

Estudio para el impulso de la mejora de la experiencia de paciente en el Sistema Sanitario de Aragón

**Dirección General de Transformación Digital,
Innovación y Derechos de los Usuarios**

Febrero 2021

Índice

I. Presentación	3
1. Introducción	3
2. Objetivos	4
3. Metodología	5
II. Resultados obtenidos.....	6
1. Proyectos e iniciativas de humanización	6
2. Grupo de profesionales.....	8
2.1. Primera sesión	8
2.2. Segunda sesión	12
2.3. Tercera sesión	14
3. Encuestas a profesionales de SIAUs y Trabajo Social	17
4. Grupos de pacientes y familiares de pacientes	29
5. Entrevistas	30
III. Análisis de situación.....	43
3.1. Diagnóstico inicial	43
3.2. Concepto, principios y visión	44
3.2.1. Concepto	44
3.2.2. Principios	45
3.2.3. Visión	46
3.3. Propuesta de líneas estratégicas y objetivos	47
Línea estratégica 1: Adecuación de los espacios y entornos	47
Línea estratégica 2: Información y comunicación.....	47
Línea estratégica 3: Cuidados, atención y trato directo	47
Línea estratégica 4: Integrar la orientación al paciente en el sistema de gestión	47
Línea estratégica 5: Fomento de la cultura de la experiencia de paciente	48
Línea estratégica 6: La ciudadanía, agente activo en la salud	48
Línea estratégica 7: Transformación digital e innovación centrada en la persona	48
3.4. Avance de posibles medidas de actuación	49
IV. Conclusiones.....	51
V. Anexos.....	53
1. Ficha de proyectos e iniciativas de humanización.....	53
2. Coordinación, colaboradores y participantes en grupos de trabajo y entrevistas	58
2.1. Coordinación del estudio.....	58
2.2. Grupos técnico de la Dirección General	58
2.3. Grupos de trabajo de profesionales del Salud	58
2.4. Grupos de pacientes y familiares de pacientes.....	59
2.5. Entrevistas.....	60

I. Presentación

1. Introducción

El presente documento ha sido elaborado en base a la demanda recibidas por parte de la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios (DGDGU) del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón (actual Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios). Se trata de un análisis de situación respecto a las experiencias de humanización y/o experiencia de paciente de nuestro Sistema Sanitario, efectuado con la visión de que su contenido pueda facilitar la elaboración de una hipotética Estrategia autonómica para la mejora de la experiencia de paciente en el Sistema Sanitario de Aragón.

En todo caso, constituye únicamente un **documento interno para poder comenzar a reflexionar** en torno a los antecedentes y el enfoque que podría tener este Plan o Estrategia, así como una mínima orientación respecto a las líneas estratégicas y el tipo de medidas que podrían ser definidas. Indudablemente, la elaboración de una estrategia de este tipo requerirá del apoyo y la participación de diferentes expertos y profesionales sanitarios. *Incluso, en fases posteriores y con un documento más avanzado, deberá continuar tratándose de un documento abierto y permeable a las aportaciones de diferentes entidades, asociaciones de pacientes, profesionales y de los/as usuarios/as de nuestro sistema sanitario.*

Tras diversas reuniones del grupo de técnicos de la extinta DGDGU que debía elaborar un “Plan de humanización”, celebradas entre marzo y julio de 2020, se requirió a dos técnicos de la DGDGU formular una propuesta relativa a: “el qué se quiere analizar, a quién se quiere consultar y como se quiere consultar”. Durante finales del año 2020, a pesar de todas las dificultades, un único técnico continuó esta tarea e intentando dar respuesta a este planteamiento. A lo largo de estas páginas, y en base al trabajo de campo realizado, se exponen los resultados alcanzados.

2. Objetivos

Objetivos básicos del proceso

Dinamizar a los profesionales implicados en experiencias de humanización del sistema sanitario de Aragón, analizando la situación actual y planteando el trabajo futuro.

Objetivos operativos del proceso

Establecer las bases para un futuro Plan estratégico de humanización del Sistema sanitario de Aragón.

- Obtener una **primera imagen del Sistema Sanitario de Aragón en relación a los proyectos e iniciativas de mejora** de la humanización/experiencia de paciente, impulsadas por sus profesionales.
- Sentar las **bases de un grupo de trabajo** que pueda implicarse en el desarrollo de la futura planificación y desarrollo de acciones para la mejora de la humanización en el Sistema Sanitario en Aragón.
- Realizar un primer **análisis de situación o diagnóstico** en torno a la experiencia de los/las pacientes del Sistema Sanitario de Aragón.
- Desarrollar de forma participada los **contenidos básicos de una hipotética estrategia** en materia de humanización y/o experiencia de paciente para el Sistema Sanitario de Aragón.
- Definir **líneas estrategias** y objetivos para la mejora de la experiencia de paciente en el Sistema Sanitario de Aragón.

3. Metodología

Atendiendo a los encargos encomendados, se ha efectuado una labor de consulta a diferentes profesionales del Sistema Sanitario de Aragón, pacientes y familiares de pacientes y a los Gerentes de los Sectores Sanitarios.

Ficha resumen del proceso realizado:

Fecha	Metodología	Tipologías de participantes y actores convocados	Objetivos perseguidos
Octubre y noviembre de 2020	Recopilación de información respecto a proyectos de humanización (y/o experiencia de paciente)	Recopilación de proyectos, u otro tipo de iniciativas para la mejora de la experiencia de paciente	<ul style="list-style-type: none"> -Abordar el concepto de humanización manejado por los propios centros sanitarios, y sus profesionales, a través de experiencias prácticas. -Identificar proyectos de humanización/experiencia de paciente que pudieran ser replicables -Identificar a profesionales motivados en el impulso de proyectos de mejora y humanización de la asistencia sanitaria.
4, 11 y 25 de noviembre de 2020	Grupo de trabajo de profesionales del Salud (Se celebraron tres sesiones de trabajo, con diferentes objetivos).	Grupo de trabajo compuesto por profesionales expertas en humanización y/o experiencia de paciente, con diversos perfiles, niveles profesionales y/o áreas de especialidad (trabajo social, enfermería, directoras de enfermería, facultativos especialistas, etc.) que desempeñan su actividad en centros hospitalarios públicos, y concertados, de todos los sectores sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Abordar, con los propios profesionales, proyectos de humanización escalables y replicables en el resto del Sistema - Elaborar un mapa de experiencia de paciente desde su visión como profesionales - Realizar un diagnóstico DAFO y priorizar puntos críticos - Definir líneas estratégicas y objetivos - Recabar propuestas en tono a la misión y visión
1 de diciembre de 2020	Grupo de pacientes crónicos y grupo de familiares de pacientes	Grupos de trabajo (2), con participantes que, en su mayor parte, integrantes de asociaciones de pacientes y contaban con años de relación con el sistema sanitario en relación al acompañamiento de familiares o a los tratamientos de sus propias patologías crónicas: Crohn, Cáncer, enfermedad renal, fibrosis quística, diabetes, Alzheimer, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición de experiencias por parte de los familiares de pacientes. - Integración en el mapa de experiencia del paciente - Identificación de buenas prácticas y retos de la humanización
1 de diciembre de 2020	Grupo técnico de la DGDGU	Jefes de servicio y diversos técnicos de la extinta DGDGU.	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición del trabajo realizado - Valoración y contraste técnico de los resultados y las líneas estratégicas propuestas.
Noviembre/diciembre de 2020	Encuestas on-line a personal de SIAUs y profesionales de trabajo social en salud.	Se ha calculado la existencia de 75 profesionales en SIAUs y otros 80 profesionales de trabajo social en centros sanitarios. Estas encuestas han sido respondidas, respectivamente, por 30 y 40 profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta a dos tipos de profesionales, que conjuntamente con el colectivo de enfermería, se consideraron en la primera etapa fundamental
10, 17 y 21 de diciembre de 2020	Entrevistas a Gerentes de Sectores sanitarios	Se ha entrevistado a los cinco gerentes de sector, del sistema sanitario de Aragón.	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de su opinión respecto al impulso de una estrategia autonómica en la materia, en base a - Contraste de las conclusiones obtenidas a lo largo del proceso descrito.

II. Resultados obtenidos

Los resultados descritos en este apartado son fruto de las opiniones y discursos recabados a través de encuestas, grupos y entrevistas, y de la triangulación de técnicas de recopilación de información, así como de la información de diferentes perfiles entre los que destacan diferentes perfiles profesionales, pacientes y familiares y decisores públicos.

1. Proyectos e iniciativas de humanización

Un primer planteamiento para este trabajo es que, para el desarrollo de un análisis de situación en esta materia, la base ha de ser **conocer los proyectos e iniciativas orientadas a la mejora de la experiencia de paciente y/o humanización** de la atención sanitaria que ya se vienen realizando en el Sistema Aragonés de Salud. Tratándose de proyectos u otro tipo de acciones que se han desarrollado a iniciativa de los/las propios/as profesionales, cuyo papel es fundamental para impulsar una posible Estrategia autonómica en el marco del Sistema Sanitario de Aragón.

A través de la ficha (Ver anexo I) creada a tal efecto, se ha recopilado información de 103 proyectos que, considerando que algunos de ellos se han desarrollado en diferentes centros y/o sectores, se recogen en la siguiente tabla:

Sector sanitario	Centro	Proyectos (nº)
Teruel	Hospital Obispo Polanco	16
	CRP San Juan de Dios (Teruel)	1
	Hospital San José de Teruel	1
Alcañiz	Hospital de Alcañiz	8
Huesca	Hospital San Jorge de Huesca	5
Zaragoza I	Hospital Nuestra Señora de Gracia (Provincial)	5
	Hospital Royo Villanova	7
	Centro de Salud Actur Oeste	1
Zaragoza II	Hospital Universitario Miguel Servet	56
(incluyendo, privado concertado)	Hospital San Juan de Dios (HSJD)	2
Zaragoza III	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	1
Total		103

Recabar proyectos e iniciativas de humanización ha permitido identificar a los/las profesionales más implicados/as con esta materia; analizar el tipo de proyectos que los/las profesionales consideran relacionados con el concepto de humanización de la asistencia sanitaria; determinar los ámbitos de actuación, o aquellos en los que se ha considerado que deben acometerse mejoras, etc.

En todo caso, las fichas de proyectos recabadas facilitarán, en fases más avanzadas del desarrollo de la estrategia, planificar medidas de actuación concretas en base a las experiencias ya desarrolladas con éxito en diferentes tipos de centros de atención sanitaria del Sistema Sanitario de Aragón respecto a:

- Protocolos de atención a personas usuarias y/o acompañantes.
- Información y comunicación.
- Sensibilización y/o cultura de humanización.
- Formación y/o mejora de competencias profesionales en humanización.
- Participación, asociacionismo y/o voluntariado.
- Atención al final de la vida / Voluntades anticipadas.
- Mejora y adecuación de espacios/instalaciones. Accesibilidad.
- Otros...

2. Grupo de profesionales

Como ya se ha avanzado, se realizaron tres sesiones de trabajo, con un grupo de los/las profesionales del Salud. La composición de este grupo, y selección de integrantes, se conformó en función de los siguientes objetivos:

- Buscar aquellos perfiles de los/las profesionales más implicados/as en el impulso y desarrollo de proyectos de mejora de la experiencia de paciente y/o humanización en sus propios servicios, unidades, centros sanitarios, etc.
- Incorporar la participación de diferentes tipos y niveles profesionales (facultativos, personal de enfermería, trabajadores sociales, atención al usuario, etc.)
- Tratar de constituir un grupo en el que quedasen representados todos los sectores sanitarios, y una diversidad de temas y proyectos, que pudieran abarcar el mayor volumen posible de "ámbitos" de la asistencia sanitaria.

A su vez, fue necesario conjugar estos criterios con un número máximo de personas para posibilitar un diálogo y debate fluido. A estas dificultades se unieron, tanto las medidas adoptadas en plena expansión de la pandemia, que limitaron el número máximo de personas que podían reunirse presencialmente; como la presión asistencial de éstos/as profesionales, con la consiguiente dificultad para reunirse y tratar los temas a debate.

2.1. Primera sesión

Revisión de experiencias previas en Aragón:

Durante esta sesión, se realizó una **puesta en común de las diferentes experiencias en materia de experiencia de paciente y humanización** desarrolladas por las personas integrantes del grupo de trabajo. La información se categorizó durante la sesión en las siguientes etiquetas: Hospital, centro, servicio, unidad; Nombre; Contexto (¿cómo surge?); Metodología, y/o proceso de desarrollo; y Resultados.

Presentación, Hospital, centro... Servicio, unidad...	Nombre	Contexto, cómo surge	Metodología, proceso					Resultados, qué habéis conseguido					
HSJD	Chiquitines - Hemodialis - Plan de experiencia de paciente	medicina narrativa	ODS	arquitectura como humanización, accesibilidad, plan director	Mejora espacio de cuidados paliativos	Quirófano anestesia niños acondicionado	Voluntariado, asociaciones, empresas del tercer sector	Código de buen gobierno y manual de BSRG corporativas (formación necesaria)	Convalecencia y Rehabilitación	Comunicación, pizzas, en prototipado	web, TV, circuitos, participación	encuestas	...
Hospital San José. Teruel	Preservar la humanidad	Formación profesional	grupo apoyo emocional	Programa de cuidadores (cuidado del cuidador)	Musioterapia en pacientes paliativos	Apoyo desde el servicio de psicología clínica	talleres cuidadores	Acercar actividad festiva local	...	...	humanización de la atención	apoyo emocional, garantía de derechos	...
HUMS	Onco HUMS	4 años	dejar de hacer lo que no hay que hacer, buenas prácticas	la experiencia es un paso más a la humanización	integrar al usuario, co-crear, participar	metodología de experiencia de usuario	apoyo externo de profesionales de la experiencia	métodos cuali y cuanti	repensar el proceso	primer impacto, urgencia, salas de esperas...	añadir pequeñas mejoras en el proceso es reconfortante	Observatorio como objetivo aspiracional	...
UCI San Jorge Huesca	(H)UCI COVID	Atención a familias de pacientes	Video llamadas a familias (tablet)	Escuchar videollamadas nos permite conocer al paciente mejor	Paseos que curan	Mensajería (whatsapp)	Positívismo en RRSS	...	...	Cartas de condolencia	Visitas de familiares a UCI	...	...
Clínico Lozano Blesa	Decálogo paciente hospitalizado	Los pacientes proponen soluciones respecto a cuidados	revisión bibliográfica	observación y entrevista 120 pacientes	categorizar en diez reglas	identificación del personal, explicar normas	pacientes desde el principio, participación	apoyo metodológico	ambiente íntimo final de la vida	TDC, privacidad, información	Amplia difusión como la voz del paciente (llegar a todos los profesionales)	...	...
Cirugía vascular clínico	Sesiones de enfermería (transmisión conocimientos)	Reuniones dinámicas para compartir experiencia y coordinación	Exposición de casos por NOMBRE	Seguimiento conjunto de la evolución	Planes de cuidados personalizados	...	...	continuidad de cuidados	Comunicación más efectiva paciente - enfermería	Mejora de la información del paciente	Mejora atención enfermería	...	...

Desarrollo del mapa de experiencia del paciente:

Con la finalidad de recabar una **visión del impacto de las experiencias presentadas** en la experiencia del paciente, en base a ellas y los momentos de la experiencia del paciente en los que se actuó, se elaboró una plantilla global de **mapa de experiencia de paciente**. Tomando en cuenta que también se recabaron aspectos transversal, las etapas del mapa de experiencia desarrollado fueron:



- Mi vida antes (*todo lo que ocurre antes de interactuar con el sistema*)
- Primeros síntomas / Pre-diagnóstico
- Pruebas / Diagnóstico
- Tratamiento
- Hospitalización / Seguimiento
- Recuperación / Normalización
- Mi vida ahora (*¿cómo es la vida de la persona tras la atención sanitaria?*).



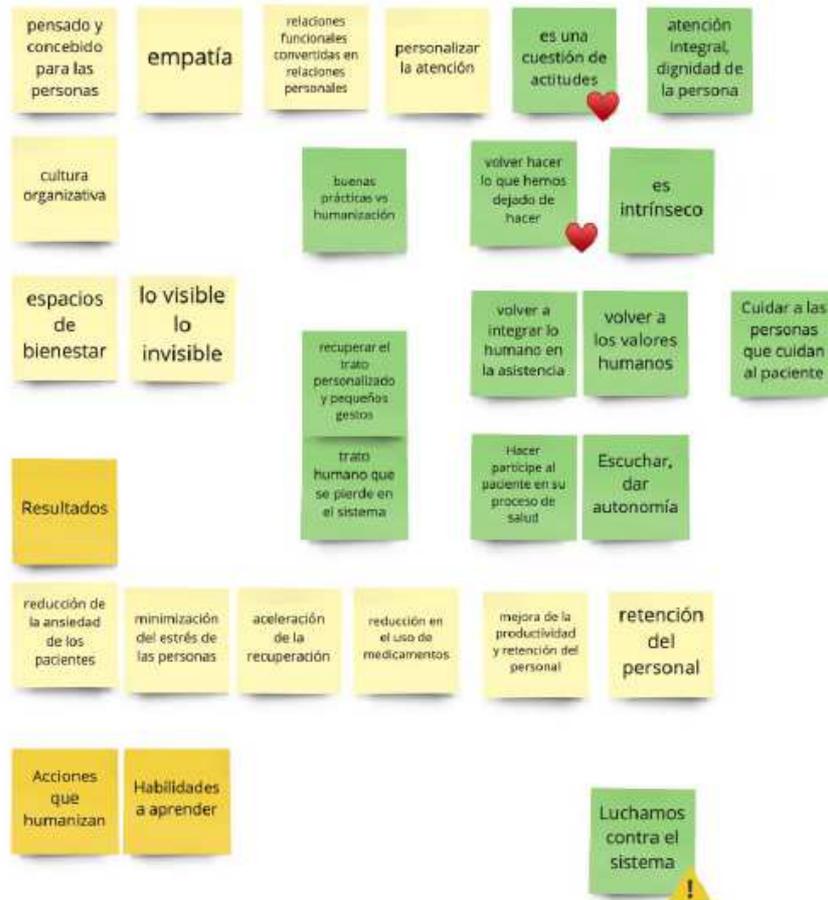
Valoración de los conceptos de humanización y experiencia del paciente:

Dado que los trabajos presentados por el grupo tienen en unos casos un carácter de actuaciones puntuales y otros que aplican a nivel de proceso, se generó un debate sobre la posible definición de los mismos, en relación los siguientes conceptos e ideas:

- **Experiencia de paciente. Visión de proceso de principio a fin...**



• **Humanización. ¿Qué es un proyecto de humanización?**



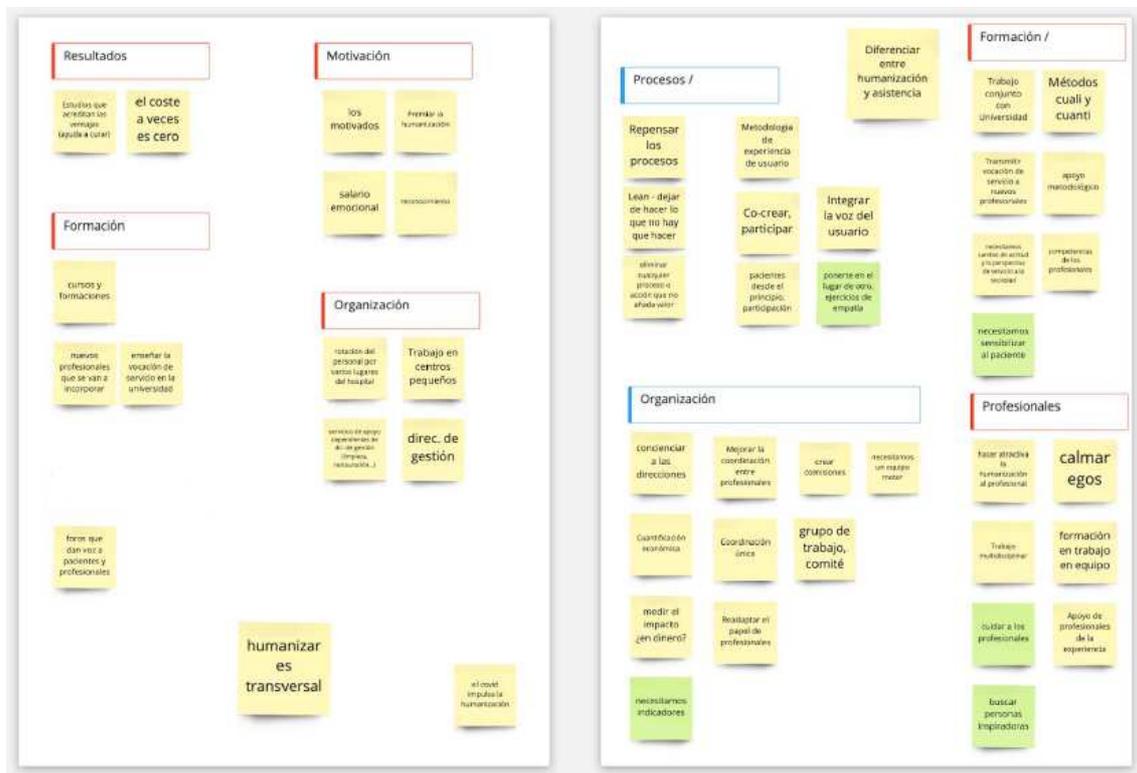
2.2. Segunda sesión

Trabajo sobre el mapa de experiencia de paciente

En base al primer trabajo técnico, de elaboración del mapa de experiencia de paciente integrando los grandes ejemplos de proyectos presentados, se recabaron nuevas aportaciones del grupo de trabajo para identificar buenas prácticas, momentos de la experiencia con más oportunidad de actuación y priorizamos prácticas, proyectos e innovaciones.

Definición de grandes retos

A partir del mapa anterior, se pasó a una dinámica de deliberación, para aportar y recabar ideas, atendiendo a los principales ámbitos de mejora identificados en el mapa de experiencia de paciente y contando con los proyectos de mejora como elementos de inspiración. A su vez, se realizó un trabajo de consenso para definir las **propuestas afines en bloques temáticos** y una priorización de las ideas recabadas.

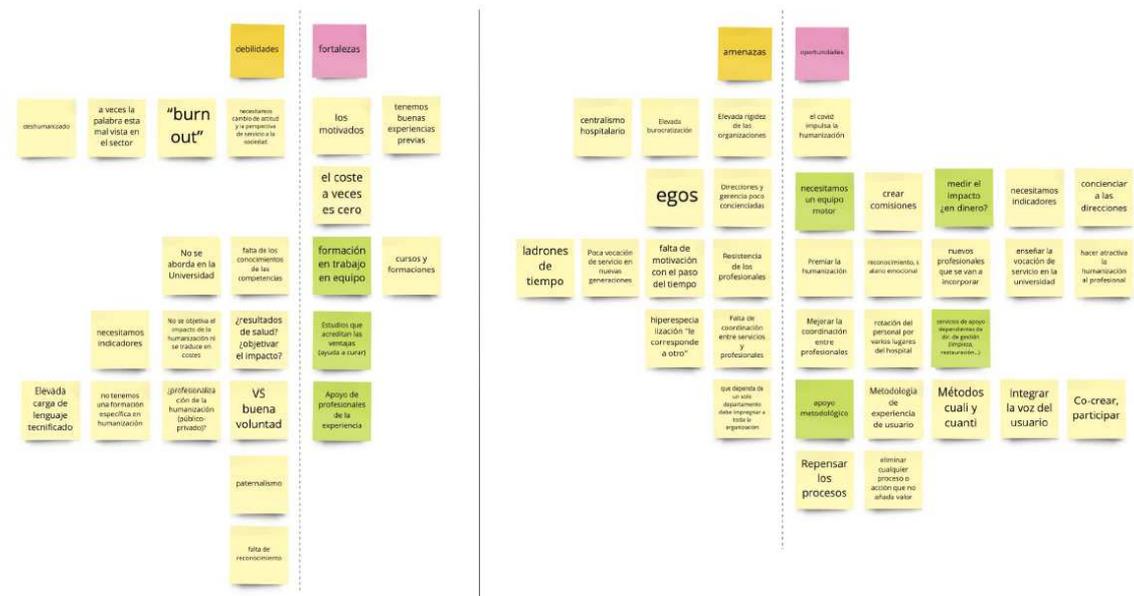


Análisis DAFO

Los puntos fuertes y débiles (retos identificados) facilitaron un trabajo técnico de definición de un primer análisis de las debilidades y oportunidades internas, y de amenazas y fortalezas externas.

Sobre ello, se articuló y dinamizó el debate solicitado respecto a la “cultura de la organización”. Propiciando que las personas participantes aludieran a posibles barreras, elementos favorecedores del cambio y proyectos de mejora, ámbitos en los que incidir a medio plazo, etc.

La organización del discurso generado en este debate, permitió elaborar la siguiente matriz de diagnóstico estratégico (DAFO):



2.3. Tercera sesión

En la última sesión con el grupo de profesionales del Servicio Aragonés de Salud y HSJD, inicialmente se procedió a recordar los resultados precedentes presentando el mapa de experiencia y matriz DAFO.

En base a ello, la sesión continuó, con la labor conjunta de integrar estas perspectivas de diagnóstico en las dimensiones de experiencia de paciente¹:

- **Entorno:** Arquitectura, diseño, áreas públicas, señalización, accesibilidad, ambiente, iluminación, acústica y niveles de ruido, mobiliario (ej: sillas, camas, etc.), comida, televisión...
- **Experiencial:** Acciones que los miembros del equipo ejecutan mientras interactúan con el paciente. Comunicación, compromiso, personalización, toma de decisiones compartida, vocabulario, empatía, trato, disposición para ayudar, anticiparse a necesidades, suministro de información, apoyo en el autocuidado, apoyo emocional, etc.
- **Funcional:** La facilidad que tiene el paciente para acceder al servicio. Horario de atención, accesibilidad del profesional, diseño de su sitio web, dotación de personal, tiempo de respuesta, esperas, evidencias (papeleo).
- **Operativo:** Se refiere a las acciones que los equipos deben de ejecutar de manera interna. Por ejemplo, sus tareas diarias habituales, limpieza, preparación, comprobación de pacientes, tratamiento de pedidos, papeleo, coordinación de los cuidados.
- **Técnico:** Nivel de experiencia de los empleados, velocidad de su tecnología, ordenadores, equipo, software, puntualidad, conocimientos, herramientas, etc.

¹ DiJulius III, J. R. (2011). *What's the secret?: To providing a world-class customer experience*. John Wiley & Sons. Romero-Piqueras, C., Sierra-Pérez, J., & Manchado-Pérez, E. (2018, October). *Introduction of Service Design in a Public Hospital's Medical Oncology Service*. In *International Conference on Human Systems Engineering and Design: Future Trends and Applications* (pp. 48-53). Springer, Cham.

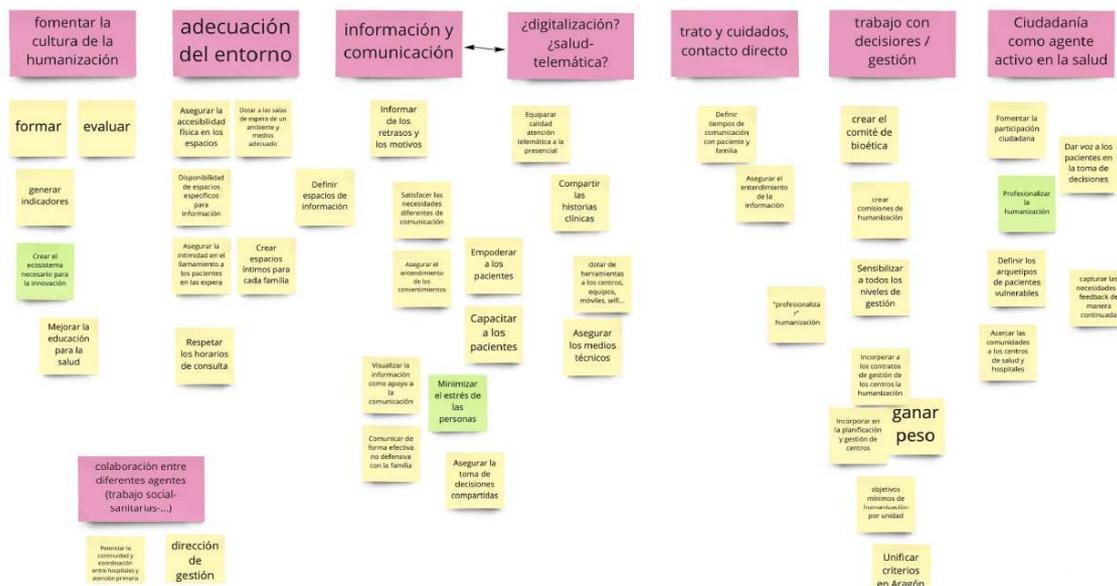


Definición de objetivos a corto, medio o largo plazo.

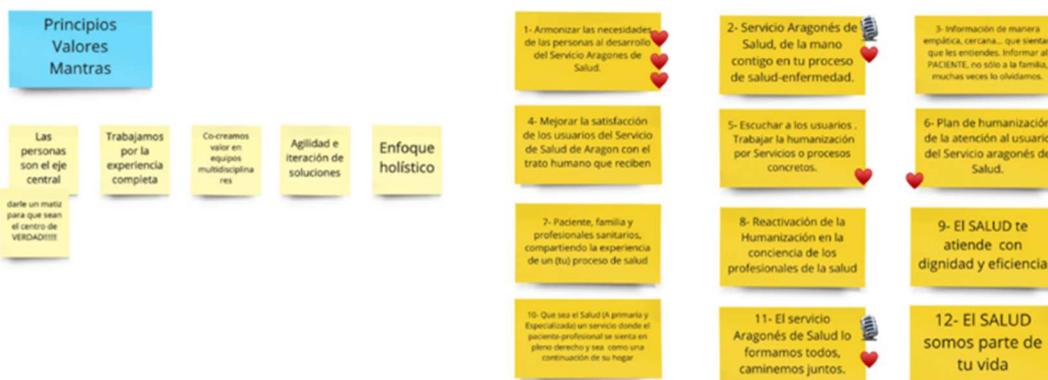
En base a la información generada hasta el momento e inspirados en el trabajo desarrollado y expuesto en *"Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services."* (2012). National Institute for Health and Clinical Excellence:

1. Reconocer al paciente como individuo/persona
2. Requisitos esenciales de la atención
 - El respeto por el/la paciente
 - Preocupaciones del/de la paciente
 - Nutrición, tratamiento del dolor y necesidades personales
 - La independencia del paciente
 - Consentimiento y capacidad
3. Adaptar los servicios de salud a cada paciente
 - Un enfoque individualizado de los servicios
 - Opiniones y preferencias de los/las pacientes
 - Participación de miembros de la familia y cuidadores/as

- Retroalimentación y quejas
4. Continuidad de la atención y las relaciones
5. Permitir a los/las pacientes participar activamente en su cuidado
- Comunicación
 - Información
 - Toma de decisiones compartida
 - Programas de educación



Las sesiones con este grupo de trabajo, acabaron con un último debate de carácter más conceptual en torno a la **visión y misión** de este Plan o Estrategia.



3. Encuestas a profesionales de SIAUs y Trabajo Social

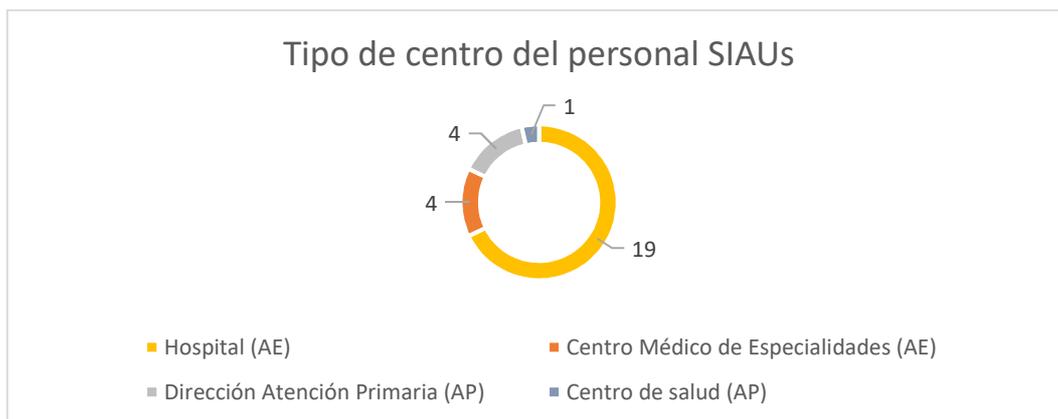
La instrucción inicialmente recibida fue la de **tomar en consideración la opinión de otros colectivos del sistema sanitario** que también podían estar llamados a desempeñar un papel relevante en la humanización de la atención al usuario y la asistencia sociosanitaria:

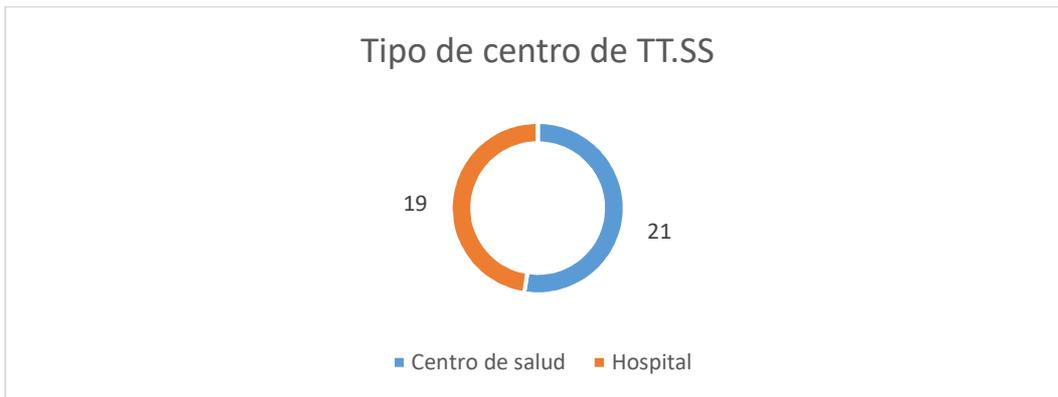
- El personal que desempeña funciones en los Servicios de Información y Atención al Usuario
- y los/las profesionales del trabajo social que trabajan en el Sistema Sanitario de Aragón

Para la ejecución de esta encuesta se utilizó, en cada caso, un cuestionario *on-line* con similares preguntas, principalmente con respuestas cerradas y algunas abiertas. A continuación, se recoge el **análisis** descriptivo realizado, a través de tablas resumen y gráficos, y el tratamiento de las respuestas abiertas.

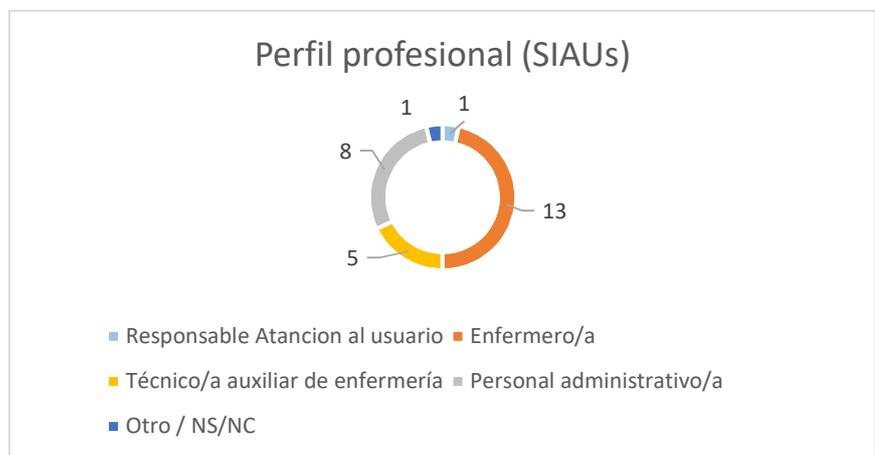
PERFILES ENCUESTADOS

Han respondido el cuestionario 40 profesionales de trabajo social en salud y 28 profesionales de los Servicios de Información y Atención al Usuario (SIAUs). En el caso del personal de SIAUs, 8'2 de cada 10 personas encuestadas trabajan en Centros de Atención Especializada.





Además, en caso del personal de SIAUs, los perfiles profesionales mayoritarios entre quienes han respondido el cuestionario son: 4,6 de cada 10 son enfermeros/as, 2,9 administrativos/as y 1,8 auxiliares de enfermería.



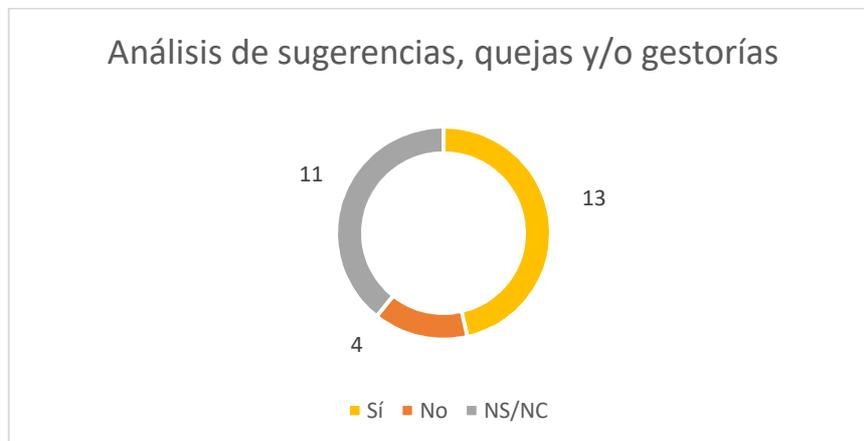
ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN Y QUEJAS

Preguntando a ambos colectivos profesionales por el análisis de la satisfacción de los/las usuarios/as en sus respectivos centros, puede concluirse que o bien este análisis no se realiza o no es conocido por todo el personal del centro.

Encuestas satisfacción	SIAUs		TTSS	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10
No	7	2,5	21	5,3
Sí	9	3,2	4	1
Ns/Nc	12	4,3	15	3,7
TOTAL	28	10	40	10

El análisis de las sugerencias, quejas y/o gestorías, lógicamente, sí es más frecuente por parte de los SIAUs. No obstante, dado el ámbito de trabajo de los SIAUs, resulta especialmente significativo que casi 5 de cada 10 personas encuestadas hayan señalado que no se hagan o no conozcan este tipo de análisis. No puede perderse de vista que las sugerencias, quejas y

gestorías de las personas una importante fuente de información para detectar aspectos de mejora de la experiencia de los/las pacientes, así como de sus acompañantes y familiares.



En este mismo sentido, se ha consultado por la percepción con respecto a la accesibilidad de los SIAUs, para que los/las usuarios/as puedan trasladar quejas o sugerencias, y por los derechos de los/las pacientes, la disponibilidad de información. 7,9 de cada 10 profesionales consultados/as, consideran que los/las pacientes pueden acceder al SIAU y presentar las quejas o sugerencias correspondientes. Por otra parte, únicamente 5 de cada 10 profesionales considera que los/las pacientes disponen de información respecto a sus derechos como pacientes.

	Accesibilidad SIAUs		Información derechos como pacientes	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Siempre	14	5,0	5	1,8
Casi siempre	8	2,9	13	4,6
Casi nunca			4	1,4
Nunca	1	0,4	0	0,0
Ns/Nc	5	1,8	6	2,1
Total general	28	10	28	10

PERSPECTIVAS RESPECTO A LA ATENCIÓN SANITARIA: INFORMACIÓN COMPENSIBLE Y ATENCIÓN INTEGRAL

Aunque es una cuestión que no afecta a la labor de los/las profesionales encuestados/as, es relevante que la mayor parte de las personas encuestados entiende que los/las usuarios/as reciben información comprensible respecto a sus enfermedades y tratamientos. Más de 8 de cada 10 profesionales del trabajo social en salud y más de 7 profesionales de los SIAUs

consideran que los/las usuarios/as siempre o casi siempre reciben información comprensible respecto a sus enfermedades y tratamientos.

Información comprensible (Recomendaciones y tratamientos)	SIAUs		TTSS	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Siempre	20	7,1	27	6,8
Casi siempre			6	1,5
Casi nunca	1	0,4	3	0,8
Nunca	0		0	
Ns/Nc	7	2,5	4	1,0
Total general	28	10	40	10



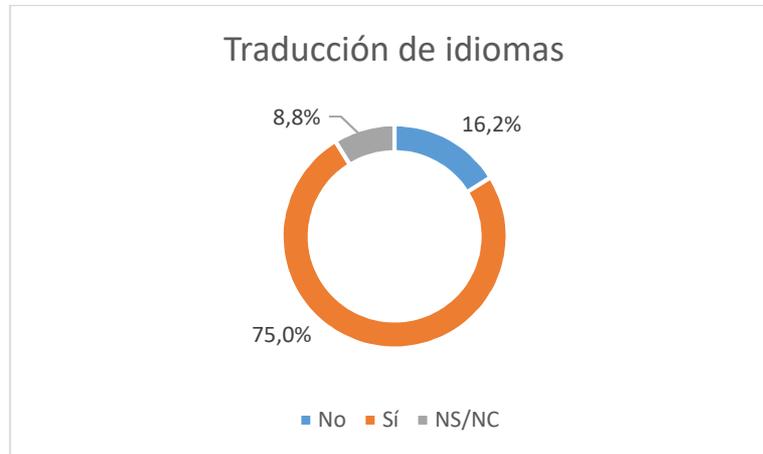
Es más, cerca de cada 8 trabajadores/as sociales consideran que los/las usuarios/as reciben una atención integral en el centro en el que trabajan.

DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN CON USUARIOS/AS

En los servicios sanitarios en general, pero especialmente en información y atención a los/las usuarios/as y en el trabajo social en centros sanitarios adquiere especial relevancia la de comunicación y relación con los/las usuarios/as. No obstante, las dificultades de comunicación, ya sean idiomática o de otro tipo son un importante obstáculo y una dificultad añadida a la propia labor que se desarrolla desde estos servicios.

Atención a personas con dificultades de comunicación	SIAUs		TTSS	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Sí	17	6,1	23	5,8
No	5	1,8	16	4
NS/NC	6	2,1	1	0,2
Total general	28	10	40	10

Por ello, desde el Servicio Aragonés de Salud, se ha previsto un sistema telefónico de traducción de idiomas. Tratados los datos de manera conjunta, el 75% de las personas encuestadas afirman disponer de él y únicamente un 16,2% tendrían algún problema para su uso.



Un análisis de las respuestas a la pregunta abierta relativa a los problemas comunicativos con las personas usuarias que éstos profesionales atienden, revela que las principales dificultades de comunicación guardan relación con:

- Dificultades de carácter idiomático, que no siempre pueden resolverse mediante el contacto telefónico o con los servicios de traducción disponibles
- Discapacidades físicas, psicosociales, cognitivas o sensoriales. Así, por ejemplo, algunos/as profesionales encuestados/as han destacado la importancia de la lengua de signos o la problemática asociada a la salud mental
- Además, también se ha resaltado (especialmente, desde el ámbito del trabajo social) la relevancia de la mediación intercultural más allá de las barreras idiomáticas.
- Y, finalmente, podemos referirnos a las dificultades de comprensión y manejo de cierta terminología técnica, ya sea de carácter médico o de tipo burocrático.

DIFICULTADES DE LA LABOR PROFESIONAL

Otra de las claves de la puesta el valor y de la eficacia de éstos servicios es que el resto de profesionales del centro conozcan la cartera de servicios de los SIAUs o la labor que desarrollan los profesionales del trabajo social en salud para derivar pacientes que esta atención. A este respecto, a juzgar por las respuestas obtenidas, la labor del trabajo social en salud es suficientemente conocida. Sin embargo, quizá cabría desarrollar algún tipo de medida para

difundir la cartera de servicios de los SIAUs ya que unos 5 de cada 10 profesionales creen que sus compañeros/as del centro sanitario no la conocen.

Conocimiento de cartera de serv. (SIAUs) / Labor profesionales trabajo social en salud	SIAUs		TTSS	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Siempre			11	2,8
Casi siempre	13	4,6	22	5,5
Casi nunca	10	3,6	6	1,5
Nunca	3	1,1		
NS/NC	2	0,7	1	0,2
Total general	28	10	40	10

Entre aquellos factores que dificultan prestar el trabajo con mayor eficacia o aportar respuestas adecuadas a pacientes y/o acompañantes, cabe resaltar:

- El volumen de trabajo (6,8 de cada 10 encuestados/as) y la falta de coordinación sanitaria (7,1 de cada 10), en el caso de los/las profesionales de los SIAUs y...
- La falta de recursos (8,75 de cada 10 encuestados/as) y de coordinación sociosanitaria (7 de cada 10), en el de profesionales del trabajo social.

SIAUs	Volumen trabajo		Falta recursos		Falta coordin. sociosanitaria		Falta protocolos		Falta de directrices	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Muy de acuerdo	8	2,9	6	2,1	6	2,1	8	2,9	7	2,5
Bastante	10	3,6	10	3,6	14	5,0	7	2,5	10	3,6
Poco	6	2,1	11	3,9	7	2,5	10	3,6	7	2,5
Nada de acuerdo	3	1,1					1	0,4	2	0,7
Ns/Nc	1	0,4	1	0,4	1	0,4	2	0,7	2	0,7
Total	28	10	28	10	28	10	28	10	28	10

Al preguntar, de manera abierta, a las personas que componen el equipo profesional de los SIAUs, por aquellas actuaciones, recursos o factores que posibilitarían una mejor o más adecuada atención a las personas usuarias destacan:

- El aspecto más destacado es la necesidad de contar con claras directrices, así como a **protocolos, guías o manuales de actuación** comunes a todos los SIAUs. En este mismo sentido, se alude a:
 - la formación continua de los/las profesionales de los SIAUs,

- la actualización en torno a los temas y contenidos que les competen
- la concienciación al resto de los/las profesionales del ámbito sanitario respecto a la importancia de las funciones del personal de admisión y de los SIAUs es una de las claves de la mejora organizativa de la atención e información al usuario/a.
- La **mejora de la coordinación y comunicación** con la dirección y el resto de profesionales del Centro (AE) o Centros sanitarios (AP).
- A su vez, también se reclama, la **actualización de la información** (por ejemplo, con respecto a los cambios en la asistencia sanitaria y su organización) de la que disponen los SIAUs para poder transmitirla y dar respuestas adecuadas a las personas a las que atienden.
- También se reclama **incrementar los recursos humanos** destinados a los SIAUs (por ejemplo, al objeto de aumentar el tiempo de atención que es posible dedicar a cada persona usuaria, entender sus necesidades y poder buscar soluciones adecuadas); **mejorar los espacios en los que se ubican**, y en los que se desarrolla la atención al público; y **otros medios materiales**, por ejemplo, medios y herramientas informáticas.
- Finalmente, se ha aludido a la difusión y concienciación respecto a los **derechos y deberes de los usuarios** tanto entre pacientes y familiares como entre profesionales sanitarios.

TTSS	Volumen trabajo		Falta recursos		Falta coordin. sociosanitaria		Falta protocolos		Falta de directrices	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Muy de acuerdo	4	1	21	5,25	12	3	7	1,75	10	2,5
Bastante	12	3	14	3,5	16	4	14	3,5	10	2,5
Poco	12	3	4	1	9	2,25	14	3,5	14	3,5
Nada de acuerdo	7	1,75			2	0,5	4	1	4	1
Ns/Nc	5	1,25	1	0,25	1	0,25	1	0,25	2	0,5
Total	40	10	40	10	40	10	40	10	40	10

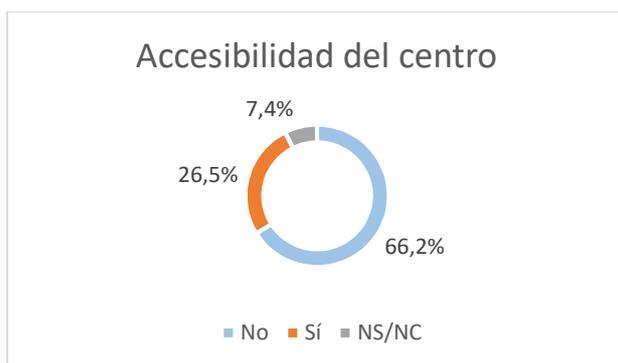
En el caso del trabajo social en el ámbito sanitario, aquellas actuaciones o recursos que a su juicio posibilitarían una mejor o más adecuada atención a las personas usuarias serían:

- Plazas residenciales (para derivar usuarios, incluyendo salud mental) y otros recursos
- La disponibilidad de plazas residenciales, y otros recursos sociales, para poder derivar pacientes con este tipo de necesidades al alta hospitalaria

- Una mayor coordinación interadministrativa. En especial con el IASS y los Centros municipales de servicios sociales.
- Reducir y agilizar trámites administrativos para facilitar los recursos necesarios ante situaciones prioritarias.
- Aumento y mejora de los recursos de atención sociosanitaria.
- Mejorar la gestión, mejorar los protocolos de actuación. Lograr mayor apoyo institucional para la figura del profesional del trabajo social en el ámbito sanitario, etc.

DISEÑO DE SERVICIOS E INSTALACIONES

Tratando de forma conjunta los datos disponibles (SIAUy TTSS) que todavía se considera en más del 66% de los casos que nuestros Centros sanitarios no son completamente accesibles y presentan barreras de tipo físico, sensorial o de comunicación y comprensión.



En este último sentido, se ha consultado por la facilidad de las personas usuarias para identificar a dónde y a quién acudir para obtener: a) atención sociosanitaria y b) la información y atención requerida. En el caso de los SIAUs, 5,7 de cada 10 profesionales consultados/as considera que existe mucha o bastante facilidad para localizar el servicio. Pero en el caso de profesionales del trabajo social, son únicamente, 3,25 de cada 10.

Señalética	SIAUs		TTSS	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Mucho	3	1,1	2	0,5
Bastante	13	4,6	11	2,75
Poco	8	2,9	17	4,25
Nada	3	1,1	6	1,5
NS/NC	1	0,4	4	1
Total general	28	10	40	10

Otra de las cuestiones planteadas al personal de los SIAUs y profesionales del trabajo social en salud es su valoración respecto a las condiciones del centro sanitario desde el punto de vista del confort de las personas usuarias. En concreto, respecto al equipamiento tecnológico, el nivel de confort para pacientes y para acompañantes.

En términos generales, podemos señalar que el personal de los SIAUs y de trabajo social en salud, considera mejorable el equipamiento tecnológico a disposición de los usuarios de centros sanitarios (por ejemplo, tv, red wifi, auriculares, etc.) y el nivel general de confort de acompañantes. Por ejemplo, 7,5 de cada 10 trabajadores/as sociales considera poco o nada adecuado el nivel de equipamiento tecnológico a disposición de los/las usuarias.

Personal de SIAUs	Equipamiento tecnológico a disposición de usuarios		Nivel general de confort para pacientes		Nivel general de confort para acompañantes	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Muy adecuadas	0		0		0	
Bastante adecuadas	8	2,9	14	5,0	8	2,9
Poco adecuadas	12	4,3	11	3,9	13	4,6
Nada adecuadas	5	1,8	1	0,4	5	1,8
NS/NC	3	1,1	2	0,7	2	0,7
Total general	28	10	28	10	28	10

Profesionales de Trabajo social	Equipamiento tecnológico a disposición de usuarios		Nivel general de confort para pacientes		Nivel general de confort para acompañantes	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Muy adecuadas	1	0,3	1	0,25	0	0
Bastante adecuadas	10	2,5	23	5,75	16	4
Poco adecuadas	16	4,0	11	2,75	14	3,5
Nada adecuadas	10	2,5	1	0,25	4	1
NS/NC	3	0,8	4	1	6	1,5
Total general	40	10	40	10	40	10

Finalmente, en cuanto a las condiciones del centro para el desempeño de las funciones que corresponden a ambos colectivos profesionales, se ha consultado respecto a la seguridad, intimidad / confidencialidad, disponibilidad de espacios, confort laboral y limpieza.

SIAUs	Seguridad		Limpieza		Espacios multifun.		Intimidad/ confidenc.		Confort laboral	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Muy adecuadas	3	1,1	2	0,7	1	0,4	4	1,4	1	0,4
Bastante adecuadas	5	1,8	14	5,0	8	2,9	11	3,9	9	3,2
Poco adecuadas	13	4,6	8	2,9	10	3,6	9	3,2	8	2,9
Nada adecuadas	4	1,4	1	0,4	6	2,1	2	0,7	6	2,1
NS/NC	3	1,1	3	1,1	3	1,1	2	0,7	4	1,4
Total general	28	10	28	10	28	10	28	10	28	10

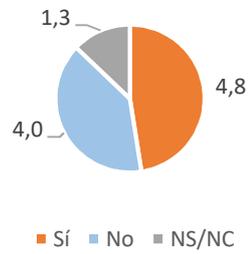
Profesionales de Trabajo social	Seguridad		Limpieza		Espacios multifun.		Intimidad/ confidenc.		Confort laboral	
	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10	Nº	X de 10
Muy adecuadas	3	0,8	18	4,5	6	1,5	13	3,3	5	1,3
Bastante adecuadas	17	4,3	17	4,3	8	2,0	17	4,3	15	3,8
Poco adecuadas	13	3,3	4	1,0	18	4,5	7	1,8	14	3,5
Nada adecuadas	4	1,0			6	1,5	2	0,5	4	1,0
NS/NC	3	0,8	1	0,3	2	0,5	1	0,3	2	0,5
Total general	40	10	40	10	40	10	40	10	40	10

PARTICIPACIÓN Y VOLUNTARIADO

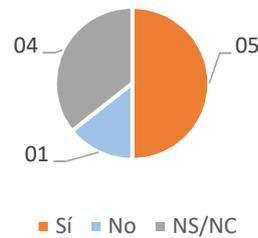
Los profesionales de trabajo social en salud consideran, en su totalidad, que su presencia es necesaria en los Consejo de Salud de Zona. Y de forma similar, una gran mayoría de los/as profesionales de los SIAUs (9,6 de cada 10) consideran conveniente su participación en aquellas Comisiones en las que se necesite escuchar la voz del paciente.

En relación con las relaciones del centro con asociaciones de pacientes y entidades de voluntariado, a continuación, se expone a opinión de los/las trabajadores/as sociales y el personal de SIAUS.

Actividades de asociaciones en el centro (TT.SS.)

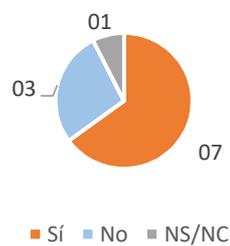


Actividades de asociaciones en el centro (SIAUs)



Al consultar por el desarrollo de actividades en el centro (jornadas, charlas, exposiciones, etc.) en colaboración con asociaciones de pacientes 4,8 de cada 10 trabajadores/as sociales indica que si se hacen y también 5 de cada 10 profesionales de SIAUs. No obstante, en el caso de los SIAUs, una elevada proporción (3,6 de cada 10) ha señalado la opción Ns/Nc.

Acciones de voluntariado (TT.SS.)





En el caso de acciones de voluntariado, son 6,5 trabajadores sociales de cada 10 quienes opinan que se promueve o se colabora con algún tipo de entidad para su desarrollo. En el caso de los/las profesionales de SIAUs, esta proporción es de 5 de cada 10.

5. Entrevistas

El proceso desarrollado, incluyó la consulta a perfiles directivos del Sistema Sanitario de Aragón que, en términos generales cuentan con notable experiencia en ámbitos de decisión, dirección y gestión de nuestro sistema sanitario y poseen una visión global respecto a los puntos fuertes y necesidades del Sistema, así como respecto a las posibles dificultades para la elaboración y puesta en marcha de una estrategia de mejora de la experiencia de paciente.

La intención fue la de validar y contrastar un primer planteamiento en torno a la visión, y principales conceptos, para llevar a cabo una estrategia de paciente; así como a los resultados iniciales en cuanto a un primer borrador de objetivos y líneas estratégicas.

Cabe resaltar que, **desde todas las gerencias de sector, se valoraba positivamente la idea planificar medidas y actuaciones de mejora de experiencia de paciente**. No obstante, mientras que algunas entrevistas se desarrollaron en un plano más abstracto, otras reflejaron dudas respecto a ciertos objetivos planteados por profesionales y pacientes. A continuación, se realiza un volcado de las principales versiones extraídas de las seis entrevistas realizadas:

Gerencia de los Sectores de Huesca y Barbastro

- **Visión general de la estrategia y conceptos de humanización / experiencia de paciente**

Considerar al paciente como persona e “incorporar al paciente en el Sistema”. Generalmente, los pacientes recurren a contactos internos (conocidos) que no tiene por qué tener toda la información de su caso (a veces, son hasta **celadores o personal auxiliar**), pero se confía la obtención de información adicional a estas personas.

En esta línea, están los **pacientes sin voz, que son los que no saben cómo acceder** a la comunicación con los profesionales que les atienden y que no tienen contactos directos.

Al finalizar la entrevista se indicó que, para promover actuaciones concretas, más allá de los objetivos definidos, habría que incorporar todas estas acciones a los objetivos e indicadores de gestión de los contratos programa anuales. Logrando contemplar objetivos con una puntuación suficiente para que la humanización tenga protagonismo.

- **Adecuación de espacios y entornos**

El coste económico de la adecuación de espacios debería de incorporarse en los contratos de gestión.

Es necesario luchar contra las costumbres de los sanitarios de informar a pie de cama porque no existe ningún tipo de intimidad.

Otro avance importante sería el poder llamar a los pacientes de forma anónima en las salas de espera. Se va trabajando en esta línea, pero hay que mejorar.

- **Información y comunicación**

Es un enfoque correcto y ambicioso, pero hay mucho camino por delante. Precisa formación al personal sanitario, sobre todo en algunos campos como pueden ser las decisiones compartidas.

Los proyectos concretos (por ejemplo, atención al parto) han exigido un trabajo prolongado en el tiempo y mucho esfuerzo. Si se quiere generalizar y no centrarse en casos puntuales, será precisa una revolución y una asignación muy importante de recursos humanos y técnicos.

Propuesta: Hacer cursos de empatía y comunicación para aportar conocimiento y herramientas.

- **Cuidados, atención y trato directo**

Es muy importante la coordinación asistencial para que el paciente no perciba discontinuidad cuando cambia de nivel asistencial.

El COVID ha ayudado a optimizar las visitas y evitar desplazamientos innecesarios, y habrá que aprender de ello.

Propuestas:

- Fomentar la telemedicina.
- Impulsar un contacto más fluido entre profesionales para que puedan compartir información.
- Modificar el título de la línea estratégica para reforzar la potencia de la línea. Debería incluir el **concepto de coordinación** a diferentes niveles.
- Refresco de la formación en empatía mediante, por ejemplo, encuentros entre profesionales. La profesión “quemada” y es necesario reconectar de vez en cuando.

- **Gestión y decisiones orientadas al paciente.**

El Comité de Ética Asistencial ya se reúne de forma excepcional y trata casos concretos. La bioética ya está incorporada en los hospitales. Quizá, generar nuevas estructuras y comités, no sea la vía más adecuada. No se percibe cómo puede conectar con un comité de humanización.

En los años 80 se trabajó en la humanización y las comisiones de humanización no cuajaron. Es difícil mantener la continuidad de las personas implicadas.

Propuesta: Elevar el ámbito de las comisiones y no trabajar a nivel de centro.

- **Fomento de la cultura de humanización**

Resultaría muy importante crear el sistema de evaluación.

Propuesta: Las conexiones por videoconferencia han sido muy útiles en el COVID para conectar Centros de salud y residencias de mayores. Habría que potenciarlo.

- **La ciudadanía, agente activo de la salud**

Las asociaciones de pacientes todavía necesitan mucho recorrido para que puedan ser efectivas. Generalmente tienen un comportamiento pasivo (escuchan y reciben información).

Propuestas:

- Desarrollo de programas de educación para la salud. No se puede empoderar al que no sabe. Cuando los pacientes estén empoderados, desarrollar una participación real.

- **Transformación digital e innovación centrada en las personas**

Existen buenas experiencias piloto en Barbastro sobre la atención remota a pacientes que se pueden extrapolar.

Gerencia de los Sectores de Teruel y Alcañiz

- **Conceptos de humanización / experiencia de paciente**

Pensar en la situación del paciente, individualizando la asistencia y no tratarla solamente como una enfermedad. No sólo contemplar los aspectos biológicos, sino también los condicionantes psicosociales.

Intentar preservar la dignidad de la persona y la intimidad, acercándonos al estado emocional del paciente.

Es necesario actuar desde el sentimiento y la vocación, viendo al paciente no como enfermo, sino como persona.

Esta percepción debe llegar a todo el engranaje del sistema de salud y no limitarse a acciones concretas en las que se tiene un contacto más cercano con el paciente (enfermería, por ejemplo).

Es necesario disponer de una formación específica para todos los profesionales. Actualmente se trabaja por intuición y no existen pautas protocolizadas. Se generan situaciones tensas continuamente y es necesario saber gestionarlas.

Los cuidados ante la muerte y la preparación ante este hecho deberían de ser uno en los que se debería de trabajar de forma prioritaria.

- **Adecuación de espacios y entornos**

La arquitectura adecuada facilita mucho el trabajo, pero es difícil de transformar en edificios antiguos.

Especialmente importante mantener un espacio físico aislado para poder proporcionar información a familiares. Los familiares pueden quedar a un lado porque la relación estrecha y cotidiana se realiza con el paciente y es más complicado transmitir la información porque no se ha generado una conexión como con el paciente. Se puede generar una barrera paciente/facultativo y esta es más fácil de vencer en un espacio adecuado.

La atención completa puede mejorar el bienestar de los pacientes y familiares. Por ello debería de ampliarse a todos los entornos (centros de salud, etc.), no solo a los hospitales.

- **Información y comunicación**

Incluir formación para disponer de herramientas en este campo. Actualmente se basa en la intuición de los profesionales.

Individualización de la información: Hay que saber hasta dónde y cómo se debe de informar a cada paciente porque las realidades pueden ser muy diferentes.

- **Cuidados, atención y trato directo**

El sistema público realiza una gran labor asistencial, pero debe mejorar en este campo.

La vanidad de los profesionales ayuda a mejorar y desarrollar todos los conocimientos, pero no se puede transmitir a los pacientes / familiares (soberbia).

Hay que mejorar la empatía con los nuevos pacientes. Los pacientes más informados pueden resultar molestos a los profesionales porque se puede establecer una competición entre la autonomía del paciente y el criterio técnico.

La medicina paternalista centrada en los médicos debe evolucionar hacia una relación no subordinada.

Las nuevas tecnologías permiten compartir la información entre médicos y pacientes para mejorar la coordinación más allá del momento de la consulta o atención en hospital.

Las nuevas tecnologías (aceleradas por el COVID) son muy útiles, pero también han generado una barrera para algunos pacientes que no tienen la facilidad necesaria para acceder de la misma forma.

- **Gestión y decisiones orientadas al paciente.**

No sólo se debe implicar la gestión asistencial, sino abordar este tema de una forma transversal a todos/as los/las profesionales.

También es necesario fomentar la participación de pacientes y familiares, ya que se escuchan opiniones que no se suelen recogerse en el día a día.

Hay que hacer un esfuerzo en el fomento de la cultura de humanización, trabajando en la formación de profesionales.

Hay que trabajar ampliamente en el campo de la confidencialidad englobando a todo el sistema sanitario. Aunque está recogida en las normas de cada servicio, existen lagunas en la aplicación.

La ciudadanía debe ser un agente activo de la salud. El derecho a la protección de la salud no sólo se debe aplicar a la enfermedad y deben valorarse otros indicadores hacia los resultados globales. La medicina familiar y comunitaria debe de introducirse para que la prevención sea generalizada.

La figura de los pacientes expertos y la participación ciudadana es muy importante y hay que escuchar todas las voces porque se apoyan en la vivencia familiar y aportan un punto de vista que se no suele estar recogido.

Se puede potenciar la colaboración a través de entes locales (ayuntamientos y comarcas) para llegar a la ciudadanía real. Con las charlas y grupos de trabajo más habituales solo se informa a los/las profesionales.

Los profesionales tienen que ser formados para que no se perciba a la ciudadanía como intrusos.

- **Transformación digital e innovación centrada en las personas**

Muy complicada en la medicina rural, pero hay que impulsarse porque los problemas de conexión de los facultativos implican un trabajo extra o una merma en la información disponible.

La consulta telemática debería ir sustituyendo a la consulta telefónica porque al no tener imagen, se pierde información. Facilitaría la atención a los pacientes y reduciría costes. Se han recogido muchas quejas porque los pacientes no veían a los facultativos.

Un buen ejemplo es la videoconferencia con las residencias de mayores porque existe un profesional al otro lado y es posible realizarla sin problemas.

La mayor incorporación de profesionales femeninas (feminización) ha incorporado el concepto de conciliación de la vida profesional y familiar. Las nuevas tecnologías pueden facilitar la labor de las profesionales y evitar desplazamientos.

Gerencia del Sector Zaragoza I

- **Conceptos de humanización / experiencia de paciente**

La experiencia del paciente debería de ser una base para marcar las bases de nuevas directrices, pero no dispone de la información adecuada. Aunque no somos un sistema privado y no tenemos como prioridad captar clientes, éstos aspectos también deberían ser poco a poco incorporados, tanto a nivel estratégico como táctico.

- **Adecuación de espacios y entornos**

Hay coincidencia en que es muy importante crear un ambiente de intimidad y confortabilidad para informar a las familias.

La perspectiva del paciente es diferente en función de la evolución de cada caso: Cuando las cosas van bien, es muy importante la amabilidad del espacio. Cuando van mal, lo importante es la atención sanitaria.

La clase media española se está yendo a la sanidad privada porque ofrece confort y mejor atención a nivel personal. Por ello, se considera conveniente avanzar en estos aspectos, aun asumiendo que la atención sanitaria no va a estar al mismo nivel y acudirán a la pública si existen complicaciones.

El llamamiento a través de un número tiene ventajas respecto a la ley de protección de datos, pero despersonaliza. Puede ser conveniente en algunos casos como psiquiatría, pero en situaciones normales sería preferible que una persona te saliera a buscar (no por megafonía) y te llamara por el nombre. Además, coger un número recuerda a la compra y resta complicidad con la persona que te va a atender.

Evitar los carteles hechos a mano y colocados de cualquier forma. Además de que sean inteligibles, tiene que aportar una imagen. En muchos centros, es conveniente optimizar la señalización y colocar solo los carteles necesarios.

- **Información y comunicación**

Los profesionales todavía no perciben la importancia de la forma de comunicarse con los pacientes y del grado de recepción de la información.

Los profesionales necesitan formación complementaria sobre cómo transmitir la información. Debería aportarse toda la información necesaria para que el paciente (o las personas que están alrededor) puedan ejercer su derecho a la toma de decisiones compartidas.

Tendrían que establecerse directrices claras para los profesionales sobre la forma de tratar a las personas (ejemplo de las directrices COVID)

- **Cuidados, atención y trato directo**

Los pequeños detalles son muy importantes para generar empatía con los pacientes. Esta conexión mutua va a facilitar todo el trabajo a futuro.

- **Gestión y decisiones orientadas al paciente.**

Los comités de bioética son necesarios, pero quizá no sean los equipos más adecuados para el trabajo en la humanización. Una parte muy importante es la interlocución y el trato directo de los profesionales.

- **Fomento de la cultura de humanización**

Dudas sobre el alcance de la integración de los servicios sociales.

Las encuestas de satisfacción de usuarios ya casi no tienen utilidad (lo tuvieron las primeras). Es necesario emplear sistemas sencillos que capten la información que necesitamos.

- **La ciudadanía, agente activo de la salud**

Las asociaciones de pacientes suelen ser *lobbies* de actores externos o terceras partes que se ocupan poco de los pacientes. En muchas ocasiones están dirigidos por la industria (farmacéutica, ortopédica, etc.). La relación entre las dos partes está viciada.

La labor de las asociaciones como interlocutor del sistema no funciona, pero sí su labor como apoyo a pacientes (autoayuda, etc.).

- **Transformación digital e innovación centrada en las personas**

Importante, pero ir paso a paso y mejorar la base (conseguir una historia digitalizada antes de hacer tele rehabilitación).

Las experiencias puntuales son buenas para comenzar a trabajar, pero no hay que olvidar lo importante.

Gerencia del Sector Zaragoza II

Nota: Desde la Gerencia del Sector se delega en la Subdirección de Gestión y Participación Ciudadana.

- **Adecuación de espacios y entornos**

La inadecuación de espacios y entornos es el ámbito que más se ha trabajado en el HUMS (ascensor, sala de duelo, etc.). Todas ellas se realizan a demanda de las asociaciones y colectivos.

- **Información y comunicación**

Existen problemas generalizados de comunicación interna (entre profesionales). Habría que trabajar mucho en la relación entre profesionales (como ejemplo, hay 9.000 personas trabajando en el HUMS) para mejorar la humanización.

Hay que hacer un abordaje doble y no olvidar a los profesionales.

- **Cuidados, atención y trato directo**

Se trabaja en compartimentos estancos y sería necesario un enfoque holístico para que el paciente no se sienta perdido o desorientado cuando intervienen diferentes especialidades.

- **Gestión y decisiones orientadas al paciente.**

Los comités de bioética han estado minusvalorados últimamente, pero su voz tendría que ser determinante a la hora de valorar la humanización.

Los comités de bioética deberían de ser multidisciplinarios e incorporar a todos los colectivos más allá de los asistenciales (por ejemplo, trabajadores sociales).

- **Fomento de la cultura de humanización**

Se considera muy importante la creación del sistema de evaluación e indicadores porque si no se mide, las actuaciones realizadas no sirven para nada. Sería necesario trabajar con proyectos que midan la eficacia real con un ROI y poder plantear la extensión a otros centros de forma documentada.

- **La ciudadanía, agente activo de la salud**

La experiencia con asociaciones y colectivos de pacientes del HUMS es un gran potencial que debería replicarse en otros centros o sectores. Se trata de una forma mucho más compleja de funcionar, pero que reporta grandes beneficios a nivel de humanización.

La forma de financiación de las asociaciones es variable y en algunos casos cuentan con la financiación de empresas farmacéuticas, pero no debería de ser un problema para una buena gestión de las mismas.

- **Transformación digital e innovación centrada en las personas**

Debería evolucionar desde el modelo de medicina paternalista, en la que el facultativo es la única persona con voz, a un entorno colaborativo en el que el paciente crea valor de forma compartida.

Los pacientes se preguntan qué pueden hacer por su salud y quieren mejorar. Además, conviene potenciar los Consejos de Salud de Zona para incorporar la visión de la ciudadanía de forma organizada en la gestión de la salud. Existen ejemplos muy interesantes (Oliver, San Pablo o Delicias de Zaragoza) que pueden ser referentes, mientras que muchas asociaciones de pacientes desconocen la existencia de estos Consejos.

Gerencia de los Sectores Zaragoza III y Calatayud

- **Conceptos de humanización / experiencia de paciente**

El sistema público se centra en la calidad científico-técnica por encima de la experiencia del paciente (calidez, humanidad, etc.). Por eso, compararnos con la privada nos hace exigirnos más, pero tenemos escasez de recursos para competir.

Se empieza a trabajar en este sentido en unidades o situaciones críticas: alguna experiencia en UCI, pediatría, oncología... El COVID ha parado estos avances y han surgido nuevos problemas: pacientes que mueren solos, desconexión familias, etc.

- **Adecuación de espacios y entornos**

“Es claro, es lo primero que tocas” en referencia a que la adecuación de espacios constituye el aspecto más tangible en torno a la humanización del sistema sanitario.

Por ejemplo, se ha actuado en quirófanos, espera de quirófanos, información de lo que está pasando dentro o en zonas de espera familiares (varias horas): uci, paritorios, quirófanos...

- **Información y comunicación**

Se trata de un elemento clave y hay mucho trabajo por hacer. *“La información es clave para la relación médico-paciente y para la confianza, incluso, para que se reduzcan los errores de seguridad clínica”.*

Hay que empezar porque el personal entienda el valor de esto y cómo repercute en la calidad de la atención asistencial. *“Es una habilidad clave para médicos, enfermería... pero el personal no va a los cursos de estas habilidades. Muchas veces sus intereses se centran más en conocimientos científico-técnicos.”*

- **Cuidados, atención y trato directo**

Es importante, garantizar continuidad asistencial cuidados y medicación con atención primaria. También lo es avanzar en la digitalización de las citas: pedir, cambiar, eliminar. De forma que el paciente pueda aportar información en el momento de coger la cita.

La información podría centralizarse en procesos (Por ejemplo, una intervención) y compartirse con los/las pacientes para que la puedan ver antes de firmar consentimientos. Conviene ir a los procedimientos...

- **Gestión y decisiones orientadas al paciente.**

No se ve claro crear una Comisión de humanización porque no funcionan. En 1989 se crearon comisiones de humanización con roles de cada unidad, pero no fue una iniciativa sostenible. Se generaron muchas ideas que no se llevaron a cabo. Sin avances las personas se dejaron de implicar.

Para implementarlo hay que exigir a los centros/gerencias que desarrollen 2 o 3 proyectos concretos dentro de los contratos programa. De esta forma se cubrirán las diferentes etapas: Concretar - llevar a cabo – evaluar.

El comité de ética asistencial sería útil en temas muy específicos a abordar. Por ejemplo, el testamento vital y últimas voluntades, decisiones sobre tratamientos. Primero saber si se hace y cómo.

- **Fomento de la cultura de humanización**

“En esta línea hay que trabajar seguro”.

En cuanto al objetivo de integrar los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales, el interlocutor señala que resultaría coordinar lo sanitario con lo social. Hubo un intento, pero no cuajó porque era muy complicado. Primero, hay que tener servicios sociosanitarios. Ya que, si no hay donde derivar a los pacientes, no sirve de nada la coordinación con servicios sociales.

Se considera positivo generar y usar indicadores como herramienta de sensibilización y formación para el personal. Respecto a PREM y PROM, se expone del Instituto Karolinska, una institución universitaria médica situada en Solna, cerca de Estocolmo. Ahí se ha trabajado en indicadores que tengan sentido para los pacientes, como pueden ser el número de escaleras que puede subir en el domicilio sin fatigarse.

El camino es doble y hay que empezar por sensibilizar dentro y fuera.

- **La ciudadanía, agente activo de la salud**

La participación del paciente experto y sus familiares en sus cuidados y su salud es muy importante, sobre todo cuando se trata de casos complejos (por ejemplo, diabético, sintrom, hipertenso, etc.). La combinación de pacientes y vulnerabilidad suele afectar mucho al personal de los hospitales (oncoinfantil, UCI, etc.).

Existe la necesidad de los pacientes de verse en grupo. Conocer más, tener referencias, compartir experiencias, apoyo psicológico, recursos, etc. Esto se lo dan las asociaciones. Pueden existir algunos problemas, pero son inevitables (fricciones entre asociaciones, lobbies, roces con médicos, etc.).

Aunque se tienen contacto con varias asociaciones de pacientes (sida, cáncer mama, AECC, etc.), se entiende que las asociaciones no tienen por qué estar presentes en los centros.

- **Transformación digital e innovación centrada en las personas**

La clave de todo desarrollo es la historia clínica electrónica. Con ella se garantiza continuidad asistencial y el trabajo en equipo. Sería la forma de integrar a todos los profesionales en torno al paciente. Las fases en las que se tendría que avanzar, serían:

- Desarrollo

- Implantación extensiva y completa en todos centros servicios aragonés, especializada y primaria.
- Una vez hecho esto, desarrollo de procesos de atención telemática, dispersión geográfica (existen buenas experiencias en teledermatología)
- Monitorización al paciente en casa y establecimiento de alarmas al médico con alertas.
- Como paciente poder ver y hacer registros propios de algunas cosas

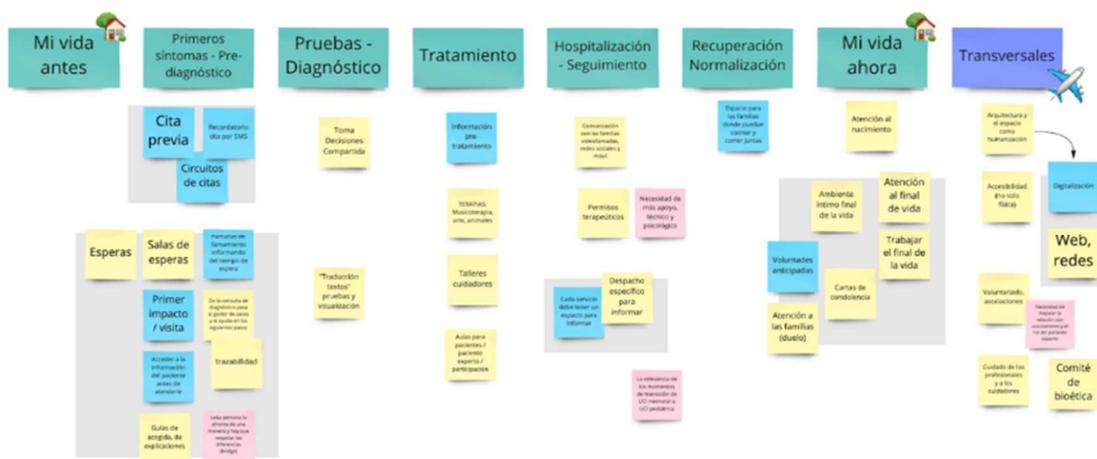
Todos estos avances implican dificultades digitales de parte del personal por lo que habrá que avanzar poco a poco.

III. Análisis de situación

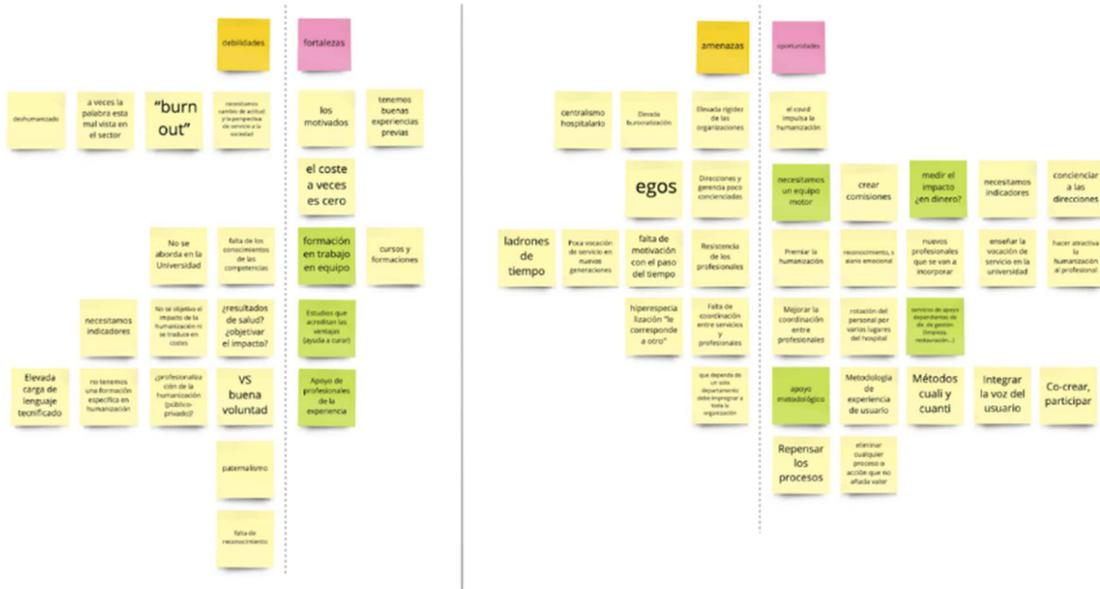
3.1. Diagnóstico inicial

El resultado del **mapa de experiencia global** muestra las principales áreas, acciones y proyectos a desarrollar dentro del ámbito de la experiencia de paciente en Aragón. Cabe destacar:

- Todo lo relativo a las citas, circuitos de citas y su digitalización.
- Los momentos de espera, las características de estos espacios y la forma en la que los pacientes son llamados.
- Las primeras visitas.
- La trazabilidad de los pacientes.
- Toma de decisiones compartida.
- La información pretratamiento.
- Los espacios específicos de información.
- El apoyo emocional.
- La especial atención en el nacimiento y en el final de la vida.
- La digitalización.
- El asociacionismo.



Partiendo del análisis de la cultura de las organizaciones en relación con la experiencia de paciente se plantea un primer **análisis DAFO**. Las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades son por un lado un resultado parcial por sí mismo que se utilizó como inspiración para el planteamiento de líneas estratégicas y objetivos y a su vez puede inspirar las actuaciones.



3.2. Concepto, principios y visión

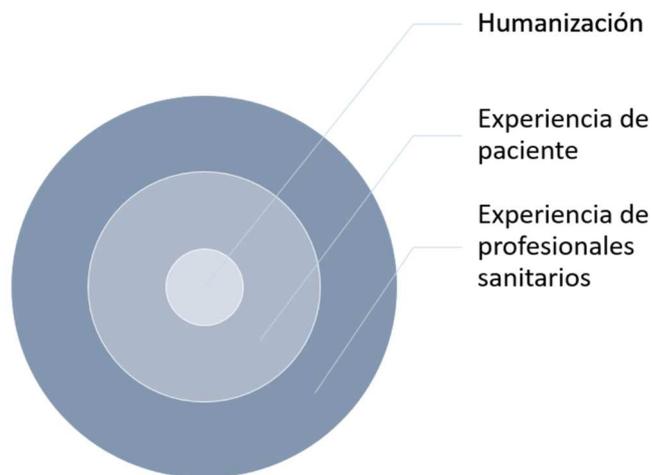
3.2.1. Concepto

Como conclusión de los debates establecidos en el proceso de participación entre los conceptos de HUMANIZACIÓN y de EXPERIENCIA DE PACIENTE, llegamos al planteamiento conceptual del proyecto y podemos nombrar las bases que se desprenden del trabajo realizado como: **“Estrategia de mejora de la Experiencia de Paciente en el Sistema Sanitario de Aragón”**.

Entendiendo por experiencia: vivencia, respuesta emocional y valoración respecto a un servicio, resultado del fenómeno de interacción con las personas y puntos de contacto que configuran dicho servicio. En este sentido el concepto de experiencia de paciente es un concepto que abarca el proceso asistencial de manera completa incluyendo dentro del mismo el concepto de humanización, siendo este entendido por el grupo de trabajo como una serie de actuaciones en ocasiones puntuales y en otras a nivel de proceso.

Hay que destacar, la experiencia del personal sanitario como un elemento en constante interacción con la experiencia de los pacientes y que sumado a esta configuran el diseño de unos servicios y unidades sanitarias de valor co-creado.

La siguiente figura representa la correspondencia de estos conceptos y las dependencias de unos con otros.



3.2.2. Principios

Como resultado de los debates se proponen una serie de principios, mantras, formas de hacer, sobre los que sostener la **VISIÓN** y el trabajo posterior de elaboración de la **“Estrategia de mejora de la Experiencia de Paciente en el Sistema Sanitario de Aragón”**.



Las personas son el verdadero eje central.

Un paso más en el significado de la orientación a las personas, entender sus necesidades e involucrarlas en los procesos de mejora del sistema sanitario.



Co-creamos valor desde la mirada multidisciplinaria.

El trabajo horizontal, abierto, colaborativo y multidisciplinar, para poder ofrecer una experiencia coordinada y de calidad.



Trabajamos por la experiencia completa.

Atención al paciente de principio a fin, enfocados en la salud, para dar servicio antes de necesitar asistencia y seguir al lado del paciente una vez salga de los muros del centro sanitario.



Iteramos soluciones y cambios de manera ágil.

Nos atrevemos a probar, a cambiar como parte del proceso de mejora continua. Enfrentamos nuestras ideas a la realidad y a la opinión de las personas usuarias lo antes posible.



Mantenemos un enfoque holístico.

Trabajamos por nuestro servicio, unidad, etc. manteniendo la mirada constante en la foto grande de todo el sistema sanitario y las interrelaciones de unos con otros.

3.2.3. Visión

***“Armonizar el Sistema Sanitario de Aragón
con las necesidades de las personas”***

3.3. Propuesta de líneas estratégicas y objetivos

Línea estratégica 1: Adecuación de los espacios y entornos

Objetivos:

1. Dotar a las instalaciones de ambientes amables y con la intimidad necesaria.
2. Crear espacios para la información y la comunicación con pacientes.
3. Asegurar la accesibilidad física en todos los espacios.
4. Crear espacios íntimos para acompañantes y familiares.
5. Potenciar el uso de señalética discursiva, favoreciendo flujos de movimiento sencillos y seguros.
6. Dotar a las instalaciones de ambientes y medios adecuados para la intimidad y el duelo.

Línea estratégica 2: Información y comunicación

Objetivos:

1. Minimizar el estrés, la ansiedad y el miedo mediante el suministro de la información.
2. Procurar la comprobación del entendimiento de la información.
3. Identificar necesidades de información y satisfacer los diferentes niveles de comunicación.
4. Utilizar herramientas de visualización y lenguajes adaptados al paciente.
5. Asegurar la toma de decisiones compartida.
6. Desarrollar momentos clave: atención al parto, primer impacto, atención al final de la vida.

Línea estratégica 3: Cuidados, atención y trato directo

Objetivos:

1. Mejorar la coordinación entre profesionales, hospitales y atención primaria.
2. Mejorar la empatía y el respeto al paciente. Prestar apoyo emocional.
3. Respetar valores y preferencias personales. Apoyar en la nutrición, tratamiento del dolor y necesidades no clínicas.
4. Respetar los horarios de consulta. Informar del motivo de los retrasos y los tiempos estimados.
5. Desarrollar los circuitos de citas apoyados en la digitalización.
6. Definir tiempos de comunicación con paciente y familia.

Línea estratégica 4: Integrar la orientación al paciente en el sistema de gestión

Objetivos:

1. Crear un observatorio de la experiencia de paciente.
2. Sistematizar e institucionalizar la experiencia de paciente.
3. Trabajar junto con la dirección de gestión.

4. Activar proyectos en el contrato programa / contratos de gestión.
5. Incorporar a la planificación y gestión de centros.

Línea estratégica 5: Fomento de la cultura de la experiencia de paciente

Objetivos:

1. Sensibilizar y formar al personal.
2. Crear sistemas de evaluación e indicadores.
3. Mejorar las vías de cooperación de los sistemas de salud y los servicios sociales.
4. Implementar: PREMS - Experiencia Reportada por el Paciente y PROMS - Resultados Reportados por el Paciente

Línea estratégica 6: La ciudadanía, agente activo en la salud

Objetivos:

1. Abrir los servicios sanitarios al entorno. Desarrollar programas de educación para la salud.
2. Fomentar la participación de la ciudadanía para la orientación de las decisiones y la co-creación de valor en los servicios.
3. Categorizar los arquetipos de pacientes más vulnerables.
4. Establecer mecanismos de incorporación de la voz del paciente de forma continuada.
5. Empoderar al paciente, potenciar el rol del paciente activo / experto.
6. Desarrollar modelos de colaboración entre servicios / unidades y asociaciones de pacientes.

Línea estratégica 7: Transformación digital e innovación centrada en la persona

Objetivos:

1. Dotar a los centros de herramientas digitales para la comunicación, mejorar hardware y redes.
2. Revisar procesos para ser mejorados y digitalizados.
3. Crear el ecosistema necesario para la innovación.
4. Desarrollar atenciones telemáticas igualando o mejorando la atención presencial.
5. Homogeneizar y tener acceso remoto a las historias clínicas.

3.4. Avance de posibles medidas de actuación

En las diferentes actuaciones realizadas y en especial en el trabajo de entrevistas con las gerencias se han identificado ciertas actuaciones que en este apartado relacionamos con cada una de las líneas estratégicas.

Línea estratégica 1: Adecuación de los espacios y entornos

- Zonas de espera específicas para familiares que pasan largo tiempo en los hospitales (UCI, intervenciones, obstetricia...)
- Espacios íntimos para encontrarse con los familiares.
- Despachos de información.
- Señales acústicas o luminosas para llamar a pacientes. Permitir elegir al paciente si quiere ser llamado por su nombre a consulta.

Línea estratégica 2: Información y comunicación

- Formaciones en comunicación, trato, relación con pacientes.
- Incentivos para cursos de competencias en comunicación.
- Individualizar la comunicación y la información en base a la personalidad situación cultural, psicosocial.
- Educar a las personas en la Toma de Decisiones Compartida.
- Potenciar el rol de la enfermera como traductora de la información.

Línea estratégica 3: Cuidados, atención y trato directo

- Información centralizada de procesos y compartida con pacientes.
- Introducir nuevas tecnologías para la coordinación.
- Especificar para que son las citas para poder priorizar. Hacemos muchas citas en Consultas Externas y ahora vemos con la Covid que nos es necesario para ver unos resultados. Consultas sucesivas telefónicas.
- Encuentros con pacientes para potenciar técnicas de empatía.
- Las video-llamadas como una herramienta de atención y de coordinación interna.

Línea estratégica 4: Integrar la orientación al paciente en el sistema de gestión

- Realizar dentro de los contratos programa dos o tres proyectos anuales en materia de experiencia de paciente.

Línea estratégica 5: Fomento de la cultura de la experiencia de paciente

- Desarrollar indicadores que tengan sentido para los pacientes. Por ejemplo, número de escaleras que puede subir en el domicilio sin fatigarse.
- Crear sistemas de evaluación sencillos, rápidos.
- Indicadores orientados a resultados de salud, años de vida, como queda ese paciente, trabajos con la comunidad.

Línea estratégica 6: La ciudadanía, agente activo en la salud

- Potenciar los foros, los consejos de salud.
- Trabajar más la prevención y la salud global.

- Actividades con ayuntamientos y comarcas.
- Programas de control del paciente crónico.

Línea estratégica 7: Transformación digital e innovación centrada en la persona

- Digitalizar citas: pedir, cambiar, eliminar. Que el paciente pueda aportar información en el momento de coger la cita.
- Desarrollo de procesos de atención telemática para la dispersión geográfica.
- Monitorización del paciente en el hogar.

IV. Conclusiones

El presente trabajo es un diagnóstico de la situación que también cumple con el objetivo de sentar las bases de una hipotética y futura “Estrategia de mejora de la Experiencia de Paciente en el Sistema Sanitario de Aragón”. Para alcanzar estos objetivos, en momento y contexto complicado marcado por la pandemia de Covid 19, se ha definido un proceso de debate integrando metodologías cuantitativas y cualitativas de investigación aplicada, desarrolladas de manera telemática.

La obtención y sustento de los resultados aportados son consecuencia de la consulta a diferentes perfiles de profesionales, pacientes y familiares y decisores públicos en el ámbito que nos ocupa. Buscando así, la saturación de discursos y alcanzar consensos de grupo en las aportaciones de los diferentes actores que han intervenido. Sumado a ello, se ha trabajado con una serie de datos y conocimientos de fuentes secundarias. Las propuestas en torno a la visión, líneas estratégicas y objetivos han sido contrastadas desarrollado en base a ello han sido contrastadas para poder objetivar los resultados.

En caso de que se quiera continuar este proceso de elaboración de la ***“Estrategia de mejora de la Experiencia de Paciente en el Sistema Sanitario de Aragón”***, a corto y medio plazo, se propone:

- 1) Conformar el **grupo técnico de la DGTDIDU** (“Grupo interno redactor del Plan/Estrategia”), con un equilibrado reparto de tareas y responsabilidades, para ir avanzando en:
 - a. Revisión de las líneas estratégicas y objetivos generales predefinidos en el presente documento
 - b. Definir medidas de actuación, responsables e indicadores correspondientes a cada objetivo.
- 2) El desarrollo y activación de los grupos de trabajo definidos al comienzo de este proyecto.
- 3) Ampliación de la participación de los colectivos profesionales, pacientes y otras entidades para buscar la formulación de actividades concretas.

Cabe recordar que las líneas estratégicas, objetivos y medidas de actuación recogidas en el presente documento son una propuesta que seguir contrastando y que deberá ser completada. Por ello, el siguiente paso, sería contrastar este documento para pasar a la definición de actuaciones, conectadas con los objetivos y orientadas a la consecución de resultados medurables.

Por ello, un posible objetivo sería mantener la filosofía de trabajo, llevada a cabo en este trabajo inicial, basada en la participación de los colectivos de agentes implicados. Inicialmente, ha sido positivo contar con aquellos colectivos más proclives a este tipo de iniciativas. Sin embargo, el éxito futuro de una estrategia de éstas características, requerirá extender la participación y buscar el apoyo e implicación de un mayor volumen de profesionales. Para ello, los principios expuestos en este documento, pueden constituir el punto de partida que la propia Estrategia perseguiría.

V. Anexos

1. Ficha de proyectos e iniciativas de humanización

Gracias por acceder a participar en este estudio, impulsado desde la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios (DGDGU) del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, con el objetivo de **conocer las iniciativas y experiencias de humanización de nuestro Sistema Sanitario**.

Para realizar un primer diagnóstico de situación, respecto a aquellos proyectos que buscan lograr mejoras centradas en la atención a los/las personas usuarias, y poder valorar las necesidades de apoyo que dichos proyectos requieran, resulta esencial contar con información de primera mano y las opiniones de los/las profesionales del Sistema Sanitario de Aragón que los han impulsado.

Por ello, le agradecemos de antemano su colaboración.

En caso de que tuviera alguna duda puede ponerse en contacto con la DGDGU y los/las técnicos a los que se ha encargado esta labor.

Teléfono: 976716741
E-mail: participacionensalud@aragon.es

Acceso a la encuesta *on-line*: <http://encuestas.aragon.es/index.php/226989?lang=es>

Se trata de recopilar experiencias de humanización en ámbitos como:

- *Protocolos de atención a personas usuarias y/o acompañantes.*
- *Información y comunicación.*
- *Sensibilización y/o cultura de humanización.*
- *Formación y/o mejora de competencias profesionales en humanización.*
- *Participación, asociacionismo y/o voluntariado.*
- *Atención al final de la vida / Voluntades anticipadas.*
- *Mejora y adecuación de espacios/instalaciones. Accesibilidad.*
- *Otros.*

DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES DE CONTACTO

Nombre y apellidos:	
Centro / Lugar de trabajo:	
Sector sanitario al que pertenece el centro:	<input type="radio"/> Alcañiz <input type="radio"/> Teruel <input type="radio"/> Calatayud <input type="radio"/> Zaragoza I <input type="radio"/> Zaragoza II <input type="radio"/> Zaragoza III <input type="radio"/> Barbastro <input type="radio"/> Huesca
Servicio / Unidad:	

<p>Correo electrónico:</p> <p>Teléfono:</p>

ACTORES QUE IMPULSAN LA INICIATIVA

Actores que impulsan el proyecto:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Responsables del centro / personal directivo <input type="radio"/> Profesionales sanitariosl <input type="radio"/> Asociaciones de pacientes / entidades sociales <input type="radio"/> Pacientes / personas usuarias <input type="radio"/> Familiares / personas cuidadoras <input type="radio"/> Entidades de voluntariado <input type="radio"/> Entidades <input type="radio"/> Huesca
Otros actores (Por favor, especifique): _____	

Por favor, señale a continuación los nombres de los/las principales profesionales involucrados/as en el proyecto:	
Nombre y apellidos	
Si existen más entidades (asociaciones, voluntariado, empresas, etc.) involucradas en el proyecto, indíquelas a continuación...	

INFORMACIÓN DEL PROYECTO

DENOMINACIÓN	
---------------------	--

OBJETIVO (S)	
DESCRIPCIÓN GENERAL:	
NOVEDAD / VENTAJAS QUE APORTA:	
RESULTADOS OBTENIDOS	

<p>¿EN QUÉ ÁMBITO O HUMANIZACIÓN DEL SANITARIO ENMARCA EL PROYECTO? ÁREA DE DEL SISTEMA CONSIDERA QUE SE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Protocolos de atención a personas usuarias y/o acompañantes. ● Información y comunicación. ● Sensibilización y/o cultura de humanización. ● Formación y/o mejora de competencias profesionales en humanización. ● Participación, asociacionismo y/o voluntariado. ● Atención al final de la vida / Voluntades anticipadas. ● Mejora y adecuación de espacios/instalaciones. Accesibilidad. ● Otro ámbito. (Por favor, especifique): _____
---	--

ANEXO: OTRA INFORMACIÓN DEL PROYECTO

<p>Por favor, señale a continuación los nombres de los/las principales profesionales involucrados/as en el proyecto:</p>
<p>DISPONIBILIDAD DE DOCUMENTACIÓN Y/O MATERIAL MULTIMEDIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Documentos <input type="checkbox"/> Fotografías <input type="checkbox"/> Notas de prensa <input type="checkbox"/> Links...






¿Considera que este proyecto podría ser aplicado a otros usos/ servicios hospitalarios/ procesos/ centros sanitarios?	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Depende (del tipo de centro, del contexto, del apoyo que reciba el proyecto, etc.) 	<p>Por favor, escriba la justificación de su respuesta aquí:</p>
Originalidad e innovación del proyecto: ¿Considera que existe algo parecido en el Sistema Sanitario de Aragón?	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sí. Por favor especifique de proyectos se trata y en que centros se desarrolla <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No exactamente. Por favor, especifique a que proyectos se asemeja y aquellos aspectos que hacen que resulte diferente <input type="radio"/> Sin respuesta 	<p>Por favor, escriba la justificación de su respuesta aquí:</p>

Esto es todo, ¡muchas gracias por su colaboración!

La información ha quedado grabada correctamente

Recuerde que, si tiene alguna duda puede ponerse en contacto con la DGDGU y solicitar hablar con los/las técnicos encargados/as de la recopilación de experiencias de humanización

2. Coordinación, colaboradores y participantes en grupos de trabajo y entrevistas

2.1. Coordinación del estudio

- Coordinación y elaboración del estudio:
 - Elías Escanero Lorient, Asesor técnico de la Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios.

- Equipo colaborador externo:
 - Carlos Romero Piqueras, Fractal.
 - Diego Chueca Gimeno, Inteligencia Colectiva.

2.2. Grupos técnico de la Dirección General

ASOCIACIÓN	PARTICIPANTE	FECHA
JEFA DE SERVICIO DE GARANTÍAS EN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS	CONCHA REVILLA	10/12/2020
JEFE DE SERVICIO DE INFORMACIÓN, TRANSPARENCIA Y PARTICIPACIÓN	JAVIER GALLEGO	10/12/2020
ASESOR TÉCNICO	MARISA ALIAGA	10/12/2020
ASESOR TÉCNICO	GLORIA SORO	10/12/2020
ASESOR TÉCNICO	ELÍAS ESCANERO	10/12/2020

2.3. Grupos de trabajo de profesionales del Salud

PERFIL	PARTICIPANTE	SESIÓN 4 DE NOV.	SESIÓN 11 DE NOV.	SESIÓN 25 DE NOV.	SECTOR SANITARIO / CENTRO
JEFA DE SERVICIO (ANESTESISTA /CUIDADOS INTENSIVOS)	JAVIER LONGÁS VALIEN	✓			ZARAGOZA III / H.CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
TRABAJADORA SOCIAL EN SALUD	MERCEDES PILAR MUÑOZ LEÓN	✓	✓	✓	TERUEL / H. OBISPO POLANCO
JEFA DE SERVICIO (HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA)	PILAR DELGADO BELTRÁN	✓	✓	✓	ZARAGOZA II / HUMS
JEFA DE SERVICIO (GINECOLOGÍA)	MARÍA ÁNGELES ARAGÓN	✓	✓	✓	BARBASTRO / H. DE BARBASTRO
ENFERMERA (ONCOLOGÍA Y ESAD)	MARTA ALQUÉZAR FERNÁNDEZ	✓	✓	✓	ALCAÑIZ / HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ENFERMERA. RESPONSABLE ATENCIÓN AL USUARIO	ANA MARÍA PASTOR OLIVER	✓	✓	✓	HSJD
TRABAJADORA SOCIAL EN SALUD	MARÍA JESÚS ALMAZÁN	✓		✓	TERUEL / H. SAN JOSÉ
DIRECTORA DE ENFERMERÍA	MILAGROS DÍAZ GARCÍA.	✓		✓	TERUEL / H. SAN JOSÉ
SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA	ANA MARIA VECINO SOLER	✓	✓	✓	ZARAGOZA II / HUMS
ENFERMERA UCI	MARTA POLO MARTÍNEZ	✓	✓	✓	HUESCA / H. SAN JORGE DE HUESCA
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA	CÁRMEN SÁNCHEZ ROLDÁN	✓	✓		ZARAGOZA II / HUMS
SUPERVISORA DE ÁREA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	MYRIAM SÁEZ DE GUINOVA SENTRE	✓	✓		ZARAGOZA III / H.CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
SUPERVISOR DE UNIDAD	PILAR CARRANZA NAVARRO	✓			ZARAGOZA III / H.CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA
FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA (UCI)	MIRIAM LAFUENTE MATEO		✓		ZARAGOZA I / HOSPITAL PROVINCIAL
JEFE DE SECCIÓN DE MEDICINA INTENSIVA	GABRIEL TIRADO ANGLÉS		✓	✓	ZARAGOZA I / HOSPITAL ROYO VILLANOVA

2.4. Grupos de pacientes y familiares de pacientes

ASOCIACIÓN DE PACIENTES	PERFIL DEL PACIENTE	FECHA
SIN VINCULACIÓN CON ASOCIACIÓN DE PACIENTES	PACIENTE 1 (HOMBRE): CROHN Y OSTOMIA	1/12/2020
ALCER EBRO	PACIENTE 2 (HOMBRE): ENFERMEDADES DE RIÑÓN. TRASPLANTADOS Y HEMODIÁLISIS	1/12/2020
AECC ARAGÓN	PACIENTE 3 (MUJER): CÁNCER	1/12/2020
FIBROSIS QUÍSTICA ARAGÓN	PACIENTE 4 (HOMBRE): FIBROSIS QUÍSTICA	1/12/2020
DIABETES ZARAGOZA	PACIENTE 5 (MUJER): DIABETES	1/12/2020

ASOCIACIÓN DE PACIENTES	PERFIL DE FAMILIAR DE PACIENTE	FECHA
FARAL ALZHEIMER / AFEDAZ	FAMILIAR DE PACIENTE 1 (HOMBRE): MARIDO DE PERSONA CON ALZHEIMER	1/12/2020
ARAPREM	FAMILIAR DE PACIENTE 2 (MUJER): MADRE DE NIÑO/A PREMATURO/A	1/12/2020
ASPAOIA	FAMILIAR DE PACIENTE 3 (HOMBRE): PADRE DE NIÑO/A CON CÁNCER	1/12/2020

2.5. Entrevistas

PERFIL	PERSONA ENTREVISTADA	FECHA	SECTOR SANITARIO
DIRECCIÓN GERENCIA HSJD	M ^º DEL CARMEN VICENTE GASPAR	20/08/2020	HSJD
HERMANO SUPERIOR DE LA COMUNIDAD	JULIÁN SAPIÑA MARÍN	20/08/2020	HSJD
RESPONSABLE ATENCIÓN AL USUARIO HSJD	ANA MARÍA PASTOR OLIVER	20/08/2020	HSJD
GERENCIA SECTOR (BARBASTRO Y HUESCA)	JOSÉ IGNACIO CASTAÑO	10/12/2020	BARBASTRO Y HUESCA
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DEL H. DE BARBASTRO	PILAR LANA O SENZ	10/12/2020	BARBASTRO
GERENCIA SECTOR (ALCAÑIZ Y TERUEL)	MARÍA PERLA BORAO AGUIRRE	17/12/2020	ALCAÑIZ Y TERUEL
GERENCIA SECTOR (ZARAGOZA I)	JAVIER MARIÓN BUEY	17/12/2020	ZARAGOZA I
SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE SECTOR EN, REPRESENTACIÓN DE LA GERENCIA SECTOR (ZARAGOZA II)	CÁRMEN SÁNCHEZ ROLDÁN	21/12/2020	ZARAGOZA II
GERENCIA SECTOR (ZARAGOZA III Y CALATAYUD)	JOSÉ IGNACIO BARRASA VILLAR	21/12/2020	ZARAGOZA III Y CALATAYUD