adecuado ambiente terapéutico y unas medidas de seguridad proporcionales, tanto para el paciente como para el personal que trabaja en ellas 10 .

Por otro lado, es importante contar con un entorno “amigable” durante el ingreso hospitalario, ya que de por sí es un elemento terapéutico por derecho propio y por ello es esencial que se ponga un énfasis especial en el diseño de las nuevas estructuras y nuevos espacios que permitan una atención eficiente en las mejores y más seguras condiciones para el paciente 11 .

Llegar a diseñar un espacio con una atmósfera apropiada puede ser difícil, ya que cada persona es distinta y percibe como más o menos agradables ambientes muy diferentes. Por ese motivo, lo que resulta fundamental como medida general será diseñar un espacio al menos “no amenazante”, en el que los pacientes se sientan relajados y cómodos. El primer aspecto para considerar es el relativo a las dimensiones de la UHP. En este mismo sentido, parece bastante claro que hay que huir de un diseño de espacio “institucionalizado”, aportando un estilo que pueda generar un ambiente más “hogareño” 9 .



## CONCLUSIÓN

Las reclamaciones recibidas en la UAC suponen una oportunidad y un impulso para proponer cambios organizativos dirigidos a la mejora de la atención asistencial.

En la hospitalización psiquiátrica de la UHP del HUN, parece necesario ofrecer al paciente “entornos amigables” donde se sienta seguro y pueda recuperarse de forma adecuada de su proceso, sin sentir la supervisión como amenaza para sí mismo. Esto puede ayudar a que los pacientes se muestren más receptivos hacia el tratamiento ofrecido y, por lo tanto, mejore su pronóstico.

Por otro lado, además de rediseñar los espacios, puede resultar de interés organizar a los profesionales y las actividades que se realizan en las unidades, orientándolos hacia una adecuada acogida del paciente, procurando evitar un exceso de normas y detectando aspectos hostiles que puedan hacer que las personas se sientan disconformes con su atención durante su ingreso hospitalario.

Puede ser de ayuda promover una cultura de trabajo orientada a la no coerción, sino a la escucha, la empatía, la comunicación y al favorecimiento del debate e inclusión del paciente sobre sus propias decisiones dentro del respeto de sus derechos. Se trata de humanizar el cuidado del paciente que ingresa en una unidad de hospitalización de psiquiatría. En definitiva y a raíz de los estudios de los datos registrados en la UAC, se pueden identificar áreas concretas de mejora de las diferentes unidades asistenciales con el fin de ofrecer una atención de calidad a las personas que acceden a nuestro sistema sanitario.

## BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. (28 septiembre 2021). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Disponible en página web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. de Psiquiatras Argentinos, A., & Argentinian Psychiatric Association. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental [Principles for protection of the mentally ill and improvement of mental health care].
3. Press, E. (2018). El SNS inicia un proceso participativo para la elaboración del III Plan de Salud Mental 2019-2023.
4. Auzolan (Intranet sanitaria del Gobierno de Navarra). 2020
5. Foral, L. (2010). 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial del Estado, (139).
6. Plan Funcional del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Navarra Dr. MANUEL J. CUESTA ZORITA, Jefe del Servicio de Psiquiatría En Pamplona, a 30 de Abril de 2019.
7. Bernáldez, M. I., & Blanco, M. C. (2018). Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos. Medicina de Familia. SEMERGEN, 44(2), 125-130.
8. Apostando por un mañana sin contenciones mecánicas. Enfermeras especialistas en salud mental comprometidas con los objetivos de promoción y defensa de la salud mental. Asociación Española Enfermería Salud Mental (AEESME). Consultado el: 03/02/2019. Disponible en: <http://www.aeesme.org/destacados/posicionamiento-aeesme-tolerancia-cero-en-contenciones-mecanicas/>. Consultado el: 15/02/2019
9. Tamayo, G. M. V. (1985). El concepto de medio ambiente terapéutico. Salud Mental, 8(3), 15-19.
10. Montes, J., Reneses, B., Pérez, J., del Álamo, C., Blanco, N., Gómez, D., ... & Ruiz, S. (2019). Humanización de la Asistencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve.
11. Martín Fumadó, C., Gómez Durán, E. L., & Arimany-Manso, J. (2015). Mala praxis en psiquiatría. Inf. psiquiátr, 31-39..

## GRÁFICOS

Grafico 1. Motivos de reclamación de pacientes ingresados en la UHP del HUN



Grafico 2. Número de reclamaciones registradas en la UAC de pacientes ingresados en la UHP del HUN desde el año 2015 al 2020.



# TEMAS DE INTERÉS

## DESPUES DE LA COVID, RECONSTRUYENDO LA RELACION TERAPEUTICA

### AUTORAS:

MARIA BONJORN NOVAL.  
CARMEN MAYAYO MONREAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA DE  
LLEIDA.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA  
DE LLEIDA.  
MBONJORN@GSS.CAT  
CMAYAYO.LLEIDA.ICS@GENCAT.CAT

### INTRODUCCIÓN

Desde marzo del 2020 el mundo ha experimentado una transformación sustancial en sus hábitos cotidianos. La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 y las medidas exigidas por la OMS para la prevención y erradicación de la misma nos han obligado a trabajar al límite y a reinventarnos para dar salida a las nuevas situaciones asistenciales planteadas. Si algo nos ha motivado para seguir adelante quizá ha sido nuestro compromiso con la sociedad, la profesionalidad y la compasión, entendida como valor ético que ayuda al profesional a conmovirse por el sufrimiento del paciente y promueve la realización de cuidados.

Los pacientes y profesionales nos hemos tenido que adaptar a una nueva forma de atención asistencial para la que no estábamos preparados, y hasta hace relativamente poco, hemos seguido priorizando la atención telemática a la presencial, sólo reservada para algunos casos.

Ante esta nueva situación, en las Unidades de nuestros hospitales estamos trabajando para volver a recuperar la confianza de los pacientes y, con ello, restablecer el nivel de calidad de la relación conseguido en los últimos años, impulsado por la implantación de las guías de buenas prácticas.

### RESUMEN/ABSTRACT:

El impacto de la pandemia ha sometido a las Unidades de Atención a la Ciudadanía de los hospitales a una obligada adaptación para poder ofrecer soluciones a las nuevas demandas. Los cambios en los protocolos han sido constantes y el sobre esfuerzo nos ha llevado a reflexionar sobre todo aquello que nos ha quedado por el camino:

- ¿Qué ha sido de aquella relación de confianza con los pacientes y familia?
- ¿Qué podemos hacer para mejorarla?

Necesitamos recuperar de nuevo esa relación y eliminar todas las barreras que han dificultado hacer una correcta acogida.

Desde el año 2015 las Unidades de Atención a la Ciudadanía de los Hospitales públicos de Lleida trabajamos basándonos en la "Guía de buenas prácticas sobre cuidados centrados en la persona y familia". (1) En concreto, la recomendación 1.1 de la citada guía, hace referencia a "Establecer una relación terapéutica con la persona haciendo uso de estrategias de comunicación verbal y no verbal para construir una relación de confianza y respeto genuina".

En el presente artículo recoge las acciones que hemos realizado y las previstas para reparar la relación terapéutica post-covid.

**Palabras clave:** Relación terapéutica, comunicación no verbal, buenas prácticas, experiencia del paciente.



## OBJETIVOS

- Generar confianza y mejorar la colaboración entre los profesionales de la salud y las personas a partir de las estrategias de comunicación verbal y no verbal adaptadas a la situación actual.
- Fomentar la participación de la ciudadanía.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Decálogos de la persona y familia que se atiende en consultas externas y en hospitalización, que hacen referencia entre otros aspectos a la información, cuidado de las pertenencias, atención a la diversidad, etc. (Imágenes 1 y 2)
- Análisis y gestión del número de reclamaciones relacionadas con la falta de información, pérdida de pertenencias y situaciones especiales.
- Propuesta de participación ciudadana en la Comisión territorial de Humanización.

## RESULTADOS

- Estamos pendientes de la revisión y difusión de los decálogos para valorar su impacto en consulta externa y hospitalización.
- Del total de reclamaciones durante la pandemia, un **65%** están relacionadas con la falta de información por parte de los centros sanitarios y problemas de accesibilidad y problemas con la custodia de las pertenencias.
- Reunión de la Comisión de Humanización con asistencia y participación de miembros de asociaciones de pacientes.

## DISCUSIÓN

Las medidas de protección como el uso de equipos de protección y el distanciamiento social han perjudicado el proceso de comunicación habitual. En una comunicación cara a cara, se considera que el 65% corresponde a la comunicación no verbal frente al **35%** de la comunicación verbal. La mayor parte de la información no verbal se centra en la boca y, la utilización de mascarilla provoca que necesitemos reforzar y dinamizar los ojos, los movimientos corporales y la modulación de la voz. La proximidad influye proporcionalmente en los efectos de la mirada y nos obliga a adaptar el tono que empleamos según sea. A mayor distancia mayor tono y esto puede dar pie a una interpretación errónea con los pacientes y pensar que no somos amables.



Especialmente en personas con dificultades auditivas, hipoacusias adquiridas o con deterioro cognitivo severo, deberemos adaptar los recursos que tengamos a nuestra mano para garantizar que la información llegue de forma adecuada. El lenguaje no verbal está conectado directamente con las emociones y durante el tiempo de pandemia estas no siempre han sido positivas, y a todo esto se le suma la fatiga y la incertidumbre entre los profesionales sanitarios.

Las Unidades de Atención a la Ciudadanía han dado apoyo a todas las unidades y servicios que nos lo han solicitado en diferentes ámbitos. Hemos sido la puerta de entrada para poder atender consultas varias sobre pacientes ingresados o a nivel ambulatorio, hemos gestionado el extravío de objetos personales, hemos sido el enlace entre familias y pacientes durante el tiempo que no se ha permitido el acceso de familiares al hospital, entre otros.

Los decálogos que presentamos en este artículo están basados en la opinión de los pacientes. El de hospitalización se basa en el decálogo de Jane Hill, directora de relaciones con el paciente del Johns Hopkins, y el de consultas externas, elaborado por las impulsoras de la guía, elaborados a partir de lo que dicen los pacientes. Por este motivo consideramos que debemos hacer una revisión principalmente de los puntos que hacen referencia a la información y asegurarnos que nos han entendido correctamente, debemos tener en cuenta la diversidad funcional, la importancia de la continuidad asistencial, el cuidado de las pertenencias para incrementar la confianza, presentarnos y saludar, dar información para rebajar la ansiedad e informar de las normas básicas para que las personas se sientan más adaptadas a nuestras organizaciones.

## CONCLUSIONES

Para generar confianza y mejorar la relación terapéutica deberemos adaptar las medidas que tengamos en nuestras manos para poder facilitar la comunicación con las familias y pacientes. No solo debemos buscar una mayor efectividad de la comunicación, sino que también debemos tratar de no perder la confianza, seguridad y tranquilidad para que los ciudadanos puedan afrontar las situaciones que se vayan sucediendo en los próximos meses. La posible pérdida de confianza en los servicios sanitarios nos ha llevado a reflexionar sobre los motivos que han provocado este cambio y por ello es importante fomentar la participación de la ciudadanía en la revisión de protocolos y comisiones multidisciplinares.

## BIBLIOGRAFIA

(1) Guía de buenas prácticas clínicas. Cuidados centrados en la persona y familia. Mayo 2015. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). L'association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

(2) J. A. Rubio Guirado y M. V. Mateo García 2020. "La comunicación no verbal en la era COVID. Una revisión de la bibliografía actual" Sabir. International Bulletin of Applied Linguistics. 1,2: 199-217

(3) Albert Molins 31/05/2020 La Vanguardia: <https://www.lavanguardia.com/vivo/lifestyle/20200531/481482288279/mascarilla-limitan-expresividad-comunicacion.html>

## TEMAS DE INTERÉS

### PROGRAMA “GESTIONANDO MI SALUD” DE CAPACITACIÓN TECNOLÓGICA SANITARIA DE LAS PERSONAS MAYORES EN DEBAGOIENA

#### AUTORES:

**CARMEN E. JIMÉNEZ VIDAL.**  
OSAKIDETZA. ORGANIZACIÓN  
SANITARIA INTEGRADA DEBAGOIENA.  
ÁREAS ADMINISTRATIVAS DE  
ATENCIÓN PRIMARIA Y  
HOSPITALARIA (UNIDAD DE GESTIÓN  
SANITARIA).

**NEREA ARIZMENDIARRIETA ZALLO.**  
OSAKIDETZA. ORGANIZACIÓN  
SANITARIA INTEGRADA DEBAGOIENA.  
AMBULATORIO DE ARRASATE.

**JAVIER MAR.** OSAKIDETZA.  
ORGANIZACIÓN SANITARIA  
INTEGRADA DEBAGOIENA. UNIDAD DE  
GESTION SANITARIA.

**AUTOR DE REFERENCIA:**  
CARMEN E. JIMÉNEZ VIDAL.

ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA  
DEBAGOIENA.  
NAFARROA ETORBIDEA, 16. 20500. ARRASATE-  
MONDRACÓN. GIPUZKOA  
TELÉFONO: 688 80 93 22  
CORREO ELECTRÓNICO:  
CARMENEDELMIRA.JIMENEZVIDAL@OSAKIDETZA.EUS

#### RESUMEN/ABSTRACT:

**Objetivo:** La brecha digital por edad en el acceso a los medios de comunicación electrónicos supone una desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios.

Los días 14, 15 y 16 de octubre, se celebró en la Ciudad de Cuenca el VII Congreso de la Asociación de Administrativos de la Salud, AAS, con el lema 20 años compartiendo experiencias, una asociación con la que la SEAUS tiene establecido un convenio de colaboración y, por este motivo, publicamos el Premio a la mejor Comunicación.

El objetivo del programa fue mejorar las habilidades de la población mayor de 59 años para conectarse con las prestaciones ofertadas telemáticamente por Osakidetza y el Departamento de Salud (aplicaciones móviles, Paciente Activo, ibotika, Carpeta de Salud, Cita web).

**Material y métodos:** Se describe el desarrollo e implementación del programa de formación en el uso de las prestaciones telemáticas del Servicio Vasco de Salud. Las etapas del programa fueron: campaña informativa interna y externa; captación de usuarios a través de las Áreas Administrativas de Atención Primaria, Centros de Jubilados, Asociaciones y otras Entidades; realización de las sesiones. Además, se pasó a los participantes una encuesta de satisfacción.

**Resultados:** Durante los meses de septiembre de 2018 a marzo de 2020 se realizaron 9 sesiones en la que participaron 166 personas. Las encuestas mostraron un alto nivel de satisfacción.

**Conclusiones:** Se constató un importante desconocimiento por parte de las personas mayores de los recursos, herramientas y servicios online del Servicio Vasco de Salud. El programa mejoró su capacidad de utilizarlos y redujo la desigualdad asociada a la brecha digital.

**Palabras clave:** personas mayores, tecnología, accesibilidad, equidad, sostenibilidad.

## INTRODUCCIÓN

La “Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares” del INE del año 2017 señala que el 83,4% de los hogares en España tiene acceso a la red <sup>1</sup>. Sin embargo, solamente el 52,3% de la población ha utilizado la administración electrónica, lo que indica que hay un porcentaje de población que puede, pero no usa la administración digital <sup>1</sup>.

Al analizar el uso de Internet por grupos de edad, se observa que en edades comprendidas entre los 16 y los 24 años, es prácticamente universal (98%) y va descendiendo paulatinamente conforme aumenta la edad. A partir de los 55 años el indicador desciende notablemente y alcanza un mínimo en el grupo de edad de 65 a 74 años (43,7%). La misma diferencia aparece al preguntar por el uso frecuente de Internet.

Más del 60% de las personas mayores de 55 años en España nunca ha usado Internet <sup>2</sup>. La diferencia en el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) con la Unión Europea de la población general es inferior, pero esta diferencia en el caso de las personas mayores es superior, mostrando una exclusión digital más marcada en nuestro país que en el resto de Europa <sup>2</sup>. Estas desigualdades por grupo de edad en el acceso a las TIC no solo se producen en las áreas de entretenimiento o en la capacidad de compra de las personas mayores, sino que limitan también su acceso a servicios esenciales como los servicios sanitarios o sociales. La reducción de la brecha digital se convierte en un objetivo de las políticas públicas. Sin embargo, la percepción de este colectivo de su exclusión digital no es muy acentuada por uso, ya que realizan usos similares a los del resto de la población, salvo en el caso de las redes sociales, que cuentan con poca aceptación <sup>2</sup> (Fundación Orange, 2014) <sup>3</sup>.

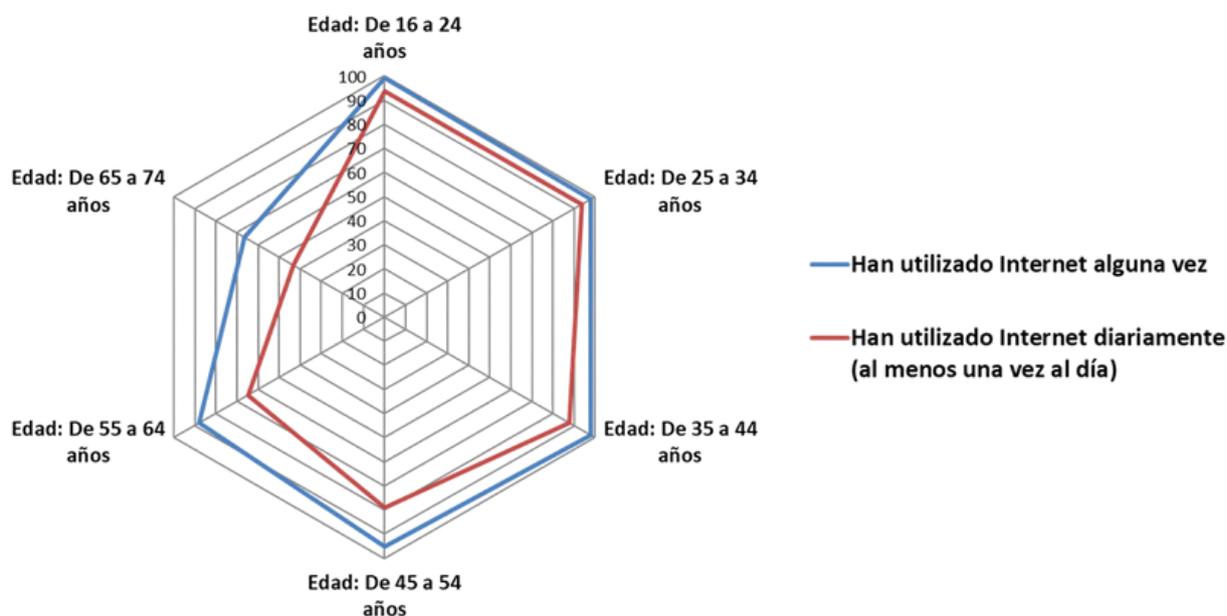


Figura 1. Resultados de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares 2019.

Centrando el tema en salud y en Euskadi, fuentes como el IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la experiencia del Paciente Crónico) que analiza la atención a la cronicidad, así como la percepción que tiene el paciente crónico sobre su abordaje, lo confirman <sup>4</sup>. En los resultados de sus encuestas, la valoración es baja, tanto por parte de profesionales como de usuarios y usuarias cuando se les pregunta si prescriben o reciben información relativa a páginas web, redes sociales o blogs sobre educación sanitaria con contenidos fiables y de calidad contrastada.

La cada vez mayor presencia de sistemas telemáticos en la prestación de servicios sanitarios y el envejecimiento de la población hacen necesario abordar específicamente la brecha digital para que las personas mayores se empoderen y puedan acceder a los servicios online que Osakidetza ofrece en la red. En nuestra Comarca de Alto Deba (Gipuzkoa), el 24% de la población TIS tiene más de 65 años. Entrando al Portal de Osakidetza la ciudadanía puede acceder a diferentes servicios. Osasun Eskola es un servicio de Osakidetza y del Departamento de Salud que ofrece información y formación a la ciudadanía con el fin de lograr una actitud responsable y activa en torno a la salud y a la enfermedad. Para ello conecta con los Programas de Prevención del Cáncer Colorrectal, de Cáncer de Mama, de cribado de Cáncer de Cérvix, Kronik ON Programa (paciente crónico complejo y persona cuidadora-autocuidados); ibotika (información sobre medicamentos), alimentación saludable, actividad física, “cuida tu corazón” y talleres de formación (Programa de Paciente Activo). También permite acceder a Servicios en línea como Cita Previa, Carpeta de Salud, Consejo Sanitario, Voluntades Anticipadas, Zuzenean (punto de conexión entre la ciudadanía y la Administración). Además, a través del Portal Móvil de Osakidetza se puede pedir cita previa, leer Carpeta de salud, acceder a mi “Tratamiento Médico”, a Consejo Sanitario o a diferentes encuestas, así como acceder a diferentes APPs corporativas, notificaciones como campañas de vacunación, consejos de salud, lanzamiento de nuevos servicios...

Por todo lo anterior, y entendiendo que las personas mayores pueden considerar que los avances de la tecnología como herramienta para acceder a determinados servicios les ha llegado un poco tarde, así como las dificultades que puedan tener para utilizarlos, se puso en marcha en nuestra Organización Sanitaria Integrada de Debagoiena un programa de capacitación de la población al que se denominó **“Gestionando mi salud - Acercando la tecnología a nuestros mayores”**, consistente en sesiones informativas, de carácter didáctico, en las que se daba a conocer y fomentaba la utilización de herramientas que ofrece Osakidetza en su página web; se repasaban de forma general los accesos y utilidades de las aplicaciones para el teléfono móvil y de las plataformas digitales y se centraban en particular en Carpeta de Salud, Paciente Activo y Cita web. Mejorar la relación vía online de las personas mayores con el Servicio Vasco de Salud ayudaría a que sean más autónomas y autosuficientes, que aprendan a gestionar mejor su salud y puedan ser sujetos activos en los programas de autocuidados de enfermedades crónicas. Conseguirlo evitaría las posibles inequidades por edad que la brecha tecnológica pudiera causar en este colectivo y contribuiría a la sostenibilidad del sistema.

El objetivo del programa fue mejorar las habilidades de la población mayor de 59 años para conectarse con las prestaciones ofertadas telemáticamente por Osakidetza y el Departamento de Salud (aplicaciones móviles, Paciente Activo, ibotika, Carpeta de Salud, Cita web).



## MÉTODOS

El proyecto surgió a partir de un concurso de ideas organizado en la OSI Debagoiena, idea que acabó reconvertida en un proyecto bottom-up. Se puso en marcha en septiembre de 2018 con la constitución del equipo de trabajo formado por la Responsable de las Áreas Administrativas de Atención Primaria y Hospitalaria y la Enfermera Referente del Programa de Paciente Activo, ambas de la OSI Debagoiena.

### Planificación del proyecto

El programa consistió en sesiones de 50 minutos de duración impartidas por los miembros del equipo. En primer lugar, se desarrolló una campaña informativa tanto a nivel interno como externo consistente en tres acciones. La primera fue el envío de un correo electrónico a todos los profesionales de la Organización Sanitaria Integrada informando del proyecto y la publicación de éste en la Intranet de la Organización. La segunda consistió en la elaboración de carteles y dípticos informativos. Para ello contamos con la colaboración del Departamento de Comunicación del HU Donostia. Una vez recibidos de imprenta, los distribuimos por todos los centros de salud, servicios hospitalarios, bibliotecas y centros de jubilados de toda la comarca. También lo publicitamos en los medios locales, tanto en prensa escrita y digital como en televisión.



Figura 2. Carteles y dípticos utilizados en la campaña informativa del programa.



Figura 2A. Díptico utilizado en la campaña informativa del programa.

Paralelamente a la campaña informativa, fuimos haciendo la captación de participantes y realizando las sesiones. Para ello, empleamos 2 vías. Una de ellas era a través de las áreas administrativas de los centros de salud, si bien en el inicio también solicitamos la colaboración de la Admisión Hospitalaria, del SAPU e incluso de los Trabajadores Sociales a través de la Comisión Sociosanitaria. Para la captación en los centros de Primaria, habilitamos una agenda por Unidad de Atención Primaria para ir inscribiendo a las personas interesadas en participar en las sesiones. Cuando teníamos un número mínimo entre 10 o 12 personas de la misma localidad, constituíamos el grupo: programábamos el día, reservábamos el local, habitualmente fuera de centro de salud, y contactábamos con las personas inscritas para comunicarles el día, hora y lugar de la sesión. Cuando ya estaba todo organizado, lo publicitábamos de nuevo en distintos medios por si captábamos alguna persona más.

La otra vía que utilizamos, menos costosa que la anterior en tiempo empleado y más exitosa en cuanto al número de participantes, fue ofrecer directamente las sesiones a Centros de Jubilados, a Asociaciones o colaborar con otras Entidades.



Figura 2B. Cartel utilizado en la campaña informativa del programa.

**Ejecución del proyecto: la realización de las sesiones.**

Organizamos las sesiones procurando crear un contenido concreto y dirigido y centrándonos en aquellas herramientas que consideramos que pudieran ser de mayor utilidad en el empoderamiento de la población a la que nos dirigimos:

Referencias a las **aplicaciones móviles** (“Portal Móvil Osakidetza”), haciendo mención a “Mi tratamiento”, a la “Ayuda a la parada cardiaca” y a los “Mensajes”.

**Paciente Activo:** abordando su localización en Osasun Eskola y describiendo las características del programa: su formato presencial y digital, su composición, quién lo imparte, cuáles son los beneficios que reporta y añadimos también el cronograma de las actividades previstas. En todas las sesiones dejamos la puerta abierta a que los interesados puedan inscribirse in situ.

Plataforma **ibotika**, de la que señalamos su ubicación en la web, acceso y contenido, indicando que es una herramienta segura y fiable para obtener información sobre medicamentos y el uso correcto de los mismos.

Accesos y utilidades de la **Carpeta de Salud**: comenzamos por una breve descripción de la herramienta, explicando las vías de acceso; deteniéndonos en la definición de juego de barcos (posteriormente, B@kQ, sistema de autenticación más avanzado) y su forma de obtención. Desarrollamos sus funcionalidades como sistema de información (próximas citas, lista de espera quirúrgica, informes, historial farmacológico, de vacunación, dosimétrico, acceso a Hoja de Tratamiento Activo, acceso a datos de filiación y selección de idioma para comunicarse con la Administración) y como de canal de comunicación (“mi diario”, “mensajes al paciente” o duda con mi médico”), sin olvidarnos del acceso a terceros.



Figura 3. Sesión realizada el 30/01/2019 a miembros de la Asociación “Goienagusi”. Kulturate, Biblioteca de Arrasate-Mondragón.



Figura 4. Contenidos del portal de Osakidetza cuyo acceso se facilitaba en las sesiones.

Figura 4A. Paciente activo

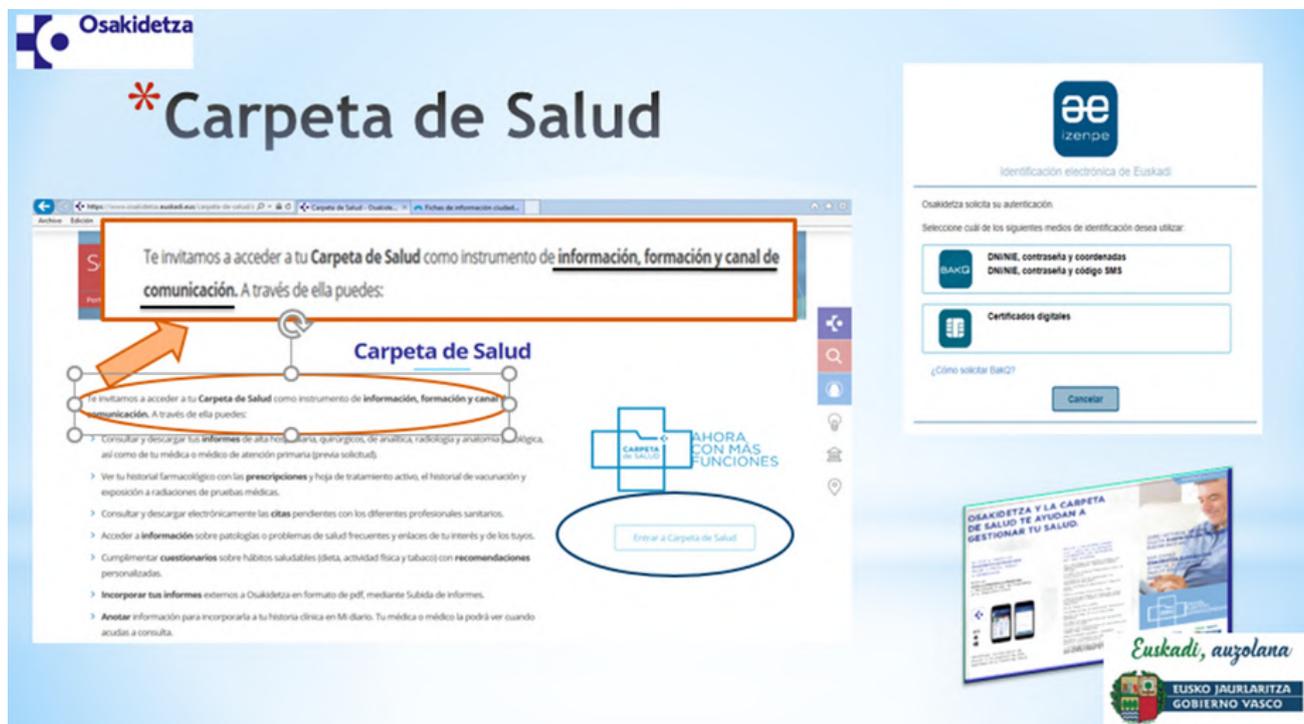


Figura 4B. Carpeta de salud.

**Cita web:** se explica paso a paso cómo coger una cita a través de la web siguiendo el nuevo modelo de atención y citación de gestión de la demanda. Concluimos la sesión recordando a los participantes la importancia del uso responsable de los recursos sanitarios y haciendo mención a Consejo Sanitario, su utilidad y vía de acceso.

**Evaluación del proyecto**

Se llevó a cabo una encuesta de satisfacción con 5 preguntas recogiendo el interés teórico, el interés práctico, interés del ponente, valoración del material e interés global. Cada pregunta tenía una escala de respuestas de 1 a 5 siendo el 5 la mejor valoración.

**RESULTADOS**

El programa se llevó a cabo desde septiembre de 2018 hasta marzo de 2020, cuando tuvimos que parar a causa de la pandemia. Realizamos 9 sesiones en las que participaron 166 personas, 16 de ellas menores de 59 años. Aunque fundamentalmente el programa se dirigía a personas mayores de 59 años, no se rechazó a nadie que quisiera acudir porque entendíamos que menores a esa edad también podrían ser susceptibles de formar parte del Programa de Paciente Activo. Tres de las sesiones se realizaron mediante inscripción en los centros de salud; las otras seis sesiones restantes, a través de Asociaciones, centros de jubilados y en colaboración con otras entidades.

Consideramos que la valoración de las personas participantes en las sesiones fue buena ya que en las encuestas de satisfacción valoraron un 4 sobre 5 el interés global de las mismas, a pesar de las dificultades que podrían suponer para ellas su aplicación práctica posterior. Contestaron 129 personas (el 77,7% de las personas participantes).



Figura 5. Resultados de la encuesta de satisfacción a los participantes.

La tasa de personas que utilizaban Carpeta de Salud en 2017 era un 16,40 x1000. En 2019, había subido a un 30,62. El nº de personas mayores de 60 años con acceso a Carpeta de Salud en Debagoiena prácticamente se duplicó pasando de 366 a 688 en 2 años.

## DISCUSIÓN

Se han mejorado las capacidades de las personas mayores para acceder a las prestaciones que ofrece el Servicio Vasco de Salud por vía telemática, lo que ha contribuido a reducir las desigualdades en sus capacidades. El aumento en el número de personas mayores de 59 años con acceso desde 2017 a 2019 evidencia que las personas mayores están entrando en el proceso de gestión por vía internet. Aunque este aumento se debe a más factores, las sesiones de formación han ayudado a disminuir la brecha digital.

La valoración del proyecto por parte de las organizadoras, ha sido muy positiva y enriquecedora. El interactuar con las personas mayores ha generado un valor añadido a las sesiones al permitirnos conocer de primera mano cómo viven su relación con el mundo digital, ayudarles a conectarse a los sistemas telemáticos y sobre todo a constatar el gran desconocimiento que tienen sobre los recursos, las herramientas y los servicios online en general que el Servicio Vasco de Salud pone a disposición de la ciudadanía.

La relevancia del programa ha sido resaltada por la pandemia Covid-19 que, un año después, al propiciar la atención asistencial no presencial y la utilización de los servicios online, ha dejado de manifiesto la necesidad de seguir mejorando la accesibilidad de las personas mayores a las prestaciones sanitarias por vía telemática.

**Arrasate-Mondragón, a 1 de noviembre de 2021.**

## BIBLIOGRAFIA

1. Instituto nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares del año 2017. Disponible en <https://www.ine.es> > prensa > tich\_2017. Accedido el 22 de octubre de 2020.
2. Tecnología y personas mayores. Colección 12 retos, 12 meses. N° 8. Autores: Santiago Gil González y Cristina Rodríguez Porrero. Colabora Jesús Faucha Pereda. Ceapat-Imsero. Madrid. 2015.
3. Fundación Orange. (2014). eEspaña 2014. Madrid: Fundación Orange.
4. Resultados de la evaluación IEXPAC de OSI Debagoiena y Global Osakidetza. Subdirección de Calidad y Sistemas de Información. Osakidetza. 2018.

# TEMAS DE INTERÉS

## CALIDAD Y CALIDEZ, EL BINOMIO PERFECTO PARA ACOGER AL NUEVO PROFESIONAL

AUTORES:

MORA BIELSA MARGARITA, PACHECO JIMÉNEZ FRANCISCO JAVIER, FLURIACHE GARCÍA-CARO MA PILAR, SERRANO GARCÍA EVA, MARTÍN SÁNCHEZ-HUETE MILAGROS, LÓPEZ JUÁREZ JUANI,

ÁREA INTEGRADA DE TALAVERA DE LA REINA (SESCAM).

Los días 14, 15 y 16 de octubre, se celebró en la Ciudad de Cuenca el VII Congreso de la Asociación de Administrativos de la Salud, AAS, con el lema 20 años compartiendo experiencias, una asociación con la que la SEASUS tiene establecido un convenio de colaboración y, por este motivo, publicamos el Premio y al mejor Poster.

### Calidad y calidez, el binomio perfecto para acoger al nuevo profesional

7º Congreso Nacional AAS. 2021.

Mora Bielsa Margarita, Pacheco Jiménez Francisco Javier, Fluriache García-Caro Mª Pilar, Serrano García Eva, Martín Sánchez-Huete Milagros, López Juárez Juan, Área Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM).

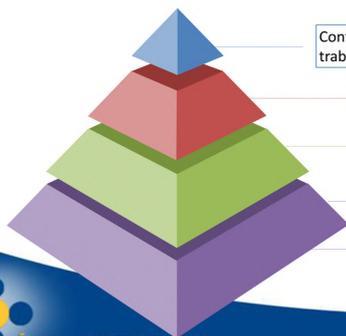
#### Introducción

- Uno de los proyectos que quedaron detenidos por la pandemia ha sido el programa para desarrollar estrategias de comunicación y relación con pacientes y usuarios en los llamados "puntos de fricción o bisagra".
- En 2020 se conforma un grupo de trabajo impulsado por el Director Gerente del Área de Salud de Talavera y coordinado por la coordinadora del Plan Dignifica de la Gerencia. En total el grupo multidisciplinar lo conforman 12 personas y se reúnen hasta el momento 10 veces.
- Una de las iniciativas es mejorar a acogida al nuevo trabajador en las unidades administrativas.

#### Metodología

- Se crea un subgrupo de trabajo para trabajar la iniciativa.
- Se revisa la documentación existente y se elaboran dos manuales de trabajo de hospitalización y de Atención Primaria.
- Se elabora carta de bienvenida del Gerente.
- Se diseña un protocolo de acogida con flujograma de actuación.

#### Conclusiones



Contar con un protocolo de acogida al nuevo profesional mejora el desempeño del trabajo y contribuye a incrementar la motivación del profesional que ya está trabajando.

Exige un trabajo de revisión continuo del material existente.

Se reducen los errores y efectos negativos en el quehacer diario.

Se hace partícipes a los profesionales de un proyecto de mejora.

Se extenderá al resto de profesionales además de a Atención Primaria

#### Objetivos



#### Resultados

- En junio, julio y agosto se hace la acogida según protocolo a 7 profesionales de Atención Primaria.
- Se entrega la siguiente documentación:
  - Carta de Bienvenida del Gerente
  - Gestión de agendas
  - Manual de Tarjeta Sanitaria
  - Manual Cita Previa
  - Manual de trabajo del Auxiliar Administrativo de Atención Primaria
- Se informa de espacio en la intranet de de unidades administrativas.
- Valoración media 8,5 la iniciativa.

# NOSOTROS

## **SOBRE NUESTRO PRESIDENTE**



**Rodrigo Gutiérrez**, Presidente de la SEAUS, ha participado en diferentes foros, de los que destacamos:

- Jornada sobre Feminismo y salud: La revolución de la medicina en el siglo XXI. Guadalajara 16 de diciembre 2021. <https://youtu.be/axc9XWhSXRa>
- Jornada sociosanitaria de Castilla La Mancha: celebrada en Toledo el día 10 de noviembre 2021. "De los casos reales al modelo"
- VII Congreso Nacional de Deontología Médica celebrado en Toledo los días 16,17, 23 y 24 de abril 2021 como ponente en la mesa: De la necesidad de priorizar en la asistencia a la deshumanización y abandono de los enfermos durante la pandemia de la covid-19. Con motivo de este congreso se le hizo también una entrevista que puede visualizarse en <https://www.seaus.net/entrevistas-general/dr-rodrigo-guti%C3%A9rrez-fern%C3%A1ndez-2>
- V Congreso Nacional de comunicación con el paciente y su familia (CIPO 2021) Albacete, 17 y 18 de junio 2021, en una mesa con un doble debate: "Confidencialidad e intimidad, una asignatura pendiente de la Sanidad Pública. ¿Derechos constitucionales al alcance solo de quien los puede pagar?" "La comunicación durante la pandemia en las puertas de los hospitales y de las residencias de mayores" <https://www.seaus.net/images/stories/pdf/vcongresocipo.pdf>

## **SOBRE NUESTROS SOCIOS**



### **ROSA MARIA GONZÁLEZ LLINARES**

Nuestra compañera del País Vasco se ha jubilado en verano de 2021. Decir Rosa María González es decir SEAUS porque, además de socia, Rosa María ha sido muchas más cosas. Miembro de la junta directiva, representó como vocal a Euskadi y a la zona norte durante años, estuvo presente en todos y cada uno de los congresos y simposios, bien como ponente, formado parte del Comité Científico y presidiéndolo, o como miembro de la organización. Hay que destacar su activa colaboración, como organizadora del "XII Congreso de la SEAUS" en Donostia y de las jornadas de la SEAUS en el País Vasco. Coautora del libro de la SEAUS "Claves para la gestión de la atención al usuario en los servicios de salud" y revisora en el libro "El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional" Su actividad como docente la llevó a formar parte del grupo de docentes del Máster "Atención al Usuario de servicios sanitarios" realizado con la UOC. Con una participación destacada en diversos cursos de la SEAUS especialmente en el tema de la calidad.

A lo largo de los años su participación y colaboración en las distintas actividades de la SEAUS fue muy importante. Rosa María estuvo dispuesta a colaborar y participar en todo lo que se le pidiese, y lo hizo poniendo a disposición sus conocimientos y recursos, siempre desde la empatía y la amistad.

## **SOBRE NUESTROS SOCIOS**



### **ROSA CARULLA RAICH**

A principios de 2022, se jubilará nuestra compañera de Cataluña Rosa Carulla. Rosa ha formado parte de la Atención al Usuario y de la SEAUS desde sus principios. Estuvo presente ya en aquella “Reunión Nacional de los Servicios de Atención al Paciente y de relaciones con el usuario de la sanidad” celebrada en Barcelona en el Hospital de Sant Pau en octubre de 1987. Los compañeros/as de Cataluña la recuerdan especialmente como integrante de los primeros grupos que trabajaron el tema de la atención al usuario y de la codificación de las reclamaciones en Cataluña. Desde su lugar de trabajo en el Hospital Sant Joan de Deu de Manresa su dedicación profesional ha estado enfocada a la Atención al Usuario, la Ética y la Docencia. En el apartado de la docencia colaboró con la SEAUS en muchísimos cursos, en temas de ética y gestión de conflictos, sobre todo. Coautora del libro de la SEAUS “Claves para la gestión de la atención al usuario en los servicios de salud”

\*\*\* A Rosa María González y a Rosa Carulla, desde la SEAUS queremos poner en valor, reconocer y agradecerles todo lo que han aportado a nuestra sociedad, que ha sido mucho, deseándoles lo mejor en esta nueva etapa que ahora comienzan.

## **ADIÓS A MARIA VICTORIA POCIELLO BALAGUER**

En el último trimestre del año 2021 nos llega una noticia triste, nos ha dejado Maria Victoria Pociello, Vicky para sus compañeros/as de Catalunya. Socia desde hacía años, no hacía mucho que se había jubilado, pero continuaba formando parte de la SEAUS. Todos los que compartimos amistad con ella recordamos su sonrisa, que siempre la acompañaba, y su voz cálida y afable, dos aspectos que, en ella, eran un signo de identidad. Vicky estuvo implicada a lo largo de su vida profesional en más de un proyecto y en todos ellos destacó por su profesionalidad, dedicación y entrega, destacando su paso por el Hospital Universitario de Bellvitge y el periodo que dedicó a los Servicios de Atención al Usuario. Con ella muchos de nosotros compartimos proyectos, buenos momentos y especialmente amistad. Desde estas líneas queremos recordarla y hacer llegar a su familia nuestras condolencias.



# NOSOTROS

## DE NUESTROS COLABORADORES

Destacamos aquí dos actividades de nuestros colaboradores.



- El “VII Congreso de la Asociación de Administrativos de la Salud, AAS” celebrado en la ciudad de Cuenca los días 14, 15 y 16 de octubre con el lema “Veinte años compartiendo experiencias” A él asistió María Teresa Patiño Lafuente, miembro de la Junta Directiva de la SEAUS y Vocal por Madrid, Castilla León y Castilla la Mancha, en representación de nuestra sociedad. En esta misma revista publicamos los premios a la “Mejor Comunicación” y al “Mejor Póster” del Congreso.
- El proyecto “**Ciudades que cuidan**” de la Fundación Mémora. Un proyecto que ha implicado el trabajo de veintidós grupos de trabajo y otras tantas Webinar sobre cada uno de los temas tratados, que han liderado Joan Berenguer y Victoria Camps. La exposición de este proyecto finalizó el día 13 de diciembre en Madrid con “La 1ª Conferencia de Ciudades que Cuidan” organizada por la Fundación Mémora y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). Nuestra felicitación a la Fundación Mémora y a los organizadores por el interés y la calidad de los temas tratados en este proyecto. La Vocalía de Imagen Corporativa, Web y Publicaciones ha seguido todas las sesiones del proyecto y recopilado todos los documentos; algunos de ellos pueden visualizarse en el apartado Documentos de Interés en nuestra página Web y la totalidad, 23, están accesibles para nuestros socios en el Fondo Documental de la SEAUS, en la carpeta “Documentos de Interés por temas/Proyecto Ciudades que cuidan”

## PUBLICACIONES Y FONDO DOCUMENTAL

- **REVISTA Atención al Usuario:** Nuestra revista, Atención al Usuario, está registrada como revista digital, con el número de ISSN 2792-2588, tanto en la Biblioteca Nacional de España, BNE, como en la Biblioteca Nacional de Cataluña, BNC. Durante el año 2021, desde la Vocalía de Imagen Corporativa, Web y Publicaciones, y junto con ambas instituciones, se ha procedido a revisar que todas nuestras revistas, editadas en formato papel, estén en los archivos de las dos bibliotecas. Las revistas en formato digital, desde el número 25, están también registradas en la Biblioteca Nacional de Cataluña, en el repositorio COFRE (Conservem per al Futur Recursos Electrònics) creado para conservar los documentos digitales que forman parte del patrimonio bibliográfico. A las revistas en formato digital se puede acceder también desde la Biblioteca Nacional de España.
- **FONDO DOCUMENTAL DE LA SEAUS:** Recordar a todos los socios de la SEAUS que está a su disposición un doble fondo documental.
  1. FONDO DOCUMENTAL en formato papel: Incluye libros, guías y otros documentos que no están digitalizados o que están en los dos formatos. Está depositado en la sede de la SEAUS, bajo la custodia la Secretaria de la SEAUS, Palmira Tejero, y del Servicio de Atención a la Ciudadanía del Consorci Sanitari Integral, en Hospitalet de Llobregat, Barcelona. En él están disponibles un total 72 documentos y libros.
  2. FONDO DOCUMENTAL en formato digital: Incluye diversos documentos, informes y otros registros que pueden ser de utilidad o interés para los socios/as, agrupados en diferentes carpetas y subcarpetas. Este Fondo Documental es accesible para los socios/as, únicamente para ellos, en el apartado específico de la página Web de la SEAUS. En él están disponibles actualmente 1602 documentos. Un número que irá aumentando progresivamente.

HUMANIZANDO  
LA ATENCIÓN.

PRÓXIMO 2022  
EN PAMPLONA.

**NOSOTROS**

# **XIX CONGRESO DE LA SEAUS**

Este año 2021 ha estado también marcado por la evolución de la pandemia, por lo cual el XIX Congreso de la SEAUS, con el lema HUMANIZANDO LA ATENCIÓN, pasará a celebrarse en el año 2022 en la ciudad de Pamplona, organizado por la SEAUS con la colaboración del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. De él informaremos por las diferentes vías de comunicación que tenemos establecidas.



**DESDE LA SEAUS REITERAR, UNA VEZ MÁS, NUESTRO SOPORTE Y NUESTRA SOLIDARIDAD CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE A LO LARGO DE ESTOS DOS AÑOS HAN DADO LO MEJOR DE SÍ MISMOS EN SITUACIONES MUY DIFÍCILES Y COMPLICADAS.**





**SE AUS**

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad