

número **40** / diciembre 2025

usuarios

PUBLICACIÓN DE LA SEAUS

**Un camino compartido
hacia una atención
MÁS HUMANA**



NÚMERO 40/ DICIEMBRE 2025

COORDINADORA DE LA REVISTA

PILAR FLURIACHE GARCÍA-CARO

COMITÉ DE REDACCIÓN

RODRIGO GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, PILAR FLURIACHE GARCÍA-CARO, MIQUEL ÀNGEL VICIANA RODRÍGUEZ, MARÍA PILAR GONZÁLEZ SERRET, ALEJANDRO LARA LUNA, ANTONIO HELGUERA GALLEGOS, JUAN CARLOS GARCÍA BENITO

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

LÍDIA AGUILERA LÍNDEZ

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA

PILAR FLURIACHE GARCÍA-CARO

pfluriacheg@gmail.com

MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET

mpilargonzalezserret@gmail.com

SECRETARÍA TÉCNICA

LÍDIA AGUILERA LÍNDEZ

secretaria@seaus.net

Teléfono: +34 634 754 938



SUMARIO



04

EDITORIAL:

Dr. Rodrigo Gutiérrez - Presidente de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS)

06

ENTREVISTA:

Gema Canales Galán - Su mirada se transforma en palabras, su historia en inspiración. Gema Canales Galán nos invita a descubrir cómo la tecnología, la perseverancia y el amor pueden dar voz a los sueños.

09

ARTÍCULOS:

- Modelo de co-creación para optimizar las derivaciones hospitalarias a centros sociosanitarios.
- Humanizando el proceso de ayudar para morir: nuestro primer caso, las emociones de los profesionales y el liderazgo directo
- El liderazgo como motor del futuro sanitario:
 - Almudena Santano Magariño
 - María Hoyos Vázquez

33

ESTUDIO:

- El sistema de gestión de la calidad ISO 9001 como herramienta vertebradora de nuestro servicio de información y atención al paciente: evolución en una selección de indicadores

39

LAS PERSONAS OPINAN:

- Entrevista a Manuel Arellano Armisén
- Los Servicios de Atención al Usuario por María Pilar González Serret

50

XX CONGRESO DE LA SEAUS: EMOCIONES Y LIDERAZGO:

LA SINFONÍA PERFECTA

- Premio a la mejor comunicación:
 - Evaluación de la usabilidad y satisfacción con una aplicación de navegación intrahospitalaria basada en realidad aumentada.
- Premio al mejor póster:
 - La simulación como método docente para Administrativos de la Sanidad.

70

NOTICIAS DE NUESTROS COLABORADORES:

- Conclusiones del 9º Congreso de la Asociación de Administrativos Sanitarios

73

NOSOTROS:

- V Jornada de la SEAUS en Cataluña "Impulso al administrativo sanitario: retos y oportunidades".
- Firma del Convenio con el Recinto Histórico de Sant Pau, en Barcelona.
- Planificación Estratégica 2023-2025.
- Premios de la Fundación Víctor Grifols.
- Actividad Científica.
- Aval científico.
- Junta directiva.
- Jubilaciones.
- Próximo evento: Simposio SEAUS 2026



EDITORIAL

DE AYER A HOY: ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL CAMINO RECORRIDO EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS



Con motivo del **XX Congreso de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad**, celebrado entre los días 24 a 26 del pasado mes de abril bajo el inspirador lema "Emociones y Liderazgo: la sinfonía perfecta", nuestra Sociedad ha vuelto a demostrar su madurez, su coherencia y, sobre todo, su compromiso con una atención sanitaria centrada en las personas.

Alcanzar veinte congresos, coincidiendo además con la conmemoración del 35º aniversario de la constitución de la SEAUS en 1989, no supone solo una cifra más o menos redonda ni un hito cronológico. Supone la confirmación de una trayectoria sostenida en el tiempo, construida desde la convicción de que la calidad asistencial no puede desligarse de la experiencia emocional de quienes la prestan y de quienes la reciben. En un sistema sanitario cada vez más complejo, tecnificado y exigente, hablar de emociones y liderazgo no es una moda: es una necesidad estratégica.



Durante el Congreso se puso de manifiesto que liderar hoy en el ámbito sanitario implica mucho más que gestionar recursos o cumplir una serie de indicadores. Liderar supone saber escuchar, generar confianza, armonizar equipos multiprofesionales muy diversos y tomar decisiones con criterio, pero también con humanidad.

Como en una sinfonía, cada profesional aporta su instrumento, su ritmo, sus conocimientos y su sensibilidad; el liderazgo eficaz es aquel que logra que todas esas voces confluyan en una melodía común orientada al bienestar del paciente y al cuidado del propio profesional.

Las diferentes ponencias, mesas redondas y espacios de reflexión compartidos evidenciaron que la inteligencia emocional y la humanización son hoy competencias clave para afrontar los retos actuales: la sobrecarga asistencial, el desgaste profesional, la comunicación con pacientes y familias o la gestión del cambio. La emoción, lejos de ser un elemento accesorio, se reveló como el hilo conductor que da sentido a la acción y cohesiona a las organizaciones sanitarias.

Este XX Congreso ha sido también un punto de encuentro intergeneracional, donde experiencia y renovación dialogan con naturalidad. Una muestra más de que la SEAUS sigue siendo un espacio abierto, plural y comprometido con la mejora continua de la atención al usuario de la sanidad.



Mirando al futuro el mensaje es claro: necesitamos líderes capaces de dirigir con la cabeza, pero también con el corazón; organizaciones que cuiden a quienes cuidan y profesionales que entiendan que la excelencia técnica alcanza su máxima expresión cuando se acompaña con la empatía y el respeto.

La sinfonía perfecta no es utopía. Se construye cada día, nota a nota, desde el liderazgo consciente y la gestión inteligente de las emociones. Y la SEAUS, una vez más, ha sabido marcar el compás. Gracias a todas las personas que lo siguen haciendo posible a lo largo del tiempo.



ENTREVISTA

Por Pilar Fluriache García-Caro
Vocal de Imagen Corporativa, Web y Publicaciones de la SEAUS

GEMA CANALES GALÁN

Hablar con **Gema Canales Galán** es acercarse a una historia de superación, tecnología y esperanza. Gema nació con tetraparesia y sin lenguaje oral, pero eso no ha impedido que trace su propio camino. A través de un dispositivo que sigue el movimiento de sus ojos y transforma su mirada en palabras, ha conseguido lo que parecía imposible: **comunicar su pensamiento, expresar su humor y compartir sus sueños**.

En 2024 hizo historia al convertirse en la primera joven con parálisis cerebral y sin lenguaje oral que logra superar la Educación Secundaria Obligatoria, un logro que simboliza no solo esfuerzo personal, sino también el valor de la inclusión educativa y del apoyo de su entorno.

Además, su experiencia ha dado origen a la **Fundación Gema Canales**, que trabaja para que otras personas en situación similar tengan acceso a tecnologías de comunicación aumentativa y vivan con más autonomía y dignidad.

Con una sonrisa, un espíritu lleno de energía y un humor muy especial, Gema demuestra que **tener voz va mucho más allá de las palabras**. En el número 40 de nuestra revista regala parte de su tiempo para compartir su visión de la vida, la inclusión y el futuro.

- Gema, comenzaste comunicándote solo con movimientos oculares y hoy utilizas un dispositivo que te da voz. ¿Cómo describirías esa experiencia de "poder hablar" a través de la mirada?

“Hablar es muy importante para todas las personas, pero para las personas que tenemos ausencia de lenguaje oral y durante mucho tiempo hemos estado silenciados poder nos comunicar es algo increíble.”

“Antes de tener mi comunicador yo solo podía contestar si y no con mis ojos a preguntas simples, no podíamos hablar con claridad.”

“Hablar no es solo hablar es mucho más, hablar te da un montón de oportunidades, por ejemplo, estudiar, tener vida social, etc.”

“Hablar te da oportunidades increíbles.”





- Eres la primera persona con tetraparesia y sin lenguaje oral que ha terminado la ESO. ¿Qué sentiste el día de tu graduación y qué mensaje darías a otros jóvenes que atraviesan obstáculos parecidos?

El día de mi graduación sentí orgullo, porque después de muchos años luchando y persiguiendo algo, al final lo conseguí y además era algo impensable.

Yo les diría que es difícil, fácil no es por supuesto, pero nada es imposible, si luchas y pones de tu parte y lo haces lo mejor que sabes al final se consigue.

Aunque en ese camino puede haber personas que no confíen en nosotros y que nos digan cosas que nos sienten mal y nos pongan tristes a veces hay que pasar y seguir con lo nuestro, pasar de ellos.

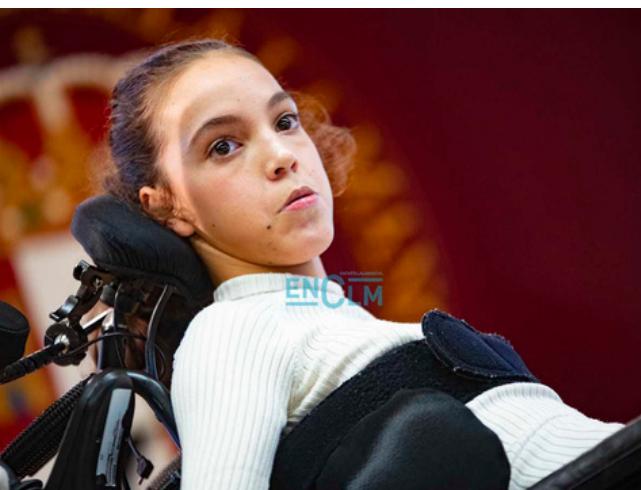
- La Fundación que lleva tu nombre busca que más personas puedan tener acceso a sistemas de comunicación aumentativa. ¿Qué significa para ti que tu historia esté inspirando este proyecto?

Siendo sincera yo no me doy cuenta de la importancia de lo que hice, quizás como llevo tanto tiempo ya lo he normalizado.

Lo que si puedo decir que cuando comarto cosas con otros chicos que se comunican como yo me siento muy feliz de haberles ayudado.

- ¿Qué crees que aún falta para que la educación y la sociedad en general sean más inclusivas con quienes necesitan apoyos tecnológicos como el tuyo?

Del sistema educativo yo cambiaría las formas de mirar de las personas tanto de los profesores como de los alumnos, porque somos personas como los demás, solo por ir en silla de ruedas o hablar con un comunicador no somos distintos.



"nada es imposible, si luchas y pones de tu parte y lo haces lo mejor que sabes al final se consigue."

De la sociedad cambiaria muchas cosas pero una de las más importantes es el miedo que tiene la gente a hablar con nosotros suelen hablar con la persona que nos acompaña pero no con nosotros y eso nos hace sentir muy mal.

Otra cosa que cambiaria es que empezasen a tenernos en cuenta para la toma de decisiones que tratan sobre nosotros, porque al final todo el mundo opina y decide sobre nosotros sin ni siquiera escucharnos.

- A lo largo de tu camino, ¿a quién agradecerías de manera especial por haber estado siempre a tu lado?

Yo le agradecería a Sol por ser la primera persona que confió en mí, literalmente sin ella yo no creo que nada de esto hubiera pasado la verdad, siempre estuvo a mi lado apoyándome y enseñándome.

Y a mi familia por confiar en mí y apoyarse las decisiones que tomaba Sol.

- A lo largo de tu camino, ¿a quién agradecerías de manera especial por haber estado siempre a tu lado?

Yo le agradecería a Sol por ser la primera persona que confió en mí, literalmente sin ella yo no creo que nada de esto hubiera pasado la verdad, siempre estuvo a mi lado apoyándome y enseñándome.

Y a mi familia por confiar en mí y apoyarse las decisiones que tomaba Sol.

- Nos dicen que disfrutas del humor y de sentirte cómoda en tu día a día. ¿Qué es para ti la "normalidad" y qué cosas te hacen sentir auténtica?

Tengo 17 años y para mi la normalidad es tener amigos, estudiar en un cole ordinario y muchas cosas más.

Al final la normalidad es lo que os he dicho antes tener muchas más oportunidades para que tu puedas elegir lo que te haga feliz y eso te hace único.

- En mayo de 2025 estuviste presente como conferenciante en el XX Congreso de la SEAUS en Toledo compartiendo tu testimonio. ¿Qué significa para ti estar presente en esos espacios y qué valor crees que tiene para los demás escucharte?

Para mí estar en estos congresos es muy importante porque significa que quieren escucharnos y tener en cuenta nuestra opinión.

Yo pienso que cuando la gente nos escucha por primera vez les impresiona mucho pero sobre todo valoran formas diferentes de comunicarse que son tan validas y respetables como las demás.

Entrevista:

Antón Fontao



"Otra cosa que cambiaria es que empezasen a tenernos en cuenta para la toma de decisiones que tratan sobre nosotros, porque al final todo el mundo opina y decide sobre nosotros sin ni siquiera escucharnos."



- Mirando hacia el futuro, ¿qué sueños o deseos personales te ilusiona cumplir en los próximos años?

Uno de mis sueños dentro de la Fundación es hacer ver a las personas que nosotros tenemos el mismo derecho a tener oportunidades de vivir la vida, se me rompe el corazón cuando veo a los niños siempre al lado de sus padres, sin amigos, con ellos descubres y experimentas cosas que con tus padres nunca jamás vas a saber.

ARTÍCULOS

MODELO DE CO-CREACIÓN DE UN CIRCUITO ESTANDARIZADO DE DERIVACIONES HOSPITALARIAS A CENTROS SOCIO SANITARIOS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE INGRESOS: EL CASO DE LA REGIÓN BARCELONA METROPOLITANA NORTE

AUTORÍA: GEA FIGUEROLA¹, ELISA POSES-FERRER¹, ARACELI GONZÁLEZ¹

¹Servicio Catalán de la Salud, Región Sanitaria Metropolitana Norte,
acterritorial.rsb.nord@catsalut.cat

Edificio Sant Cugat II, 1^a planta
Av. De la Via Augusta, número 71-72
08174 Sant Cugat del Vallès

S/Sistema de
Salut de Catalunya

/Salut

RESUMEN

Objetivos:

La atención intermedia es el nuevo concepto que sustituye al tradicional ámbito sociosanitario en Cataluña. Tiene como finalidad facilitar una recuperación rápida tras una enfermedad, prevenir ingresos en hospitales, apoyar el alta precoz y ofrecer una atención adecuada a los colectivos diana. La Región Sanitaria Barcelona Metropolitana Norte (RSBMN) enfrentaba una gestión fragmentada y reactiva en las derivaciones hacia centros de atención intermedia (CAI), lo que generaba tensiones en los hospitales de agudos. Se propuso el objetivo de estandarizar el circuito de derivaciones en todo el territorio, con el fin de mejorar la eficiencia del drenaje hospitalario y optimizar la gestión de ingresos.



Métodos:

Se diseñó un modelo de co-creación territorial en cinco fases :

1. Exploración de los circuitos existentes.
2. Identificación de los líderes territoriales.
3. Diseño ad-hoc de un circuito común.
4. Implementación y evaluación del piloto.
5. Análisis de resultados y aplicación de mejoras en el circuito.

Resultados: el piloto demostró mejoras significativas en la coordinación entre centros, transparencia en la información y capacidad de respuesta del sistema. Se realizó un Cuadro de Mando (CdM) que permitió las salidas de información de las derivaciones, tiempos de espera y motivos de anulaciones, entre otros.

Conclusiones:

Este proyecto representa una buena práctica en la gestión integrada de servicios sanitarios, centrada en la persona y en la eficiencia del sistema. El modelo ofrece una base sólida para su extrapolación territorial y su vinculación con instrumentos de planificación estratégica como la Contraprestación por Resultados.

Palabras Clave:

Accesibilidad, Atención Intermédia, derivaciones, co-creación, circuito

INTRODUCCIÓN

La Región Sanitaria Barcelona Metropolitana Norte (RSBMN) (2.108.882 de habitantes, el 26,3% de la población de Cataluña) está integrada por 10 hospitales y 17 centros de AI (socio-sanitaria), entre otros dispositivos.

La atención intermedia (AI) es una atención especializada dirigida principalmente a personas mayores o con enfermedades crónicas, y tiene como objetivo promover una rápida recuperación después de una enfermedad, prevenir un ingreso innecesario en hospital de agudos, dar soporte al alta precoz de un hospital agudo, así como proporcionar una atención de calidad a las personas mayores o con necesidades complejas o en final de vida. (1)



Garantizar el circuito de entrada a la AI es vital para hacer el drenaje con origen hospitalario, y así liberar camas hospitalarias, minimizar altas tardías y las altas diferidas, y mejorar el tensionamiento del hospital que presenta un patrón cíclico. Históricamente, cuando se producían periodos de tensionamiento de los hospitales de agudos la unidad de atención a la ciudadanía de la RSBMN tenía que intervenir para analizar los trasladados pendientes y contactar directamente con los centros de AI (CAI) para pactar los drenajes a realizar, ya que cada CAI gestionaba sus propias peticiones de manera independiente.

Este circuito histórico presentaba ciertas dificultades en los drenajes por falta de homogeneización de la información y criterios de admisión entre centros, así como por la necesidad de nuestra intervención en el circuito cuando existían casos de demora excesiva u otras incidencias, generando un modelo de drenajes poco eficiente, desigualitario y reactivo. Además, en la RSBMN sólo se disponía de información de los porcentajes de ocupación de los centros, pero ninguna información sobre los casos de solicitudes y los tiempos de espera. Con el fin de mejorar el circuito y facilitar el drenaje a los hospitales a los CAI, se detectó la necesidad de crear un circuito homogéneo, eficiente y proactivo en todo el territorio, con información de seguimiento de casos y datos sobre los tiempos de espera y las demoras.

La literatura existente en circuitos de derivaciones en el ámbito sanitario y social concuerdan en que, para que la implementación de estos circuitos sea exitosa, tiene que abordar cuatro aspectos clave: tecnología, procesos, aspectos organizativos y gestión centrada en el paciente y usuarios. (2,3) Algunos artículos señalan la importancia de producir métricas y salidas de información de seguimiento y resultado, con el objetivo de la mejora continua de los procesos y garantizar la efectividad de los circuitos. (4) Otros destacan la importancia de estandarizar procesos para evitar sesgos entre territorios, siendo clave la identificación de líderes territoriales para fortalecer comunicaciones con los diferentes agentes y garantizar la sostenibilidad de la implementación. (5)

A nivel nacional, literatura reciente destaca la importancia del enfoque Step Down en la integración de la AI en el sistema de salud, basándose en la facilitación de altas hospitalarias orientadas a garantizar la continuidad de la asistencia, la recuperación funcional y las curas dentro de los centros sociosanitarios y a domicilio. (6) En Cataluña, en 2019, se creó el plan de atención integrada social y sanitaria (PAISS), con foco en la morbilidad y en la articulación coordinada de diferentes niveles asistenciales para una atención de calidad, más eficaz y centrada en las necesidades de los pacientes. (7) Asimismo, en el Plan de Salud 2021-2025, se priorizan los proyectos territoriales de implementación de la atención social y sanitaria. (8)

Basándonos en la evidencia y planes estratégicos, nos marcamos como objetivo implementar un modelo de accesibilidad con criterios homogéneos en todo el territorio, que nos permitiera disponer de información estandarizada y salidas de información periódicas - flujos entre centros de origen y destino, tramos de demora del drenaje, y anulaciones de trasladados, entre otros - así como identificar los líderes territoriales idóneos para la gestión local del circuito.

Se propuso un modelo de co-creación participativo de los diferentes centros implicados para establecer la plataforma común, el circuito estandarizado y los agentes líderes del proyecto, con una prueba piloto de tres meses para detectar incidencias y aplicar mejoras antes de la implementación efectiva a todos los territorios.

METODOLOGÍA

Se propuso crear un cuadro de mano (CdM) como herramienta de visión y monitorización de la información, con visión de centro sanitario, sector sanitario y región, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones y ubicar a la persona en el recurso más idóneo para atender sus necesidades. También se expuso la necesidad de crear un circuito estandarizado para detectar desviaciones en la accesibilidad, analizar las mismas e implementar actuaciones correctoras en la medida de lo posible.

Para implementar el circuito estandarizado, establecimos cinco fases del proyecto:

1. Exploración de los circuitos existentes.
2. Identificación de los líderes territoriales y profesionales de todos los agentes implicados.
3. Co-creación ad-hoc de un circuito común.
4. Implementación y evaluación de un piloto.
5. Análisis de los resultados y aplicación de mejoras en el circuito.

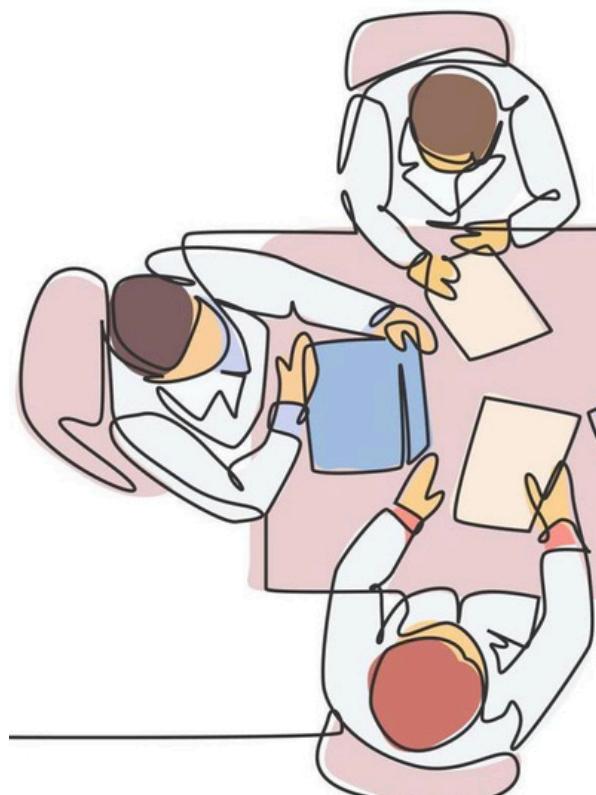
En la primera fase del proyecto, exploramos los circuitos existentes en nuestro territorio, detectando patrones comunes entre sectores. Una vez finalizado el análisis, identificamos los agentes claves de coordinación de cada territorio. Se revisaron todos los circuitos, identificando actividades de valor y de no valor, así como necesidades no cubiertas con protocolos existentes.

A partir de la exploración y consulta con los líderes territoriales, se inició una co-creación del circuito común con los agentes. También se determinó el repositorio de una plataforma común a todos los profesionales, a fin de disponer de información a tiempo real. Se iniciaron reuniones operativas semanales donde se presentaban los primeros borradores de la matriz modelo, con entradas y salidas de información estandarizadas. Se debatía el modelo con los diferentes líderes, apuntando sus sugerencias y necesidades, y adaptando la matriz para la siguiente reunión hasta que el modelo final respondió tanto a las necesidades de coordinación centralizada global del territorio, como a las de los proveedores para la gestión de los casos. La co-creación del modelo pivotó en todo momento sobre requisitos de operatividad, interconectividad de los sistemas de información entre territorios y la garantía de calidad y seguridad de los datos.

Una vez creado el modelo de matriz y la estandarización del circuito, se inició un piloto de 3 meses con el Hospital Germans Trias i Pujol -un centro hospitalario de tercer nivel con 3 centros de AI de referencia, y como centro coordinador del territorio de Barcelona Norte y Baix Maresme- y se identificaron los profesionales de referencia tanto del hospital como de los CAI.

Se realizaron 4 reuniones (1 con el hospital y 3 con los CAI) para identificar el circuito que disponían, más 3 semanales para discutir la matriz del modelo común y el circuito común, con una reunión final de consenso. A partir de ahí, y hasta el final de la prueba piloto, se hicieron reuniones semanales de seguimiento.

Analizados los resultados del piloto y la satisfacción expresada por los profesionales, se revisó la matriz y el circuito con los últimos ajustes al proceso, pasando a extenderse progresivamente por todo el territorio.



RESULTADOS

Se acordó utilizar el programa Excel de Microsoft para el diseño de la matriz común entre territorios y servicios centrales de la región, debido a la familiarización existente y los accesos abiertos a ésta herramienta, garantizando la equidad y accesibilidad de todos los proveedores de la región. Se restringieron algunos campos para la edición, garantizando la robustez de fórmulas y cálculos necesarios para la gestión óptima de los casos.

Se determinó que se haría seguimiento de las camas de convalecencia, media y larga estancia, y que se excluirían camas de paliativos y de subagudos, ya que estos requieren de una salida no superior a 48-72 horas y no suponían un problema en las derivaciones por la urgencia del ingreso.

La matriz de recogida de datos homogénea recogió los siguientes campos de información:

- Paciente: datos no identificables (CIP).
- Centro solicitante: tipo de centro (hospital, centro AI, atención primaria, otros); nombre centro solicitante (dependiendo el territorio).
- Información de la petición: tipo de cama (LLE psicogeriatría, media estancia psicogeriatría, reingreso, convalecencia, estada temporal) y diagnóstico o información relevante del ingreso.
- Centro de ingreso: nombre centro (dependiendo del territorio).
- Fecha de la solicitud.
- Demora acumulada (días) (respeto a la fecha de la solicitud) y franja de demora acumulada (acordadas franjas 0-7 días; 8-14 días; 15-30 días; 31-60 días; >60 días).
- Fecha de ingreso.
- Tiempo de espera hasta el ingreso (días); franja tiempo espera hasta ingreso (acordadas franjas 0-7 días; 8-14 días; 15-30 días; 31-60 días; >60 días).
- Anulaciones: motivo de anulación (éxitus; por empeoramiento; traslado a residencia o recurso social; traslado a domicilio; otros).
- Fecha de anulación.
- Tiempo de espera hasta la anulación (días).
- Observaciones: campos de texto libre, uno para el centro solicitante y otro para el centro de ingreso.



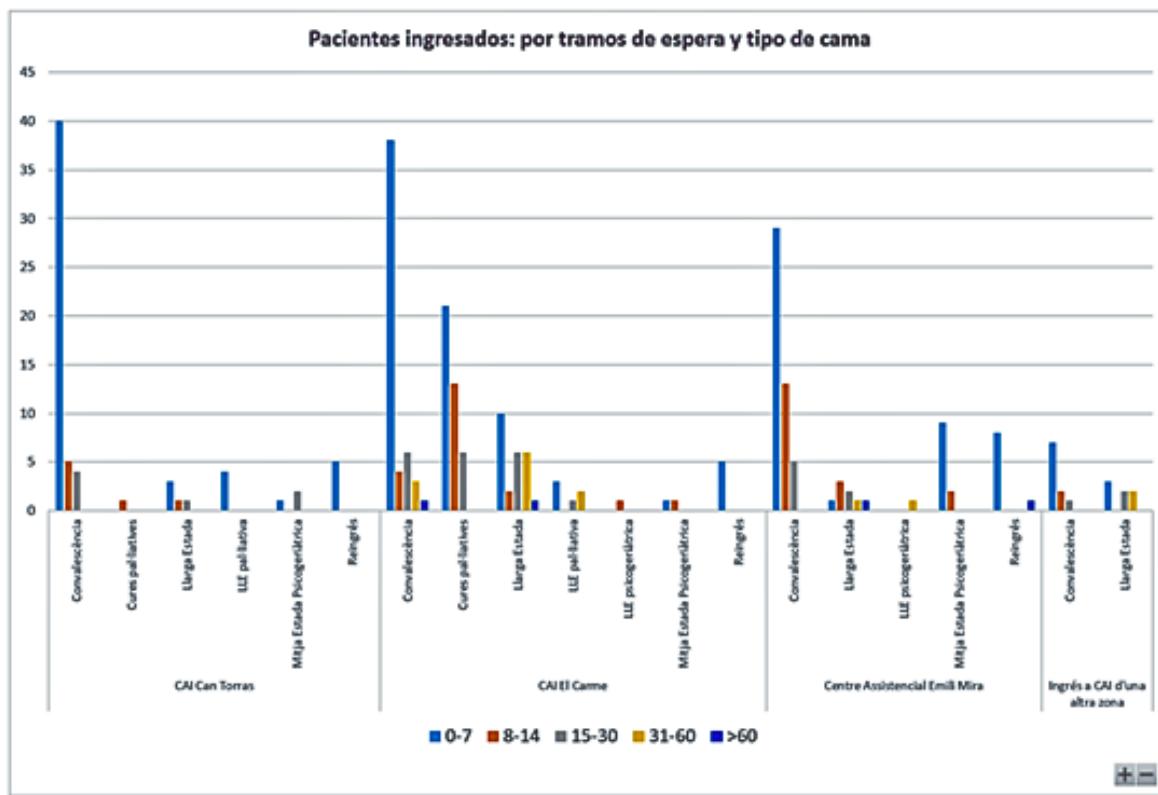
Con estos campos homogéneos de entrada y salida de información, el departamento central de la región, al igual que cada territorio, puede obtener información de los centros solicitantes, tipos de camas solicitadas, razones de anulaciones, además de:

- N° de peticiones pendientes.
- Demoras hasta ingreso o anulación.
- Franjas de demoras entre ingreso o anulación.

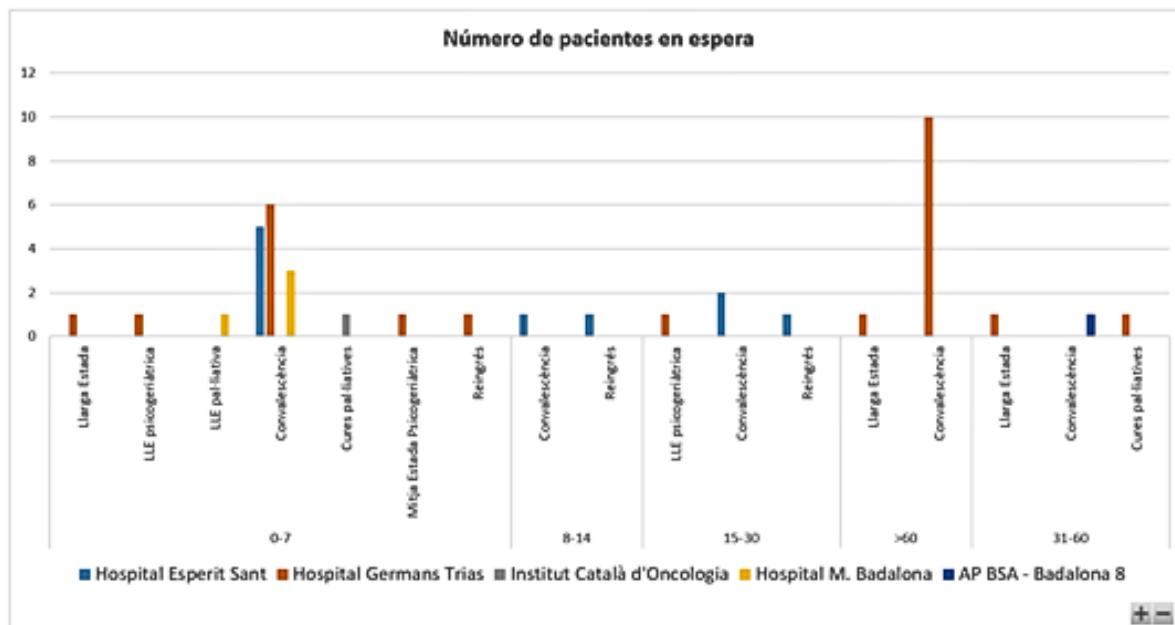
Con la posibilidad de analizar estos datos por tipo de cama, por tipo de centro solicitante y tipo de centro que debe garantizar el ingreso.

Las salidas de información, disponibles para cada territorio son:

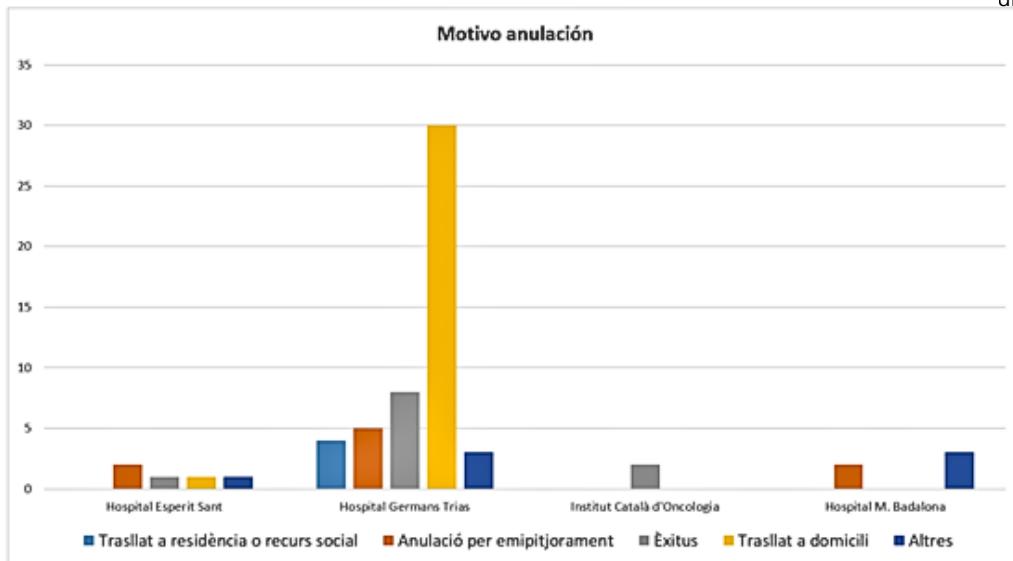
1- nº pacientes ingresados en CAI: por centro de ingreso, tipo de cama y franja de demora hasta ingreso (*Figura 1*).



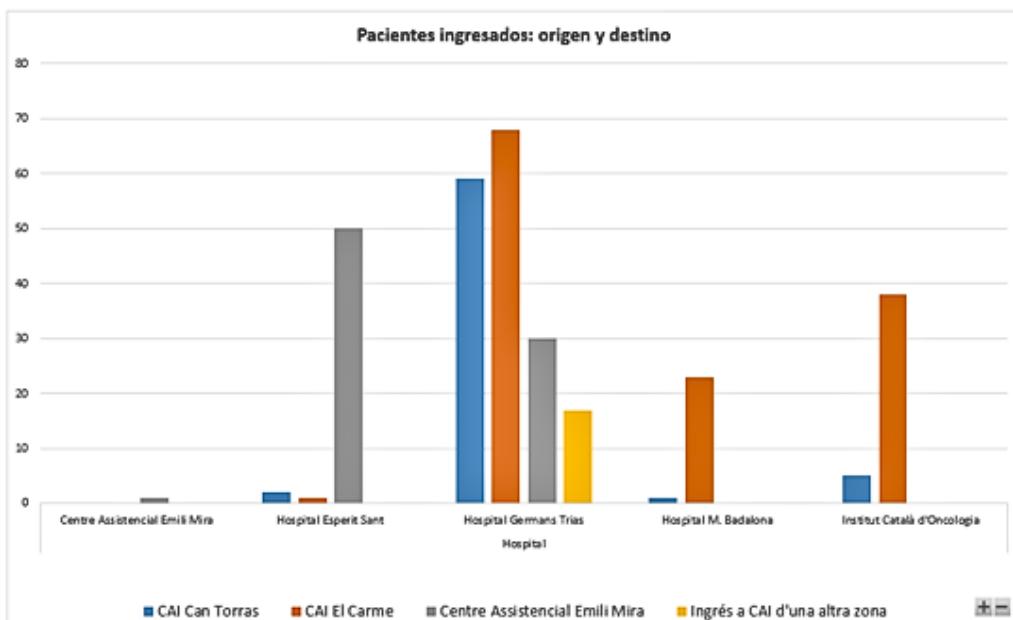
2- nº pacientes en espera para ingreso en CAI: por centro solicitante, tipo de cama y franja de demora activa (*Figura 2*).



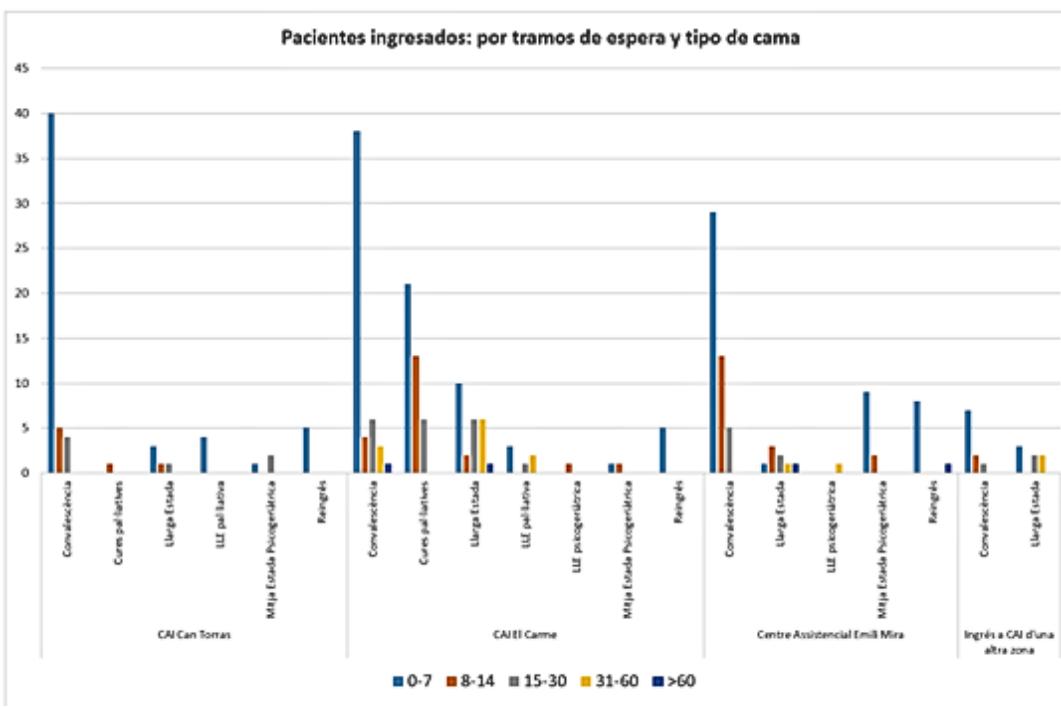
3- nº pacientes anulados: por centro solicitante/quien anula; tipo de cama y motivo de la anulación (*Figura 3*).



4- Flujo de pacientes; nº de pacientes ingresados según tipo de centro solicitante/centro de destino (Figura 4).



5- Flujo de pacientes según tipo de cama: nº de pacientes ingresados según tipo de centro solicitante/centro de destino, diferenciados por tipo de cama (Figura 5).



De cada una de estas salidas de información, los líderes territoriales disponen de una tabla resumen de datos y de unos gráficos descriptivos y visuales actualizados de manera automática para facilitar la gestión de demanda e ingresos.

DISCUSIÓN

El proceso de implementación seguido ha abordado las cuatro dimensiones clave identificadas en estudios previos (3,4), así como ha permitido crear métricas de seguimiento y análisis, necesarias para la mejora continuada del proceso (4). Este modelo creado nos permite tener información fiable y a tiempo real, es transparente a todos los agentes participantes, disminuye la variabilidad de la accesibilidad, permite determinar acciones correctoras y de acompañamiento a los proveedores. Como principales elementos de reflexión tenemos:

1-Retos iniciales y justificación del proyecto:

La variabilidad en los circuitos de acceso a los CAI donde cada centro gestionaba las peticiones de manera independiente, dificultaba el drenaje hospitalario y provocaba tensiones recurrentes en los hospitales de agudos. Ésta situación justificaba la necesidad de un modelo estandarizado que permitiera una visión territorial integrada.

2- Enfoque metodológico participativo:

Destaca el enfoque colaborativo territorial, con la implicación activa de los profesionales y los líderes de los distintos centros. La co-creación del circuito común permitió adaptar el modelo a las necesidades reales de los agentes implicados, favoreciendo la aceptación y la sostenibilidad del cambio. Este enfoque es especialmente relevante en entornos sanitarios complejos, donde la resistencia al cambio puede ser elevada si no se garantiza la participación.



3- Limitaciones tecnológicas y soluciones pragmáticas:

La elección de una plataforma común y la elección de una matriz Microsoft Excel como herramienta de gestión puede ser vista como una solución pragmática, no obstante, a largo plazo podría ser necesario migrar a herramientas de sistemas de información sanitaria que integren la herramienta de matriz de gestión de casos.

4- Impacto en la gestión sanitaria:

La implementación de un CdM ha sido clave para mejorar la transparencia y la capacidad de respuesta del sistema. La disponibilidad de datos en tiempo real sobre las peticiones, demoras y anulaciones permite una gestión proactiva basada en evidencias. Esto mejora la eficiencia operativa, y contribuye a una mejor planificación sanitaria y una atención más centrada en la persona.

5- Extrapolación y sostenibilidad:

El éxito del piloto abre la puerta a una extensión territorial del modelo. No obstante, será necesario garantizar que la extrapolación no comprometa la calidad del circuito ni la capacidad de personalización según las particularidades de cada territorio. La sostenibilidad del modelo dependerá también de la capacidad de actualizarlo a las necesidades territoriales y adaptaciones tecnológicas.

REFLEXIÓN FINAL

Este proyecto presenta un paso estratégico hacia una gestión integrada y eficiente de la atención intermedia, con beneficios claros tanto para los profesionales como los pacientes. La clave de su éxito ha estado la combinación de visión territorial, liderazgo compartido y uso inteligente de los datos. Aún y las limitaciones tecnológicas iniciales, se ha demostrado que con voluntad y coordinación se pueden conseguir mejoras significativas en el sistema sanitario.



CONCLUSIÓN

La homogenización del circuito supone una mejora significativa en la gestión territorial de la demanda asistencial. Ante la variabilidad existente entre centros y la falta de información estructurada, se ha impulsado un modelo colaborativo, estandarizado y basado en datos que ha permitido:

- Mejorar la coordinación entre hospitales y CAI, facilitando el drenaje hospitalario y disminuyendo el tensionamiento del hospital de agudos.
- Disponer de un sistema de monitorización (CdM) que aporta visibilidad a tiempo real sobre las peticiones, demoras y traslados, favoreciendo la toma de decisiones informadas.
- Fomentar la participación activa de los profesionales en la definición e implementación del circuito, garantizando que el modelo dé respuesta a las necesidades del territorio.
- Establecer una base sólida para la exportación, con potencial de aplicación a otros territorios

Desde un punto de vista estratégico, las salidas de información aportadas por el CdM permiten identificar necesidades del territorio y planificar la compra de Servicios a las entidades proveedoras.

El instrumento de la Contraprestación por Resultados, como elemento variable de contrato de Servicios que establece el Servicio Catalán de la Salud con los proveedores entendemos que puede vincularse al proyecto.

En definitiva, este proyecto representa un ejemplo de buena práctica en la gestión integrada de servicios sanitarios, con un enfoque centrado en la persona, la eficiencia del sistema y la calidad.

ARTÍCULOS

HUMANIZANDO EL PROCESO DE AYUDA PARA MORIR: NUESTRO PRIMER CASO, LAS EMOCIONES DE LOS PROFESIONALES Y EL LIDERAZGO DIRECTIVO

José Enrique Sánchez Basallote
Subdirector Médico Área de Gestión
Sanitaria Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz (hasta 2024)
Subdirector Médico Hospital Universitario Puerta del Mar-San Carlos (Cádiz)
Ex vocal Andalucía SEAUS. Socio de la SEAUS
E-mail: josee.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es



El día 25 de marzo de 2021 se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), que regula el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas, a solicitar y recibir la prestación de ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse. Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atienda a esas personas, definiendo su marco de actuación.

Este derecho persigue el respeto a la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insopportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

La Ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes, que salvaguardan la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole. Se establecen las garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca, al mismo tiempo que, mediante la objeción de conciencia, se garantice la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en la ayuda médica, profesionales sanitarios que podrán ejercer, en su caso, su derecho a la objeción por razones de conciencia.

La LORE es de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español.

Es una prestación incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y los Servicios Públicos de Salud tiene que garantizar el derecho a recibir la ayuda para morir.

El Decreto 236/2021, aprobado el 20 de octubre del mismo año en la Comunidad Autónoma de Andalucía, crea y regula un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a la prestación de ayuda para morir, así como crea y regula la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir en Andalucía.



Servicio Andaluz de Salud **CONSEJERÍA DE SALUD**

En el Decreto se establece la composición de la Comisión que estará integrada por trece profesionales de las áreas de Medicina, Enfermería y Derecho, todos ellos expertos en Bioética, y cuenta con una presidencia, una vicepresidencia y once vocales titulares más otros seis suplentes que serán designadas y nombradas por la persona titular de la Consejería competente en materia de salud. Eutanasia+2025.

La Comisión es un órgano colegiado asesor, de carácter multidisciplinar, decisario y de control, que actúa con autonomía e independencia en el ejercicio de sus funciones, que van desde la verificación previa del cumplimiento de las garantías, el procedimiento regulador de la prestación hasta el control de este. Además, corresponde a este órgano la detección de problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en la LORE, aportar propuestas de mejoras para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos, así como la verificación de la prestación una vez esta se haya realizado.

NUESTRO PRIMER CASO

El 6 de junio de 2022, se nos presenta, en nuestra Área de Gestión Sanitaria (AGS), el primer caso de prestación de ayuda a morir, el caso de Manuel, paciente de 75 años, residente en un municipio rural de la Sierra de Cádiz y diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica avanzada, y que solicita a su médico de familia información sobre la prestación de ayuda a morir.



Ante esta demanda, su médico de familia solicita a sus responsables directivos, asesoramiento sobre el procedimiento a seguir e inicia el proceso informativo previo con el paciente y le proporciona información general, haciéndole entrega del "Documento de información para el paciente o representante que solicita información sobre la prestación de ayuda a morir".

Una vez que el paciente toma la decisión, cumplimenta la "Solicitud de prestación de ayuda médica para morir" (modelo 1 del proceso) con fecha 10 de junio. Esta solicitud, según el procedimiento, tiene que ser firmada por el paciente, en presencia del médico responsable, y por éste, y contempla la posibilidad de que, si el paciente no se encuentra en condiciones de firmar, puede ser firmada por una persona de confianza en su presencia, así que fue firmada por su pareja ya que el paciente no se encontraba en condiciones de firmar por incapacidad motora debido a lo evolucionado de su enfermedad.

Dada la situación clínica en la que se encontraba el paciente, el proceso lo inicia la médica de familia en el domicilio del paciente y ésta pasa a ser la médica responsable del proceso, además, era algo solicitado desde el primer momento por el paciente y su pareja.

Ese mismo día 10 de junio, esta primera solicitud queda registrada en un Registro auxiliar del Servicio Andaluz de Salud (SAS), enviándose por correo electrónico encriptado a la Comisión de Garantías y Evaluación de la Consejería de salud de Andalucía. De esta manera, la Comisión tiene constancia de que se ha iniciado un proceso de solicitud en un Centro Sanitario del SAS.

Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona sufra una enfermedad grave e incurable que origine sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insopportables sin posibilidad de alivio tolerable y un pronóstico de vida limitado y empeoramiento progresivo. También aquellos que presenten padecimiento grave, crónico e imposibilitante con limitaciones que inciden en la autonomía física y actividades de la vida diaria con sufrimiento asociado físico o psíquico constante y gran probabilidad de que las limitaciones persistan sin posibilidad de curación o mejoría. En cualquier caso, tiene que estar certificada por el médico responsable y así debe constar en el modelo específico (modelo 4).

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
4 Información previa						
5 • Reúne requisitos • Informe médico • Informe social • Certificación de la capacidad	6 Proceso deliberativo 1			7 Primera solicitud		
10	11	12	13	14 Segunda solicitud	15	16
17 Proceso deliberativo 2	18	19	20 Solicitud de continuar Consentimiento informado FILTRO 1 Médico responsable	21 Informe médico consultor FILTRO 2 Médico consultor	22	23
24 Comunicación a Comisión de Garantía y Evaluación	25	26	27	28 DÍA DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR	29	30
29	30 Informe favorable de Comisión de Garantía y Evaluación FILTRO 3 Comisión de Garantía	31	32 Solicitud de farmacos Cambio a médico responsable 2	33	34	
35	36	37	38	39	40	41

Además, debe acompañarse de los documentos de "Información médica sobre el proceso de solicitud de prestación de ayuda para morir" (modelo 5A) cumplimentado por la médica responsable, donde se recoge el proceso médico que padece, las alternativas o posibilidades de actuación (incluidos los cuidados paliativos integrales) y las observaciones que consideró pertinentes indicar; el de Información social sobre el proceso de solicitud de prestación de ayuda para morir (modelo 5B), que fue cumplimentado por la trabajadora social de la Unidad de Gestión Clínica (UGC), donde se recoge la situación social, los recursos sociales disponibles (incluidos los del Sistema de Atención a la Dependencia) y las observaciones que consideró la profesional; y el de valoración de situación (modelo 6) de la que, en nuestro caso, se consideró que el paciente era definitivamente capaz tras el cuestionario cumplimentado por la médica responsable donde se evalúa la capacidad de entendimiento, se explora el razonamiento y se valora la posible patología mental que pueda afectar la capacidad del solicitante.

Siguiendo con el procedimiento, en un plazo de dos días naturales de recibir la primera solicitud de prestación de ayuda a morir, la médica responsable tenía que remitir el documento de Información del proceso deliberativo 1 (modelo 10), y facilitar una copia al paciente o representante en un plazo máximo de 5 días naturales.

Así, el día 14 de junio, en este documento se recoge la certificación, con la información recabada, de que el paciente cumple los requisitos establecidos para solicitar la prestación de ayuda para morir, y que se ha llevado a cabo, juntamente con él, un proceso deliberativo del que se resume el diagnóstico, las posibilidades terapéuticas, las posibilidades de cuidados paliativos y las conclusiones más destacables del proceso deliberativo.

La Dirección Gerencia del AGS contesta al escrito de la médica responsable, que según la interpretación de la Ley en ese momento, el profesional objeta puede no participar en el proceso de la administración o dispensación de la sustancia para la muerte, pero sí está obligado a participar en el proceso previo de información y deliberativo que debe cursar el paciente hasta su última decisión.



Tras transcurrir más de 15 días naturales desde la primera solicitud, el día 24 de junio, el paciente entrega al médico responsable el modelo 11, "Solicitud de Prestación de Ayuda para morir: 2ª Solicitud", siendo firmada por ésta.

En un plazo de 2 días naturales de recibir la segunda solicitud de prestación de ayuda a morir se retoma el proceso deliberativo sanitario y la médica realiza el

informe en el plazo máximo de 5 días naturales de recibir la segunda solicitud de prestación de ayuda a morir, que realiza el 28 de junio: "Información Proceso Deliberativo 2".

El 30 de junio, el familiar del paciente entrega al médico responsable el modelo 13 "Solicitud de continuar/desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir" cumplimentado (tiene que haber transcurrido más de veinticuatro horas desde el segundo proceso deliberativo). Había dos posibilidades: Desistir o continuar con la solicitud de prestación de ayuda para morir. En nuestro caso fue la segunda opción, por tanto, procedió a firmar el formulario de consentimiento informado para recibir la prestación de ayuda para morir (modelo 14). Se supera así, el primer filtro del proceso que es el del médico responsable. Llegado a este punto, se asigna un médico consultor, facultativo con formación especializada en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo asistencial del médico responsable.

Para dar respuesta a las actuaciones necesarias en el desarrollo del proceso que contempla la Ley, desde la Dirección Asistencial del AGS se contactó con la Directora de la UGC de Neurología del Hospital de referencia (Hospital del SAS de Jerez de la Frontera), que no era el Servicio que hacía seguimiento de la patología de este paciente, ya que lo hacía en la Unidad de Esclerosis del Hospital Puerta del Mar de Cádiz.



Se insiste en que el médico consultor no debe formar parte del mismo equipo del médico responsable, ni debe haber intervenido previamente, salvo situaciones excepcionales, en el proceso asistencial del paciente.

Tras el plazo máximo de 10 días naturales desde segunda solicitud, el 1 de julio el médico consultor corrobora el cumplimiento de las condiciones establecidas y cumplimenta el modelo 15 "Conclusiones informe consultor/a". Se supera el segundo filtro, el del médico consultor.

El día 4 de julio, el médico responsable pone en conocimiento del Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación de la Consejería de Salud de Andalucía, los documentos a efecto de que se realice el control previo previsto en la Ley, para lo que cumplimentó el modelo 16 "Comunicación a la comisión de garantía (se tiene un plazo máximo de tres días hábiles).

El Presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designa a un médico y jurista (dispone de un plazo de 2 días) quienes emitirán un informe dirigido a la Dirección del Centro y al médico responsable (en el plazo máximo de 7 días naturales).

Al pasar los 7 días naturales en el que se debería haber recibido el informe, el día 13 de julio se contacta con la Comisión de Garantía y Evaluación, y tras solventar una incidencia en la remisión de la documentación, el día 20 de julio se recibe la decisión favorable de dicha Comisión, sirviendo esta Resolución a los efectos de realización de la prestación. Se supera el filtro 3, el de la aprobación por la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir en Andalucía.

El día 20 de julio, la médica responsable solicita el uso de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas en España (modelo F) para hacer efectiva la prestación de ayuda a morir y solicita los medicamentos necesarios al Servicio de Farmacia Hospitalaria del AGS.

El día 21 de julio se procede al cambio de médico responsable motivado por la objeción de conciencia de ésta para la administración del tratamiento, siendo otro médico del Centro de Salud el nuevo médico responsable del paciente. Así, se comunica a la Comisión de Garantía y Evaluación del cambio de médico responsable (modelo de cambio de médico responsable).

El día 22 de julio se lleva a cabo la prestación de ayuda a morir en el domicilio del paciente por el nuevo médico responsable junto con el equipo de enfermería designado. El médico responsable cumplimenta ese mismo día el modelo 19 (Documento primero de comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir).



Existe un plazo máximo 5 días hábiles después de la prestación. Ese mismo día, el médico responsable cumplimenta el Documento segundo de comunicación a la comisión tras la prestación. Para ello, también hay un plazo máximo 5 días hábiles después de la prestación.



En todo momento, hubo un acompañamiento a la familia del paciente mientras se llevaba a cabo la prestación de ayuda a morir por parte de la médico responsable objetora, de la enfermara gestora de casos (también objetora) y de la trabajadora social, demostrando gran sensibilidad y humanización en todo el proceso y en ese momento de la prestación.

La prestación de ayuda para morir constituye una experiencia profundamente compleja desde el punto de vista ético, emocional y profesional para los sanitarios implicados, por lo que es de gran valor conocer las reflexiones y emociones de los profesionales intervenientes en un caso de prestación de ayuda para morir un tiempo después de su finalización.

Con todo lo vivido en el caso descrito, a los tres meses de finalizado el proceso se enviaron por correo electrónico preguntas abiertas a los profesionales que intervinieron en este caso de ayuda para morir con el objetivo de explorar sus vivencias, reflexiones y sugerencias.

Las preguntas abordaban aspectos de cómo vivieron el proceso, en qué les hizo pensar, qué extrajeron de positivo y negativo, qué cambiarían, qué sugerencias harían para mejorar, cómo valoraron la coordinación entre profesionales y con sus equipos directivos.

Los profesionales que habían participado fueron la médico responsable 1, la médica de cuidados paliativos domiciliarios, la trabajadora social, el médico consultor, el farmacéutico del servicio de Farmacia, el médico responsable 2 y el equipo asistencial de enfermería (2 enfermeras de familia y 1 enfermera gestora de casos).



Todos los intervenientes en el proceso de ayuda a morir mostraron su satisfacción y se consideraron muy útiles para poder cumplir los deseos del paciente, tienen buenos recuerdos de cómo se desarrolló la intervención y la actuación llevada a cabo humanizando el proceso. Hay que destacar la labor de acompañamiento que durante el proceso hicieron, además de con el paciente, con la familia.

El procedimiento administrativo fue lento y complejo, pero les resultó muy positivo y la experiencia a nivel personal y laboral les fue muy gratificante.

La familia, y el propio paciente antes de llevarse a cabo el procedimiento, manifestaron e insistieron en que se le diese difusión a su proceso para que ayudase a otros solicitantes en la toma de la decisión y que conociesen el procedimiento, así como sus inquietudes e incertidumbres.

LAS EMOCIONES DE LOS PROFESIONALES

Las distintas respuestas que dieron los profesionales intervenientes se clasificaron en cinco ejes temáticos, y se describen, textualmente, las más representativas:

1. Reflexión ética y reconsideración personal

- “La enfermedad de Manuel había ido avanzando y con ella su sufrimiento físico y espiritual. Las entrevistas con Manuel y su esposa estaban llenas de conocimientos y de reflexiones sobre la vida y su forma de verla. Manuel era muy transcendental y siempre hablaba de su parte espiritual.” (Médico de familia responsable 1, objetora)
- “Empatizar con Manuel me ha hecho pensar que quizás un día sea yo “Manuel”, no sé las circunstancias que me tocará vivir, pero si algún día solicito la LORE, me gustaría que los profesionales sanitarios pudieran ayudarme y no negarse a la prestación”. (Médico Cuidados Paliativos, objetora)
- “Creo que Manuel antes de irse supo proporcionarnos a todos los conocimientos para poder resolver nuestros propios conflictos, ahora no miro la ley con miedo, pienso que habrá que valorar e individualizar cada caso dentro de los márgenes legales y en cuanto a mi objeción es muy probable que la retire”. (Médico Cuidados Paliativos, objetora)
- “Respeto el derecho del paciente, aunque no lo comparta”. (Médico consultor, neuróloga, objetora)
- “Aceptar que una persona no quiere seguir sufriendo, y ayudarle a marcharse, te hace plantear la importancia de nuestra profesión”. (Enfermera de familia 1)

2. Impacto emocional y vivencia personal

- “Tanto en lo personal como en lo laboral me siento satisfecha, mi paciente pudo cumplir su deseo y su derecho de autonomía ante la solicitud de ayuda médica para morir, siendo un derecho fundamental también al final de la vida, consiguió tener una muerte digna y tranquila en su casa acompañado de sus seres queridos y pudiéndose despedir de ellos” (Médico de familia responsable 1, objetora)
- “Llega un momento que has vivido tanto este proceso con ellos, que empatizas con el paciente y su familia que casi llegas a mimetizarte y comprendes que a veces hay un sufrimiento que va más allá de tu entendimiento”. (Médico de familia Responsable 1, objetora)





- "Para mi Ivet, es la imagen del amor puro, nunca olvidaré las atenciones hacia su esposo, y la forma de dejarle marchar tan generosa" (Médico Cuidados Paliativos, objetora)
- "Aunque Manuel demandaba información sobre la prestación de ayuda a morir, sobre los cuidados paliativos, sobre la sedación paliativa, todavía quería seguir disfrutando de su esposa, de su hijo, de la lectura y de pequeños placeres como comerse un bombón de licor." (Médico Cuidados Paliativos, objetora)

- "Siento gran satisfacción por la experiencia vivida; tanto a nivel profesional como personal ha sido enriquecedora" (Trabajadora Social)
- "Pasamos muchos nervios, y brotaron lágrimas de tristeza y a la vez de alegría. Todo fue muy íntimo, su familia y nosotros. El clima fue de tranquilidad. Se respiraba paz". (Enfermera de familia 1)
- "Fue una experiencia de sentimientos encontrados, no tenemos normalizada la idea de ayudar a morir a una persona, pero ese día cuando ya pasó todo, sentí la satisfacción, al ayudar a esa persona cumplir su deseo de pasar a otra vida y ver a una familia agradecida por ayudarlos en el proceso". (Enfermera de familia 1)
- "Ese día, me desperté con alegría por saber que Manuel sería feliz". (Enfermera de familia 2)
- "Me maravilló la entereza de su hijo de 14 años...me dio las gracias". (Enfermera Gestora de Casos)
- "El agradecimiento de los familiares tras el proceso, que se desarrolló según el protocolo y sin incidencias, fue de las mejores vivencias profesionales que he tenido". (Médico de familia Responsable 2)

3. Coordinación y apoyo institucional

- "Conocer a Manuel me dio la oportunidad de reflexionar sobre todo el proceso, además de aprender de modelos, documentos y plazos a pasos agigantados... pero el mayor aprendizaje no fue la documentación sino entender que hay sufrimiento que no pueden mitigarse de otra forma... con todo lo vivido con el paciente me sentí a su lado, deseando que aprobasen su petición y por fin pudiera ir hacia la luz ansiada". (Médico Cuidados Paliativos, objetora)
- "La comunicación entre profesionales fue muy fluida y eficaz" (Farmacéutico de AP)
- "Esa mañana a las 8:00h, me pase por el Servicio de Farmacia del Hospital para recoger la medicación y llevarla hasta el domicilio de Manuel...estaba tan nerviosa que parecía que llevaba una bomba en el coche" (Enfermera Gestora de Casos)



4. Sugerencia de mejora

- "Por una parte me sentía responsable de ayudar al paciente a que su solicitud fuese valorada y por otra me angustiaba el no tener formación ni saber qué pasos tenía que dar para iniciar el proceso. Debería haber referentes claros para ciertos pasos del procedimiento". (Médico de familia responsable 1, objetora)
- "Necesitamos tener referentes para que nos informen, ayuden y asesoren en el proceso, ya que un caso de ayuda a morir no se presenta todos los días, y cuando nos llega una solicitud no sabemos el procedimiento a seguir" (Médico de familia responsable 1, objetora)

5. Dilemas profesionales

- "Tuve incertidumbres y dudas al ser finalmente quien realizó el acto" (Médico Responsable 2)
- "Siempre usamos los medicamentos con fines curativos, para estabilización de las patologías, fines paliativos o diagnósticos, pero nunca se nos había dado el caso de tener que preparar unas dosis con el fin último de apagar una vida" (Farmacéutico de AP)
- "Estamos hechos para dar y mantener vida y me llaman para quitarla, sentí que era obligación y parte de mi profesión, cuidar a Manuel, y en ese cuidar está ayudarlo a no tener dolor ni sufrimiento, al fin y al cabo, haría lo que hace un enfermero, cuidar y ayudar". (Enfermera de familia 2)

EL LIDERAZGO DIRECTIVO: LA CREACION DE LOS EQUIPOS REFERENTES LORE

Una demanda expresada por los profesionales sanitarios era la necesidad de información, formación y asesoramiento por parte de profesionales expertos, que les orienten para poder llevar a cabo esta prestación cuando una persona lo solicita.

El Servicio Andaluz de Salud, en septiembre de 2024, da instrucciones a sus Centros directivos para que constituyan y dispongan de "Equipos Referentes LORE" que asistan a los profesionales sanitarios, fundamentalmente a médicos responsables y consultores en el proceso de la prestación de ayuda para morir.

Estos Equipos Referentes están constituidos por un grupo de profesionales, que incluye los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Hospitalaria), de forma que se garantice la continuidad asistencial de los pacientes. Entre sus componentes se designa a un Coordinador del Equipo, que es el interlocutor de referencia tanto con la Comisión de Garantía y Evaluación como con la Administración Sanitaria y los profesionales que soliciten su asesoramiento. La figura del coordinador como interlocutor mejora la fluidez y eficacia de la comunicación institucional.

Los Equipos cuentan con representación y el liderazgo de los equipos Directivos Asistenciales y se aconseja que los miembros del Equipo de Referentes LORE tengan formación y, a ser posible, experiencia en Bioética.

Se establece un correo electrónico de contacto, a disposición de los profesionales que requieran realizar una consulta y el circuito interno de gestión de las consultas que reciban.

El profesional que solicite una consulta tiene que aportar los datos clínicos relevantes del paciente, informar de la primera valoración realizada y las dudas concretas que desea aclarar con el Equipo Referente.

Se establece un correo electrónico de contacto, a disposición de los profesionales que requieran realizar una consulta y el circuito interno de gestión de las consultas que reciban.

El profesional que solicite una consulta tiene que aportar los datos clínicos relevantes del paciente, informar de la primera valoración realizada y las dudas concretas que desea aclarar con el Equipo Referente.



La solicitud de consulta se registra en un sistema de seguimiento para asegurar la trazabilidad y monitorización del caso y se determina el grado de prioridad de la consulta:

- Prioridad alta: Consultas relacionadas con pacientes en estado terminal que requieren atención inmediata o en plazos cortos.
- Prioridad media: Solicitudes de información o asesoramiento respecto a la tramitación de la prestación de ayuda para morir, con una necesidad de respuesta rápida (ej. dudas sobre documentación o procedimientos).
- Prioridad baja: Consultas relacionadas con formación, normativas o actualizaciones, o aquellas que no afectan directamente la toma de decisiones inmediatas en un caso clínico.

El coordinador, en el caso que proceda, asignará la consulta a un miembro específico del equipo, dependiendo de la naturaleza de la consulta:

- Aspectos éticos: profesional del Comité de Ética Asistencial
- Dudas clínicas: profesional de Atención Primaria, Hospital o Cuidados Paliativos
- Asuntos psicosociales: Trabajador/a social o Unidad de Salud Mental.
- Cuestiones legales o administrativas: Responsable de Atención a la Ciudadanía.
- Dudas y asesoramiento sobre el procedimiento: Coordinadora del Equipo y referente del proceso de ayuda a morir y voluntades vitales anticipadas.

La primera respuesta al profesional consultante se hace en los siguientes plazos en función de la prioridad:

- Consultas de alta prioridad: Respuesta inicial en menos de 24 horas.
- Consultas de prioridad media: Respuesta en un plazo de 48-72 horas.
- Consultas de prioridad baja: Respuesta en un plazo de 5 días hábiles.

El profesional asignado debe proporcionar la respuesta al coordinador y este se la hará llegar al profesional solicitante.

Si la consulta es de una naturaleza compleja que involucra varios aspectos (éticos, clínicos y psicosociales), el coordinador convoca una reunión del Equipo Referente para discutir el caso, que puede realizarse de manera presencial o virtual, dependiendo de la urgencia, para proporcionar una respuesta conjunta y consensuada.

Una vez recibida la respuesta no vinculante del Equipo Referente, el médico responsable o el médico consultor toma la decisión que estime oportuna.

El profesional solicitante de la consulta informa al paciente sobre la evolución de su solicitud tras la consulta con el equipo referente y explica al paciente, de manera clara y comprensible, las recomendaciones del equipo y los siguientes pasos a seguir, en caso de que se continúe con el proceso.



Dependiendo del tipo de consulta, puede ser necesario mantener un contacto continuado con el profesional solicitante para ofrecer apoyo a lo largo del proceso, incluso si es necesario, se ofrece apoyo psicológico al equipo involucrado en el proceso. Además, en todo el proceso se mantiene el más estricto cumplimiento de la intimidad, confidencialidad y protección de datos.

El coordinador del Equipo Referente se asegura que el profesional solicitante ha recibido una respuesta adecuada y está satisfecho con el apoyo recibido y registra en la historia del paciente un resumen de la consulta realizada, la respuesta que se ha dado y las decisiones tomadas.

Con la creación de los Equipos referentes LORE se establece un plan de difusión que permite informar a todos los profesionales (Atención Primaria, Hospitalaria y otros servicios) de su existencia y su función en el proceso de eutanasia, así como, informar del circuito para que los profesionales sepan cómo y cuándo dirigirse al Equipo para solicitar apoyo y asegurar la accesibilidad a los recursos del equipo, promoviendo el uso del correo electrónico para consultas.

La existencia de un Equipo de referencia proporciona seguridad, respaldo y acompañamiento a estos profesionales, reduciendo la carga emocional y ética que conlleva este proceso, altamente sensible.

Bibliografía:

- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. BOE nº 84, 8 abr 2010. p. 31379-84.
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE nº 72, 25 mar 2021. p. 32999-33012. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
- Decreto 236/2021, de 19 de octubre, por el que se crea y regula el Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia y la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir en Andalucía. BOJA nº 203, 21 oct 2021. p. 128-44. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/boja/2021/202/BOJA21-202-00002-15204-01_00199943.pdf
- Instrucción de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, de 26 de septiembre de 2024, sobre creación de Equipos Referentes LORE. Sevilla: SAS; 2024.Junta de Andalucía.



ARTÍCULOS

EL LIDERAZGO COMO MOTOR DEL FUTURO SANITARIO

El liderazgo continuado es fundamental para afrontar los retos actuales y futuros de la atención sanitaria. En un contexto marcado por el cambio constante, la innovación y el aumento de la complejidad asistencial, se hace necesario un liderazgo capaz de adaptarse, aprender de forma permanente y guiar a los equipos hacia una atención de calidad y centrada en las personas.

En esta línea, **Almudena Santano y María Hoyos** aportan su visión sobre la importancia de un liderazgo que impulse el desarrollo profesional, la toma de decisiones responsables y la humanización de la atención sanitaria.

ALMUDENA SANTANO MAGARIÑO

Directora Gerente Hospital Infanta

Cristina

Secretaria patronato Fundación

Humans

E-mail: almudena.santano@salud.madrid.org



La transformación del sistema sanitario en el siglo XXI exige un **liderazgo que integre arte, disciplina y una visión clara de futuro**. Durante el XX Congreso de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, reflexionamos sobre cómo los líderes en salud pueden marcar la diferencia en un entorno cada vez más incierto, complejo y digitalizado, sin perder de vista el componente humano que define la esencia de la atención sanitaria.

El liderazgo en salud es una competencia desarrollable que, cuando se ejerce como arte, moviliza emociones, inspira y cohesiona equipos hacia una visión compartida. Por otro lado, cuando se concibe como disciplina, se convierte en un mecanismo estructurado para gestionar recursos, optimizar procesos y garantizar la calidad asistencial. Sin embargo, este enfoque no puede desligarse de un aspecto crucial: el humanismo como determinante social en la salud.

La salud, entendida como un derecho fundamental, está profundamente influenciada por el contexto social, económico y cultural de cada individuo. El humanismo en la gestión sanitaria representa una respuesta a esta realidad, colocando a la persona en el centro del sistema y reconociendo su dignidad y singularidad.

Más allá de un enfoque asistencial, se trata de una filosofía de gestión que promueve el cuidado holístico y el respeto por la experiencia vivida del paciente. En este marco, el liderazgo humanista, tal y como lo describe **Xavier Marçet**, emerge como un modelo que prioriza la ética, el compromiso y la capacidad de escucha activa, entendiendo que el verdadero liderazgo no se impone, se inspira. **Marçet define al líder humanista como aquel capaz de integrar conocimiento y valores, construyendo entornos de trabajo donde la confianza y el respeto mutuo son pilares fundamentales.** En el ámbito sanitario, esto se traduce en una cultura organizativa que fomenta el aprendizaje continuo, el empoderamiento del equipo y una visión compartida del propósito común: cuidar de las personas. El líder humanista reconoce, además, el valor de la diversidad y promueve una cultura inclusiva y resiliente, donde cada profesional se siente valorado y participe del propósito común.

La capacidad para reconocer y gestionar tanto las emociones propias como las del equipo se ha convertido en un eje estratégico para los líderes sanitarios. Aquí entran en juego **dos inteligencias clave: la emocional y la digital.** La primera permite entender y gestionar las emociones de manera efectiva, reduciendo el burnout y fortaleciendo la cohesión entre disciplinas clínicas. La segunda, la inteligencia digital, facilita la integración de tecnologías en los procesos asistenciales, impulsando la alfabetización tecnológica de los equipos y garantizando una transición ética y equitativa hacia la digitalización. **La clave está en conjugar empatía humana con algoritmos, asegurando que la tecnología sea un medio y no un fin en sí mismo.** Así, el liderazgo humanista se muestra también como un liderazgo tecnológico consciente, capaz de integrar innovación sin perder de vista los valores que fundamentan el cuidado de la salud.

En un entorno clínico marcado por la digitalización, la capacidad para interpretar y utilizar datos se ha convertido en un imperativo estratégico.



La promoción de una cultura data-driven, donde los indicadores de salud y los resultados clínicos orienten las decisiones, fortalece la seguridad del paciente y optimiza los recursos. Liderar desde la evidencia es liderar con responsabilidad y compromiso, pero siempre desde una visión humanista que no olvide el componente emocional del cuidado.

El liderazgo continuado en el ámbito sanitario demanda un equilibrio entre arte, disciplina, tecnología y datos. Los directivos de salud tienen la responsabilidad de orquestar estas dimensiones para anticipar el futuro y responder a las necesidades cambiantes de pacientes y profesionales. En esta sinfonía organizativa, **el liderazgo actúa como el director capaz de armonizar emoción, razón y tecnología para un sistema de salud más resiliente y humano.**

"La verdadera fortaleza de un líder se mide no solo en su capacidad para decidir, sino en su habilidad para inspirar y transformar". Así, estaremos no solo respondiendo a los retos presentes, sino también preparando un camino sólido para el futuro de la atención sanitaria, un futuro donde la humanización no sea una opción, sino un compromiso ineludible.

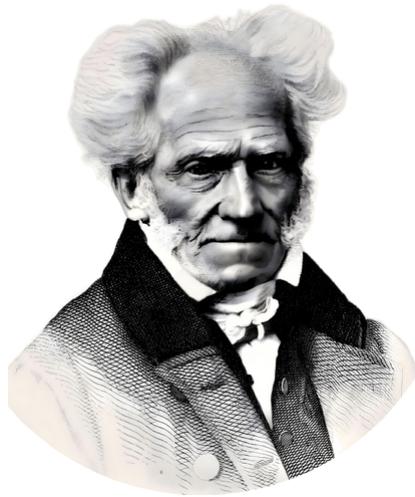
MARÍA HOYOS VÁZQUEZ

Directora de Gestión y SSGG GAI
Albacete (SESCAM)
Presidenta Agrupación Territorial
SEDISA CLM

E-mail: mhoyos@sescam.jccm.es



En términos generales, las características que definen a un buen líder incluyen una personalidad atrayente, coherencia entre lo que se piensa, se dice y se hace, un adecuado equilibrio entre el corazón y la cabeza, autoridad bien entendida, capacidad para contagiar entusiasmo y valentía para mostrar en público sus creencias y su identidad. Un liderazgo auténtico se construye desde la credibilidad personal y desde la capacidad de inspirar a otros a dar lo mejor de sí mismos.



En el sector de la Salud, las habilidades relacionadas con la gestión de personas y de emociones adquieren una relevancia todavía mayor. Como decía Schopenhauer, “*la salud no lo es todo, pero sin salud todo lo demás es nada*”.

Las personas acuden a nuestros centros sanitarios con miedo, sintiéndose vulnerables, preocupadas, con ansiedad, con dolor o incertidumbre. Este contexto hace que la relación humana sea un elemento central de nuestro trabajo. Por ello, nuestros profesionales deben contar con habilidades muy específicas para tratar con las personas, y nuestros líderes, aún más.

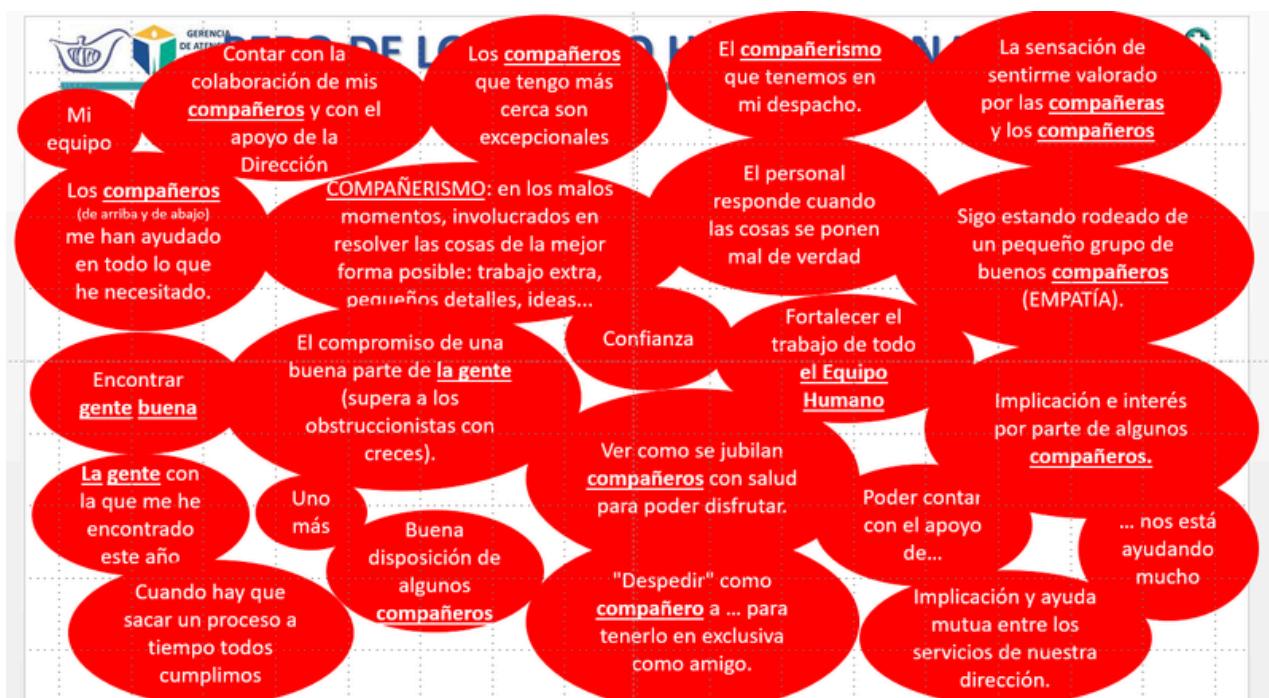
En primer lugar, porque deben servir de ejemplo al resto de la organización y, en segundo lugar, porque nuestro sector no solo trabaja para las personas, sino que trabaja fundamentalmente con ellas.

Por este motivo, competencias como la comunicación, la empatía, la gestión de equipos, la resolución de conflictos o la inteligencia emocional, que ya son importantes en cualquier ámbito, resultan imprescindibles en el nuestro. La forma en que se lidera influye directamente en el clima laboral, en la motivación de los equipos y, en última instancia, en la calidad de la atención que se presta a la ciudadanía.

Para fomentar una cultura de innovación y de mejora continua en los equipos, es fundamental mantener una inquietud permanente por aprender, crecer y seguir formándose, evitando caer en la comodidad del “siempre se ha hecho así”.

No basta con tener esa inquietud a nivel individual; es igualmente importante ser capaz de transmitirla y contagiarla al resto del equipo. Sin embargo, **para que la innovación y el cambio sean posibles, el primer paso es lograr que exista un verdadero EQUIPO.**

En este sentido, antes de Navidad realicé una pequeña encuesta entre todos los mandos intermedios de la Dirección de Gestión de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Les pregunté qué había sido, para ellos, lo mejor y lo peor del año 2024 en el trabajo. Aunque la encuesta no tiene validez científica, para mí resultó especialmente reveladora. **Veinticinco respuestas hacían referencia a aspectos relacionados con el trabajo, la formación o la calidad; seis mencionaban la motivación; diez se centraban en el clima laboral; y nada menos que veintitrés señalaban el compañerismo como lo mejor del año.**



Precisamente, es en aquellos servicios en los que los líderes destacaron estos aspectos donde se percibe claramente que las personas están a gusto, se sienten parte de un equipo y se reconocen como buenos compañeros. Y es también en esos mismos servicios donde, durante el último año, se han producido avances muy significativos en la gestión del cambio, así como en la mejora e innovación de procedimientos. ¿Casualidad o causalidad? ¡Ahí lo dejo!



ESTUDIO

EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001 COMO HERRAMIENTA VERTEBRADORA DE NUESTRO SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE: EVOLUCIÓN EN UNA SELECCIÓN DE INDICADORES

Pastor Fructuoso, MP (a) (b), Helguera Gallego, A (a)(b), Martín Clemares, S (a), Pérez Iruela, JA (a)(c), Gómez Martínez, M del Val (a)

- (a) Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- (b) Universidad de Alcalá de Henares.
- (c) Universidad Alfonso X, El Sabio.

Hospital Universitario ramón y Cajal
M-607, Km. 9, 100, Fuencarral-El Pardo, 28034 Madrid.
Teléfono: 913362970
purificacion.pastor@salud.madrid.org



Resumen / Abstract

El presente estudio tiene por objetivo analizar la evolución de indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en el Servicio de Información y Atención al Paciente (SIAP) del Hospital Universitario Ramón y Cajal, certificado bajo la norma UNE-EN ISO 9001 :2015. Para lo que se estudia retrospectivamente, la evolución de cuatro indicadores del SGC en el intervalo de tres años (2022, 2023 y 2024) que son los siguientes: satisfacción global de los clientes, cumplimiento de objetivos estratégicos vinculados al análisis DAFO, adecuación de recursos humanos (formación continua y satisfacción del personal), y desempeño de acciones de mejora. Los resultados muestran una tendencia creciente en la satisfacción de los usuarios, especialmente en 2024, coincidiendo con una mayor alineación de los objetivos y acciones de mejora con las necesidades del entorno y de las partes interesadas. El estudio concluye que la implementación sistemática del SGC ha facilitado la toma de decisiones estratégicas, la planificación orientada al contexto y la mejora continua, consolidando al SIAP como un puente eficaz entre la ciudadanía y la administración sanitaria.

Palabras clave / Keywords

Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), Satisfacción de los clientes, Indicadores de calidad, Mejora continua, Contexto SIAP.

Introducción

Los Servicios de Información y Atención al Paciente (SIAP) contribuyen significativamente a la calidad asistencial de los centros sanitarios. En el marco de sus competencias, estos servicios proporcionan información conforme a las directrices legales, gestionan situaciones de insatisfacción manifestadas por los usuarios¹ y coordinan recursos de voluntariado. Este último aspecto resulta clave para reducir la distancia social con determinados grupos poblacionales y aumentar la efectividad de actividades asistenciales, de promoción de la salud y de mejora en la accesibilidad, entre otras funciones².

En este sentido, los SIAP actúan como puente entre la administración sanitaria, los profesionales, los pacientes, sus familiares y los voluntarios.

Las crecientes necesidades y expectativas de los usuarios han impulsado estrategias centradas en situar al paciente en el centro de los procesos asistenciales, reconociéndolo como un recurso coste-efectivo e infroutilizado por el sistema³ donde los SIAP al gestionar la atención, quejas, sugerencias y necesidades de los usuarios, son una fuente para canalizar las mejoras organizacionales. El informe de Deusto³ destaca la necesidad de “tender puentes” entre pacientes, profesionales y gestores. Esta es precisamente una de las funciones centrales del SIAP, que actúa como interfaz entre la ciudadanía y la administración sanitaria, facilitando la comunicación bidireccional y la resolución de conflictos.

Paralelamente, nos enfrentamos a entornos caracterizados por la volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad (VICA), que exigen enfoques basados en visión, comprensión, claridad y agilidad⁴. En 2020, Jamais Cascio propuso una actualización de este marco bajo el acrónimo BANI :Brittle”(Frágil), “Anxious” (Ansioso), “Non-linear”(No lineal) e “Incomprehensible”(Incompresible)⁵, que describe con mayor precisión los desafíos actuales.

En este contexto, las actividades desarrolladas por los SIAP requieren una gestión estructurada, con directrices específicas y alineadas con los marcos normativos y estratégicos vigentes.

Los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC), especialmente bajo la norma ISO 9001:2015⁶, aportan mejoras en la visibilidad interna y externa, así como en la documentación, revisión y comunicación de los procesos⁷. Además, integran el análisis del contexto y de las necesidades de las partes interesadas, lo que permite una planificación alineada con el propósito organizacional⁶.

Nuestro SIAP está certificado bajo la norma UNE-EN ISO 9001 desde 2013. Durante este periodo, hemos afrontado cambios organizativos, de personal y coyunturales (como la pandemia).

La gestión de los procesos en el servicio sigue la estructura general de clasificación y representación en el mapa de procesos en el que se diferencian tres tipos de procesos: Estratégicos, Operativos y de apoyo.



Actualmente, el SIAP se estructura en tres procesos operativos: Información, atención al paciente y gestión del voluntariado. Estos se relacionan con los procesos estratégicos, que se agrupan en los correspondientes a la evaluación del desempeño (indicadores, satisfacción, auditorías, no conformidades) y a la planificación de mejoras y objetivos (alineados con partes interesadas y contexto) y que se realizan mediante los procesos de soporte, que incluyen los recursos humanos y materiales, el control de la información documentada y la comunicación, principalmente. (Ilustración 1).

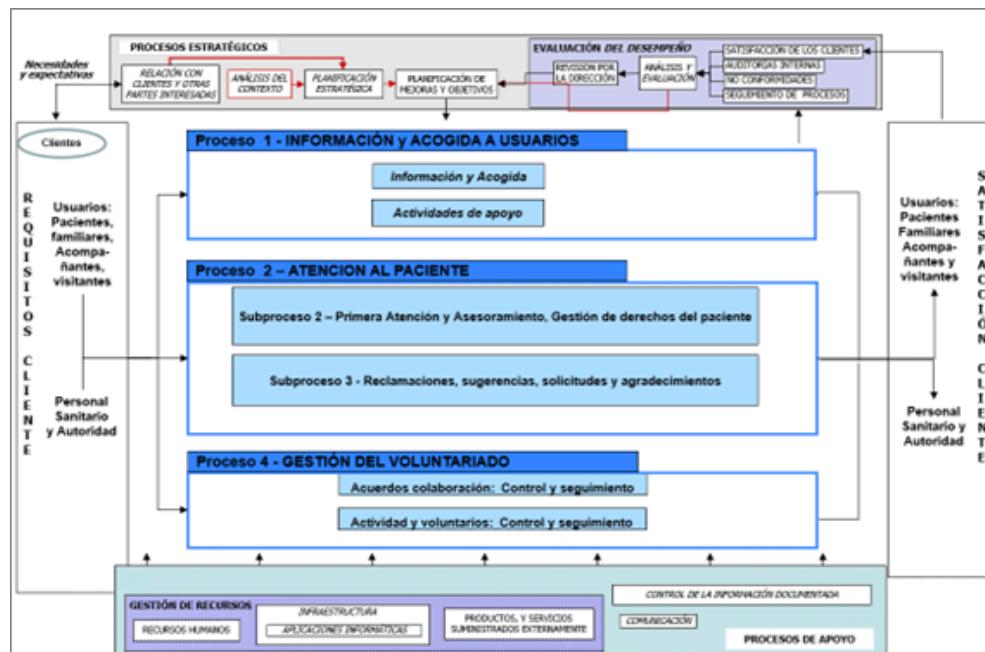


Ilustración 1: Mapa de procesos SIAP

Objetivo

Analizar la evolución de algunos de los indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Servicio de Información y Atención al Paciente (SIAP), con el fin de evidenciar su utilidad como herramienta estratégica para identificar, medir y mejorar la satisfacción de los clientes internos y externos en un entorno sanitario complejo y cambiante.

Material y métodos

Para la elaboración de este estudio retrospectivo, hemos tomado tres años de evolución del SGC, correspondientes a los años 2022, 2023 y 2024, con el propósito de estudiar en un ciclo de certificación la relación entre algunos de sus indicadores.

Para ello, hemos seleccionado los siguientes indicadores:

-Evolución del indicador de satisfacción global de los clientes (ISC).

Este indicador engloba los dos tipos de clientes que tiene el SIAP que son los clientes internos (profesionales que pertenecen al centro hospitalario o a sus centros de especialidades y que reciben servicios desde SIAP) y los clientes externos que representan a los profesionales ajenos al centro hospitalario y sus centros de especialidades periféricas, así como a los usuarios, familiares y acompañantes).

Este trabajo no segmenta los clientes internos y externos, sino que la N comprende ambos tipos.

La satisfacción se mide a través de encuestas que se distribuyen en el periodo de un año mediante la generación de un código QR que permite acceder al cuestionario y de éste, nos centramos en la respuesta de valoración global para la que se ha definido un estándar de satisfacción establecido que determina que $\geq 80\%$ de los encuestados deben haber puntuado ≥ 8 en la encuesta cuantitativa con escala de 1 a 10, para considerarse satisfechos globalmente.

En este indicador, representaremos el porcentaje de clientes satisfechos a lo largo del periodo de estudio.

-Evolución del indicador de cumplimiento de objetivos (IO) (considerando únicamente los objetivos vinculados DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).

En este indicador medimos los objetivos vinculados al DAFO que se han cumplido en número y porcentaje sobre el total de objetivos planificados, considerando que, para cumplir este criterio, cada uno de ellos ha de relacionarse con alguna cuestión interna o externa de este registro.

-Evolución del indicador de adecuación de recursos humanos. (IARH).

La selección de este indicador se justifica por la relación expresada por algunos autores⁹ entre la mejora de la competencia mediante la formación continua y la satisfacción de los clientes con el servicio en la medida en que este recurso, facilita afrontar los retos del entorno.

Mediremos el porcentaje de personas que reciben, al menos, una acción formativa y la satisfacción de los profesionales del servicio con la mencionada formación, para el que se establecerá un estándar de $\geq 80\%$ de profesionales que puntuán ≥ 8 .

De este indicador, excluimos las acciones formativas que se consideran iniciales al incorporarse al puesto de trabajo porque no se consideran actividades que mejoren la cualificación, sino que adaptan al profesional en su incorporación.

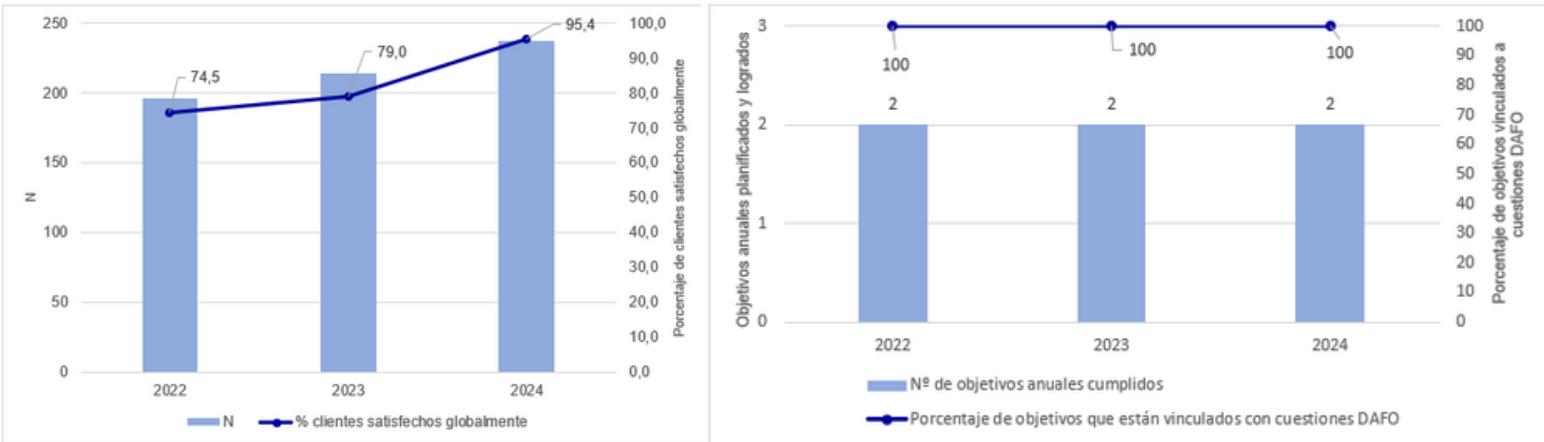
-Evolución en el desempeño de acciones de mejora. (IAM)

Consideramos acciones de mejora (AM) como aquellos planes que aportan un valor concreto en eficiencia, eficacia o adaptación del SGC a la realidad de su operación. Seleccionaremos aquellas que tienen su origen en cuestiones DAFO o partes interesadas para analizar el comportamiento en el tiempo comparando el número y su porcentaje de cumplimiento en la serie de tres años.

Resultados

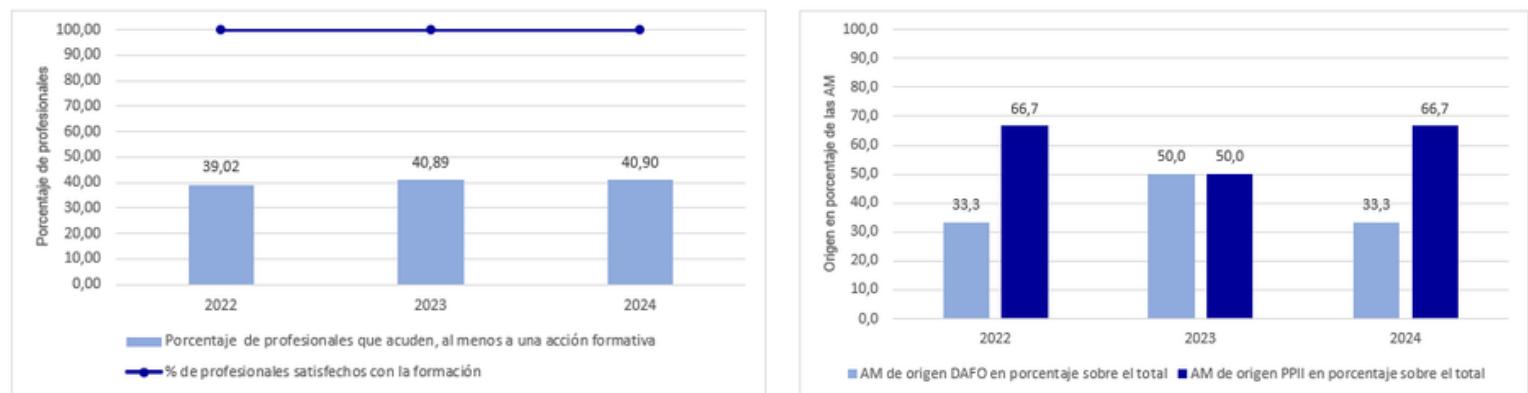
1. Evolución del indicador de satisfacción global de los clientes. (ISC): en la gráfica 1 se evidencia que el porcentaje de clientes satisfechos sigue una tendencia creciente hasta el máximo (95,2%) en el año 2024.
2. Evolución del indicador de objetivos. (IO): en la gráfica 2, observamos que, durante los tres años de la serie, los dos objetivos planificados y que estos, siempre están relacionados con alguna cuestión del DAFO, considerado como enfoque estratégico.





Gráfica 1 y 2: Evolución en la satisfacción de los clientes. En encuesta cuantitativa, el porcentaje de usuarios (internos/externos) que puntúan ≥8, en una escala de 1 a 10.

3. Evolución del indicador de adecuación de recursos humanos. (IARH): en el comportamiento de este indicador se evidencia que, a pesar de que nuestros profesionales están satisfechos con la formación recibida, el porcentaje de éstos que acuden a las acciones que se ofertan, no alcanza la mitad de la plantilla estructural de los profesionales.
4. Evolución en el desempeño de acciones de mejora. (IAM): de la gráfica 4, se desprende que las AM están enfocadas a mejorar necesidades y expectativas de las PPII o derivan de cuestiones del DAFO. En el año 2022 y 2024 son mayoritariamente dirigidas a las PPII y en 2023, se reparten entre ambos orígenes.



Gráfica 3: Evolución del porcentaje de profesionales que reciben, al menos, una acción formativa y porcentaje de profesionales satisfechos con la formación recibida (aquellos que, recibiendo formación, la evalúan con una puntuación≥8, en una escala de 1 a 10).

Gráfica 4: Evolución en el porcentaje de AM relacionadas con el DAFO y con las PPII.

Discusión

Respecto a los niveles de satisfacción global de nuestros usuarios resultan más bajos en los primeros años del estudio y se recuperan y mejoran en 2024.

Durante el periodo de la crisis del COVID-19, la percepción sobre la atención de los pacientes experimentó mejoras respecto a años previos^{8, 10}, transcurridas las fases agudas y las restricciones asociadas, nos encontramos con la llamada “nueva normalidad” donde se incrementaba la demanda en los servicios de salud¹¹, causa que podría haber reducido la satisfacción al haberse incrementado las listas de espera.

El incremento de los resultados de 2024 podría ser debido, en nuestro caso, a centrar los esfuerzos del SGC a medidas vinculadas al contexto y a nuestras PPII, tanto a consecuencia de las acciones de 2024 como a la consolidación de las anteriores en el marco de los objetivos planteados y de las AM materializadas.

Nuestros resultados en formación pueden explicarse, por una parte, por las teorías de Peiró¹², en la medida en que los recursos humanos de salud pública no han crecido como se esperaba y van envejeciendo junto a las cargas burocráticas, que han podido impactar en el porcentaje de profesionales que participan en la formación ya que las personas que conforman el servicio, dada su experiencia y antigüedad selecciona sólo aquellos contenidos que aportan información adicional o actualizada.

No podemos establecer una correlación directa entre la formación continuada de los profesionales y la satisfacción de los clientes porque el incremento en la participación sólo aumentó discretamente entre 2022 y 2023 y se mantuvo en 2024, mientras que la satisfacción de los clientes creció en 2024. Esto sugiere que la formación continuada podría estar contribuyendo a una mejora acumulativa en la calidad del servicio, aunque también podrían influir otros factores.

Con los resultados de los indicadores correspondientes a cumplimiento de objetivos y AM, en el intervalo de estudio, coincidimos con Peiró¹² en que las estrategias coordinadas para establecer alianzas y colaboraciones, como la de impulsar la intervención de sectores como el voluntariado², colaborando a mejorar los resultados.

Conclusiones

Podemos afirmar que, en los años siguientes a la pandemia (2022 y 2023) nuestros usuarios mostraron menor satisfacción que se recuperó mediante un conjunto de decisiones estratégicas (objetivos y mejoras) encaminadas a establecer alianzas con otras partes interesadas para maximizar los esfuerzos de nuestro servicio.

La certificación en el SGC UNE EN ISO 9001, nos ha facilitado el estudio sistematizado de un conjunto de indicadores que ha favorecido la toma de decisiones y la monitorización y análisis de sus resultados.

Bibliografía

1. La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. *Rev Clín Med Fam [online]*. 2009, vol.2, n.6, pp.275-279. ISSN 2386-8201.
2. Tomás Sancho A, Kennedy L, Colomer Revuelta C. *El voluntariado y la reorientación de los servicios de salud. Atención Primaria*. 1998;22(7):450-6.
3. DBS.Deusto, Business School, Health, FORO DE TRANSFORMACIÓN SANITARIA. Experiencia y Participación del Paciente [Internet]. Madrid; 2017. (Foro de Transformación Sanitaria). Disponible en: <https://www.deusto.es/document/dbs/es/experiencia-y-participacion-del-paciente.pdf>
4. Cernega A, Niculescu DN, Meleşcanu Imre M, Ripszky Totan A, Arsene AL, Ţerban RS, et al. Volatility, Uncertainty, Complexity, and Ambiguity (VUCA) in Healthcare. *Healthcare*. 2 de abril de 2024;12(7):773.
5. Peñalver, A. De un entorno VUCA a un entorno BANI para dar sentido a este mundo de transformación constante. *Capital humano*. 2022;(376).
6. AENOR. UNE- EN ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos. 2015.
7. Cabero MJ, Guerra JL, Gaite L, Pellezo S, Pulido P, Álvarez L. La experiencia de implantar la norma ISO 9001:2015 para certificar una unidad hospitalaria de urgencias pediátricas. *Journal of Healthcare Quality Research*. julio de 2018;33(4):187-92.
8. López-Picazo Ferrer JJ, Vidal-Abarca Gutiérrez I, Beteta Fernández D, López Ibáñez M. Influencia del periodo de alarma por la pandemia covid-19 en la calidad percibida de la atención en urgencias hospitalarias. *Journal of Healthcare Quality Research*. enero de 2021;36(1):19-26.
9. Prats Insa A, Matosas Insa L, Ciercoles Bielsa MR, Ordovás Callau MY, Martínez Mur MC, Rey Cordón AC. Importancia de la formación continua para el personal sanitario en el ámbito hospitalario [Internet]. *Revista Ocronos*. 2025 [citado 27 jun 2025];8(5):767. Disponible en: <https://revistamedica.com/importancia-formacion-continua-personal-sa>
10. Pérez Fernández L, Escandell Rico FM, Macia Soler L. Percepción de la salud en los pacientes durante la pandemia COVID-19. *Enf Global*. 3 de enero de 2023;22(1):84-104.
11. Hurtado S, Izquierdo M. Efectos económicos de un posible deterioro duradero en la salud general de la población española. *Boletín Económico*. 15 de marzo de 2023;(2023/T1):20.
12. Peiró S. The future of public health after the pandemic. A window of opportunity. *An Sist Sanit Navar*. 22 de agosto de 2023;46(2):e1045.

LAS PERSONAS OPINAN

ENTREVISTA A MANUEL ARELLANO ARMISÉN

**Vicepresidente segundo
de la Plataforma de
Organizaciones de
Pacientes (POP)**

Contacto: linkedin.com/in/manuel-arellano-armisen-52a834ab

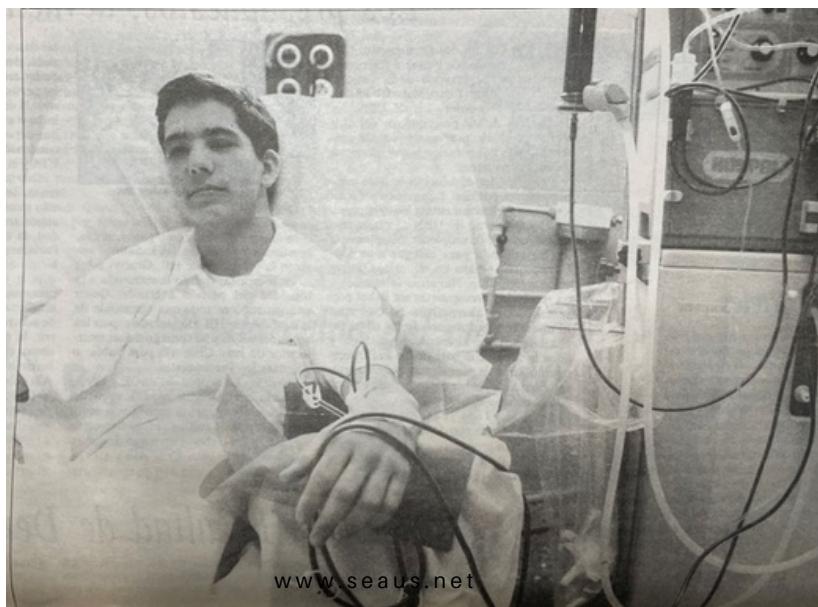


Antes de entrar en materia, Manuel, nos gustaría conocerte un poco más...

¿Podrías contarnos quién eres más allá del cargo institucional?

Por ejemplo, ¿de dónde vienes, cómo llegaste al mundo del asociacionismo, qué te mueve personalmente para estar implicado en la Plataforma de Organizaciones de Pacientes?

Me suelo definir como Pamplonés y Sanferminero, casado y una persona optimista que convive con una enfermedad renal desde los 4 años que ha marcado el rumbo de mi vida. Dos trasplantes renales, múltiples cirugías y varias patologías asociadas acompañan mi día a día en la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y con condiciones de cronicidad. Mi familia y amigos son un motor en mi vida.



Y si te animas... ¿algún detalle familiar, personal o una afición que te defina?

Empezar con una enfermedad crónica desde tan joven me enseñó el valor de las cosas pequeñas y la necesidad de aprender, apoyar y sentirse apoyado para tomar las decisiones cuando la vida se te hace cuesta arriba. El ejemplo de mi padre, con una afectación importante en una pierna por la polio al poco de nacer, reforzaron una actitud optimista ante la vida, una actitud vital con la que me siento identificado y procuro transmitir.



Considero que el ejercicio es la mejor pastilla y la montaña conquistó mi corazón casi al mismo tiempo que la enfermedad y es mi pequeño refugio. La enfermedad no ha sido un freno, gracias al monte obtuve el diagnóstico y sigo practicándolo con la frecuencia que el tiempo y las energías me permiten. Tanto es así que hace 4 años me propuse subir las cimas más altas de las provincias de España y ya solo me quedan 8. Los deportes el agua y la música acompañan a esta afición y son mis otras vías de enriquecimiento y reparación de cuerpo y mente.

Sobre la Plataforma

Para quienes aún no conocen la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), ¿podrías contarnos brevemente qué es la POP, qué valores os guían y a quién representa?

La POP es un espacio común creado en 2014 por 19 organizaciones de pacientes que actualmente agrupa a 47 grandes federaciones nacionales, con 2.000 entidades en todo el territorio nacional y representa a millones de personas con enfermedades crónicas o síntomas persistentes y sus familias o cuidadores. Nos guían valores como la equidad, la participación, la corresponsabilidad y la defensa de la dignidad de los pacientes.

Trabajamos desde una perspectiva trasversal para tratar de transformar el sistema sanitario y pasar del modelo de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad basado en la atención a la patología aguda, a un modelo del siglo XXI centrado en las personas con patologías crónicas y la atención de sus necesidades individuales.

Las necesidades de la población no solo en España, sino en Europa y en el resto del mundo, están cambiando. En este sentido, la encuesta Europea de salud en España de 2020[1] identifica que un 54% de la población mayor de 18 años en España tiene al menos una patología crónica. Esta realidad evidencia un cambio basado en la adecuación de procesos, cuidados, terapias y tecnologías de la realidad actual para lograr un sistema sociosanitario sostenible, cohesionado, participativo, accesible y equitativo.

[1] Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. Madrid. 2020. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout



¿Qué papel juega la POP dentro del sistema sanitario español?

En el sistema sanitario español, la POP es la voz colectiva de los pacientes. Trabajamos para que esa voz esté presente en los debates estratégicos y en la toma de decisiones, no solo como beneficiarios del sistema, sino como actores corresponsables en su mejora.

Venimos de un sistema sanitario concebido como paternalista, donde la participación de la persona en la toma de decisiones queda relegada al cumplimiento de las indicaciones médicas y estamos pasando a la era de la toma de decisiones compartidas, como parte de un proceso evolutivo de esta participación.

Nuestro papel es facilitar una visión transversal de las necesidades reales de los pacientes, aportar evidencia social y contribuir a un sistema más participativo, innovador y humano en diferentes foros institucionales, consejos asesores y grupos de trabajo, colaborando con el Ministerio de Sanidad, el Consejo Interterritorial del SNS, la AEMPS, el ISCIII, así como con sociedades científicas, colegios profesionales o centros hospitalarios.

Pasar de sujeto pasivo a agente activo requiere entender, por parte de los profesionales sanitarios y de los pacientes, que cada persona es la mayor experta en el impacto de la enfermedad en su vida o en su rutina cotidiana y esa visión solo la puede aportar la persona y si esa visión una parte de las necesidades de la persona se va a quedar sin la atención necesaria.

Asociacionismo y participación

¿Qué impacto tiene la voz organizada de los pacientes en la toma de decisiones sanitarias?

La voz organizada de los pacientes es hoy un actor clave. Ha demostrado que cuando se incorpora la experiencia de quienes conviven día a día con una enfermedad, las políticas y los servicios de salud resultan más eficaces, humanos y sostenibles.

Cuando los pacientes se agrupan y trabajan con una visión común, logran transformar la agenda pública y orientar las políticas hacia una atención más centrada en las personas a través de medición de resultados que importan a los pacientes y sus familiares.

Un ejemplo reciente es la inclusión de la participación de los pacientes en la Estrategia de Salud Digital del SNS, que incorpora la experiencia del paciente en el diseño de aplicaciones, plataformas y herramientas digitales o en el Plan de Salud Mental 2022-2026 o en el borrador de la transposición europea del RD sobre Evaluación de Tecnologías Sanitarias al ámbito nacional.

En la actualidad se está entendiendo que somos un agente propositivo para mejorar la atención sanitaria desde la perspectiva de quien vive la enfermedad, en normativa de relevancia como la propuesta de Ley de medicamentos o en el documento de desarrollo 2025-2028 de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS.



¿Qué herramientas o canales de participación impulsáis desde la POP para que los pacientes puedan hacerse escuchar?

Desde la POP impulsamos canales muy diversos: grupos de trabajo temáticos, comités asesores, encuestas y estudios, proyectos de datos compartidos, así como jornadas y congresos. El objetivo es claro: que cada paciente pueda encontrar un espacio para hacerse escuchar y aportar. Entrando un poco más en detalle, impulsamos:

- *Consejos y grupos de trabajo institucionales, donde representamos la voz de los pacientes ante las administraciones sanitarias o del espectro político como parte de la estrategia de salud digital o los comités hospitalarios.*
- *Formación y empoderamiento, la POP ofrece formación gratuita a líderes asociativos en temas como salud digital, derechos, comunicación y gestión del conocimiento, sirva de ejemplo el convenio para formación con la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios o el Instituto Carlos III.*
- *Encuestas y estudios periódicos, como el Barómetro EsCrónicos, Observatorio de Atención al Paciente, u otros estudios específicos que recogen la percepción de las personas con enfermedades crónicas sobre el sistema sanitario.*
- *Proyectos de participación directa, donde trabajamos junto a investigadores, gestores y profesionales para integrar la experiencia del paciente en la innovación sanitaria como participACCIÓN.*

Proyectos y líneas de trabajo

En el marco de proyectos e iniciativas en las que estás trabajando actualmente, ¿destacarías alguna acción reciente que haya tenido especial relevancia o impacto?

Sí, destacaría varias iniciativas con un impacto relevante.

En primer lugar, destacaría el proyecto Datos POP Salud[1], que busca situar la experiencia y los datos aportados por los pacientes en el centro de la investigación y la planificación sanitaria.

En segundo lugar, la herramienta ParticipACIÓN[2], que permite el análisis y promueve la participación estructurada en hospitales, una iniciativa clave para transformar la relación entre pacientes y sistema sanitario.

También me quiere centrar en CROBI[3] (de Cronicidad-Bienestar), la primera escala validada científicamente que permite que las personas con patologías crónicas evalúen el impacto de su enfermedad en los ámbitos psicológico-emocional y sociolaboral, hablando de una salud integral.

¿Cómo se articula la colaboración entre las distintas asociaciones que forman parte de la Plataforma?

La articulamos desde el respeto a la diversidad, la colaboración y la búsqueda de sinergias. La POP funciona como un espacio común donde organizaciones de distintos ámbitos, enfermedades raras, oncológicas, autoinmunes, mentales, metabólicas..., comparten conocimiento, buenas prácticas y posicionamientos comunes.

Cada entidad mantiene su identidad, pero sumamos fuerzas para tener más capacidad de incidencia y apoyo mutuo. Esa unión es la que multiplica el impacto.

En la práctica, lo hacemos a través de grupos de trabajo temáticos, asambleas, y espacios de participación en proyectos conjuntos. Esta cooperación nos permite generar una voz unificada y más fuerte, manteniendo al mismo tiempo la diversidad y especificidad de cada colectivo.

Retos y futuro

¿Qué obstáculos encuentran los pacientes crónicos o con enfermedades de larga duración a la hora de ejercer sus derechos?

Nos encontramos con diferentes obstáculos de diferentes niveles. Compartimos con otros agentes del sistema sanitario la sensación de que la salud no está en la agenda política marcada como una prioridad. Identificamos una resistencia al cambio que, si bien se aprecia un movimiento de flexibilidad, aún mantiene la cultura del "siempre se ha hecho así".

Por otro lado, hay otras barreras que van desde las dificultades en el acceso equitativo a tratamientos e innovaciones, hasta trabas burocráticas o la falta de información clara y comprensible, sin olvidar la brecha digital que afecta principalmente a personas mayores o sin recursos digitales. Todo ello limita la posibilidad de ejercer sus derechos de manera plena.

[1]<https://www.datospopsalud.org/>

[2]<https://www.plataformadepacientes.org/participacion/participacion/>

[3]<https://www.plataformadepacientes.org/crobi/>

¿Cuáles son hoy los principales retos del movimiento asociativo de pacientes y cómo imaginas su futuro en España?



El movimiento asociativo debe afrontar el reto de fortalecerse, ganar profesionalización y mantener su independencia. Al mismo tiempo, debe adaptarse a nuevos escenarios como la salud digital o el Espacio Europeo de Datos Sanitarios. También es esencial garantizar la sostenibilidad del movimiento asociativo, mediante financiación estable y apoyo institucional, y fortalecer la representatividad y profesionalización de las asociaciones.

Imagino un futuro en el que las asociaciones de pacientes estén plenamente reconocidas como actores imprescindibles en la sanidad española, con capacidad de influencia real en las decisiones que afectan a la vida de las personas, integrados en el sistema de toma de decisiones, con capacidad de co-crear políticas y servicios junto a los gestores y profesionales de la salud. La colaboración y la innovación que aporte valor para los pacientes serán claves.

Más personal

Desde tu experiencia personal y profesional, ¿qué te ha enseñado tu vinculación con la POP?

Me ha enseñado muchas cosas; Que la profesionalidad, el trabajo riguroso basado en la evidencia y la transparencia, tanto en la forma de ser como en la de trabajar, generan vínculos de confianza abren puertas al trabajo colaborativo. Que la unión multiplica el impacto, que la empatía puede ser tan poderosa como la técnica, y que detrás de cada estadística hay una historia real que merece ser escuchada y puede ser transformadora. Que la dignidad de las personas está por encima de la enfermedad y que su voz es imprescindible para un sistema sanitario que quiere aportar valor. Que las organizaciones de pacientes tenemos un papel clave ante la cronicidad, porque tenemos la experiencia de El Camino, personal y de conjunto, y proponemos innovación para curar, y si no es posible, tratamos de cuidar y acompañar en un viaje porque entendemos cómo impacta en la vida de las personas y sus familias, casi siempre, de una manera intensa y, en ocasiones, devastadora.

Si tuvieras que definir en una frase el papel del paciente en el sistema de salud actual, ¿cuál sería?

El paciente es hoy un agente activo y protagonista corresponsable en el sistema de salud, cuya experiencia y voz son esenciales para que sea más humano y sostenible.



LAS PERSONAS OPINAN

LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO

MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET
**Vicepresidenta de la Sociedad
Española de Atención al Usuario
de la Sanidad (SEAUS)**

Contacto

Teléfono: 639 428 394

E-Mail: mpilargonzalezserret@gmail.com



En el **XX Congreso de la SEAUS en Toledo**, en abril de 2025, en las encuestas recogidas algunos profesionales manifestaron su deseo de que, en el próximo evento en 2025, se pueda debatir sobre los servicios de atención al usuario, SAU. Dada la evolución de los SAU desde sus inicios, cuatro décadas, posiblemente, sería bueno analizar su situación en el tiempo y sus características actuales. Este artículo quiere hacer una breve reflexión sobre los SAU y su devenir en los últimos años.

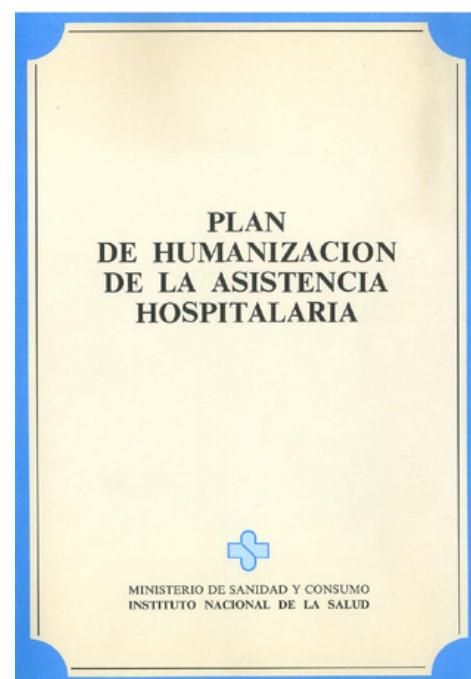
En el año 1984, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de la Salud pusieron en marcha el **Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria**:

https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:f4be0583-c684-44ca-9271-cce13babd5f5/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf

La redacción de este plan la dirigió el Dr. Ricard Gutiérrez Martí al frente de un equipo de profesionales. El plan implicó un nuevo modelo de gestión con especial mención a la *Humanización de la Asistencia* y la proclamación de la *Carta de Derechos y Deberes de los pacientes* (16 derechos y 8 deberes) Contempló también su instrumentalización práctica y medidas concretas de aplicación y seguimiento.

El Plan de Humanización se concretaba en varias medidas, con dos muy destacadas:

- CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE.
- SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE.
- Carta de Presentación y Recepción del paciente.



- Información General, normas de funcionamiento, visitas, comidas, etc.
- Comisión de Humanización de la Asistencia.
- Control y tratamiento de las listas de espera.
- Encuestas posthospitalización.
- Señalización del hospital.
- Maestros en los hospitales infantiles.
- Favorecer la relación madre-hijo ingresado.
- Biblioteca para pacientes.
- Información al paciente sobre autopsias y donación de órganos.
- Citación horaria en Consultas Externas.
- Ampliación del horario de visitas.
- Comida de los pacientes a la carta.



El Plan de Humanización de 1984 representó en su momento un hito y un avance muy importantes como punto de referencia para gestores, profesionales y pacientes. Algunas de las medidas que el Plan presentaba, hoy en día, podemos afirmar que están sobradamente desarrolladas, ampliadas y mejoradas. Coinciendo con el Plan de Humanización, en 1987, se celebró la **I Reunión Nacional de los SAU en el Hospital Sant PAU en Barcelona**. Dos años más tarde, en 1989, nace la SEAUS, fruto de la motivación de varios profesionales de los SAU de Cataluña, Aragón y Andalucía y muy vinculada, en aquel momento, al SAU del Hospital de Sant Pau en Barcelona.

Vamos a centrarnos en dos de las medidas del **Plan de Humanización**:

- La Carta de Derechos y Deberes.
- Los Servicios de Atención al Paciente.

La Carta de Derechos y Deberes

Fue un avance histórico que marcó un antes y un después en la relación entre el sistema de salud y los usuarios. En 1987, en Cataluña, el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya publicó el primer documento sobre derechos de los pacientes en Cataluña, **Drets del malat usuari de l'Hospital, Derechos del enfermo usuario del Hospital**, un ejemplar del cual puede consultarse en el Fondo Documental de la SEAUS conservado en el archivo del Recinto Modernista de Sant Pau en Barcelona.

Una carta que se ha ido mejorando y ampliando en todas las Comunidades Autónomas que la han asumido como propia, lo cual no siempre ha sido garantía estricta de que se cumplan los derechos.



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**

Hoy en día no podemos asegurar que la ciudadanía conozca bien cuáles son sus derechos o que se haga la mejor difusión posible de ellos. En este aspecto, seguramente, falta aún, todo y el tiempo transcurrido, mucha pedagogía con los usuarios y mucha formación a los profesionales.

Los Servicios de Atención al Paciente, SAU

Los servicios han hecho un largo recorrido en estos ya más de cuarenta años. En principio se desplegaron en los centros hospitalarios, donde el servicio fue adquiriendo relevancia y marcando modelo. En los primeros años, especialmente durante la década de los noventa del siglo pasado, se formaron algunos servicios muy potentes. Estos servicios, dependiendo de las gerencias, estaban en general bien dotados de personal, médicos, enfermería, trabajo social, algunos incluso incorporaban un jurista o traductores. No hemos de olvidar que el Plan de Humanización planteaba para ellos unos recursos humanos cualificados y les marcaba una hoja de ruta a seguir.

Con el paso del tiempo los SAU de los hospitales han ido evolucionando en las diferentes Comunidades Autónomas y hoy en día podemos observar la existencia de servicios muy potentes en algunos hospitales, con un grado importante de autonomía e influencia en su organización y con una amplia cartera de servicios, y otros en cambio que han ido perdiendo actividad, por causas diversas, quedando en algún caso relegados a la atención de reclamaciones y una parte de la información y, en la mayoría de los casos con disponibilidad sólo en horario de mañana.



Coincidiendo con el despliegue de los SAU en los hospitales, se pusieron en marcha también servicios de atención al usuario en atención primaria, los llamados Servicios de Admisión y Atención al Usuario. Con unos mismos objetivos iniciales, sus características eran algo diferentes. Se formaron en el seno de las Direcciones de Atención Primaria y se enfocaban, sobre todo, a los Equipos de Atención Primaria y a la Atención Especializada Ambulatoria. Sus objetivos:

- La promoción de la carta de derechos.
- La atención y gestión de las reclamaciones.
- La información oral y escrita.
- La gestión de los flujos de pacientes, tanto en su ámbito propio como en la relación con los centros hospitalarios.
- La gestión de algunas prestaciones.

Estos servicios tuvieron un despliegue importante en Cataluña durante años y también en la Comunidad de Madrid, entre otras. De su trayectoria, en el caso de Cataluña, la SEAUS dispone de amplia documentación al respecto que puede consultarse en el Fondo Documental de la SEAUS conservado en el archivo del Recinto Modernista de Sant Pau en Barcelona. Fueron servicios que marcaron un antes y un después, y que, ya entrado el año dos mil, fueron cambiando de estructura y organización por motivos diversos.

En atención primaria, actualmente, el papel del SAU queda algo desdibujado y muy relacionado con el área administrativa de los centros. Una muestra es que, en la mayoría de los centros de atención primaria, la atención a las reclamaciones, por ejemplo, consiste únicamente en la entrega de la hoja de reclamaciones para que el usuario exponga su queja.

También hay SAU que compaginan atención especializada y atención primaria, formando parte y equipo de una misma área de salud integrada, lo cual puede implicar ventajas al estar agrupados en un mismo ámbito organizativo.

Lo cierto es que, actualmente, nos encontramos con una gran diversidad de servicios o con estructuras que toman el nombre de servicio o lo integran en su estructura organizativa, con una gran diversidad de perfiles profesionales y con diferentes proyectos y dependencia orgánica en función de las diferentes comunidades autónomas y territorios.

Desde la SEAUS, hemos abordado el tema de los SAU en varias publicaciones y guías que se pueden consultar en nuestra página Web, <https://www.seaus.net/guias>

- Guía de líneas estratégicas básicas.
- Guía Marco conceptual y organizativo.
- Guía de recomendaciones para el CI, DVA y Reclamaciones.

También hemos tratado el tema mucho más ampliamente en el libro ["Claves para la gestión del Usuario en los servicios de salud"](#)

Nuestro objetivo como sociedad, transversal y orientada al conjunto de la organización, es plantear como llevar a cabo políticas de atención al usuario, paciente, definiendo estrategias que tengan en cuenta:

[La atención al paciente, la ética, la accesibilidad al sistema, la información y la comunicación en el ámbito de la salud, la atención a las personas, la opinión de los usuarios, la seguridad del paciente, la gestión del conflicto y la mediación y la participación ciudadana.](#)

Unas estrategias que han de ir acompañadas de unos elementos que consideramos imprescindibles:

- La formación y la docencia.
- La investigación.
- Los sistemas de información y registro.
- El uso de las tecnologías.

Todo ello debe formar parte de la vida y la actividad de los SAU.

Desde la SEAUS, siempre hemos definido la atención al usuario-paciente como algo transversal que afecta a todos los agentes implicados, ciudadanía, usuarios y pacientes, gestores y profesionales de los servicios de salud en su conjunto. Hoy nos encontramos con nuevas formas de organización, con nuevos conceptos para reflexionar como pueden ser los "planes de humanización" o la llamada "experiencia paciente". Y es curioso que, más de cuarenta años después, se vuelve a poner el foco en la humanización de la asistencia.



Para finalizar quería dejar patente que, nada en lo referente a los SAU y a las políticas y estrategias en atención al usuario-paciente-ciudadano, se puede gestionar sin liderazgo, formal o informal. Recogiendo palabras de nuestra compañera Pilar Fluriache en el marco del "**II Certamen de los mejores proyectos de Humanización**".

"Se trata de crear y consolidar una **estructura organizativa** de la asistencia sanitaria en la que los **equipos directivos** han de estar implicados y alineados a través de una visión compartida para transmitir y comunicar la nueva cultura dentro y fuera de la organización"

El texto forma parte de la presentación de nuestra compañera "**Sin estructura no hay cultura. Hacia una atención humanizada con calidad y calidez**" que mereció el Premio de la Fundación Humans en la categoría Liderazgo Humanizado en 2024.

En cualquier caso, y respetando la forma de organizarse de cada institución y la evolución de los SAU en los diferentes contextos, quizás sí, como avanzaba al principio y como se nos pedía en el pasado congreso, sería bueno abrir una reflexión sobre los SAU, planteando su situación actual, su problemática y su futuro en tres hipotéticas situaciones:

- Servicio independiente que da soporte a un único centro.
- Servicio de área o de grupo de centros.
- Unidad o Sección dentro de un servicio más amplio de Atención a la Ciudadanía o al Ciudadano o formando parte de otras estructuras organizativas.

Y, por qué no, pensar en elaborar un documento que, después de revisar la historia, compartir experiencias y escuchar opiniones, nos pueda llevar a un mínimo consenso de lo que deben ser y hacer los SAU en el marco de una organización sanitaria transversal, teniendo siempre como norte el marco de las políticas de atención a los ciudadanos, usuarios y pacientes, los derechos, la ética y la humanización.



Maria Pilar González Serret

Vicepresidenta de la SEAUS

Octubre 2025

BIBLIOGRAFÍA de referencia

1. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud. 1984. https://ingesa.sanidad.gob.es/dam/jcr:f4be0583-c684-44ca-9271-cce13babd5f5/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf
2. Guía de líneas estratégicas básicas en atención al usuario <https://www.seaus.net/images/stories/pdf/guialineas2.pdf>.
3. Guía Marco conceptual y organizativo https://www.seaus.net/images/guia_conceptual-organizativo.pdf
4. Guía de recomendaciones para el CI, DVA y Reclamaciones https://www.seaus.net/images/guia_recomendaciones.pdf
5. Claves para la gestión del Usuario en los servicios de salud. SEAUS Edición 2016. Capítulos 1 y 2. <https://www.seaus.net/libros-seaus/libro-seaus-sanidad>
6. Sin estructura no hay cultura. Hacia una atención humanizada con calidad y calidez. Pilar Fluriache García-Caro. Premio de la Fundación Humans en la categoría Liderazgo Humanizado. 2024.



XX CONGRESO DE LA SEAUS

EMOCIONES Y LIDERAZGO: LA SINFONÍA PERFECTA

Del 24 al 26 de abril de 2025
Hospital Universitario de Toledo

Los días 24, 25 y 26 de abril, el Hospital Universitario de Toledo fue el escenario del XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS), bajo el inspirador lema "Emociones y Liderazgo: La Sinfonía Perfecta". Y, sin duda, el lema se cumplió con creces.

Desde la emocionante conferencia inaugural de José Carlos Bermejo, pasando por las mesas redondas, ponencias, talleres y comunicaciones orales, hasta la emotiva clausura, vivimos una auténtica sinfonía de emociones, ideas y liderazgo con corazón.



EMOCIONES Y LIDERAZGO: LA SINFONÍA PERFECTA

Del 24 al 26 de abril de 2025



PRIMERA ESCENA EMOCIONES EN PRIMERA LÍNEA: HUMANIZANDO LA ATENCIÓN DESDE EL CORAZÓN”

José Carlos Bermejo Higuera.

Director del Centro de Humanización de la salud y Centro Asistencial San Camilo de Tres Cantos, Madrid

#XXSEAUSTOLEDO



Los días 24, 25 y 26 de abril, el Hospital Universitario de Toledo fue el escenario del XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS), bajo el inspirador lema "Emociones y Liderazgo: La Sinfonía Perfecta". Y, sin duda, el lema se cumplió con creces.

Cada escena de este Congreso nos recordó que la calidad en la atención sanitaria comienza siempre en las personas y para las personas.

Segunda Escena - Mesa Redonda: "La gestión emocional en los equipos de atención al usuario":

Se debatió cómo la gestión de las emociones en los equipos mejora la experiencia de pacientes y usuarios, combinando profesionalidad y empatía.



Tercera Escena - Inauguración Oficial:

Acto institucional con la intervención de Jesús Fernández Sanz. Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, Sagrario de la Azuela Gómez. Directora Gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Toledo y Rodrigo Gutiérrez Fernández. Presidente de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad.

Jesús Fernández Sanz subrayó que "la ciudadanía está cada vez más informada y exige una atención más ágil, personalizada, de calidad y basada en la escucha y la participación en las decisiones". En este contexto, añadió que "los Servicios de Información y Atención a Personas se consolidan como un canal clave para mejorar la comunicación entre los ciudadanos y el sistema sanitario, contribuyendo a la calidad asistencial, la innovación y la mejora continua donde las emociones juegan un papel fundamental".



Cuarta Escena - Conferencia: "De ayer a hoy: reflexiones sobre el camino recorrido en la atención a las personas":

Una mirada al pasado, presente y futuro de la atención centrada en las personas, repasando aprendizajes y retos para seguir mejorando.



Sexta Escena - Formación en acción:

Se presentaron fórmulas innovadoras en la formación, como la simulación, como una metodología clave para mejorar la formación afectiva y efectiva de los profesionales de la salud, favoreciendo el aprendizaje experiencial, la toma de decisiones y el desarrollo de habilidades en un entorno seguro y realista.

Séptima Escena - Casos de Éxito:

Historias reales de transformación y humanización en distintos servicios sanitarios, demostrando que el cambio es posible y necesario.



Quinta Escena - Mesa Directivos: "Liderazgo continuado: preparando al equipo para el futuro de la atención":

Directivos de referencia compartieron estrategias para formar, inspirar y preparar a los equipos de atención al usuario de cara a los desafíos futuros.



Octava Escena - Conferencia: "Más allá de las palabras":

Una charla inspiradora de Gema, una adolescente con tetraparesia y sin lenguaje oral, sobre la actitud positiva ante la vida y su poder transformador. Gema utiliza un dispositivo de comunicación que sigue el movimiento de sus ojos y emite una voz sintetizada.

Novena Escena - Defensa de Comunicaciones Orales:

Los mejores trabajos científicos presentados en formato oral, mostrando innovación y compromiso con la mejora de la atención al usuario.



Décima Escena - Conferencia: "Calidad en la atención: mucho más que procedimientos":

Una reflexión sobre cómo la verdadera calidad sanitaria se alcanza cuando emociones, liderazgo, formación y humanización trabajan en armonía a cargo de José Ramón Repullo. Profesor Emérito del Departamento y Profesor de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad.

Undécima Escena - Clausura y entrega de premios:

Cerramos el Congreso celebrando los logros, reconociendo las mejores comunicaciones, y recordando que la obra continúa... con cada uno de nosotros.

La SEAUS ha otorgado los siguientes premios de la mano de José Andrés Santos Robledo, director regional de Relaciones Internacionales de Johnson & Johnson y del Dr. Rodrigo Gutiérrez Fernández, presidente de la SEAUS:

- **Premio a la mejor Comunicación:** "Evaluación de la usabilidad y satisfacción con una aplicación de navegación intrahospitalaria basada en realidad aumentada" del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.
- **Premio al mejor póster:** "La Simulación como método docente para Administrativos de la Sanidad" del Consorci Sanitari de Terrassa.
- **Premio del Público:** "La voz de la experiencia, servicio información y atención a personas" de la Gerencia de Atención Integrada de Tomelloso.





Felicidades a todos los trabajos ganadores y gracias al resto por los presentados que en su totalidad han sido de gran nivel científico.



Durante estos tres días, hemos reflexionado sobre el papel clave de las emociones, el liderazgo y la formación en una atención sanitaria más humana y eficaz.

La participación fue excelente, tanto en número como en implicación. Profesionales de toda España compartieron experiencias, buenas prácticas y, sobre todo, una visión común: avanzar hacia una atención más humana, basada en la empatía, la formación continua, el liderazgo positivo y el compromiso real con la calidad.

Queremos destacar también el altísimo nivel de las comunicaciones científicas presentadas, el impacto emocional de las actuaciones culturales, y la calidez de los reencuentros y nuevos lazos que se tejieron a lo largo de estos tres días.

Gracias de corazón a todos los ponentes, moderadores, participantes, colaboradores y al magnífico Comité Organizador y Científico. Gracias por vuestra pasión, vuestra dedicación y por hacer de este Congreso un éxito no solo en la forma, sino en el fondo.

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN

EVALUACIÓN DE LA USABILIDAD Y SATISFACCIÓN CON UNA APLICACIÓN DE NAVEGACIÓN INTRAHOSPITALARIA BASADA EN REALIDAD AUMENTADA



Autores

1. María Paz Álvarez García¹
2. Juan Pedraja Vidal²
3. Nieves Pérez Diego¹
4. José Luis Cobo Sánchez³
5. Dolores Linares Ibáñez¹
6. Gema Cueto Pérez¹
7. Rebeca Rodríguez Cieza¹
8. María Tordesillas Gómez¹
9. Genoveva Fernández Carral¹



(1) Servicio de Atención al Usuario. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, España.

(2) Departamento de Innovación. Hospital Virtual Valdecilla. Santander, España.

(3) Área de Calidad, Formación, I+D+i de Enfermería. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, España

Centros

- Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).
- Hospital Virtual Valdecilla (HvV).

Contacto

Maria Paz Álvarez García
Avenida Valdecilla s/n, 39008, Santander, Cantabria.
606916094
mariapaz.alvarez@scsalud.es

RESUMEN/ ABSTRACT

Palabras clave: realidad aumentada, usabilidad, señalética, aplicaciones móviles, experiencia del paciente.

Key words: augmented reality, usability, wayfinding, mobile applications, patient experience.

INTRODUCCIÓN

La orientación y navegación dentro de un entorno complejo como un hospital, pueden constituir una barrera en la accesibilidad. Las aplicaciones móviles de ayuda a la navegación, con tecnología de realidad aumentada, pueden mejorar la experiencia del paciente, ayudando a localizar con autonomía la unidad de destino. La evaluación de usabilidad previa a la introducción de tecnología, identifica debilidades relacionadas con el uso.

OBJETIVOS

Evaluar la usabilidad y satisfacción de los usuarios con una aplicación de navegación intrahospitalaria basada en realidad aumentada.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal, utilizando la aplicación AR-Way® basada en realidad aumentada y específica para navegación en interiores. Se diseñaron 10 rutas, realizando muestreo por lotes, con 10 participantes por cada ruta. No se intervino en el manejo de la aplicación. Se analizaron variables de edad, sexo, ruta, puntuación en la escala de usabilidad (System Usability Scale-SUS), satisfacción y utilidad.

RESULTADOS

Se realizaron 73 pruebas de usabilidad, siendo completadas 70. El 61,40% fueron mujeres y el 38,60% hombres. La media de edad fue 47,33 años, con un rango de 16 a 80. La puntuación media de escala SUS fue 72,7 puntos (hombres 77,03 vs mujeres 70). La puntuación sobre satisfacción y utilidad fue positiva.

CONCLUSIONES

La tecnología presenta buena usabilidad y alto grado de satisfacción. No se han encontrado diferencias significativas por edad. Se ha recogido la experiencia de 70 usuarios, con propuestas de mejora. Se identifica como dificultad la geolocalización a través de códigos QR.

INTRODUCCIÓN

La dificultad de orientación y navegación en los hospitales, tanto para pacientes y/o visitantes como para profesionales de nueva incorporación, es un problema ampliamente documentado. Supone uno de los mayores retos, después de los asistenciales, que afectan al bienestar y experiencia de los pacientes y sus familias(1). Se estima que un 85% de pacientes o visitantes presentan dificultades de orientación en el hospital y deben solicitar indicaciones para desplazarse y llegar a su destino(2).

Habitualmente, estos usuarios solicitan indicaciones a los profesionales del hospital que van encontrando en su camino, quienes no necesariamente conocen la ubicación exacta de todos los puntos del centro(3). El 25% de los trabajadores de un hospital no son capaces de ofrecer indicaciones precisas y concretas sobre ubicaciones que se encuentran en zonas distintas a sus propias áreas de trabajo(4).

Esto influye en la experiencia de paciente, ya que aumenta su ansiedad y frustración, así como en la de sus acompañantes, que perciben en hospital como un entorno estresante y hostil. Igualmente, ocasiona que los pacientes lleguen tarde a las citas, obligando a retrasar la agenda del día, disponer de menos tiempo para su atención, o incluso, siendo necesaria la reprogramación de la cita para otro día(5)(6). En resumen, el problema de la dificultad de los usuarios para orientarse en el hospital tiene consecuencias relevantes tanto para los pacientes como para la institución sanitaria, resultando en retrasos, pérdidas de citas y experiencias negativas para los usuarios, así como interrupciones a los profesionales.

Para abordar esta problemática, los hospitales pueden implementar diversas soluciones, como mejorar su señalética física y/o incorporar sistemas de orientación digital, tanto en formato de pantallas interactivas, como de aplicaciones móviles para smartphones(7).

Un sistema de guiado digital facilita la orientación interactiva, mostrando un mapa y direcciones para llegar a un destino previamente seleccionado, y puede incluir otros parámetros relacionados con la ruta, como la distancia y el tiempo, o rutas alternativas. La información presentada se actualiza en relación con la información de ubicación del usuario dentro del edificio. Estos sistemas pueden aportar beneficios a los usuarios. Su valor principal radica en favorecer la autonomía y confianza del usuario en sus desplazamientos dentro del hospital.

Permiten seleccionar la ruta más adaptada a las necesidades de cada persona (más corta, accesible, etc.), así como ofrecen información visual y/o auditiva en distintos idiomas. Igualmente ofrecen la posibilidad de proporcionar otro tipo de informaciones sobre puntos de interés, como el punto de atención al usuario más próximo, o salidas cercanas.

En este contexto, las aplicaciones móviles se incorporan como un recurso emergente y cada vez más utilizado en entornos sanitarios complejos, al igual que ya están introducidas en otro tipo de entornos como, por ejemplo, los aeropuertos. Las aplicaciones de navegación en interiores utilizan tecnología de geolocalización mediante balizas digitales o códigos QR, proporcionando mapas y rutas actualizados en tiempo real, instrucciones enriquecidas con imágenes o puntos de referencia, soporte para usuarios con discapacidad sensorial, o tiempo estimado de llegada al destino, como funcionalidades principales(8). Las aplicaciones que utilizan realidad aumentada, incorporando las indicaciones sobre imagen a tiempo real, son el último avance en esta tecnología y ya están siendo utilizadas(9,10).

Por otra parte, la incorporación de nuevas tecnologías en los hospitales supone un reto en la aceptación por parte de los usuarios. La evaluación de la usabilidad de estas aplicaciones valora la interacción del usuario con la tecnología y puede ayudar a identificar debilidades relacionadas con el uso de la aplicación y a resolver problemas específicos de usabilidad, proponiendo mejoras que faciliten su aceptación y eficacia (11).

El nuestro es un hospital de tercer nivel y alta complejidad, con más de 900 camas y estructurado arquitectónicamente en 3 bloques de edificios. Los usuarios en muchas ocasiones infraestiman el tiempo de desplazamiento de una zona a otra del hospital. La señalización actual se basa principalmente en líneas horizontales en el suelo. Un gran número de usuarios acude a los puestos de atención al usuario en búsqueda de orientación; en estos casos, las indicaciones se ofrecen verbalmente, siguiendo los circuitos oficiales establecidos y si es necesario, con apoyo en formato papel.

En nuestro centro se ha desarrollado una aplicación móvil basada en realidad aumentada y geolocalización mediante códigos QR, para guiar a los usuarios en la localización de distintas unidades, servicios y estancias. En este estudio, presentamos los resultados de la evaluación de usabilidad de esta tecnología.

OBJETIVO

Evaluar la usabilidad y satisfacción de los usuarios con una aplicación de navegación intrahospitalaria basada en realidad aumentada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal, entre los meses de mayo a junio de 2024. Para ello, se utilizó la aplicación móvil AR-Way® que, mediante realidad aumentada y geolocalización, guía a los usuarios para desplazarse dentro de espacios cerrados a lo largo de una serie de rutas predefinidas.

Se diseñaron y marcaron 10 rutas de punto a punto dentro del hospital, basadas en las más habituales solicitadas por los usuarios en los puestos de atención al usuario. Se realizó un muestreo por lotes, seleccionando 10 individuos por cada una de las rutas diseñadas, que fueron reclutados de manera consecutiva por conveniencia.

Los criterios de inclusión fueron: edad ≥ 16 años, comprensión del idioma, ser usuario habitual de un smartphone. Los criterios de exclusión fueron: movilidad reducida, deterioro cognitivo y discapacidad visual (Tabla 1).

1. Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Edad ≥ 16 años	Movilidad reducida
Uso fluido del idioma	Deterioro cognitivo
Usuario habitual de smartphone	Discapacidad visual

Se invitó a participar en el estudio a los usuarios que cumpliendo los criterios establecidos, acudieron a los puntos de atención al usuario solicitando orientación para llegar a su destino. Se facilitó un teléfono inteligente al usuario para testar la aplicación.

Los usuarios fueron acompañados por un profesional del Servicio de Atención al Usuario entrenado en la ejecución del proyecto, que no intervino en el manejo de la aplicación ni tampoco dando directrices para llegar al destino. En el caso de que el profesional hubiese de intervenir, se continuó con la ruta hasta llegar al destino, no se evaluó la usabilidad y la satisfacción, y se rellenó una ficha con las dificultades encontradas que propiciaron intervenir.

Tras la llegada al punto final de la ruta, el usuario cumplimentó una encuesta administrada por el profesional acompañante, en un formulario electrónico con las variables de estudio.

Se analizaron las variables: edad, sexo, ruta, y usabilidad, siguiendo la escala System Usability Scale-SUS (Tabla 2). Esta escala o cuestionario ha sido frecuentemente utilizada en publicaciones sobre usabilidad y está validada en su versión en español(12). Consta de 10 preguntas formuladas alternativamente en positivo y negativo, con escala tipo Likert de 5 puntos: totalmente de acuerdo, de acuerdo, neutro, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

2. Tabla 2. Escala System Usability Scale (SUS)

SISTEM USABILITY SCALE (S.U.S.)	
	Me gustaría utilizar este sistema más a menudo
	Me parece que este sistema es más complicado de lo que debería ser
	Creo que el sistema es sencillo y fácil de usar
	Necesito apoyo técnico (ayuda de alguien que sepa) para utilizar este sistema
	Creo que el sistema funciona bien y está bien integrado
	Creo que hay muchas irregularidades en el sistema
	Creo que la mayoría de la gente puede aprender este sistema rápidamente
	Creo que (aprender a usar) este sistema requiere mucho tiempo
	Me siento seguro al utilizar este sistema
	Creo que hay muchas cosas que aprender antes de poder empezar a utilizar este sistema
Puntuación	Usabilidad
Total<50	Usabilidadinsuficiente
Total50-70	Usabilidadneutra
Total>70	Usabilidadconfiable

Igualmente se valoró la satisfacción mediante un cuestionario ad hoc de 3 preguntas con escala Likert de 1 a 5, y se incluyeron dos preguntas abiertas sobre la experiencia de uso.

RESULTADOS

Para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete estadístico IBM SPSS Statisticsversión 26.



Se realizaron 73 pruebas de usabilidad, de las que se finalizaron con éxito 70. Se desecharon 3 pruebas por motivos técnicos y relacionados con la curva de aprendizaje del equipo investigador. No hubo interrupciones por motivo de dificultad en el manejo o negativa a continuar del participante. (Figura 1)

Figura 1. Pruebas de usabilidad realizadas, interrumpidas y finalizadas.

De las 70 pruebas realizadas, el 63% (n=46) fueron mujeres, y el 37% (n=27) hombres. La edad media de los usuarios fue de 47,33 +/- 13,5 años (rango 16 a 80 años) (Gráfico 1).

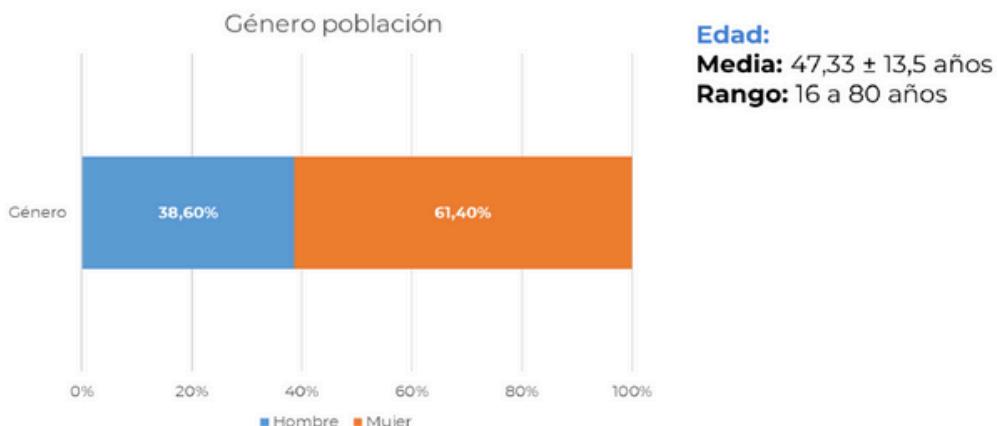


Gráfico 1. Descripción de la muestra por edad y sexo.

La escala System Usability Scale considera que la usabilidad es confiable con puntuaciones mayores de 70 puntos, neutra con puntuaciones entre 50 y 70 puntos, e insuficiente por debajo de 50 puntos. La aplicación testada, basada en realidad aumentada, obtuvo una puntuación media de $72,7 \pm 14,71$ puntos, con una mediana de 75 puntos. El 60% de los usuarios consideraron la usabilidad como confiable y el 31,40% como neutra, siendo un porcentaje menor (8,60%) los que valoraron negativamente la usabilidad (Gráfico 2).

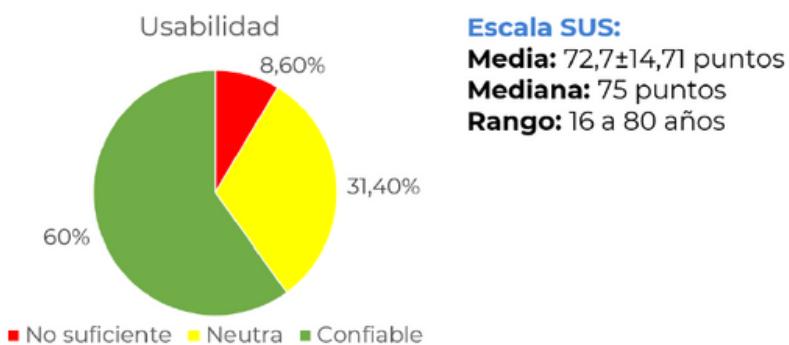


Gráfico 2. Resultados de Escala S.U.S. (System Usability Scale)

En nuestra muestra no se ha apreciado asociación estadísticamente significativa entre la usabilidad y la edad del usuario. Se ha encontrado relación estadísticamente significativa ($p=0,035$) entre la usabilidad y el sexo, siendo mayor en hombres (SUS 77,03), que en mujeres (SUS 70) (Gráfico 3).

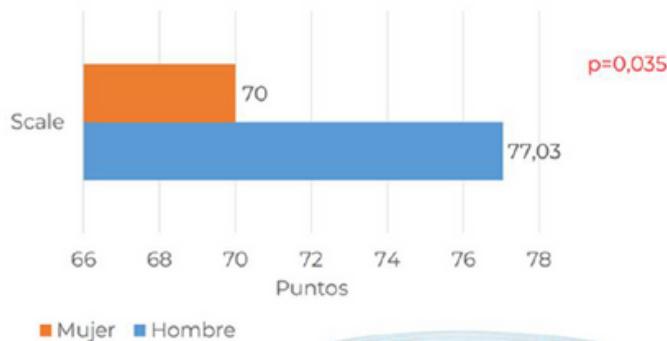


Gráfico 3. Puntuación usabilidad según sexo.

En el cuestionario de satisfacción específico, se han valorado 3 preguntas en escala 1-5, donde 1 corresponde a la puntuación más baja y 5 a la más alta. La pregunta sobre posibilidad de recomendación de la aplicación obtuvo una puntuación media de 4,6 puntos. La pregunta sobre la utilidad de la aplicación 4,6 puntos y la pregunta sobre grado de satisfacción con el uso de la aplicación, 4,5 puntos. La mediana en todas las preguntas fue de 5 puntos (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados cuestionarios de satisfacción ad hoc (utilidad, satisfacción, recomendación)

Cuestionario de Satisfacción	Media	Mediana
Indique entre el 1 y el 5, cómo de ÚTIL le parece esta aplicación	4,6	5
Indique entre el 1 y el 5, cómo de SATISFECHO ha estado con respecto al uso de la aplicación	4,6	5
¿Recomendaría el uso de esta aplicación a otro usuario?	4,5	5

En la parte cualitativa, las preguntas abiertas exploraban aquellos aspectos considerados más positivos/negativos, así como observaciones y sugerencias de los usuarios. De forma general, valoraron la experiencia como positiva, encontrando sencillo seguir las indicaciones visuales de la aplicación. Esta ofrece distintas interfaces de visualización que se superponen sobre la imagen a tiempo real en la pantalla del smartphone. Asimismo, ofrece información en pantalla sobre la distancia y tiempo estimado de llegada a destino (Figura 2).

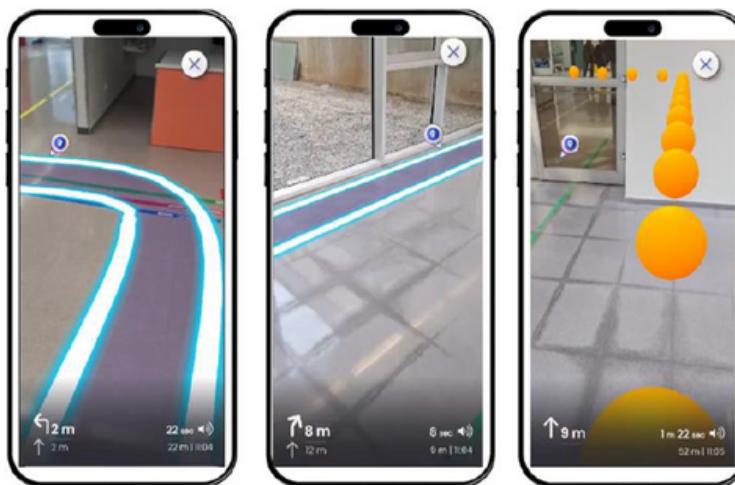


Figura 2. Interfaces de visualización con realidad aumentada. Guiado, distancia y tiempo estimado de llegada a destino.

Se encontró que los usuarios veían como una posible dificultad el posicionamiento mediante códigos QR, especialmente en circuitos largos, donde se podía necesitar confirmar que se estaba en el trayecto correcto. Igualmente expresaban dudas sobre si el sistema era capaz de reconocer y/o avisar si se equivocaban, o recalcular rutas.

Asimismo, ofrecieron sugerencias de funcionalidades, así como de integraciones con el sistema de citaciones o ingresos, para facilitar preparar su visita con antelación.

DISCUSIÓN

La participación en el estudio fue voluntaria, con buena aceptación por parte de los usuarios. El rechazo a participar fue mínimo, y se debió principalmente a la prisa asociada a los horarios de las citas médicas. Una vez iniciada la prueba, ningún usuario declinó continuar con el pilotaje. Las tres pruebas no finalizadas por problemas técnicos están relacionadas con la curva de aprendizaje del equipo investigador.

Los resultados de usabilidad obtenidos son semejantes a los de aplicaciones similares. En el estudio de Harper et al. con una aplicación basada en mapas, se encontró una usabilidad de 72,5 puntos(7). No se han encontrado otros estudios de usabilidad con tecnología móvil basada en realidad aumentada en un entorno hospitalario.

En nuestra muestra no se han apreciado diferencias de uso por edad, a pesar de que parece razonable pensar que la capacidad para la orientación espacial en entornos desconocidos, disminuye con la edad(13) (14).

Respecto a las diferencias por sexo, dos de las rutas se encontraban en el área de materno-infantil y ginecología, lo que explica un mayor porcentaje de mujeres en el estudio. En la literatura se recogen las diferencias en las estrategias de orientación utilizadas por hombres y mujeres, así como en la disposición a utilizar tecnología(13). En nuestro estudio, la usabilidad valorada por las mujeres ha sido ligeramente inferior, resultando estadísticamente significativo.

Los participantes destacaron como aspectos positivos:

- La autonomía
- La seguridad que les brinda poder orientarse por el hospital sin necesidad de ayuda externa.

La participación de los usuarios en el diseño y evaluación de tecnologías aporta una visión de uso real y necesidades sentidas, favoreciendo su aceptación. Los usuarios aportan ideas de gran utilidad para su aplicación práctica en la ayuda a la navegación in situ, e incluso la posibilidad de preparar visita con antelación: autobuses, parking, cercanía de ayudas a la movilidad, ascensores, etc.

La necesidad de mantener la vista sobre el smartphone de forma continuada puede ser un elemento de distracción en la evitación de obstáculos, así como genera dudas sobre cómo puede ser recibido por el resto de visitantes del hospital.

En nuestro centro, la señalización disponible se fundamenta principalmente en líneas de color ubicadas en el suelo. Este sistema presenta limitaciones, por lo que se considera necesario reforzar la señalética, con especial atención a los nodos de interconexión de rutas y a los accesos exteriores, donde resultaría pertinente una indicación clara y estructurada de la distribución arquitectónica del hospital.

De igual modo, los profesionales han manifestado interés en la incorporación de sistemas de guiado digital, tanto para optimizar su propia movilidad interna como para favorecer la integración y adaptación de los profesionales de nueva incorporación.



CONCLUSIONES

La aplicación móvil de geolocalización en interiores, basada en tecnología de realidad aumentada, ha presentado una buena usabilidad y un elevado grado de satisfacción entre los usuarios.

En nuestra muestra, no se han encontrado diferencias significativas por edad de los participantes, aunque sí por sexo, siendo ligeramente mayor la puntuación de usabilidad en hombres.

Los participantes han manifestado interés en los sistemas de ayuda a la navegación en el hospital, valorando positivamente la autonomía y seguridad en la orientación que ofrecen estos sistemas. Al mismo tiempo, subrayan la importancia de mantener los puntos de información tradicionales.

La geolocalización en interiores mediante códigos QR requiere estandarización del emplazamiento de los códigos, para facilitar a los usuarios la confirmación de la ubicación dentro del hospital de forma sencilla e intuitiva.

La evaluación de la usabilidad de las aplicaciones de navegación ayuda a identificar debilidades relacionadas al uso de la aplicación y a resolver problemas específicos de usabilidad. El uso de aplicaciones basadas en geolocalización en hospitales puede mejorar la experiencia del paciente, ayudando a los usuarios a encontrar las distintas unidades y servicios, en un entorno complejo y desconocido.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se ha llevado a cabo conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN

El desarrollo de este pilotaje se ha financiado con fondos de la línea de subvenciones "Innova" de la Consejería de Industria, Empleo, Innovación y Comercio del Gobierno de Cantabria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee E, Daugherty JA, Selga J, Schmidt U. Enhancing Patients' Wayfinding and Visitation Experience Improves Quality of Care. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 1 de Junio de 2020;35(3):250-4.
2. Fernandes J. The Journal of mHealth. 2022 [citado 17 de septiembre de 2025]. Reducing a Drain on Hospital Resources through Digital Wayfinding. Disponible en: <https://thejournalofmhealth.com/reducing-a-drain-on-hospital-resources-through-digital-wayfinding/>
3. Martins LB, Fernando H, De Melo V. LNCS 8519 - Wayfinding in Hospital: A Case Study. Vol. 8519, LNCS. 2014.
4. Jamshidi S, Hashemi S, Tran DMT. Costs and Effects of Ineffective Wayfinding in US Hospitals: A Survey of Hospital Staff. *Health Environments Research and Design Journal*. 1 de abril de 2025;18(2):463-79.
5. Mora R, Oats A, Marziano P. Percepción de la señalización y orientación espacial de los usuarios de tres complejos hospitalarios de Santiago, Chile. *Rev Med Chil*. 2014;142(10).
6. Morag I, Pintelon L. Digital wayfinding systems in hospitals: A qualitative evaluation based on managerial perceptions and considerations before and after implementation. *Appl Ergon*. 1 de enero de 2021;90.
7. Harper C, Jefferies S, Crosser A, Avera A, Duke T, Klisans DV. Exploring Hospital Wayfinding Systems: Touchscreen Kiosks, Apps and Environmental Cues. *Proceedings of the International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care*. 2019;8(1).
8. Harper C, Jefferies S, Crosser A, Avera A, Duke T, Klisans DV. Exploring Hospital Wayfinding Systems: Touchscreen Kiosks, Apps and Environmental Cues.
9. Kim MJ, Wang X, Han S, Wang Y. Implementing an augmented reality-enabled wayfinding system through studying user experience and requirements in complex environments. *Visualization in Engineering*. 2015;3(1).
10. Drewlow J, Dappen M, Lehmann M. Navigation with Augmented Reality in a Hospital. En: *Studies in Health Technology and Informatics*. IOS Press BV; 2022. p. 111-4.
11. Calvo-Fernández Rodríguez A, Santamaría SO, Valls Saez A. Métodos de evaluación con usuarios. Universitat Oberta de Catalunya; 2011. Disponible en: <https://openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/2729991f-1ea0-488d-9fc-3927d681814f/content>
12. Castilla D, Jaen I, Suso-Ribera C, Garcia-Soriano G, Zaragoza I, Breton-Lopez J, et al. Psychometric Properties of the Spanish Full and Short Forms of the System Usability Scale (SUS): Detecting the Effect of Negatively Worded Items. *Int J Hum Comput Interact*. 2024;40(15):4145-51.
13. Ženka J, Macháček J, Michna P, Kořízek P. Navigational needs and preferences of hospital patients and visitors: What prospects for smart technologies? *Int J Environ Res Public Health*. 1 de febrero de 2021;18(3):1-20.
14. Jamshidi S, Ensafi M, Pati D. Wayfinding in Interior Environments: An Integrative Review. Vol. 11, *Frontiers in Psychology*. 2020.

PREMIO AL MEJOR PÓSTER

LA SIMULACIÓN COMO MÉTODO DOCENTE PARA ADMINISTRATIVOS DE LA SANIDAD

SANDRA SÁNCHEZ RUBIO, ISABEL RUIZ JIMÉNEZ, MARÍA MONTORO RUIZ, ANDREA VALDÉS CASTIELLO, ESTER CAÑADELL YETANO, BELÉN MONTES DEL RÍO, NÚRIA PAGÈS CASAS



Sandra Sánchez Rubio

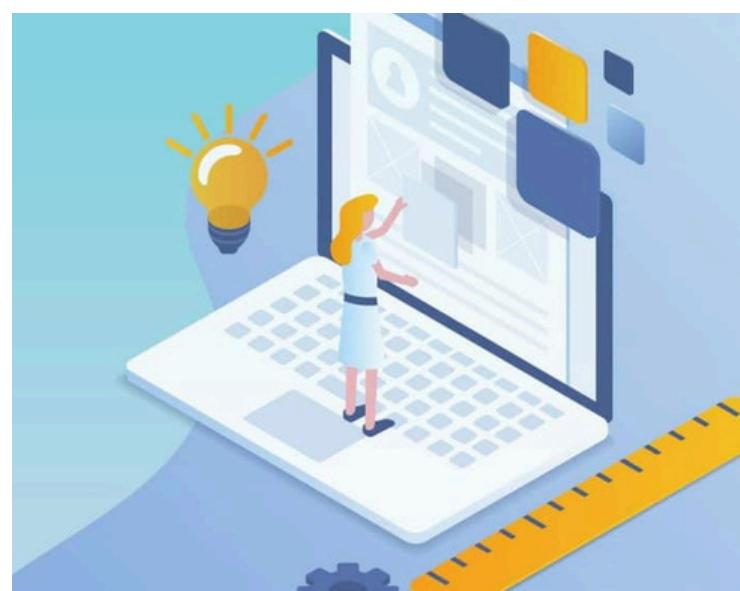
Responsable de Gestión de Pacientes y Atención a la Ciudadanía del Ámbito de la Atención Intermedia y Dependencias.

Área del conocimiento. Coordinación de estudiantes en prácticas del Ciclo formativo de grado superior de Documentación y administración sanitaria

E-mail: SSanchezR@cst.cat

INTRODUCCIÓN

La simulación es un aprendizaje práctico basado en una modalidad experiencial. Las teorías del aprendizaje son múltiples, pero en el caso de la simulación son relevantes la Teoría del aprendizaje experiencial de Kolb (1) donde el aprendizaje se consigue a través del comportamiento activo del alumno y la Teoría de la práctica reflexiva de Schön (2), que busca la reflexión en acción mientras el evento de aprendizaje está ocurriendo. Este método fomenta el pensamiento crítico mediante la autoevaluación a través del análisis de los hechos, explorando a la vez las emociones generadas en la práctica, con el objetivo último de mejorar la resolución de problemas y la toma de decisiones.



Esta fórmula docente viene utilizándose de forma extensa en el ámbito de la salud para profesionales clínicos y sobre todo para el entrenamiento de habilidades técnicas (más procedimentales), pero no para administrativos.



Los administrativos sanitarios son clave en el sistema de salud y su formación debe garantizar no solo el dominio de procedimientos propios (habilidades técnicas), sino también una capacidad de resolución de problemas en situaciones reales (habilidades no técnicas, como la comunicación, el liderazgo y el trabajo en equipo), algo que no siempre se puede lograr solo con los métodos tradicionales de enseñanza.

La simulación puede ofrecer una oportunidad única para que los administrativos sanitarios adquieran ambos tipos de habilidades, ya que permite recrear situaciones reales en un entorno controlado.

OBJETIVO

El objetivo de este proyecto fue evaluar la utilidad percibida de la simulación y su aplicabilidad para decidir si este método de aprendizaje debía formar parte de la formación para los profesionales de Gestión de Pacientes y Atención a la Ciudadanía (GPAC) del Consorci Sanitari de Terrassa (CST).

METODOLOGÍA

En el año 2023 dos coordinadoras del Servicio de GPAC se formaron como instructoras en simulación. Gracias a esta capacitación, en el año 2024, se realizó la primera edición de simulación como herramienta de aprendizaje para personal administrativo donde se trabajó las habilidades no técnicas de la atención telefónica. La formación constaba de dos partes, una teórica y otra práctica donde se realizó el ejercicio de simulación. En la fase teórica se trabajaron los temas relacionados con las buenas prácticas y habilidades comunicativas. En la fase práctica se llevó a cabo la simulación de dos casos, aplicando la teoría aprendida.



Imagen Fases de la Simulación

A principios del 2025 se celebró la segunda edición de simulación dirigida a estos profesionales de salud del CST con los mismos casos. En esta ocasión, para la formación teórica se entregó previamente un manual de buenas prácticas elaborado por las propias facilitadoras. Este cambio se hizo con el objetivo de optimizar el tiempo presencial en la formación.

En ambas ediciones se administró la "Encuesta de calidad y satisfacción de simulación clínica", encuesta adaptada y validada por Durá Ros (3) para valorar la utilidad percibida, la satisfacción de la simulación y su aplicabilidad en el puesto de trabajo. Se escogieron los ítems que aplicaban para el ejercicio. La celebración de la segunda edición permitió aumentar la muestra para que los resultados obtenidos fueran más representativos.



ETAPA DE DISEÑO PREVIO

Los ejercicios de simulación siguieron siempre la misma estructura: *briefing*, simulación, *debriefing*.

Briefing:

Es la sesión inicial que se lleva a cabo justo antes de comenzar la simulación. Tiene como objetivo preparar al grupo, generar un entorno seguro y estructurar la experiencia de aprendizaje. Se realiza de forma conjunta con todos los participantes y se inicia con una bienvenida y una ronda de presentaciones. Esta fase suele durar entre 10 y 15 minutos.

Durante esta fase se abordan los siguientes puntos:

- Presentaciones individuales: se inicia con la presentación de los facilitadores, seguida de la de cada participante.
- Explicación de la dinámica: se detalla el desarrollo de la sesión, incluyendo la estructura de los escenarios, los recursos disponibles y los objetivos de aprendizaje.
- Asignación de roles: en este caso, los roles fueron asignados aleatoriamente; cada administrativo eligió al azar una ficha previamente preparada en la que se indicaba el papel que desempeñaría en cada una de las dos prácticas.
- Normas de convivencia: se establecieron las pautas de comportamiento (apagar móviles durante todo el ejercicio, actuar como en la vida real, no juzgar) y se formaliza un acuerdo verbal de confidencialidad y respeto entre todos los participantes, creando un espacio seguro para el aprendizaje.
- Dinámica de cohesión grupal: esta primera fase de briefing finaliza con una actividad lúdica. En este caso, se utilizó el juego de "verdad o mentira", en el que cada participante formula dos afirmaciones sobre sí mismo (una verdadera y otra falsa), y el compañero situado a su lado debe identificar cuál es cuál. El objeto de esta actividad es fomentar la confianza y la conexión entre todos los miembros del grupo.

Simulación:

El grupo se dirige a la sala en la que se llevará a cabo la simulación y ocupa su lugar en la escena. El facilitador indica el inicio del ejercicio. Su papel es el de recoger la información que considera relevante de la que podrán derivarse acciones de mejora. Por otra parte, entra en sus funciones la capacidad para poder detener el ejercicio y hacer alguna aportación que ayude a encaminar la práctica si considera que ésta se está desviando de los objetivos propuestos.

Así mismo, puede intervenir para disminuir la ansiedad de algún participante en caso de que se considere necesario. El ejercicio suele tener una duración variable, entre 5 y 10 minutos y finaliza cuando el formador considera que se ha resuelto de forma exitosa la situación o cuando cree que ésta se ha estancado. En nuestro caso, todas las simulaciones terminaron con resultado favorable, siendo innecesaria su interrupción durante su ejecución.



Imágenes Escenario de simulación caso 1



Imágenes Escenario de simulación caso 2

Debriefing:

El *debriefing* es la reunión que se realiza inmediatamente después del ejercicio de simulación, en un espacio separado del escenario. Este momento está dedicado a la reflexión, el análisis y la evaluación con el propósito de optimizar la experiencia simulada y el aprendizaje para mejorar el rendimiento futuro (7).

Independientemente del rol asumido durante el ejercicio, todos los participantes toman parte en esta etapa, ya que constituye un momento clave en el proceso. Esta fase suele durar entre 20 y 30 minutos.



Se estructura de la siguiente manera:

- Introducción: se agradece la colaboración de todos los alumnos y se refuerza la creación de un entorno seguro y respetuoso para el intercambio de conocimiento.
- Fase de reacciones: se invita a los participantes a expresar las emociones y sensaciones que les generó la simulación de forma libre y espontánea.
- Fase de descripción: se solicita un resumen del caso y una narración objetiva de lo ocurrido, orientando la conversación hacia los objetivos de aprendizaje.
- Fase de análisis: se utiliza la herramienta Plus / Delta (8) para identificar y organizar los aspectos positivos (+) y las áreas de mejora (Δ) y así alcanzar los objetivos establecidos. Esta estrategia está centrada en los estudiantes; el instructor no ofrece soluciones a los errores cometidos ya que su rol principal es escuchar, recopilar información, fomentar la participación y promover la reflexión individual y grupal. Mediante preguntas abiertas el instructor guía a los estudiantes para que resuelvan las desviaciones o errores cometidos durante la práctica.

Participaron un total de 38 administrativos (14 en la primera edición y 24 en la segunda). En la siguiente tabla se resumen los puntos fuertes (Plus) y puntos débiles (Delta) de la atención telefónica de las dos ediciones realizadas.

Plus	Delta
Autorregulación de las emociones de la administrativa que atiende al paciente	Falta de comprobación de la comprensión del mensaje
Tono de voz adecuado	Dudas en la priorización de las tareas
Recibimiento y despedida correctos	Bloqueo (quedarse sin responder)
Eficiencia en la búsqueda de información	Mensaje poco elaborado en el momento de dejar en espera
Trato empático, amabilidad	Trato de "tu" en lugar de "usted"
Capacidad de priorización de tareas	Falta de capacidad de buscar alternativas
Escucha activa	
Comunicación clara y efectiva	
Detección de la información relevante	
Tiempo de espera telefónico adecuado	

Tabla resumen Plus/Delta

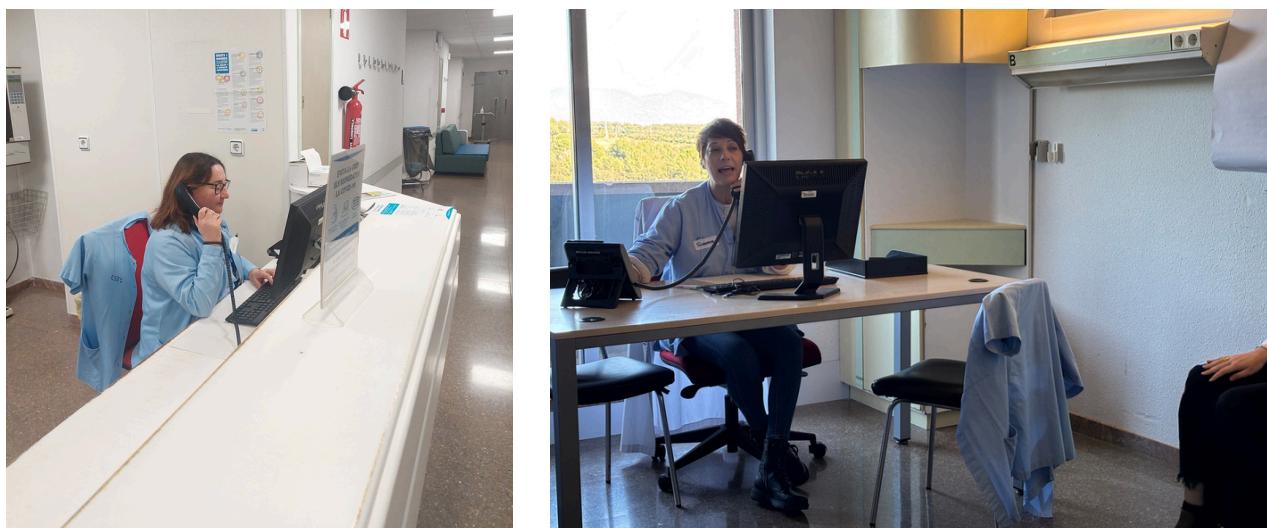
- Fase de cierre y conclusiones: los participantes comparten sus aprendizajes y reflexionan sobre posibles cambios a implementar, respondiendo a preguntas como: "¿Qué nos llevamos de esta experiencia?" o "¿Qué modificaríamos en futuras ocasiones?". Se finaliza agradeciendo nuevamente la colaboración y recordando la importancia del compromiso con la confidencialidad acordada.



RESULTADOS

Al finalizar el *debriefing*, se valoró la formación con la encuesta descrita anteriormente para medir la satisfacción en el uso de la práctica y así, valorar la utilidad percibida de la simulación y su aplicabilidad en el puesto de trabajo.

Respondió el 100% de los participantes. Las puntuaciones más altas corresponden a aspectos relacionados con la mejora de la competencia, la ayuda en la priorización de actuaciones, el fomento de la comunicación y su utilidad como método para el aprendizaje. Por otro lado, los ítems con puntuaciones más bajas se refieren al aumento de la confianza en la ejecución, la mejora de las habilidades técnicas y la integración de la teoría con la práctica, aunque todas estas alcanzaron valores elevados de 4.5, 4.65 y 4.65 respectivamente. Tanto la motivación como la toma de decisiones obtuvieron una puntuación de 4.75 cada una. La valoración global de la actividad fue de 4.8. La totalidad de los profesionales consideró que la simulación es una herramienta útil y aplicable para su formación y que contribuye significativamente a mejorar sus habilidades como administrativos de salud.



Preguntas clave como herramienta docente



Tabla resultados encuesta. Preguntas clave como herramienta docente

En el apartado de observaciones y comentarios de la encuesta las respuestas fueron muy favorables. Asimismo, se recibieron algunas recomendaciones, como, por ejemplo, que los sistemas de información (programas de ordenador propios de gestión...) estuvieran activos. Como comentarios positivos, destacaron la capacidad de la simulación como técnica vivencial que permitió desplegar todas las habilidades del profesional administrativo en un entorno muy real.

La simulación se aplica en ámbitos muy diversos, como el sanitario o el educativo, pero no hemos encontrado referencias en el ámbito de los administrativos sanitarios. No obstante, comparando los resultados obtenidos, éstos son muy similares a los que suelen hallarse en otras disciplinas. Lo que nos indica, que la simulación es una herramienta de aprendizaje a tener en cuenta en la formación de estos profesionales.

CONCLUSIONES

La simulación se ha valorado como una herramienta docente satisfactoria, útil y aplicable para el aprendizaje de los profesionales administrativos sanitarios. Por este motivo, se ha incorporado como actividad docente dentro de la formación de los profesionales de GPAC.

La formación teórica en habilidades no técnicas se puede complementar con actividades de simulación, integrando metodologías innovadoras que promueven una experiencia formativa de mayor calidad. Este enfoque busca no solo preparar a los profesionales administrativos del ámbito sanitario para afrontar situaciones complejas con mayor seguridad y eficacia, sino que en definitiva persigue contribuir a mejorar la calidad en la atención a las personas usuarias de la sanidad.

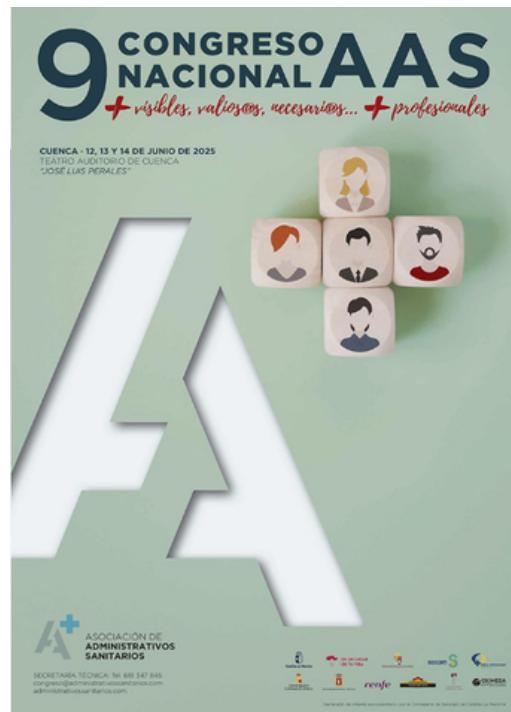


BIBLIOGRAFIA

1. Kolb D. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
2. Schön D. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action. NY: Basic Books; 1984.
3. Durá Ros MJ. La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en Enfermería. [Tesis doctoral]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2013. 295 p.
<https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2014/11/simuac1c3b3nclc3adnica-comometodologc3ada-de-aprendizaje-u-complutense.pdf>
4. INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Design Clinical Simulation In Nursing, Volume 12, S5 - S12
5. INACSL Standards Committee. INACSL standards of best practice: simulationSM Simulation glossary. Clinical Simulation in Nursing, 2016; 12 (S), S39-S47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.012>
6. El rol del instructor de Simulación clínica. Experiencia educativa en la UCAM Andrés Rojo Rojo Universidad Católica San Antonio Murcia José Luis Díaz Agea Universidad Católica San Antonio Murcia. Practicum para la formación integral de estudiantes. Santiago de Compostela. Andavira.
7. Palaganas JC, Fey M, Simon R. Structured Debriefing in Simulation-Based Education. AACN Adv Crit Care. 2016 Feb;27(1):78-85. doi: 10.4037/aacnacc2016328. PMID: 26909457.
8. Cheng A, Eppich W, Epps C, Kolbe M, Meguerdichian M, Grant V. Embracing informed learner self-assessment during debriefing: the art of plus-delta. Adv Simul (Lond). 2021 Jun 5;6(1):22. doi: 10.1186/s41077-021-00173-1. PMID: 34090514; PMCID: PMC8180042

NOTICIAS DE NUESTROS COLABORADORES

CONCLUSIONES DEL 9º CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE ADMINISTRATIVOS SANITARIOS



Durante los días **12, 13 y 14 de junio de 2025** se ha celebrado en Cuenca, en el Teatro Auditorio “José Luis Perales”, el **9º Congreso Nacional de la Asociación de Administrativos Sanitarios**, que ha contado con un total de 200 asistentes provenientes de distintos lugares de la geografía española. Una nueva edición que coincide con la celebración del 25 aniversario de la Asociación y que ha servido para hacer balance de nuestra trayectoria.

Con el título **“Más visibles, valiosos, necesarios y más profesionales”**, se ha celebrado, un año más, este Encuentro, donde las administrativas y administrativos han puesto en común nuestra posición e importancia dentro del Sistema Nacional de Salud.

Se ha contado con un programa muy variado suscitando el interés y la participación de todos y donde más que nunca se aboga por la profesionalización del Administrativo Sanitario. La presentación de 30 Comunicaciones Orales y 60 Póster avalan este interés poniendo de manifiesto las inquietudes, proyectos e ideas y demostrando que las administrativas y administrativos son cada vez más visibles, valiosos y necesarios.

El día 12 de junio, arranca esta edición con la inauguración por parte de la Gerencia del Área Integrada de Cuenca (GAI), D. José Antonio Ballesteros Cavero, como Director Gerente, Dña. Begoña Fernández Valverde, como Directora de Continuidad Asistencia y Calidad, el Delegado Provincial de Sanidad, D. José María Pastor Cañada, la Directora General de Cuidados y Calidad del Servicio de Salud de Castilla La Mancha, Dña. Montserrat Hernández Luengo y el presidente de la Asociación, D. Juan Carlos García Benito. Presentación dirigida por la periodista Dña. Begoña Manchón Muñoz quién también presenta el resto de Jornadas de este Congreso.

Una Conferencia inaugural de mano de una persona que transmite que “el ahora y este momento es lo que cuenta”. Miguel de Lucas es un docente apasionado por la educación que cree en ella como una herramienta para mejorar el mundo. Divulgador y comunicador, con el título “**Hay un mago en ti**”, nos transmite humor y pasión, risas y reflexión.



No podía faltar el toque musical con el grupo **Ihemara**, formado por tres mujeres unidas por la música y por lazos familiares, un acompañamiento elegante y emotivo y con una interpretación llena de sensibilidad.

Tras estas dos grandes actuaciones, llega el momento de intercambios y saludos entre compañeros, algunos ya conocidos y repetidores de otras ediciones y otros de ellos, nuevos por primera vez.

El día 13 de junio viene muy completo, comenzando con la exposición de 10 Comunicaciones Orales y 2 Mesas.

En la **Mesa 1**, con el título “**Más ideas que mejoran**”, Aurora Sánchez González, Jefa del Servicios de Información y Atención a personas de la Dirección General de Cuidados de Calidad del SESCAM, es la encargada de moderar ponencias de gran interés:

- El valor del administrativo sanitario en la humanización de la asistencia sanitaria.
- Sharepoint Admisión Hospital Son Espases, una herramienta tecnológica de cohesión, trabajo corporativo y supervisión.
- Funciones y desafíos del administrativo sanitario del siglo XXI.
- La clave para mejorar la calidad asistencial: la sinergia profesional.
- Compartiendo la gestión de colas, UBA 3, del Centro de Salud San Blas de Alicante.

En la **Mesa 2**, con el título “**Salud Mental y Autocuidado emocional**”, Ximena Tatiana Lasso Ruales, FEA Medicina del Trabajo del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la GAI de Cuenca, modera exposiciones sobre la Salud Mental en la Administración sanitaria:

- La carga invisible y Entornos seguros en el sistema sanitario, presentadas por una psicóloga y una psiquiatra respectivamente.
- Plan Director de Seguridad Corporativa y Protección del Patrimonio del Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM): Plan Perseo.
- Experiencias contadas por dos administrativas: “Nuestro bienestar, la mejor atención” y “Barreras vs Humanización”, sobre el cambio realizado en el espacio físico de la Unidad Administrativa del Centro de Especialidades de Cuenca, como mejora en la atención personal e individual a la persona.

Acaba esta Jornada con la exposición de 20 Comunicaciones Orales con temas muy diversos e interesantes.

El 14 de junio, con la **Mesa 3**, se aborda el tema de la profesionalización, una mesa moderada por Juan Carlos, presidente de la Asociación y Ana, secretaria, que plantean esta exposición mediante preguntas elaboradas a los cuatro ponentes, preguntas relacionadas a cómo nos ven, si conocen realmente nuestras funciones, qué opina la organización del lugar que ocupamos en el sistema sanitario. Una mesa de lujo, que contaba con la presencia del Secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, pero que en el último momento no pudo asistir por motivos de agenda y remitió un vídeo constatando la nueva figura del “**Administrativo en Salud**”, un nuevo rol para ampliar equipos sanitarios.

- Visibles para la población, invisibles para el equipo.
- De la gestión tradicional a la excelencia profesional.
- Hablando de presente y futuro: administrativos sanitarios, un valor indiscutible.
- La perspectiva de la Medicina Familiar y Comunitaria sobre la integración del Administrativo Sanitario en los equipos de Atención Primaria como un elemento esencial para avanzaren la eficiencia, la organización, la humanización y la Atención de Calidad.

No podía terminar esta edición con la actuación sorpresa de David Cebrián y su espectáculo "WC", una comedia absurda e hilarante, sin palabras y con elementos sorpresivos, que nos invita a la reflexión.

Y para finalizar, la clausura, con la entrega de premios a la mejor Comunicación Oral y Póster.

- MEJOR COMUNICACIÓN: [Contribución del administrativo en la elaboración de un informe técnico sobre donación en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid: la búsqueda de fuentes de datos complementarias.](#)
- MEJOR PÓSTER: [Gestión administrativa en la Unidad de Cáncer Hereditario del ICO Badalona](#)



En resumen, un nuevo encuentro lleno de ilusión y expectativas para seguir avanzando como profesionales del sistema sanitario.

Desde la Junta Directiva animamos a todos los asistentes a participar en las próximas ediciones y Jornadas.

¡Gracias por venir!



NOSOTROS

V JORNADA DE LA SEAUS EN CATALUÑA “IMPULSO AL ADMINISTRATIVO SANITARIO: RETOS Y OPORTUNIDADES”



La ciudad de Calella acogió el pasado **14 de noviembre** la **V Jornada de la Vocalía de la SEAUS en Cataluña y Baleares**, un encuentro que reunió a **150 profesionales** para analizar los retos y oportunidades del colectivo de administrativos sanitarios en un sistema en plena transformación. La jornada combinó visión estratégica, proyectos innovadores y un mensaje común: **el administrativo sanitario es hoy un actor clave para la eficiencia del sistema y la calidad de la atención**.



La inauguración corrió a cargo de representantes de la SEAUS, del CSMS y de la Región Sanitaria de Girona, que coincidieron en destacar la creciente relevancia de estas figuras tanto en atención primaria como hospitalaria. La conferencia inicial de Rafael Ruiz Riera situó el debate en el marco del modelo de Atención Primaria y Comunitaria y las **Líneas Estratégicas APiC 2026-2030**, destacando la necesidad del trabajo en equipo y el papel imprescindible del administrativo en el nuevo modelo CSIR.

EL MODELO CSIR, PROTAGONISTA DEL CAMBIO

Una de las mesas centrales estuvo dedicada al CSIR (Centro de Salud Integral de Referencia) y al Proyecto CAIROS, que se sustenta en cuatro pilares: conocimiento, confianza, constancia y continuidad. Profesionales de varios CSIR presentaron sus experiencias, poniendo de relieve la ampliación de competencias, la definición de la cartera de servicios, la identidad profesional y la mejora de los circuitos asistenciales. El administrativo emerge así como gestor de la demanda con mayor autonomía y responsabilidad.



INNOVACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

La jornada también dio espacio a experiencias hospitalarias que muestran la evolución del rol administrativo hacia tareas de mayor impacto organizativo. Se presentaron iniciativas como el asistente clínico del Hospital de Olot, el programa Convivir con el Cáncer del ICO L'Hospitalet, y la incorporación de informadoras de urgencias en el Hospital Arnau de Vilanova, todas orientadas a mejorar la experiencia del paciente y la coordinación con los equipos profesionales.

LA FORMACIÓN, PIEZA CLAVE PARA EL FUTURO

Núria Pagès, vocal de formación de la SEAUS, presentó el nuevo itinerario formativo SEAUS-Fundación Atención Primaria de 300 horas, estructurado en competencias técnicas, comunicativas, normativas y de humanización. El objetivo: profesionalizar y empoderar al colectivo, preparándolo para asumir los nuevos roles emergentes en primaria y hospitalares.



LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE COMO EJE DEL SISTEMA

El cierre de la jornada estuvo a cargo de Gloria Gálvez Hernando, quien presentó el Marco de Experiencia de Paciente en Cataluña. Subrayó que la experiencia del paciente es ya un requisito estructural del sistema sanitario y que todos los profesionales — incluidos los administrativos — son puntos de contacto esenciales para garantizar una atención empática, accesible y centrada en la persona.



FIRMA DEL CONVENIO CON EL RECINTO HISTÓRICO DE SANT PAU, EN BARCELONA

La SEAUS ha establecido un convenio con la **Fundación Privada del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau**, en Barcelona, para la conservación y consulta de su **Fondo Documental**, no digitalizado, que se conservará en el Archivo Histórico del Hospital. El acto de formalización del convenio se realizó el día 11 de diciembre en el recinto del Archivo Histórico, con la presencia, por parte del Archivo del **Sr. Miquel Terreu**, Jefe del Archivo y del **Sr. Josep Tardà** Director del Área de Comunicación y Relaciones Institucionales de la Fundación. Por parte de la SEAUS, estuvieron presentes el **Dr. Rodrigo Gutiérrez**, presidente de la SEAUS, **Maria Pilar González**, Vicepresidenta de la SEAUS y **Miquel Àngel Viciana**, Secretario de la SEAUS.



El Fondo incluye libros, guías y documentos de la SEAUS, en formato papel, desde sus inicios y que no están digitalizados o que están en los dos formatos.

Que toda esta documentación se conserve en el entorno del Hospital de Sant Pau, en Barcelona, es para nosotros un doble motivo de satisfacción:

- Por su garantía de conservación y por ser un avance estratégico en la conservación de nuestro patrimonio como sociedad, que facilita la investigación histórica de la Atención al Usuario y de los Servicios de Atención al Paciente-Usuario.
- Por el hecho de que esté ubicado en un entorno, el Hospital de Sant Pau, en el cual la SEAUS dio sus primeros pasos y donde tuvo lugar en 1987 la "Primera Reunión de Servicios de Atención al Paciente".

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2023-2025

Se han llevado a cabo las acciones previstas para este 2025, destacando todo lo relacionado con la actividad de formación, la información en nuestra página Web y en las redes sociales y muy especialmente la redacción de un **Código Ético**, elaborado por **Maria Teresa Patiño**, de la Vocalía Jurídica y aprobado en la reunión de Junta el día 17 de noviembre 2025.

PREMIOS DE LA FUNDACIÓN VÍCTOR GRIFOLS

El día 12 de noviembre 2025, la **Fundación Víctor Grifols** hizo entrega, en Barcelona, de los premios a becas y proyectos de bioética. Uno de los proyectos becados ha sido el del equipo liderado por Sergio Ramos de la Universitat de Barcelona, que lleva por título, **"Actitudes y barreras de los profesionales de la salud frente a la eutanasia en salud mental: diseño, validación y aplicación de un instrumento estructurado"**. Forma parte del equipo del proyecto nuestro compañero de la SEAUS y miembro de la Junta Directiva **José Luis Moreno**.



ACTIVIDAD CIENTÍFICA

La actividad de la SEAUS en 2025 se ha centrado en el **XX Congreso celebrado en Toledo** los días 23 al 25 de abril y en la **V Jornada de la SEAUS en Cataluña** celebrada en Calella, Barcelona, el 14 de noviembre. De ambas actividades se da una amplia información en esta misma revista.



AVAL CIENTÍFICO

Varias organizaciones solicitaron el aval científico de la SEAUS para sus actividades, se concedió a:

- 9º Congreso Nacional de la Asociación de Administrativos Sanitarios.
- III Congreso Nacional de Pacientes con Dolor: "El impacto socioeconómico del dolor crónico: en la familia, el trabajo y la sociedad".
- III Jornada de Qualitat Assistencial al Vallés Occidental (21/11/2025) "Una mirada innovadora".
- III Jornadas Regionales de los Servicios de Información y Atención a personas del Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM).
- V Jornadas y II premios de Humanización de la Asistencia. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla la Mancha.

JUNTA DIRECTIVA DE LA SEAUS

En la pasada asamblea de socios/as celebrada en Toledo, el día 23 de abril, fueron elegidos **Antonio Helguera** para la Vocalía de Madrid-Castilla-la Mancha y Castilla-León, y **Francesc Mayench** para la Vocalía de I+D+I, completando así la composición de ésta <https://www.seaus.net/usuarios-sanidad/miembros-junta>

Antonio Helguera Gallego

 **Madrid, Castilla La Mancha, Castilla Leó**

 secretaria@seaus.net



Francesc Mayench Ariza

I + D + I

 secretaria@seaus.net



JUBILACIONES

A lo largo de su trayectoria, la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS) ha sido y es el reflejo del compromiso, la vocación y el trabajo constante de muchas personas que, desde distintos ámbitos y responsabilidades, han contribuido de manera decisiva a la defensa de los derechos de la ciudadanía, a la mejora de la atención al usuario/paciente y a la humanización del sistema sanitario.

Las jubilaciones representan un momento especialmente significativo: no solo marcan el cierre de una etapa profesional, sino también una oportunidad para reconocer públicamente trayectorias ejemplares, dedicaciones generosas y una implicación sostenida con los valores que definen a nuestra Sociedad. Aunque en este apartado se hace una mención especial a algunas personas cuya jubilación consideramos especialmente relevante, este reconocimiento quiere hacerse extensivo a todas las personas asociadas de la SEAUS que, a lo largo de los años, han formado parte de este proyecto común, dejando una huella imborrable con su trabajo, su compromiso y su calidad humana. La SEAUS es lo que es gracias a todas ellas. Su legado continúa inspirándonos y constituye una base sólida sobre la que seguir construyendo nuevos retos y oportunidades al servicio de la atención a la ciudadanía.

RODRIGO GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ

Rodrigo Gutiérrez, nuestro presidente, se ha jubilado de su actividad asistencial, cerrando una etapa de intensa dedicación profesional vinculada de manera constante al ámbito sanitario. Hablar de Rodrigo es hablar de una persona con una larga y sólida trayectoria, tanto personal como profesional, profundamente comprometida con la salud, entendida en su sentido más amplio. A lo largo de los años ha desarrollado su labor no solo desde la práctica asistencial, sino también desde la gestión sanitaria, aportando una visión integral y rigurosa del sistema de salud.

Su experiencia resulta especialmente destacable en ámbitos clave como la gestión hospitalaria, las políticas de calidad, la bioética, la humanización de la asistencia y la atención al paciente, áreas en las que ha trabajado de forma activa y continuada durante años. Buena parte de esta labor se ha desarrollado en su comunidad, Castilla-La Mancha, donde ha ocupado diferentes cargos de responsabilidad, entre ellos el de Director General de Calidad y Humanización de la Asistencia Sanitaria, contribuyendo de manera decisiva al impulso de estos valores dentro del sistema sanitario.

Entre los años 2018 y 2020 desempeñó el cargo de Director General de Ordenación Profesional en el Ministerio de Sanidad, una responsabilidad que ejerció en un periodo especialmente delicado y complejo, marcado por la pandemia de la Covid-19. Esta etapa puso de manifiesto, una vez más, su compromiso con el servicio público y su capacidad para afrontar situaciones de gran exigencia. Todo ello sin olvidar su amplio recorrido como docente en diversas materias, ni su faceta divulgadora, reflejada, entre otros espacios, en su blog "Régimen Sanitatis".

En el año 2011, en Zaragoza, fue elegido Presidente de la SEAUS, cargo que viene ocupando desde entonces. Bajo su presidencia, la SEAUS ha experimentado un crecimiento y una evolución notables, avanzando de forma significativa en múltiples aspectos. Su liderazgo ha permitido potenciar el desarrollo de la Sociedad en el marco de sus objetivos fundacionales, así como reforzar y dar mayor visibilidad a los Servicios de Atención al Usuario y al Paciente, con todo lo que ello implica en términos de calidad, derechos y participación de la ciudadanía.

Asimismo, ha mantenido una dedicación activa a la docencia y ha sido autor y colaborador en diversas publicaciones de la SEAUS, contribuyendo de manera constante a la reflexión, la formación y el intercambio de conocimiento en nuestro ámbito. Sin duda, podríamos añadir muchos más aspectos de su trayectoria, pero baste señalar que su jubilación le permitirá ahora dedicar más tiempo e intensidad a actividades formativas y divulgativas, así como a su participación como miembro del Comité de Bioética de Castilla-La Mancha y, muy especialmente, a la SEAUS en su condición de Presidente.



Desde aquí queremos expresar nuestro sincero agradecimiento por su trabajo, compromiso y dedicación a lo largo de todos estos años. Le deseamos lo mejor en esta nueva etapa que ahora comienza, con la confianza y el deseo de seguir compartiendo con él nuevos objetivos y proyectos en el marco del sistema sanitario y de la atención a la ciudadanía, en un momento complejo para todos, lleno de retos, pero también de oportunidades.

PALMIRA TEJERO CABELLO



Palmira Tejero se jubiló hace unos meses. Es una profesional con una larga trayectoria profesional. La conocimos hace ya mucho tiempo como Responsable del Servicio de Atención al Usuario del Hospital de Cruz Roja de Hospitalet de Llobregat, pasando, más tarde, a liderar todo lo referente al área del usuario/paciente del Consorci Sanitari Integral, cargo de una gran responsabilidad y complejidad ya que abarcaba servicios de atención primaria, especializada y socio sanitario.

Hablar de Palmira es hablar de muchas cosas: Miembro de la SEAUS desde sus principios, ha sido miembro de la Junta y Secretaria de la SEAUS durante años, trabajando incansablemente por todos aquellos valores que siempre han distinguido a la SEAUS.

Ha participado como docente en numerosos cursos, ha sido autora y colaboradora en diversas publicaciones de la SEAUS. Dedicada a la SEAUS con entusiasmo, dando lo mejor de sí misma y aportando valor, viendo siempre la parte positiva de las cosas y siempre optimista, un optimismo que contagiaba. Sin duda, ha sido una gran compañera y mejor amiga. Echaremos en falta su talento y su talante.

En los últimos años la SEAUS ha ido dejando atrás, por el hecho de ir cumpliendo años, a una estela de profesionales que marcaron una época, que impulsaron a la SEAUS en tiempos que no fueron fáciles y que trabajaron activamente y sin descanso por los derechos de los pacientes, por la atención al usuario y la humanización y por la consolidación de la SEAUS como sociedad. Sin duda alguna, Palmira es uno de esos profesionales, la SEAUS le debe mucho. Hoy, desde aquí, le hacemos llegar nuestro reconocimiento y nuestro agradecimiento. Le deseamos lo mejor en esta nueva etapa.

Desde la SEAUS queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que, tras una larga y valiosa trayectoria profesional, inician ahora una nueva etapa con motivo de su jubilación. Su compromiso, dedicación y defensa de una atención sanitaria más humana y centrada en las personas han sido y seguirán siendo parte esencial de la identidad de nuestra Sociedad.

Gracias por todo lo compartido, por el camino recorrido y por el legado que dejáis en la SEAUS y en quienes continuamos este proyecto común.

PRÓXIMO EVENTO: SIMPOSIO SEAUS 2026

La SEAUS celebrará su próximo **XIV Simposio Nacional** en junio de 2026, en Alcalá de Henares (Madrid).

En las próximas semanas se informará sobre:

- Programa provisional
- Fechas de celebración
- Apertura para recepción de comunicaciones
- Apertura de inscripciones



Recordamos que toda la actividad de la SEAUS queda recogida, y se puede consultar, en nuestra página Web: www.seaus.net

