



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Gestión de la Seguridad Clínica del
Paciente y Calidad de la Atención Sanitaria

**Habilidades de comunicación con el
paciente como vehículo de seguridad del
paciente y calidad asistencial: proyecto
docente.**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Yohana Salgado Balbás
Tipo de trabajo:	Proyecto docente
Director/a:	Miguel Ángel Mañez Ortiz
Fecha:	15/7/21

Resumen

En un sistema de salud en el que la calidad asistencial y la seguridad del paciente son prioritarias, la comunicación interpersonal entre el profesional y el paciente resulta esencial. Dentro de ella debemos considerar conceptos tan importantes como la atención centrada en el paciente, su empoderamiento, la medicina basada en la evidencia, el perfil e-paciente, la humanización, la comunicación franca y la fatiga pandémica actual, así como la necesidad de dar cobertura a la legislación en torno al derecho del paciente a la información asistencial.

Por todo ello se propone este proyecto docente, cuyos objetivos generales son aumentar las competencias profesionales de comunicación y con ello la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la satisfacción tanto del paciente como de los trabajadores.

Tras un diagnóstico situacional mediante un análisis DAFO y el consiguiente desarrollo estratégico mediante análisis CAME, se diseña un proyecto adaptado a la realidad del paciente y del profesional: breve, práctico, transversal, con adecuada gestión del tiempo, de amplia difusión, de carácter positivo y motivacional e integrado con la seguridad del paciente, la salud ocupacional y la calidad asistencial de la organización.

Como conclusiones se establecen la necesidad de crear entornos organizacionales en los que sea factible equilibrar las funciones inherentes al puesto con las funciones transversales asociadas a la cultura organizacional, así como el cuidado del paciente con el cuidado del profesional, para lograr altos niveles de motivación y reflexión y, con ello, avanzar en la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

Palabras clave:

Comunicación; relación profesional de la salud-paciente; formación continuada; seguridad del paciente.

Abstract

In a health system in which quality and safety of health care are priority, interpersonal communication between health personnel and patients is essential. We must consider concepts as important as patient-centered care, patient empowerment, evidence-based medicine, e-patient profile, humanization, open disclosure and pandemic fatigue, and the need to give coverage of the legislation on the patient's right to healthcare information.

Therefore, we proposed this education programme, whose general objectives are to increase professional communication skills and thus quality and safety of health care and satisfaction of both patients and health personnel.

After a situational diagnosis through a DAFO method and a strategic development through a CAME method, we obtain an education programme adapted to the reality of the patient and the professional: brief, practical, transversal, with adequate time management and great promotion, with a positive and motivational content and integrated with patient safety, occupational health and the organization's quality of care.

In conclusion, the need to create organizational environments in which it is possible to balance the professional inherent roles with the transversal functions associated with the organizational culture, as well as the care of the patient with the care of the professional, to achieve high levels of motivation and reflection and so, we make progress in patient safety and quality of care.

Keywords:

Communication; professional-patient relations; education, continuing; patient safety.

Índice de contenidos

1. INTRODUCCIÓN	8
1.1. JUSTIFICACIÓN	9
1.2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL PROYECTO DOCENTE	15
1.2.1. Misión	15
1.2.2. Visión	15
1.2.3. Valores	15
1.3. OBJETIVOS.....	15
1.3.1. Objetivos generales	15
1.3.2. Objetivos específicos	15
2. METODOLOGÍA.....	17
2.1. Análisis de la situación	18
2.1.1. Historia de la organización y presentación	18
2.1.2. Estructura organizativa y cartera de servicios.....	19
2.1.3. Usuarios	21
2.1.4. Situación en torno a la comunicación con el paciente.....	23
2.2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN: ANÁLISIS DAFO	27
2.2.1. A nivel interno: debilidades y fortalezas	27
2.2.2. A nivel externo: amenazas y oportunidades	28
2.2.3. Matriz DAFO	29
2.3. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS: ANÁLISIS CAME	30
2.3.1. Corrección de debilidades mediante estrategias de reorientación.	30
2.3.2. Afrontamiento de amenazas mediante estrategias de supervivencia.....	31
2.3.3. Mantenimiento de fortalezas mediante una estrategia defensiva.....	31

2.3.4. Explotación de oportunidades mediante una estrategia ofensiva.	31
2.3.5. Matriz DAFO-CAME	32
2.3.6. Mapa estratégico.....	32
2.4. PLAN DE ACCIÓN	34
2.4.1. Estrategia Nº1: Adaptación de contenido formativo.	34
2.4.2. Estrategia Nº2: Motivación del profesional.	35
2.4.3. Estrategia Nº3: Fomento de la adherencia formativa.....	35
2.4.4. Estrategia Nº4: Integración del plan estratégico.	37
3. RESULTADOS ESPERADOS	39
3.1. Plan de formación.....	39
3.1.1. Contenidos propuestos	39
3.1.2. Competencias a alcanzar	40
3.1.3. Organización general y cronograma.....	41
3.2. Evaluación y seguimiento	41
3.2.1. Indicadores de proceso.	41
3.2.2. Indicadores de resultados.	41
4. DISCUSIÓN.....	43
5. CONCLUSIONES	45
6. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA	46
Referencias bibliográficas.....	47
Anexo A. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.....	51
Anexo B. Versión española europea de la Escala de Estrés percibido EEP-10.....	51

Índice de figuras

Figura 1. Metodología del proyecto docente basada en la del Plan estratégico (Elaboración propia)	18
Figura 2. Estructura organizativa del hospital (Elaboración propia) (29).....	19
Figura 3. Pirámide poblacional: distribución por edad y sexo.	22
Figura 4. Distribución de profesionales por sexo (29).....	23
Figura 5. Formato de la mantelería desechable con mensajes en torno a la comunicación ...	24
Figura 6. Matriz DAFO (elaboración propia).....	29
Figura 7. Matriz DAFO-CAME (elaboración propia).....	32
Figura 8. Mapa estratégico (elaboración propia)	33

Índice de tablas

Tabla 1. Cartera de servicios del hospital (30)	20
Tabla 2. Distribución de cartera de servicios del hospital (26)	21
Tabla 3. Datos demográficos de población hospitalaria: distribución por edad (29)	21
Tabla 4. Distribución de categorías profesionales (29)	22
Tabla 5. Formación continuada en torno a la comunicación con el paciente (29)	23
Tabla 6. Indicadores de satisfacción de pacientes posiblemente representativos de la calidad de la comunicación con los profesionales (31)	25
Tabla 7. Tasas comparativas 2019-2020 de aproximación diagnóstica a la ansiedad, depresión y trastorno mixto de los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial.	26
Tabla 8. Tasas comparativas 2019-2020 de estrés percibido por los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial	26

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, podemos afirmar que uno de los pilares de nuestro Sistema Nacional de Salud es la Calidad Asistencial, tal y como se desprende de la Ley General de Sanidad (1), que declara la necesidad de establecer una atención integral a la salud, con altos niveles de calidad debidamente evaluados.

Y como una de las dimensiones esenciales de la calidad, tenemos la Seguridad del paciente, según se manifiesta abiertamente en las estrategias de seguridad del paciente desarrolladas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de nuestro país (2).

En estos dos importantes ámbitos, la comunicación interpersonal entre el profesional sanitario y el paciente resulta ser un elemento esencial. Pensemos en situaciones cotidianas que se producen diariamente en un hospital, en las cuales la comunicación cobra protagonismo: dar malas noticias, comunicar y explicar un evento adverso a un paciente y/o su familia, información a los ingresados sobre su proceso de salud y los cuidados y técnicas aplicadas, información en torno a la toma de decisiones clínicas, etc. La comunicación no solo puede ser relevante para el paciente en lo que respecta a su satisfacción y a la percepción que se construya de la entidad en la que está siendo atendido, sino que también puede ser un condicionante de la propia seguridad clínica del paciente al tener la capacidad tanto de disminuir errores como de aumentarlos en función de su adecuado desarrollo (3)(4).

Por otra parte, en la actualidad las profesiones sanitarias se desarrollan en un entorno en el que la comunicación interpersonal con el paciente puede verse eclipsada por factores deshumanizadores. Véase, la alta tecnificación clínica y su complejo lenguaje, la medicalización de la vida, la alta demanda y utilización del sistema sanitario, la sobre información tanto para el profesional como para el paciente, la escasa formación en comunicación (5) y la actual situación pandémica.

En este contexto, podría ser beneficioso para aumentar la cultura de seguridad del paciente en el entorno hospitalario, la implementación de un proyecto docente que desarrolle habilidades de comunicación en los profesionales sanitarios.

1.1. JUSTIFICACIÓN

Nuestro sistema sanitario evoluciona hacia un modelo de empresa mediado por principios de responsabilidad social corporativa, por los cuales las organizaciones y sus profesionales sanitarios tenemos el deber de devolver a la sociedad todo aquello que recibimos de ella. Ello está directamente relacionado con exigentes sistemas de gestión de calidad que persiguen la excelencia, ampliamente auditados, en los cuales se implanta una fuerte cultura de atención sanitaria centrada en el paciente-cliente (6).

Pero quizá, consecuentemente a este gran avance y unido a factores sociosanitarios como la alta tecnificación y el aumento de la litigiosidad en el sector salud, se producen fenómenos como la medicina defensiva o la medicalización de la vida, cuyos protagonistas son pacientes formados, informados y empoderados, y profesionales a los que se les exigen altas competencias profesionales y digitales, ausencia de errores, mantenimiento de una formación continuada con la mejor evidencia científica a la par que empatía y resiliencia, en contraste con aquellas erróneas relaciones paternalistas que se daban en el siglo pasado. Todo este marco de relación parece llevarnos a la necesidad de regresar a unos principios de relación y comunicación interpersonales sencillos, transversales y humanizadores por parte de ambos protagonistas (7) (8).

Para ello, podría ser beneficioso instaurar y normalizar en nuestras organizaciones sanitarias formaciones y prácticas de comunicación interpersonal efectivas, que potencien la cultura de seguridad del paciente.

Algunas **definiciones importantes** dentro del campo de la seguridad del paciente, calidad asistencial y otras áreas, que contextualizan la importancia de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente son:

- **Atención centrada en el paciente:** “Atención que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores del paciente, y garantiza que estos valores guíen todas las decisiones clínicas”(9). Es considerada uno de los seis dominios de la calidad asistencial (9) y promueve, entre otros aspectos, la comunicación con el paciente (10).
- **Comunicación interpersonal:** en el proceso de comunicación en salud ya no se tiene solo en cuenta la triada clásica emisor-mensaje-receptor, sino que hay que

considerar las múltiples conductas que puede provocar la interacción interpersonal entre el profesional sanitario y el paciente. Tanto es así que hay estudios que afirman que la calidad de la comunicación puede afectar al bienestar del paciente (11) y a su seguridad (12) (13). En el complejo proceso de la comunicación interpersonal entran en juego el lenguaje verbal y no verbal, así como sus patrones de intercambio, el análisis de la interacción y la conversación, la congruencia del mensaje, la relación de poder y la empatía, entre otros aspectos. No basta con una buena habilidad clínica que corrobore la comprensión de la información clínica, sino verdaderas habilidades de comunicación (14). Informar no es comunicar.

- **Empoderamiento del paciente:** se trata de un proceso en el que el paciente es capaz de ejercer control sobre los factores que afectan a su salud, con participación en la toma de decisiones de su propio proceso asistencial. Para ello se requiere formación, información y participación activa de profesionales y pacientes (15). Y una comunicación interpersonal adecuada es el camino para lograr que los pacientes se conviertan en parte esencial del equipo asistencial, caminando a la par en la cultura de seguridad y la calidad asistencial junto a los profesionales sanitarios.
- **Medicina basada en la evidencia:** para definir este concepto de un modo completo, podemos afirmar que se trata de la toma de decisiones por parte del profesional basándose en cuatro áreas: el mejor conocimiento científico disponible, las circunstancias clínicas y de entorno sanitario del paciente concreto, la experiencia clínica del profesional y, además, los valores del paciente. En este último punto es donde queremos poner el foco, ya que se trata de basar las decisiones de salud teniendo en cuenta las expectativas, preocupaciones y preferencias del paciente (16). Para ello, poseer habilidades de comunicación por parte del profesional puede ser determinante si se desea poner en práctica este tipo de medicina.
- **E-paciente:** podemos definirle como aquel enfermo que ha evolucionado de paciente a agente activo de salud, con una relación democrática con su médico, proactivo y autónomo en sus decisiones, no solo interesado en el mantenimiento de su salud sino también en la mejora del sistema, formado e informado, participante en organizaciones y conferencias, empoderado y con la comunicación digital como canal de participación activa en el sistema sanitario (17). La comunicación interpersonal

con el e-paciente en un contexto de salud, debe estar bien consolidada y entrenada por parte de los profesionales.

- **Humanización de la asistencia sanitaria:** resulta ser una parte fundamental de la calidad del sistema sanitario. La enfermedad aumenta la vulnerabilidad de las personas, y los profesionales deben considerar este hecho para poder respetar la dignidad de los pacientes. Tan importante es lo que se dice como la manera en la que se dice: el contacto visual, la sonrisa, la calidez y hospitalidad, la escucha activa y la empatía, resultan ser armas poderosas de la humanización. Nuestro sistema sanitario debe tener como elemento transversal continuo uno de los instrumentos más antiguos: la palabra (5).

Cabe destacar algunos **proyectos de importantes organizaciones e instituciones** dirigidas a la investigación, difusión y avance de la seguridad del paciente, en los cuales la comunicación entre profesionales y pacientes es protagonista, poniendo de manifiesto la necesidad de implementación de iniciativas relacionadas con su mejora, difusión y normalización:

1. **“Comunicarse con los pacientes de forma clara y eficaz: cómo superar los desafíos comunes de comunicación en la atención médica”:** De entre las múltiples iniciativas en torno a la comunicación con el paciente por parte de la “Joint Commission”, destacamos esta guía elaborada en el 2018 por la “**Joint Commission International**” (18), en la que se ofrecen directrices a las organizaciones sanitarias para la mejora de la comunicación con los pacientes con las mejores prácticas basadas en la evidencia, justificando esta necesidad en el aseguramiento de la seguridad del paciente y la calidad asistencial.
2. **“Open disclosure”, “Comunicación franca” o “Comunicación abierta”:** En 1987, tras el aumento de los costes derivados de litigios en relación con eventos adversos, el “Hospital de asuntos de veteranos” de Lexington (EEUU) decidió cambiar su política de respuesta hacia los lesionados, de una actitud defensiva y contradictoria a una humanizada y de cuidado, así como la obligación de revelar todos los detalles de las investigaciones de los errores o negligencias a los pacientes y familiares. Diez años después, se demostró que esta práctica de disculpa por los errores profesionales cometidos implicó una disminución de litigios en torno a los eventos adversos (12).

De este modo se dio origen al tipo de comunicación honesta, abierta y sincera que el profesional sanitario debe llevar a cabo con el paciente y sus familiares tras la producción de un evento adverso en nuestros días.

Una de las instituciones más relevantes en este tipo de comunicación es la **“Australian Commission on Safety and Quality in Health care”** (19) que define el “Open disclosure” como la forma en la que el profesional sanitario se comunica con el paciente que ha sufrido un daño derivado de la atención clínica. Sus principales elementos son:

- Una disculpa o expresión de arrepentimiento.
- Una explicación exhaustiva de lo sucedido.
- Una oportunidad para el paciente de relatar su experiencia.
- Una discusión entre ambas partes de las posibles consecuencias del evento adverso.
- Una explicación de las medidas en torno al evento adverso acontecido y su prevención.

En España, dentro de las Estrategias de Seguridad del Paciente desarrolladas por el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** (2), se establece que es deseable que nuestros centros sanitarios cuenten con estrategias específicas que incluyan la comunicación franca tras un evento adverso. Y, recientemente, la **Dirección general de Humanización de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid** (20) ha publicado el documento “Recomendaciones para la comunicación abierta y gestión de la respuesta a pacientes y familiares sobre eventos adversos graves”, en el que se concretan recomendaciones de implementación de estas estrategias de información a pacientes y familiares tras un evento adverso grave, adaptadas a centros del Servicio Madrileño de Salud.

3. **“Método Candor” o “Proceso de comunicación y resolución óptima”**: En esta misma línea tenemos este completo método ofrecido por la **“Agency for Healthcare Research and Quality” (AHRQ)** (21) para informar a los pacientes y familiares tras la ocurrencia inesperada de un evento adverso con daño al paciente. Ofrece a los líderes de las instituciones sanitarias las herramientas necesarias para actuar de

modo adecuado en estas situaciones a través de la mejora de la comunicación, la formación de líderes y profesionales multidisciplinares y la participación en todo el proceso de pacientes, familiares y sanitarios.

4. **“Safe practices for better healthcare – 2010 Update”:** La **“National Quality Forum” (NQF)** (22) publicó en 2010 esta actualización de sus 34 prácticas clínicas seguras respaldadas por la mejor evidencia, con el objetivo de continuar promocionando la seguridad del paciente y reducir sus daños. En relación a la comunicación, destacamos aquellas relacionadas con la mejora de la seguridad del paciente a través del consentimiento informado, de la comunicación franca tras un evento adverso y de la información adecuada sobre los cuidados realizados al paciente.

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta a la hora de justificar la implantación de un adecuado programa formativo en torno a la comunicación efectiva con el paciente, es la necesidad de dar **cobertura a la legislación** existente en torno al derecho del paciente a la información asistencial. De acuerdo al artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica Reguladora de la Autonomía del Paciente (23):

“Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma ... como regla general se proporcionará verbalmente ... comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”.

“La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”.

“El médico responsable del paciente le garantizará el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso ... también serán responsables de informarle”.

Es decir, no solo se debe tener una comunicación interpersonal con el paciente adecuada en relación a su empoderamiento, humanización, ética profesional y gestión sanitaria centrada en el paciente sino que, claramente, se encuentra legislada la necesidad de una información de calidad, adaptada y relacionada con su seguridad, y por parte no solo del

profesional médico, sino de todos los profesionales que le atiendan en su proceso asistencial.

En cuanto al Consentimiento Informado, de acuerdo al artículo 6 de la misma ley (23):

“Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”.

“El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los siguientes casos ...”.

“El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: consecuencias...riesgos...contraindicaciones”.

Así, el consentimiento informado es un acto eminentemente verbal, aunque se requiera un documento final escrito en ocasiones. Es la constatación por parte del paciente que ha entendido las implicaciones que tiene la actuación que va a llevarse a cabo, y siempre debe verse por parte del profesional y la institución como un medio de aseguramiento de la adecuada comunicación e información entre profesional y paciente, y no como un acto con un fin administrativo o preventivo de litigios.

Recientemente se ha publicado una revisión de Gesualdo et Al. (24) en la que se plantea la posibilidad de utilización de herramientas digitales para la mejora de la comunicación con el paciente en torno al consentimiento informado.

Para finalizar este apartado, destacar que la actual **fatiga pandémica** en la que estamos inmersos tanto los profesionales del entorno sanitario como la población (25), probablemente nos haga más vulnerables frente a los procesos de comunicación que irrevocablemente se deben dar en la asistencia sanitaria, reforzando la necesidad de implantación de estrategias efectivas y humanizadas que promuevan la seguridad del paciente y la calidad asistencial, como pueda ser este proyecto formativo en torno a la comunicación eficaz y adecuada con los pacientes.

1.2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL PROYECTO DOCENTE

1.2.1. Misión

Implantar en la organización una formación transversal dirigida a todos los profesionales implicados en el proceso asistencial, que mejore su capacidad de comunicación interpersonal con los pacientes.

1.2.2. Visión

Lograr una organización excelente en el entorno de la comunicación con el paciente, alcanzando altos niveles de satisfacción de éste y de los propios profesionales de la organización al promover una elevada cultura de seguridad y un ambiente asistencial humanizado y empático.

1.2.3. Valores

Se tendrán en cuenta los valores de atención centrada en el paciente, humanización del proceso asistencial, empoderamiento del paciente, cuidado de los profesionales, seguridad del paciente, calidad asistencial y formación en el área psicosocial continuada.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivos generales

- Aumentar las competencias de los profesionales en los procesos de comunicación interpersonal con los pacientes, focalizadas en el ámbito de la seguridad del paciente y la calidad asistencial, a través de la impartición de una formación transversal.
- Aumentar la cultura de seguridad del paciente y la calidad asistencial organizacional.
- Aumentar la satisfacción del paciente como usuario de la organización y de los profesionales sanitarios como agentes de salud.

1.3.2. Objetivos específicos

- Aportar herramientas de comunicación interpersonal prácticas a los profesionales sanitarios dirigidas a:
 - Comunicar eventos adversos.
 - Dar malas noticias.

- Mejorar la adherencia terapéutica.
- Lograr la participación del paciente en su proceso de seguridad.
- Mejorar el proceso de comunicación del consentimiento informado.

2. METODOLOGÍA

Metodológicamente, para la planificación, implementación, evaluación y acciones de mejora de este proyecto, se tendrán en cuenta los siguientes conceptos y principios básicos que se encuentran dentro del paradigma de la seguridad del paciente:

- **Gestión por procesos**: consideraremos el proyecto como un flujo de tareas que se repiten en el tiempo y que persiguen unos objetivos, una reducción de la variabilidad y una costoefectividad.
- **Ciclo de mejora continua de Shewart o círculo de Deming**: el proyecto es dinámico y con la máxima de mejora mediante acciones planificadas, analizadas y modificadas según los resultados, hasta la estabilización del ciclo.
- **Plan estratégico**: la estructura, metodología y finalidades del proyecto formativo estarán basados en este concepto principalmente. Por tanto, tras **justificar** la necesidad de la elaboración de este proyecto docente y definir su **misión, visión, valores y objetivos**, se hará un **análisis inicial** de las características del hospital en el que se desea implantar. Posteriormente se establecerá un **diagnóstico de situación** de la organización u hospital a través de un análisis DAFO. Tras ello estaremos en disposición de establecer las **líneas estratégicas** a seguir a través de un análisis CAME, y con ello se perfilará el **plan de acción** definitivo con las estrategias concretas, desarrolladas a través de objetivos. Finalmente se establecerán los indicadores necesarios para **evaluar y seguir** el cumplimiento del proyecto docente.



Figura 1. Metodología del proyecto docente basada en la del Plan estratégico (Elaboración propia)

2.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

2.1.1. Historia de la organización y presentación

Se trata de un hospital inaugurado en 2012 e integrado en la red pública de salud de complejidad intermedia. Abarca una población de 180.000 habitantes. Sus máximas son la calidad, la tecnología sanitaria y la asistencia universal, cercana y eficaz (26) (27) (28).

Destaca su diseño arquitectónico, integrado en el entorno, luminoso, ordenado, ampliable y sostenible. Su circulación es de carácter horizontal, priorizándose las curvas suaves frente a las rectas y los pasillos, dando como resultado espacios humanos y de calidad en torno a un atrio común silencioso y luminoso (29).

Desde el inicio de su actividad ha tenido como líneas estratégicas la “Seguridad del Paciente”, el “Trato y tratamiento” a pacientes y familiares y la “Formación e investigación”. Y sus últimas líneas estratégicas se centran en el desarrollo del “Portal del Paciente”, la “Coordinación con Atención Primaria” y el “Proyecto del Paciente Frágil”, para lo cual se ha

creado la dirección de Innovación y Sostenibilidad como nuevo componente en el organigrama institucional (30).

Su sistema de gestión está basado en un modelo de Gestión por Procesos, Análisis de Riesgos y Mejora Continua. Y queda integrado por el modelo de calidad EFQM de Excelencia (5 Stars en 2019) así como un Sistema Integral de Calidad y Seguridad de Pacientes (normas UNE EN ISO 9001 y UNE 179003); Sistema para la vigilancia, prevención y control de infecciones relacionadas con la atención sanitaria (UNE 179006); Seguridad y Salud en el trabajo (ISO 45001) y Medioambiente y Gestión Energética (ISO 14001 y 50001) (30).

2.1.2. Estructura organizativa y cartera de servicios

El hospital cuenta con la siguiente estructura organizativa:

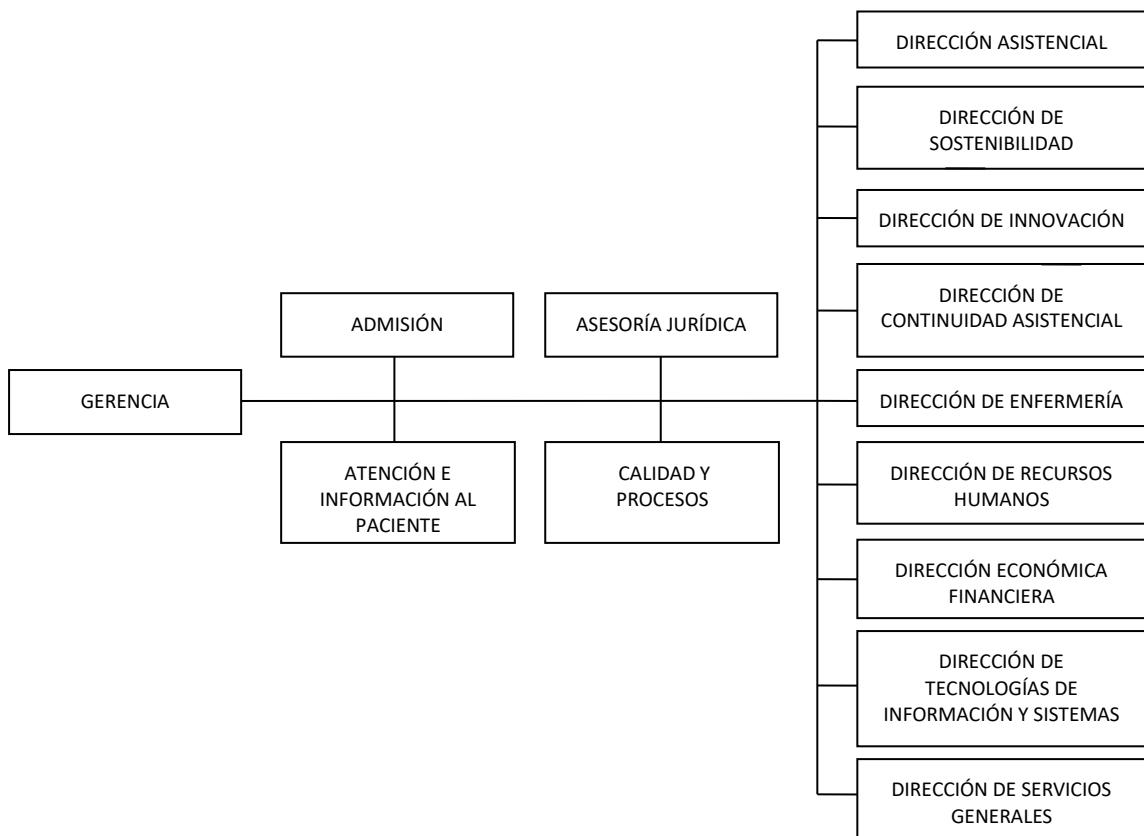


Figura 2. Estructura organizativa del hospital (Elaboración propia) (30).

La cartera de servicios que ofrece el hospital es la siguiente:

SERVICIOS MÉDICOS	SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SERVICIOS CENTRALES	SERVICIOS MATERNO-INFANTILES
Alergología	Anestesiología y reanimación	Admisión	Ginecología y obstetricia
Aparato digestivo	Angiología y cirugía vascular	Ánalisis clínicos	Neonatología
Cardiología	Cirugía cardiaca	Anatomía patológica	Pediatria
Cuidados paliativos	Cirugía general y del aparato digestivo	Diagnóstico por imagen	
Endocrinología y nutrición	Cirugía oral y maxilofacial	Documentación clínica	
Geriatría	Cirugía ortopédica y traumatológica	Farmacia hospitalaria	
Hematología y hemoterapia	Cirugía pediátrica	Inmunología	
Medicina física y Rehabilitación	Cirugía plástica, estética y reparadora	Medicina nuclear	
Medicina intensiva	Cirugía torácica	Medicina preventiva	
Medicina interna	Dermatología	Microbiología y parasitología	
Nefrología	Neurocirugía	Oncología radioterápica	
Neumología	Oftalmología	Radiofísica y protección radiológica	
Neurología	Otorrinolaringología		
Neurofisiología clínica	Urología		
Oncología médica			
Psiquiatría			
Reumatología			
Urgencias			

Tabla 1. Cartera de servicios del hospital (31)

La distribución habitual de estos servicios es la siguiente:

SERVICIOS	NÚMERO
Camas individuales	358
Consultas	47
Puestos de hospital de día	10
Puestos de diálisis	12
Quirófanos	10
Gabinetes de exploración	32
Puestos de urgencias	78
Salas de radiología	21
Puestos de neonatología	10
Puestos de UCI	18

Centros de Especialidades	2
---------------------------	---

Tabla 2. Distribución de cartera de servicios del hospital (27)

2.1.3. Usuarios

En este proyecto consideraremos usuarios tanto a los pacientes como a los propios profesionales del hospital.

Los profesionales recibirán una formación que les capacitará para mejorar sus habilidades de comunicación con los pacientes y con ello aumentar la satisfacción de ambos: como usuarios de la organización en el caso de los pacientes y como agentes de salud en el caso de los profesionales, al elevarse la cultura de seguridad y la calidad asistencial.

2.1.3.1. Los pacientes

Se trata de una población envejecida con una ligera mayor presencia del sexo masculino conforme aumenta la edad, cambiando esta tendencia en el rango de los mayores de 65 años.

A continuación, se exponen los principales datos demográficos de la población abarcada por la organización:

LOCALIDAD	0-2	3-15	16-64	65-79	>=80	TOTAL
1	407	2.097	12.027	3.736	877	19.144
2	589	3.195	18.501	4.520	880	27.685
3	495	2.769	15.006	4.556	1.001	23.827
4	511	3.771	17.460	3.869	1.257	26.868
5	1.558	8.928	32.361	4.404	3.346	50.597
6	245	1.400	5.858	1.078	694	9.275
7	128	648	3.129	761	581	5.247
8	251	1.602	6.740	1.307	937	10.837
9	177	1.069	4.056	717	519	6.538
TOTAL	4.361	25.479	115.138	24.948	10.092	180.018

Tabla 3. Datos demográficos de población hospitalaria: distribución por edad (30)

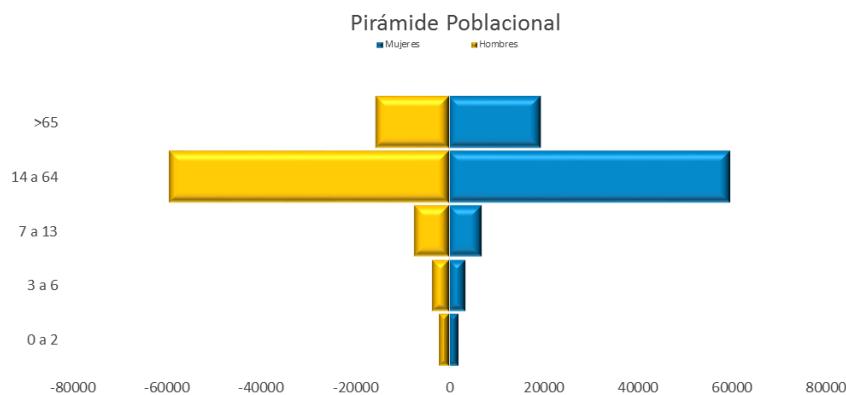


Figura 3. Pirámide poblacional: distribución por edad y sexo.

2.1.3.2. Los profesionales

Se trata de una plantilla de profesionales integrados en la red pública sanitaria. Su edad media es de 35,8 años y está feminizada en un 75,52%. El 78,16% posee un contrato estable (30). La distribución de categorías profesionales es la siguiente:

CATEGORÍAS	NÚMERO
Administrativos	154
Directivos	14
Enfermeros	498
Facultativos	374
Jefes de departamento	2
Jefes de servicio	26
Otras categorías	24
Servicios generales	238
Técnicos	114
Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería	374
TOTAL	1818

Tabla 4. Distribución de categorías profesionales (30)

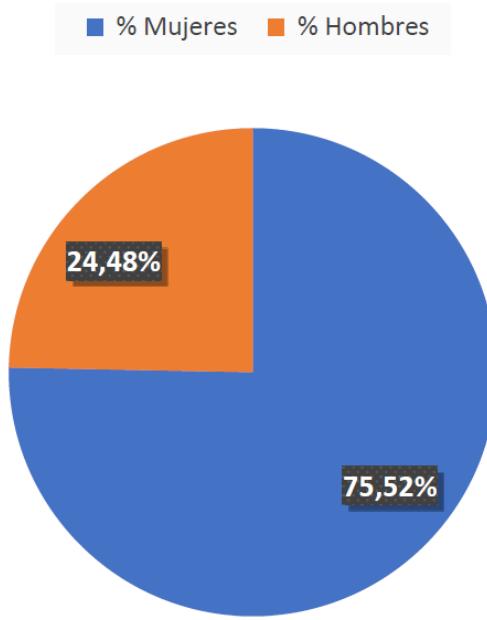


Figura 4. Distribución de profesionales por sexo (30).

2.1.4. Situación en torno a la comunicación con el paciente

2.1.4.1. Formación y otras acciones

La formación continuada recibida por los profesionales en torno a la comunicación con el paciente en el último año evaluado (2019), fue la siguiente:

CURSOS/JORNADAS/SESIONES/TALLERES	DIRIGIDO A	Nº HORAS	ASISTENTES
Trato y tratamiento: como mejorar nuestra comunicación	Médicos	8	13
Abordaje del duelo para la atención sanitaria de los profesionales	Médicos	4	13
Nuestro valor diferencial: la entrevista clínica.	Médicos y otros puestos de gestión	4	16

Tabla 5. Formación continuada en torno a la comunicación con el paciente (30)

Llama la atención la homogeneidad de las categorías que han recibido formación en comunicación con el paciente.

Además, recientemente (marzo de 2021) se han realizado comunicaciones a través de mailing por parte del Comité de Ética para la Atención Sanitaria, en las que se deja constancia que detrás de los conflictos con los pacientes puede subyacer una falta de información o de comprensión de esta, proponiendo una posible mejora de la comunicación

con los pacientes en torno al Consentimiento Informado a través de nuevas herramientas tecnológicas (vídeos, multimedia, etc.). Pero no se concretan acciones o estrategias a seguir.

Y una última estrategia implementada en abril de 2021 en la organización, ha sido la de la difusión de mensajes en relación a la mejora de la comunicación (personal y laboral), a través de la mantelería desechable utilizada por los profesionales en la cafetería de personal, la cual se aprovecha para transmitir mensajes específicos al colectivo profesional.



Figura 5. Formato de la mantelería desechable con mensajes en torno a la comunicación

2.1.4.2. Satisfacción de los pacientes.

A continuación, se exponen los últimos indicadores de satisfacción del paciente evaluados, procedentes del “Observatorio de resultados de sanidad” de la Comunidad Autónoma correspondiente (32), que pueden ser representativos de la calidad de la comunicación establecida en la organización objeto de estudio.

INDICADOR	HOSPITAL	COMUNIDAD AUTÓNOMA
Índice de satisfacción global con la atención recibida	92,25%	89,70%
Índice de satisfacción con la información	91,10%	90,47%
Satisfacción con el trato y la amabilidad de los profesionales médicos	95,65%	93,94%
Satisfacción con el trato y la amabilidad de los profesionales enfermeros	92,64%	92,01%
Índice de reclamaciones*	9,59	24,17

Índice de reclamaciones en torno al Trato Personal	10,85%	N/A
*Nº reclamaciones/10.000 actos		

Tabla 6. Indicadores de satisfacción de pacientes posiblemente representativos de la calidad de la comunicación con los profesionales (32)

Según se puede observar, el centro en general cuenta con cifras de satisfacción por encima de la media de la comunidad autónoma.

2.1.4.3. Bienestar psicológico de los profesionales.

A continuación exponemos datos comparativos entre el 2019 y el 2020 de la evaluación psicosocial realizada a los trabajadores del centro a través de los Exámenes de Salud del servicio de Salud Laboral, con el objetivo de valorar la posible afectación de su salud psicoemocional por parte de la pandemia mundial recientemente sufrida, la cual podría influir en su compromiso organizacional y por tanto, en la adherencia al proyecto formativo (33).

Para la realización de esta valoración, se han utilizado los siguientes instrumentos psicométricos:

- **Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (Anexo A)** (34): cuestionario heteroadministrado en el que se valora la salud psicoemocional del trabajador a través de dos escalas: ansiedad y depresión.
- **Versión española europea de la Escala de Estrés percibido EEP-10 (Anexo B)** (35): cuestionario que permite graduar el estrés laboral sufrido por los trabajadores (a mayor puntuación, mayor estrés percibido).

Ambas herramientas nos permiten un acercamiento diagnóstico a los trastornos de estrés, ansiedad y depresión de los trabajadores, para derivarlos si procede a un nivel de atención más especializado.

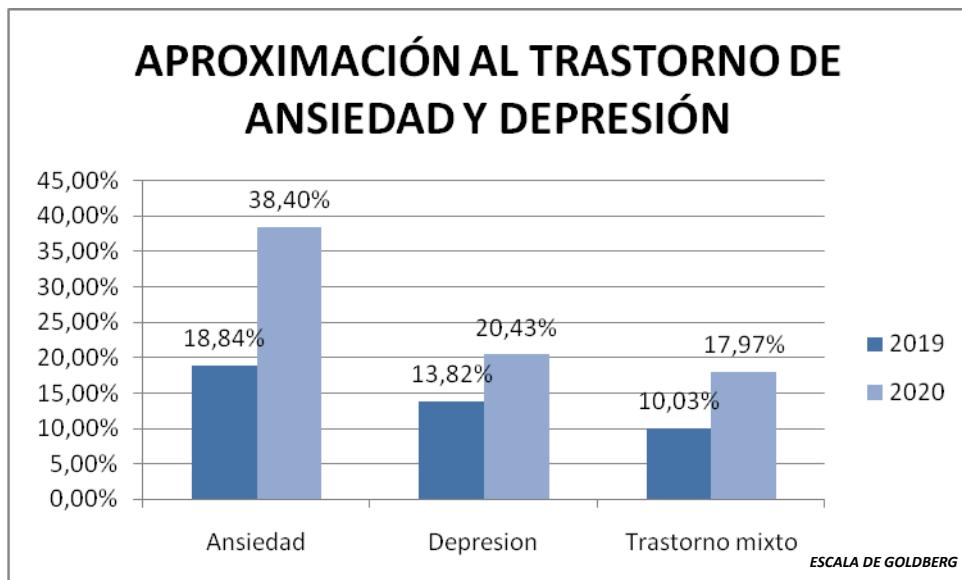


Tabla 7. Tasas comparativas 2019-2020 de aproximación diagnóstica a la ansiedad, depresión y trastorno mixto de los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial (36-39).

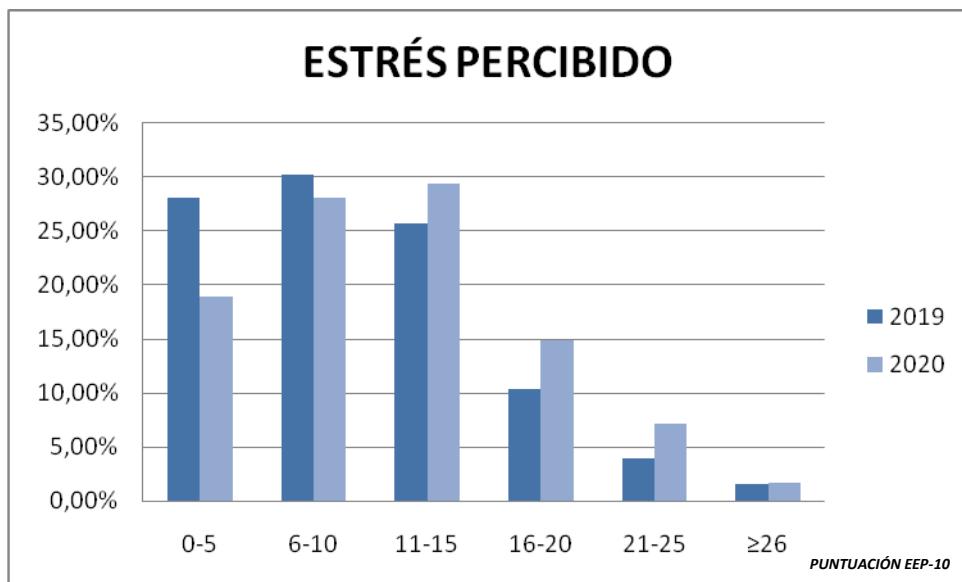


Tabla 8. Tasas comparativas 2019-2020 de estrés percibido por los profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial (36-39).

Observamos como los trastornos de ansiedad, depresión y mixtos sufren un aumento importante en el 2020 con respecto al 2019. Sin embargo, niveles bajos de estrés resultan más elevados en el 2019 con respecto al 2020, cambiando la tendencia en niveles medios y altos de estrés. En conclusión, se requiere profundizar en el análisis de la correlación entre la salud psicoemocional de los trabajadores y la fatiga pandémica, pero en 2020 se manifiesta una elevación importante de los trastornos de ansiedad y depresión, que podría influir en la adherencia al proyecto formativo.

2.2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN: ANÁLISIS DAFO

Como hemos señalado en apartados anteriores, tras el análisis inicial de la organización en torno a la comunicación con el paciente y, considerando la misión, visión y valores establecidos, identificaremos las debilidades y fortalezas de nuestro hospital, así como las amenazas y oportunidades externas que puedan darse, para determinar un diagnóstico definitivo de situación que nos ayude a definir las estrategias a seguir para afrontar el proyecto docente de modo eficaz.

Como fuente de información de los diferentes factores de riesgo valorados, así como su ponderación, se tuvieron en cuenta los datos extraídos de diferentes sesiones de “Lluvia de ideas” y “Técnica de grupo nominal” llevadas a cabo por el equipo de Prevención de Riesgos Laborales del centro así como la opinión de profesionales con experiencia relacionados con los departamentos de Calidad, Salud laboral, Medicina Preventiva y Formación.

2.2.1. A nivel interno: debilidades y fortalezas

Las **debilidades** que podemos encontrar en el hospital en torno a la comunicación interpersonal con el paciente son:

- Insuficiente cultura de seguridad en relación a la comunicación con el paciente y a su empoderamiento.
- Sobrecarga asistencial profesional.
- Escasa disponibilidad de tiempo para formación competencial del profesional.
- Fatiga pandémica profesional (25).

Las **fortalezas** con las que contamos en el entorno organizacional son:

- Entorno físico cálido, confortable y modificable.
- Estrategias ya implantadas en Seguridad del Paciente, Segundas Víctimas y Trato y tratamiento a pacientes y familiares.
- Desarrollo del Portal del Paciente como medio de comunicación.
- Gestión organizacional por procesos, análisis de riesgos y mejora continua.
- Gestión organizacional según Modelo de Excelencia, Seguridad del Paciente y Seguridad y Salud en el trabajo.
- Existencia de una Dirección de Innovación.

- Profesionales con alto índice de estabilidad laboral.
- Existencia de formación específica y estrategias en relación a la comunicación con el paciente.
- Apoyo institucional y de liderazgo.

2.2.2. A nivel externo: amenazas y oportunidades

Las amenazas externas que pueden darse son:

- Fatiga pandémica poblacional (25).
- Población envejecida con posibles mayores dificultades de comunicación.
- Sistema sanitario en fase de desescalada y recuperación de actividad normalizada.
- Incertidumbre científica en torno a la Covid-19.

Y las oportunidades que nos pueden venir de nuestro entorno son:

- Índice de satisfacción del paciente elevado (buena imagen social).
- Aumento de las tecnologías de la información y la comunicación (en adelante TICs) en los hospitales a nivel corporativo y comunitario.
- Aumento de cultura de seguridad y de la calidad asistencial en el ámbito científico y social.
- Implementación de estrategias de seguridad del paciente, calidad asistencial y humanización en la red pública sanitaria.
- Aumento del empoderamiento del paciente.

ANÁLISIS INTERNO				ANÁLISIS EXTERNO					
Peso=Relevancia / Valoración: 0 excelente, 1 buena, 2 media, 3 mala				Peso=Relevancia / Valoración: 0 excelente, 1 buena, 2 media, 3 mala					
DEBILIDADES		PESO (suma 100)	VALORACIÓN i1 (0-3)	P X i1	AMENAZAS		PESO (suma 100)	VALORACIÓN i1 (0-3)	P X i1
1	Insuficiente cultura de seguridad	20	1	20	1	Fatiga pandémica poblacional	30	3	90
2	Sobrecarga asistencial	30	2	60	2	Población envejecida	20	1	20
3	Baja disponibilidad de tiempo para formación	20	2	40	3	Sistema sanitario en fase de desescalada y recuperación	40	2	80
4	Fatiga pandémica profesional	30	2	60	4	Incertidumbre científica Covid	10	2	20
	SUMA	100		180		SUMA	100		210
Peso=Relevancia / Valoración: 0 mala, 1 media, 2 buena, 3 excelente				Peso=Relevancia / Valoración: 0 mala, 1 media, 2 buena, 3 excelente					
FORTALEZAS		PESO (suma 100)	VALORACIÓN i1 (0-3)	P X i1	OPORTUNIDADES		PESO (suma 100)	VALORACIÓN i1 (0-3)	P X i1
1	Portal del paciente	10	2	20	1	Satisfacción del paciente elevada	10	2	20
2	Gestión por procesos, riesgos y mejora continua	10	3	30	2	Aumento de TICs	30	3	90
3	Excelencia, Seg. Del Paciente y Seg. Y Salud en el trabajo	30	3	90	3	Aumento de cultura de seguridad y calidad asistencial	20	2	40
4	Dirección de Innovación	10	2	20	4	Estrategias de Seg. Del Paciente, Calidad asistencial y humanización	30	3	90
5	Estabilidad laboral	10	2	20	5	Empoderamiento del paciente	10	1	10
6	Formación y estrategias específicas en comunicación	10	1	10	6				
7	Apoyo institucional y de liderazgo	20	3	60	7				
	SUMA	100		250		SUMA	100		250

Tabla 9. Análisis DAFO (elaboración propia)

2.2.3. Matriz DAFO

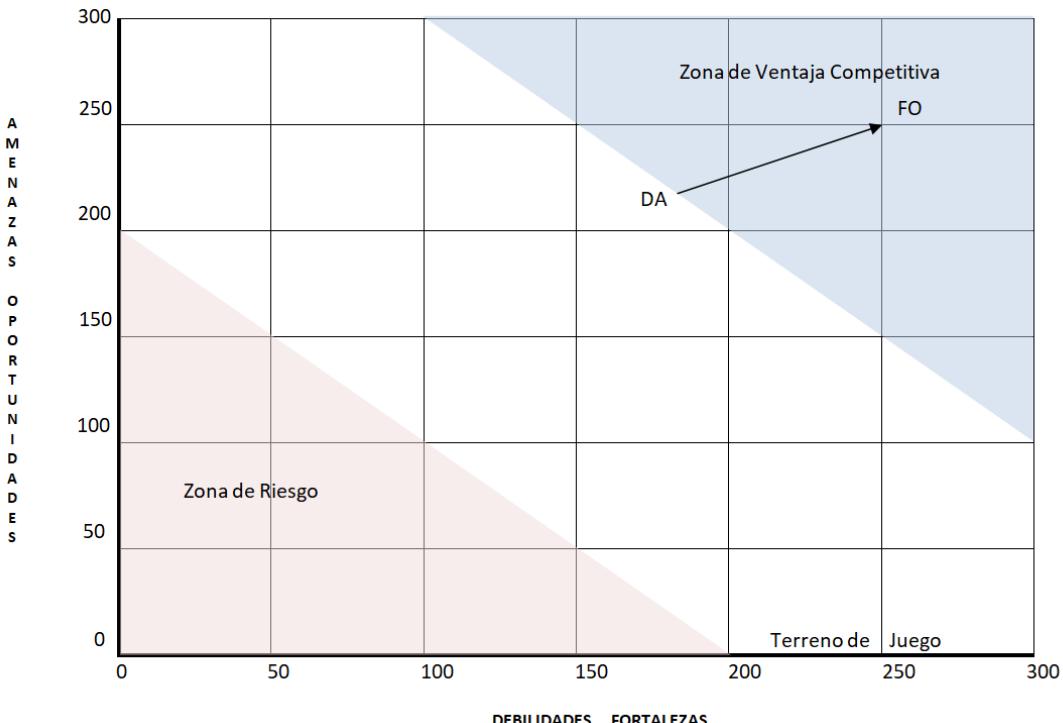


Figura 6. Matriz DAFO (elaboración propia)

Según la matriz DAFO, obtenemos un vector que se inicia en la frontera entre la zona de terreno de juego y la de ventaja competitiva para posteriormente ascender en el área de ventaja competitiva. Las debilidades y amenazas analizadas son superadas por las fortalezas y oportunidades, pronosticando posibilidades de éxito del proyecto docente mediante una estrategia de crecimiento y mejora.

2.3. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS: ANÁLISIS CAME

Una vez establecido el diagnóstico de situación interno y externo del hospital con el análisis DAFO, estamos en disposición de establecer las líneas estratégicas a desarrollar mediante el análisis CAME (corregir, afrontar, mantener y explotar).

Para ello, el DAFO nos ha mostrado las **Debilidades** que debemos **Corregir** mediante estrategias de reorientación, las **Amenazas** que debemos **Afrontar** mediante estrategias de supervivencia, las **Fortalezas** a **Mantener** mediante estrategias defensivas y por último, las **Oportunidades** que debemos **Eplotar** a través de estrategias ofensivas (40).

2.3.1. Corrección de debilidades mediante estrategias de reorientación.

- Deberemos asentar estrategias de fomento de la comunicación y empoderamiento del paciente estableciendo un punto de vista positivo tanto para el profesional como para el paciente: mejora del ambiente asistencial, disminución de litigios y agresiones, etc.
- Se planificarán horas específicas para la formación interna de los trabajadores, promocionándolas y fomentándolas por parte de los líderes.
- Se establecerán estrategias de reconocimiento profesional en el que se destaque los esfuerzos profesionales y sus resultados positivos.
- Se realizarán campañas de promoción del plan estratégico “Hospital Saludable” dirigido a los trabajadores e implantado en la organización por el departamento de Prevención de Riesgos Laborales, haciendo énfasis en los beneficios positivos de las estrategias de este programa (actividades de bienestar, plan de ayuda al empleado, etc.).

2.3.2. Afrontamiento de amenazas mediante estrategias de supervivencia.

- Se elaborarán estrategias específicas de perspectiva de edad en la formación desarrollada en el proyecto docente.
- Se trabajarán técnicas de empatía del profesional hacia el paciente, en la formación.

2.3.3. Mantenimiento de fortalezas mediante una estrategia defensiva.

- Se diseñarán formas de explotar el portal del Empleado para mejorar la comunicación con el paciente.
- Se reforzarán y difundirán en mayor grado las estrategias de gestión organizacional basadas en la seguridad del paciente, calidad asistencial y seguridad y salud laboral.

2.3.4. Explotación de oportunidades mediante una estrategia ofensiva.

- Se harán campañas de difusión entre los trabajadores sobre el alto grado de satisfacción de los pacientes.
- Se continuará la línea de desarrollo de las TICs.
- Se potenciarán las estrategias que aumenten la adherencia de los profesionales a una cultura de seguridad y calidad asistencial.
- Se desarrollarán proyectos de empoderamiento del paciente en el hospital.

2.3.5. Matriz DAFO-CAME

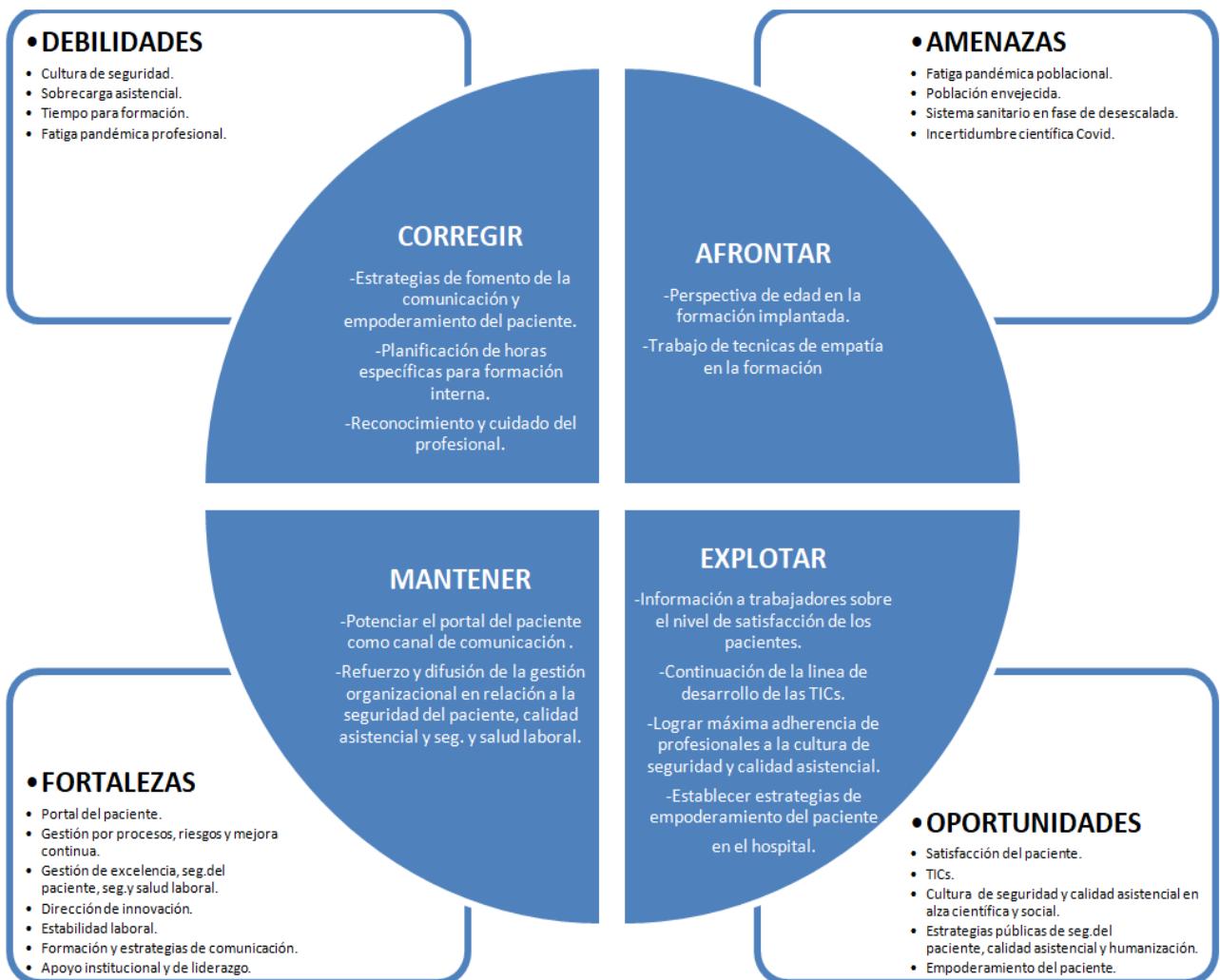


Figura 7. Matriz DAFO-CAME (elaboración propia)

2.3.6. Mapa estratégico

Tras el análisis DAFO-CAME, quedan establecidas las líneas estratégicas a seguir. Independientemente de que se puedan llevar a cabo otras acciones a nivel organizacional derivadas de este análisis (recursos humanos, departamento de calidad, de prevención de riesgos laborales, de informática, etc.), en nuestro proyecto nos centraremos en aquellas estrategias que puedan desarrollarse a nivel docente, persiguiendo siempre su integración con el resto de posibles estrategias diagnosticadas.

Por ello, es deseable que los objetivos del proyecto se lleven a cabo a través de una formación específica con las siguientes características fundamentales:

- **Adaptada a la realidad del paciente y del perfil profesional descritos.**
- Priorizando un contenido eminentemente **práctico**.
- Su duración será lo más **breve** posible, pero con posibilidades de ampliar conocimientos a todos aquellos profesionales que así lo deseen.
- Su **difusión será intensa y amplia** en toda la organización a través de diferentes medios de comunicación.
- Deberá estar dirigido y adaptado a **todas las categorías profesionales** participantes en el proceso asistencial.
- Una de las máximas será lograr la **mayor adherencia posible** a la formación transversal.
- Su contenido perseguirá, entre otros objetivos, la **motivación profesional, el fomento de la cultura de seguridad del paciente y calidad asistencial**.

Según lo planteado, el plan de acción deberá basarse en el siguiente mapa estratégico, que muestra las cuatro líneas estratégicas a desarrollar:



Figura 8. Mapa estratégico (elaboración propia)

2.4. PLAN DE ACCIÓN

Basado en cuatro líneas estratégicas:

2.4.1. Estrategia Nº1: Adaptación de contenido formativo.

Objetivo general: Elaborar un curso impartido de modo transversal a todos los profesionales que participan en el proceso asistencial, que esté adaptado a la realidad de los trabajadores (breve, práctico y motivador) y de los pacientes (población envejecida y con necesidades de fomento de su empoderamiento).

Cronograma: fase inicial de cuatro semanas de duración.

Responsable: Yohana Salgado Balbás como docente y coordinadora del proyecto.

Objetivo específico Nº1: Adaptación a necesidades profesionales.

Acciones:

- Se diseñará un curso On-line de 1 hora de duración.
- Contenidos eminentemente prácticos (Bundle de la comunicación interpersonal con el paciente).
- Tres reuniones interdepartamentales para integrar conocimientos durante el proceso de elaboración del contenido (Medicina Preventiva, Calidad Asistencial, Servicio de Prevención de Riesgos Laborales).

Recursos:

- Un docente que elabore el curso integrando conocimientos de Seguridad del paciente, Calidad Asistencial y Prevención de Riesgos Laborales.
- Un colaborador de Medicina Preventiva, de Calidad asistencial y de PRL.

Indicadores de cumplimiento:

- Encuesta de satisfacción del curso aplicada a los trabajadores.
- Tasa anual de adherencia al curso.

Objetivo específico Nº2: Adaptación a necesidades del paciente.

Acciones:

- Introducir los siguientes contenidos en el curso: la empatía, la inclusión del paciente como parte del equipo asistencial (empoderamiento del paciente), las implicaciones que puede tener la edad avanzada en el proceso de comunicación.
- Una reunión con el departamento de Psicología, de Medicina Preventiva y de Geriatría para integrar conocimientos.

Recursos:

- Un docente que elabore el curso integrando conocimientos de Psicología, Seguridad del Paciente y Geriatría.
- Un colaborador del departamento de Psicología, de Medicina Preventiva y de Geriatría.

Indicadores de cumplimiento:

- Índices de satisfacción del paciente generales y en torno a la comunicación, del “Observatorio de resultados de Sanidad” de la Comunidad.

2.4.2. Estrategia Nº2: Motivación del profesional.

Objetivo general: Elaborar el contenido del curso persiguiendo el objetivo de motivar al profesional desde un punto de vista positivo, y con ello dirigirnos a la reflexión y modificación de hábitos.

Cronograma: primera fase de cuatro semanas de duración (junto a estrategia Nº1)

Responsable: Yohana Salgado Balbás como docente y coordinadora del proyecto.

Objetivo específico Nº1: Exponer a los profesionales las ventajas de una comunicación interpersonal adecuada.

Acciones:

- Introducir los siguientes contenidos en el curso: mejora de la satisfacción del paciente y los profesionales, de la seguridad del paciente, de los resultados finales de salud, del número de pruebas diagnósticas y del número de litigios gracias a un proceso de comunicación adecuado (12) (13) (41) (42).

Recursos:

- Un docente que elabore el curso integrando conocimientos de Seguridad del paciente y Calidad Asistencial

Indicadores de cumplimiento:

- Encuesta de satisfacción del curso aplicada a los trabajadores.

Objetivo específico Nº2: Aumentar el reconocimiento profesional.

Acciones:

- Introducir los siguientes contenidos en el curso: datos de satisfacción del paciente y cartas de agradecimiento, analizando las posibles implicaciones del proceso de comunicación.

Recursos:

- Un docente que elabore el curso integrando conocimientos de Psicología y Seguridad del paciente.

Indicadores de cumplimiento:

- Encuesta de satisfacción del curso aplicada a los trabajadores.

2.4.3. Estrategia Nº3: Fomento de la adherencia formativa.

Objetivo general: Conseguir altos grados de adherencia a la acción formativa por parte de los profesionales.

Cronograma: segunda fase de cuatro semanas de duración y a lo largo de todo el año de forma periódica.

Responsables:

- Yohana Salgado Balbás como coordinadora del proyecto.
- Mandos intermedios como líderes motivacionales.
- Departamento de formación continuada.

Objetivo específico Nº1: Elaborar y difundir materiales de promoción del proyecto formativo.

Acciones:

- Elaboración de infografías motivacionales que resuman los contenidos del curso.
- Difusión de las infografías a través de cartelería en salas de descanso, salvapantallas de equipos informáticos y mailings.

Recursos:

- Un docente que elabore los contenidos de las infografías.
- Departamento de marketing que realice el diseño corporativo de las infografías y las muestre en pantallas de comedor de empleados, en salvapantallas de equipos informáticos y en la intranet corporativa.
- Secretaría de gerencia que realice el envío masivo de mailings en nombre de la gerencia.
- Departamento de mantenimiento que sitúe la cartelería en las salas de descanso.

Indicadores de cumplimiento:

- Tasa anual de adherencia al curso.
- Rango de fechas en las que se han mostrado las infografías en los diferentes medios digitales.

Objetivo específico Nº2: Gestión del tiempo de los profesionales para la realización de la acción formativa

Acciones:

- Reunión del coordinador del proyecto con mandos intermedios para fijar objetivos y estrategias de cumplimiento: formación obligatoria de 1 hora, pero con tiempo para su realización dentro de su jornada laboral.
- Organización de planillas y horarios para la viabilidad de la gestión del tiempo del curso.
- Charlas motivacionales al equipo de profesionales por parte de sus mandos intermedios acerca de la acción formativa bajo las condiciones establecidas durante esta segunda fase de cuatro semanas y periódicamente cada 6 meses.

Recursos:

- Mados intermedios que realicen la gestión del tiempo de formación y las charlas motivacionales.

Indicadores de cumplimiento:

- Nº de reuniones de mandos intermedios con su equipo.
- Nº de trabajadores asistentes a reuniones de mandos intermedios con su equipo (hoja de firmas).
- Encuesta de satisfacción del curso aplicada a los trabajadores.
- Tasa anual de adherencia al curso.

Objetivo específico Nº3: Convocatoria del curso

Acciones:

- Envío de convocatorias del curso on line.
- Control de convocados/no convocados.
- Control de finalizados/no finalizados.

Recursos:

- Departamento de Formación continuada

Indicadores de cumplimiento:

- Tasa semestral de adherencia al curso.

2.4.4. Estrategia Nº4: Integración del proyecto docente en la cultura organizacional.

Objetivo general: Integrar el proyecto formativo con la Seguridad del Paciente, la Calidad Asistencial y la Salud Ocupacional como pilares de la organización

Cronograma: a lo largo de todo el año.

Responsable: Yohana Salgado Balbás como docente y coordinadora del proyecto.

Objetivo específico Nº1: Integración con la Seguridad del Paciente.

Acciones:

- Al finalizar el curso, se pedirá a los profesionales que aporten ideas voluntarias sobre contenidos útiles bajo su criterio, dirigidos al fomento de la seguridad de los pacientes, que se puedan difundir a través del portal del paciente.
- Estos trabajadores interesados serán considerados posibles candidatos para acciones de liderazgo en seguridad del paciente.

Recursos:

- Coordinadora del proyecto.

Indicadores de cumplimiento:

- Informe semestral de aportaciones.
- Listado de trabajadores participantes.

Objetivo específico Nº2: Integración con la Calidad Asistencial.

Acciones:

- Al finalizar el curso, se ofrecerá a todos aquellos trabajadores que quieran ampliar conocimientos en la materia, la posibilidad de realizar las siguientes acciones formativas:
 - Trato y tratamiento: como mejorar la comunicación.
 - Nuestro valor diferencial: la entrevista clínica.
- Estos trabajadores interesados serán considerados posibles candidatos para acciones de liderazgo en calidad asistencial.

Recursos:

- Departamento de formación.
- Departamento de Calidad Asistencial.

Indicadores de cumplimiento:

- Solicitudes de matriculación en cursos específicos.

Objetivo específico Nº2: Integración con la Salud Laboral u ocupacional.

Acciones:

- Al finalizar el curso se informará del Proyecto “Hospital saludable” dirigido al cuidado de la salud del profesional.

Recursos:

- Coordinadora del proyecto.

Indicadores de cumplimiento:

- Encuesta de satisfacción del curso aplicada a los trabajadores.

3. RESULTADOS ESPERADOS

3.1. Plan de formación

3.1.1. Contenidos propuestos

A continuación, se muestra una aproximación al posible contenido de la formación transversal.

MÓDULO 1. INTRODUCCIÓN

OBJETIVO: Contextualizar la necesidad de formación en habilidades de comunicación.

¿Cómo es nuestro sistema de salud y organización?: la calidad asistencial, la seguridad del paciente, la atención centrada en el paciente, la humanización de la asistencia sanitaria, la medicina y enfermería basadas en la evidencia, el paciente como parte del equipo asistencial (empoderamiento), el cuidado de la seguridad y salud del profesional (cuidar al que cuida en un hospital saludable).

¿Cómo son nuestros pacientes y qué dicen de nosotros?: el e-paciente, el paciente empoderado, nuestra población envejecida, resultados de satisfacción, análisis de cartas de agradecimiento.

¿Qué beneficios puede tener una adecuada comunicación entre el paciente y el profesional? Mejora la satisfacción del paciente y los profesionales, la seguridad del paciente, la adherencia terapéutica, los resultados finales de salud, reduce el número de pruebas diagnósticas solicitadas y el número de litigios (12) (13).

¿Qué situaciones de comunicación interpersonal manejamos en nuestro día a día? Comunicación de eventos adversos; dar malas noticias; comunicación en torno al consentimiento informado; comunicación en torno al proceso de salud, cuidados y pruebas diagnósticas.

MÓDULO 2. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN EFICAZ

OBJETIVO: Describir técnicas de comunicación eficaz concretas.

La empatía y la compasión.

La comunicación franca en la comunicación de eventos adversos.

Cómo dar malas noticias.

Comunicación consciente en el consentimiento informado: medicina basada en la evidencia.

Comunicación consciente en los cuidados, pruebas diagnósticas e intervenciones clínicas: consideración del paciente como parte de nuestro equipo asistencial.

Bundle de la comunicación interpersonal con el paciente.

MÓDULO 3. CONCLUSIONES

OBJETIVO: Integrar el curso con la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la seguridad y salud de los trabajadores. Captar líderes.

El plano positivo de una comunicación eficaz con el paciente.

¿Te interesa ampliar esta formación? Presentación de dos formaciones:

- Trato y tratamiento: como mejorar la comunicación.
- Nuestro valor diferencial: la entrevista clínica.

¿Nos ayudas a mejorar? Propuestas de contenidos para el portal del paciente que consideres que pueden ayudarte en tu proceso diario de comunicación con tus pacientes.

Cuidando al que cuida en un hospital saludable: protocolo de segundas víctimas, el examen de salud, campañas de bienestar, protocolo de agresiones.

3.1.2. Competencias a alcanzar

Dada la brevedad del curso, para el cumplimiento de objetivos, el número de competencias perseguido será limitado.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS

- El profesional conocerá técnicas de comunicación eficaz prácticas para aplicar en su día a día.

COMPETENCIAS PERSONALES

- El profesional reflexionará sobre la importancia de una comunicación eficaz para el paciente, para la organización y para los profesionales.
- El profesional tendrá información sobre otras áreas relacionadas con la comunicación con el paciente y el cuidado de los profesionales.

COMPETENCIAS METODOLÓGICAS

- El profesional tendrá acceso a formaciones específicas para profundizar en la materia.
- El profesional podrá tener un papel activo en la mejora de la comunicación de la organización haciendo propuestas.

3.1.3. Organización general y cronograma

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	UNIDAD DE TIEMPO - SEMANAS												UNIDAD DE TIEMPO - MESES												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
Reunión con gerencia para aprobación de proyecto	Coordinadora/Docente																									
Reuniones interdepartamentales con Medicina Preventiva, Calidad Asistencial, Salud Laboral, Geriatría, Psicología para estipular contenidos formativos	Coordinadora/Docente, Representante de cada departamento																									
Elaboración de material didáctico y de difusión (PPT, videos, infografías)	Coordinadora/Docente																									
Reunión con formación para promoción y explotación en plataforma on-line corporativa	Coordinadora/Docente, Formación																									
Reuniones con Marketing, Formación, Mantenimiento para preparación y difusión del material	Coordinadora/Docente, Responsables de departamentos																									
Reunión con mandos intermedios para determinar acciones: charlas motivadoras y gestión del tiempo formativo	Coordinadora/Docente																									
Charlas motivadoras de mandos intermedios con sus equipos	Mandos intermedios																									
Campaña de difusión del curso: salvapantallas, cartelera, monitores, intranet, mailings	Marketing y Mantenimiento																									
Gestión del curso: convocatoria, diplomas, encuestas de evaluación	Formación																									
Matriculación en solicitudes de cursos específicos	Formación																									
Indicadores cada 6 meses	Coordinadora/Docente, Formación																									

Tabla 10. Cronograma del proyecto docente.

3.2. Evaluación y seguimiento

3.2.1. Indicadores de proceso.

INDICADORES DE PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> • Nº de reuniones de mandos intermedios con su equipo. • Nº de trabajadores asistentes a reuniones de mandos intermedios con su equipo (hoja de firmas). • Tasa semestral y anual de convocados al curso sin comenzar la formación %. • Tasa semestral y anual de convocados al curso sin finalizar la formación %. • Rango de fechas en las que se han mostrado las infografías en los diferentes medios digitales.

3.2.2. Indicadores de resultados.

INDICADORES DE RESULTADO
<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de satisfacción del curso aplicada a los trabajadores. • Tasa semestral y anual de adherencia al curso % (Nº trabajadores formados en rango de fechas/Total de trabajadores activos en rango de fechas). • Tasa semestral y anual de adherencia al curso por categorías % (Nº trabajadores formados de una

categoría en rango de fechas/Total de trabajadores activos de la categoría en rango de fechas).

- Informe semestral de aportaciones de contenidos para el portal del paciente.
- Listado de trabajadores que han realizado aportaciones.
- Listado de trabajadores que han solicitado matrícula en curso específico.
- Indicadores de satisfacción de pacientes posiblemente representativos de la calidad de la comunicación con los profesionales de “Observatorio de resultados de Sanidad de la Comunidad”
 - Índice de satisfacción global con la atención recibida.
 - Índice de satisfacción con la información.
 - Satisfacción con el trato y amabilidad de los profesionales médicos y enfermeros.
 - Índice de reclamaciones (Nº reclamaciones/10.000 actos)
 - Índice de reclamaciones en torno al trato personal.

4. DISCUSIÓN

Múltiples son los estudios que justifican la necesidad de formación en habilidades de comunicación interpersonal para su aplicación en la relación entre el profesional sanitario y el paciente.

En el ámbito de la información al paciente y familia tras un evento adverso, un estudio apunta carencias en atención primaria y hospitales, poniéndolo en relación con la ausencia de un marco de protección jurídica hacia los profesionales (43). Sin embargo ya hemos mencionado cómo realmente la práctica de disculpa por los errores profesionales cometidos implica una disminución de litigios en torno a los eventos adversos (12) lo cual es importante explicar a los profesionales.

En contraste, referenciamos otro estudio en el que se reflejan los factores de éxito de dos programas de comunicación y resolución de eventos adversos implementados en dos hospitales de Massachusetts con experiencias positivas. Entre otros, destacamos el apoyo y supervisión de líderes institucionales, la inversión en formación y el uso de protocolos formales de decisión (44), todos ellos factores que trata de lograr este proyecto docente.

En varios estudios se manifiesta como el desarrollo de habilidades de comunicación en profesionales sanitarios puede contribuir de modo positivo en tres ámbitos: el paciente, el profesional y la asistencia sanitaria. En cuanto al paciente hay que destacar la mejora de vida y bienestar emocional, el aumento de su satisfacción, el aumento en la adherencia al tratamiento y el logro de cambios de estilos de vida a largo plazo. En torno al profesional, su satisfacción también se ve elevada al sentirse más eficiente, disminuyendo también su error clínico. En referencia a la asistencia sanitaria, se potencia la eficacia curativa de las intervenciones biomédicas, hay una mejor resolución de síntomas y resultados finales, menor solicitud de pruebas diagnósticas, disminución del riesgo de evento adverso y reducción de reclamaciones, quejas y litigios (12) (13) (41) (42). Todo ello sustenta el enfoque positivo de la mejora del proceso de comunicación que se quiere transmitir a los profesionales de la salud como factor motivador.

Y, por último, otro aspecto fundamental que consideramos protagonista en este proyecto docente es el reconocimiento del trabajo de los profesionales, informándoles de los

resultados positivos en los que redunda su esfuerzo diario, a través de la transmisión de las encuestas de satisfacción y las cartas de felicitación. Para respaldar este argumento, referenciamos varios estudios en los que se afirma la posible asociación entre entornos o climas laborales positivos y resultados óptimos en el paciente y las organizaciones, en relación a la satisfacción y seguridad del paciente y la calidad asistencial organizacional (45) (46) (47).

5. CONCLUSIONES

En este proyecto docente, cuya esencia es la de aumentar la seguridad del paciente y la calidad asistencial a través de la enseñanza a los trabajadores sanitarios de habilidades de comunicación con el paciente, nos encontramos con perfiles profesionales actuales en los que distinguimos dos áreas de trabajo dentro de su rutina diaria:

- El área de **funciones propias e inherentes** a su profesión: aquellas más directamente relacionadas con su formación académica y especialidad.
- El área que hemos convenido llamar **funciones transversales**: aquellas relacionadas con la formación continuada, la medicina y enfermería basada en la evidencia, la calidad, la atención centrada en el paciente, la humanización, las competencias digitales, las medidas preventivas en torno a la seguridad del paciente y a su propia seguridad y salud, la gestión, la burocracia, la protocolización, la comunicación, etc. Es decir, todo aquello que da soporte a la primera área y que resulta fundamental para el profesional, el paciente y la organización, en la medida que contribuye al fomento de una cultura de seguridad y calidad asistencial.

Pero es importante que seamos capaces de crear organizaciones en las que se puedan llevar a cabo todas estas funciones de una forma equilibrada para que se obtengan, no solo buenos resultados en salud para el paciente, sino también adecuados ambientes laborales saludables y positivos para los trabajadores, que además, ya hemos visto que redundan en lo primero.

Por ello hemos diseñado un proyecto que trata de buscar el equilibrio entre el ámbito del paciente y el del profesional. Porque no solo debemos cuidar a los primeros, sino también debemos **cuidar al que cuida y al que cura**, y con ello lograr altos niveles de motivación y reflexión que nos permitan avanzar en la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

6. LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

Debido a que hemos desarrollado un proyecto docente pendiente de implementar, únicamente podemos definir las limitaciones encontradas a la hora de diseñarlo.

Es posible que se produzcan sesgos derivados del siguiente hecho:

- La mayoría de los datos manejados en el análisis inicial institucional son de 2019, debido a que los estudios epidemiológicos organizacionales y comunitarios se actualizan cada dos años, no existiendo cifras oficiales de 2021 todavía. Por ello y dado el profundo cambio social y laboral causado por la pandemia mundial en la que nos encontramos inmersos, podrían producirse modificaciones importantes en las características y grado de satisfacción tanto poblacional como profesional en los datos que se sustraigan en este año, que obligarían a realizar un nuevo análisis preliminar del proyecto y desarrollo estratégico posterior.

Y si analizamos la situación social a gran escala para delimitar una prospectiva de este proyecto, la pandemia mundial nos lleva a caminar hacia sistemas de salud más resilientes que soporten las consecuencias del envejecimiento poblacional y la fatiga pandémica, en los cuales se considere un modelo de salud holístico, con mayor integración psicosocial y biomédica y con el foco en determinantes de salud amplios, en las desigualdades sociales y en los grupos vulnerables (48) (49).

Es por ello que podemos concluir que proyectos docentes como este, que fortalezcan las habilidades de comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, pueden ser relevantes en el futuro.

Referencias bibliográficas

1. BOE.es - BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet]. [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
2. Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020.pdf [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
3. Avances en gestión clínica: El proceso diagnóstico y los errores médicos [Internet]. Avances en gestión clínica. 2016 [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2016/01/el-proceso-diagnostico-y-los-errores.html>
4. Wong y Lee - 2006 - Communication Skills and Doctor Patient Relationsh.pdf [Internet]. [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.fmshk.org/database/articles/607>
5. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Portal de Transparencia. 2016 [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: Portal de Transparencia Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019
6. Marco estratégico de promoción de la responsabilidad social socio sanitaria [Internet]. [citado 29 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017985.pdf>
7. Montero Delgado JA, Monte-Boquet E, Cepeda Diez JM, Ávila Detomás J. Las 6 competencias digitales de los profesionales sanitarios. 2019.
8. WMA - The World Medical Association-Declaración de Córdoba de la AMM sobre la Relación Médico-Paciente [Internet]. [citado 29 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-cordoba-de-la-amm-sobre-la-relacion-medico-paciente/>
9. Institute of Medicine (U.S.), Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century [Internet]. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001 [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10032412>
10. Wong E, Mavondo F, Fisher J. Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: a systematic review of the evidence. BMC Health Serv Res. 11 de junio de 2020;20(1):530.
11. Robinson JD. Doctor–Patient Talk. En: The International Encyclopedia of Communication [Internet]. American Cancer Society; 2008 [citado 23 de abril de 2021]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781405186407.wbiecd061>

12. Open disclosure: a review of the literature [Internet]. [citado 25 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/OD-LiteratureReview.pdf>
13. Recomendación de calidad - Habilidades de comunicación eficaz ★ Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [Internet]. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. [citado 29 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-36-habilidades-de-comunicacion-eficaz/>
14. Coronado - La comunicación interpersonal en el contexto médico.pdf [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/817/81724961001.pdf>
15. Aranaz Andrés JM. La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Fundación Mapfre; 2017.
16. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. BMJ. 8 de junio de 2002;324(7350):1350.
17. Caballero-Uribe CV. E-pacientes y la relación médico-paciente. Rev Salud Uninorte. mayo de 2013;29(2):6-10.
18. Communicating clearly and effectively to patients [Internet]. [citado 21 de marzo de 2021]. Disponible en: [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf)
19. Australian Open Disclosure Framework - Better communication, a better way to care | Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [Internet]. [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/australian-open-disclosure-framework-better-communication-better-way-care>
20. Recomendaciones para la comunicación abierta y gestión de la respuesta a pacientes y familiares sobre eventos adversos graves [Internet]. Comunidad de Madrid. [citado 4 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20276>
21. Implementation Guide for the CANDOR Process [Internet]. [citado 25 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/patient-safety/capacity/candor/impguide.html>
22. National Quality Forum. Safe practices for better healthcare 2010 update: a consensus report. [Internet]. Washington, D.C.: National Quality Forum; 2010 [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx
23. BOE.es - BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. [citado 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

24. Gesualdo F, Daverio M, Palazzani L, Dimitriou D, Diez-Domingo J, Fons-Martinez J, et al. Digital tools in the informed consent process: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 27 de febrero de 2021;22(1):18.
25. Declaración conjunta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud [Internet]. [citado 20 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/decla041120191044276.pdf>
26. Presentación Hospital Universitario Rey Juan Carlos [Internet]. [citado 9 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitalreyjuancarlos.es/es/conocenos/presentacion>
27. Información institucional Hospital Universitario Rey Juan Carlos [Internet]. [citado 9 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitalreyjuancarlos.es/es/transparencia/informacion-institucional>
28. Hospitales de la red del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. Comunidad de Madrid. 2017 [citado 9 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/hospitales-red-servicio-madrileno-salud>
29. Historia Hospital Universitario Rey Juan Carlos [Internet]. [citado 9 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitalreyjuancarlos.es/es/conocenos/historia>
30. Memoria 2019 Hospital Universitario Rey Juan Carlos [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitalreyjuancarlos.es/es/conocenos/memorias.ficheros/1948168-memoria-2019-hurjc.pdf>
31. Cartera de servicios Hospital Universitario Rey Juan Carlos [Internet]. [citado 9 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.hospitalreyjuancarlos.es/es/cartera-servicios>
32. Observatorio de resultados - Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [Internet]. [citado 15 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesFicha.aspx?ID=49>
33. Rodríguez MAM, Salvador CM, Grau JB i, Bono EG, Tomás EA. La satisfacción y el bienestar psicológico como antecedentes del compromiso organizacional. *Psicothema*. 2007;19(3):395-400.
34. Agencia Laín Entralgo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Espanya, Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Espanya). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria: guía rápida. Madrid: Agencia Laín Entralgo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2008.
35. Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). [citado 20 de mayo de 2021]; Disponible en: https://core.ac.uk/reader/38810438?utm_source=linkout

36. Memoria 2019 Idc Salud Hospital Universitario Rey Juan Carlos (documento interno departamental no publicado).
37. Memoria 2020 Idc Salud Hospital Universitario Rey Juan Carlos (documento interno departamental no publicado).
38. Memoria 2019 Idc Servicios Hospital Universitario Rey Juan Carlos (documento interno departamental no publicado).
39. Memoria 2020 Idc Servicios Hospital Universitario Rey Juan Carlos (documento interno departamental no publicado).
40. Enfermería GD. El análisis CAME en la gestión enfermera [Internet]. Gestión de Enfermería. 2017 [citado 16 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.gestiondeenfermeria.com/analisis-came-la-gestion-enfermera/>
41. Petra-Micu IM. La enseñanza de la comunicación en medicina. *Investig En Educ Médica*. diciembre de 2012;1(4):218-24.
42. Paz Quevedo Aguado M, Benavente Cuesta M. Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Cienc Psicológicas*. 4 de octubre de 2019;317-32.
43. Mira JJ, Lorenzo S. Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac Sanit*. septiembre de 2015;29(5):370-4.
44. Mello MM, Roche S, Greenberg Y, Folcarelli PH, Van Niel MB, Kachalia A. Ensuring successful implementation of communication-and-resolution programmes. *BMJ Qual Saf*. noviembre de 2020;29(11):895-904.
45. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 20 de marzo de 2012;344:e1717.
46. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open*. 8 de noviembre de 2017;7(11):e017708.
47. Stalpers D, de Brouwer BJM, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *Int J Nurs Stud*. abril de 2015;52(4):817-35.
48. Public Health Foresight in Light of COVID-19 | EuroHealthNet [Internet]. [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: <https://eurohealthnet.eu/publication/public-health-foresight-light-covid-19>
49. Información actualizada sobre la 74.^a Asamblea Mundial de la Salud – 29 de mayo de 2021 [Internet]. [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-29-may-2021>

Anexo A. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG		
¿SE HA SENTIDO ÚLTIMAMENTE MUY EXCITADO, NERVIOSO O EN TENSIÓN?	NO	SÍ
¿HA ESTADO PREOCUPADO POR ALGO?	NO	SÍ
¿SE SIENTE MUY IRRITABLE?	NO	SÍ
¿TIENE DIFICULTADES PARA RELAJARSE?	NO	SÍ
Si ha contestado 2 o más veces "SÍ", conteste a las siguientes preguntas:		
¿SE DESPIERTA CON FRECUENCIA DURANTE EL SUEÑO?	NO	SÍ
¿TIENE ÚLTIMAMENTE DOLORES DE CABEZA O NUCA?	NO	SÍ
¿HA TENIDO ÚLTIMAMENTE TEMBLORES, HORMIGUEOS, MAREOS, SUDORES, DIARREA?	NO	SÍ
¿SE SIENTE PREOCUPADO POR ALGO?	NO	SÍ
¿TIENE DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO?	NO	SÍ
CONTINUE CON EL CUESTIONARIO		
¿SE SIENTE CON POCAS ENERGÍAS?	NO	SÍ
¿HA PERDIDO EL INTERÉS POR LAS COSAS?	NO	SÍ
¿HA PERDIDO LA CONFIANZA EN SÍ MISMO?	NO	SÍ
¿SE SIENTE SIN ESPERANZA?	NO	SÍ
Si ha tenido alguna respuesta afirmativa, conteste a las siguientes preguntas:		
¿TIENE DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE?	NO	SÍ
¿HA PERDIDO PESO ÚLTIMAMENTE?	NO	SÍ
¿SE ESTÁ DESPERTANDO DEMASIADO TEMPRANO, ANTES DE QUE SUENE EL DESPERTADOR?	NO	SÍ
¿SE SIENTE ENLENTECIDO?	NO	SÍ
¿SE ENCUENTRA PEOR POR LAS MAÑANAS?	NO	SÍ

Anexo B. Versión española europea de la Escala de Estrés

percibido EEP-10

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO					
DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA....	NUNCA	CASI NUNCA	DE VEZ EN CUANDO	A MENUDO	MUY A MENUDO
...HA ESTADO AFECTADO POR ALGO QUE HA OCURRIDO INESPERADAMENTE?	0	1	2	3	4
...SE HA SENTIDO INCAPAZ DE CONTROLAR LAS COSAS IMPORTANTES DE SU VIDA?	0	1	2	3	4
...SE HA SENTIDO NERVIOSO O ESTRESADO?	0	1	2	3	4
...HA ESTADO SEGURO SOBRE SU CAPACIDAD PARA MANEJAR SUS PROBLEMAS PERSONALES?	4	3	2	1	0
...HA SENTIDO QUE LAS COSAS LE VAN BIEN?	4	3	2	1	0
...HA SENTIDO QUE NO PODÍA AFRONTAR TODAS LAS COSAS QUE TENÍA QUE HACER?	0	1	2	3	4
...HA PODIDO CONTROLAR LAS DIFICULTADES DE SU VIDA?	4	3	2	1	0
...HA SENTIDO QUE TENÍA TODO BAJO CONTROL?	4	3	2	1	0
...HA ESTADO ENFADADO PORQUE LAS COSAS QUE LE HAN OCURRIDO ESTABAN FUERA DE SU CONTROL?	0	1	2	3	4
...HA SENTIDO QUE LAS DIFICULTADES SE ACUMULAN TANTO QUE NO PUEDE SUPERARLAS?	0	1	2	3	4