

Pandemia y humanización en el sistema sanitario público de Navarra

Geno Ochando Ortiz¹, Elena Antoñanzas Baztán¹, Marta Ancín Pagoto², Ana Campillo Arregui³, Lucía Goyeneche Haro⁴, Asunción Rey Escalera⁵

1 Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías. Departamento de Salud

2 Dirección de Cuidados Sanitarios del Hospital Universitario de Navarra. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

3 Gerencia del Área de Salud de Tudela. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

4 Sección de Cuidados Asistenciales y Atención Domiciliaria Navarra Norte-Este.

Gerencia de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

5 Servicio de Atención a Ciudadanos y Pacientes. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Correspondencia: Geno Ochando Ortiz [geno.ochando.ortiz@navarra.es]

Resumen

En el año 2017, el Gobierno de Navarra diseñó y presentó la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público, con el objetivo de conseguir un nuevo modelo de atención que contemplara a cada persona como centro de atención, y no a la enfermedad o el proceso por el que es atendida. La Estrategia vigente hoy día considera que la nueva orientación de los servicios hacia una atención personal, humana, respetando la dignidad y los valores de las personas atendidas es más satisfactoria profesional y humanamente para el conjunto de profesionales del sistema sanitario y, por tanto, tiene un valor motivador y de desarrollo profesional. Esta orientación se vio interrumpida por los cambios organizativos y asistenciales imprescindibles para abordar la situación provocada por la pandemia de COVID-19.

Es ahora nuestra responsabilidad contar el impacto de la pandemia en la humanización de la atención, un impacto que nos lleva a ser críticas con nosotras mismas, a considerar lecciones aprendidas de cara al futuro, y también a poner en valor cuestiones aprendidas que han venido para quedarse, siempre con el objetivo de construir.

Palabras clave. Humanización. Sistema Sanitario. Humanismo participativo. Pandemia.

INTRODUCCIÓN

La pandemia ha puesto en jaque el modelo de gobernanza de nuestro sistema de salud. Nos ha devuelto la conciencia de nuestra vulnerabilidad y de la vulnerabilidad del otro, lo que nos exige actuar de forma solidaria, ética y responsable¹. Humanizar va mucho más allá, se trata de todo un modelo de orientación de los servicios de salud, como ya recoge la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario público de Navarra².

Antes de la pandemia, nuestros objetivos se dirigían hacia la autonomía del paciente, la planificación compartida de decisiones, el papel fundamental (insustituible, nos parecía) en los cuidados, la muerte en casa, el acompañamiento de familia y profesionales para un *buen morir* o un *buen nacer*, o un *buen curarse*².

La pandemia ha supuesto “recomenzar desde otro sitio diferente”: falta de acompañamiento familiar, despedidas precipitadas cuando las hubo, incertidumbre en las noticias³... pero también acciones del personal sanitario novedosas, como poner en contacto a los pacientes y sus familiares por medio de pantallas, la puesta en valor de la asistencia telefónica, la importancia de la mirada, del nombre de la persona atendida. Desde esta óptica, las conclusiones de la Encuesta Social y de Condiciones de Vida, NASTAT 2021⁴ evidencian estas experiencias ya que las redes de apoyo se han visto limitadas por la propia pandemia y, aunque se han recuperado parcialmente, todavía no han alcanzado la situación previa a 2020. También las relaciones familiares se han resentido por protección, miedo, o porque hayan cambiado por todo lo vivido. La pandemia ha cambiado la forma de relacionarse las personas, en especial entre los jóvenes, con un nuevo escenario en relación a las nuevas tecnologías y a la dependencia que ocasionan, donde los núcleos poco poblados favorecen más las redes de apoyo y la percepción de salud, a pesar de que la despoblación pueda limitar los recursos asistenciales... contradicción tras contradicción. Hará falta más tiempo para realizar el diagnóstico de los cambios sociales producidos y de las políticas públicas necesarias para afrontarlos.

HUMANIZACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO DE NAVARRA DURANTE LA PANDEMIA

Aunque fue en el año 2017 cuando se aprobó la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario público en Navarra, el concepto de humanización no nace con la Estrategia, sino que es un elemento que se desarrolla de forma natural en muchas de las acciones que se llevaban a cabo en el sistema público de salud. Se podría decir que ya se estaba trabajando en la humanización, muchas veces sin saberlo.

Por eso, para cuando la Estrategia echó a andar ya había grupos de personas que estaban trabajando en algunas de las líneas y las acciones que la estrategia recoge. Detrás del trabajo realizado destaca el hecho de que había mucha gente con motivación y ganas de trabajar de forma más cercana, más personal y menos centrada en la tecnología. El objetivo no fue sentar como punto de partida la ausencia de humanización sino impulsar a profesionales y grupos de trabajo que apostaban por una mayor importancia de la relación humana en el terreno sanitario.

Los cuidados centrados en la persona

En el periodo prepandémico se había iniciado la implementación de los Cuidados Centrados en la persona y la familia⁶ en el ámbito hospitalario,

favoreciendo la individualización de necesidades e integrando a la familia como parte de esos cuidados, tanto en adultos como en la infancia. Para ello se habían adaptado estructuras y recursos, llevando a cabo acciones como el cuento en quirófano infantil para reducir la ansiedad perioperatoria, acompañamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI), flexibilidad de horarios, acompañamiento ante ingreso de familiar en salud mental, realizar acompañamiento espiritual, facilitar el uso de la ropa habitual evitando la pérdida de identidad personal, proporcionar intimidad, facilitar la realización de paseos saludables seguros y sin barreras arquitectónicas como forma no solo de hacer ejercicio sino de socializar, de orientación temporo-espacial, accesibilidad en la acogida desde los servicios de admisión informando sobre el servicio de mediación cultural, adoptando sistemas facilitadores de la comunicación como el sistema de tele-traducción o abordaje en el manejo del dolor de forma más incisiva.

Algunas de estas acciones, como facilitar el *acompañamiento de las personas ingresadas* por parte de sus familiares durante el ingreso, adaptado a las tipologías de pacientes y con perspectiva de capacitar el autocuidado, cambiaron de rumbo con la llegada de la pandemia. Suprimido o minimizado al máximo el acompañamiento, el personal sanitario hizo por asumir ese rol y compatibilizarlo con una asistencia sanitaria de alta demanda. Así, se aprovechaba cada vez que una profesional tenía que entrar a una habitación a tomar unas constantes o a administrar una medicación o a pasar visita, para alargar un poco la conversación con los pacientes y preocuparse por su estado anímico, para cogerles la mano llevando dos pares de guantes, siendo conscientes de que, en muchos casos, estas eran las únicas interacciones posibles para las personas hospitalizadas.

Además, la necesidad de minimizar el riesgo de contagio en las primeras olas obligó a organizar visitas a través de llamadas y comunicaciones entre pacientes y familiares a través de pantallas, y a ofrecer de forma excepcional la posibilidad de acompañamiento presencial en situaciones de deterioro cognitivo, fases de final de vida y otras situaciones especiales.

Así, se dio la circunstancia de que hubo personas que para poder acompañar a su familiar hospitalizado asumían entrar a la habitación con esa persona y no poder salir de ella durante días. Cuando este acompañamiento no era posible, en esas situaciones especiales, y sobre todo en las de final de vida, los profesionales realizaban un esfuerzo extra por acompañar a esas personas, tanto por el propio paciente, como para luego poder trasladar a la familia que esa persona había estado acompañada. Estas situaciones acrecentaron la conciencia de cuán importante resulta el acompañamiento en las situaciones de mayor vulnerabilidad.

La pandemia trajo consigo la vivencia de situaciones muy complicadas para profesionales, pacientes y familiares. Por todo ello hubo experiencias concretas para prestar *apoyo psicológico* a estos grupos de personas, para los cuales se establecieron circuitos de detección y oferta de atención psicológica, contando para ello con profesionales de trabajo social y de los servicios de Salud Mental cuya actividad asistencial presencial había disminuido con motivo de la pandemia. Se establecieron dos circuitos diferenciados de llamadas: a familiares de pacientes ingresados por parte de profesionales de medicina para informar sobre el estado de salud de la persona hospitalizada, y a familiares de pacientes fallecidos por parte de profesionales de los servicios de salud mental, unos días pasado el deceso. El objetivo de este programa era interesarse por el estado de esos familiares e intentar detectar y prevenir un posible duelo patológico resultantes de los fallecimientos en estas circunstancias, en que apenas había posibilidad despedidas o de compartir el duelo con más familiares y allegados.

Además, en un plano general, se dio apoyo a los profesionales sanitarios y no sanitarios de Atención Primaria (AP), desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), facilitando un teléfono para apoyo psicológico.

Por otra parte, hubo iniciativas, como la identificación de profesionales con su nombre de pila para personalizar la atención, que cobraron una especial fuerza, implicando el desarrollo de la creatividad de los profesionales y siendo muy bien valorado por pacientes y familias, algo que deberá permanecer.

Una de las acciones que se afrontaron de forma novedosa fue la actuación coordinada entre los departamentos de Derechos Sociales y Salud para la gestión de la pandemia por COVID-19 en las residencias de mayores. La pandemia provocó que las profesionales de ambos departamentos trabajaran de forma conjunta, con la creación de la Unidad para la Ordenación de la Atención Sanitaria en Centros Residenciales Sociosanitarios, implementando procedimientos y normativizando esta acción. Esta acción ha sido bien valorada tanto por profesionales como por las personas usuarias de esos centros.

En AP se estaba desarrollando la Estrategia de Humanización, siguiendo los decálogos publicados por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O). La pandemia supuso la oportunidad de aplicar de manera diferente sus principios.

Durante la primera ola, en la que la medida principal y primera fue el distanciamiento social, se cuidaron las indicaciones de la Estrategia de Humanización trasladadas a nivel individual a cada profesional que trabajaba

en AP. Cuando en las consultas debíamos mantener las medidas de seguridad indicadas por salud pública para pacientes y profesionales, se desarrollaron cuestiones como sonreír con los ojos, trasladar a la voz nuestra empatía, distinguir en el tono de voz el estado de ánimo de nuestro interlocutor... Sin embargo, la no presencialidad provocó tener que aprender a trabajar de forma telefónica, a atender a las personas sin acompañante, y en situaciones en las que algunas personas presentaban gran vulnerabilidad hubiera sido preciso hacer una excepción. La atención a pacientes vulnerables y/o personas solas, se abordó junto al personal de trabajo social de los centros de salud. Se derivaron pacientes con diagnóstico de COVID-19 a recursos intermedios habilitados para ello, o a personas cuyas condiciones familiares o de alojamiento les dificultaba o impedía el seguimiento de las recomendaciones de aislamiento necesarias.

En las olas sucesivas, y recuperada la presencialidad en gran parte, ha sido posible recuperar la accesibilidad cuidando la seguridad del paciente, estableciendo circuitos diferenciados en los centros de salud que a su vez procurasen la confidencialidad de la asistencia. Sin embargo, falta sistematizar estos circuitos, de forma que la adecuación del entorno y la recuperación de lo presencial sea igual en todo el sistema sanitario.

Merece especial atención la humanización de la *atención al nacimiento y la lactancia, y al final de la vida*.

En relación al nacimiento y lactancia, se había iniciado un trabajo específico que suponía la atención a la intimidad, al duelo perinatal, acompañamiento, información desde el embarazo a la crianza, creación de espacios nuevos para alimentar al recién nacido, y había aumentado el número de centros acreditados como de apoyo a la lactancia materna. Un camino iniciado que se vio interrumpido, pero que no ha costado recuperar, que exigió nuevos circuitos de atención para el recién nacido, la madre y la familia adaptando el seguimiento durante el embarazo y puerperio con atenciones telemáticas, gestionando las altas hospitalarias de forma precoz y segura, garantizando la atención desde AP y mejorando la unificación de protocolos multiprofesionales de atención adaptados a la nueva situación incluyendo en las diversas iniciativas a las asociaciones de apoyo madre a madre. La experiencia vivida nos ha mostrado la necesidad de extender las iniciativas a todos los ámbitos, puesto que ha sido elevado el riesgo de relegar a un segundo plano, o eliminar, prácticas consolidadas por la evidencia y las recomendaciones, como el acompañamiento durante el parto, el contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento –incluidos partos con cesárea–, la lactancia materna precoz y el alojamiento conjunto en la maternidad⁷. Situaciones como la separación de ambos progenitores para permanecer en el hospital junto a su bebé, estableciendo turnos como

en el resto de situaciones, siendo estas de gran vulnerabilidad, deberán revisarse en el futuro.

En cuanto a la atención al final de la vida, la promoción que se había llevado a cabo en Navarra en relación al documento de voluntades anticipadas (DVA) la había colocado como la comunidad con mayor tasa de documentos registrados, debido a la larga trayectoria de formación y sensibilización de la población por parte de nuestras profesionales a lo largo de muchos años⁸. En Navarra, al igual que en el resto del país, coincidiendo con el primer pico pandémico en 2020, se produjo un descenso brusco del número de registros, justificado por el confinamiento y la situación sanitaria⁹. Sin embargo, a partir de esta fecha los datos nos muestran una recuperación, y aunque aún estamos lejos de alcanzar los documentos registrados en 2018, nos permite ser optimistas, siendo la primera comunidad que ha superado en 2022 los 20 registros por cada mil habitantes (es decir, del 2% de la población).

En 2017 se articuló de forma novedosa la posibilidad de realizar/formalizar este documento junto con el personal de Trabajo Social de los centros de salud¹⁰, identificando estos centros como el nivel más cercano al domicilio. Una planificación anticipada de decisiones realizada con la información facilitada por el equipo socio sanitario que atiende a la persona supone una mejora fundamental que ha venido para quedarse, en el plano de acercamiento de recursos y servicios a la ciudadanía, y en el marco de lo que supone la realización de este documento. La creación del propio Observatorio de la Muerte Digna¹¹ (OMD) en 2018 es un valor añadido a la hora de posicionar a Navarra en el trabajo en torno al buen morir. Este Observatorio había iniciado varios estudios en relación a sus funciones de conocer cómo se muere en Navarra. A partir de finales del 2021 retoma su actividad, y dedica parte de ella a estudiar cómo ha influido lo vivido en pandemia en las decisiones en torno al deseo de la población navarra de cómo morir.

De estos análisis se desprende que el impacto de la pandemia ha generado una conciencia diferente de la gestión del morir, de la tecnología y su necesidad o indefensión sin ella, que parece que bloquea la toma de decisiones, o aumenta las dudas. De ahí el aumento de los que no saben o no han pensado en cada una de las cuestiones que se les preguntaba en torno a cómo quieren morir según los resultados del reciente informe acerca de las *Decisiones al final de la vida en Navarra*¹² realizado por el OMD en 2022. Este informe muestra cómo ha aumentado la indecisión en los momentos finales de la vida, debido quizás a la incertidumbre en la que hemos estado y, en cierto modo, continuamos. En este mismo informe vemos como ha aumentado de 2020 a 2022 el deseo de solicitar acompañamiento espiritual (y ha mejorado su valoración), siendo los familiares las personas que elegirían para ello en primer lugar, incluso en mayor medida que en 2020.

La Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia (LORE) se convirtió en una herramienta más en el puzzle de la gestión ciudadana de su propia muerte, e influyó en un aumento en la realización de DVA, o en la modificación de algunos realizados con anterioridad, según la información que trasladan las profesionales de trabajo social de los centros de salud habilitadas para la realización de dichos documentos.

En este contexto se configura como un reto el diseño desde el Departamento de Salud de un Plan de Atención integral al final de la vida que establezca el compromiso de la atención en un marco más allá de acciones puntuales.

La participación de la ciudadanía

Uno de los temas que la pandemia ha puesto encima de la mesa es la presencia/ausencia de la ciudadanía en espacios de participación.

En relación a la incorporación de pacientes y ciudadanía como parte activa, aunque este tema se abordará más adelante, hay que poner en valor el impulso dado al voluntariado a través de un modelo de gestión que implica coordinación entre ese **voluntariado** y la organización sanitaria (designando personas responsables para ello), en la que esta solicitaba los servicios de voluntariado y la entidad/el ámbito de salud correspondiente lo gestionaba, acordadas las condiciones y normas de forma previa a través de convenios o acuerdos de colaboración. Se inició también la formación de este voluntariado en coordinación con la organización sanitaria. Sin embargo, las acciones del voluntariado se vieron interrumpidas por la pandemia, relegando a las personas al acompañamiento y cuidado formal de profesionales sociosanitarios. Las recomendaciones sanitarias imperantes en las fases iniciales de la pandemia provocaron un mayor aislamiento y necesidades de acompañamiento en algunas personas que, por su situación social, ni siquiera recibían una llamada telefónica de un familiar.

No podemos obviar que muchos profesionales sustituyeron a los familiares que no había o que no pudieron acudir. Ha habido ángeles silenciosos dentro de las organizaciones que han acompañado y cuidado a la hora de fallecer.

El ámbito del voluntariado es uno de los que la pandemia nos hizo perder, y que hemos aprendido como necesario, por lo que se está recuperando de forma paulatina, priorizando en todo momento la seguridad de los pacientes y la del personal voluntario, motivado también por las secuelas que la pandemia ha dejado en el propio sistema de salud.

Lo mismo cabría decir de estos espacios de colaboración y participación de la ciudadanía. Se ha trabajado de forma estrecha respondiendo a sus necesidades, y apoyando en la medida en que se podía, pero el ritmo de recuperación del sistema sanitario, con las sucesivas olas, ha impedido un despliegue al nivel previo a la pandemia; se ha ido realizando un trabajo *ad hoc*, en el contexto de la COVID-19 y sus consecuencias. Por ello, ahora supone un reto mantener la relación que se ha establecido con las asociaciones, con acceso directo a la toma de decisiones y en el impulso de las políticas en general, más allá de lo concerniente a la pandemia y sus consecuencias.

Información y comunicación

En el ámbito de AP, las nuevas tecnologías tomaron el protagonismo para los procesos de Información y comunicación: se articularon nuevas formas para trasladar a los usuarios informes (bajas/altas laborales) e informaciones (recomendaciones de aislamiento, guías de cuidados). En las consultas no presenciales, ya presentes en las agendas desde la implantación del plan de mejora de AP, debía cobrar un nuevo significado el saludo, la presentación del profesional que atiende, y la pregunta de inicio de la entrevista clínica “¿*Que necesita?*”, empatizando con la necesidad de hablar que trasladaban los pacientes, con la escucha activa y la comunicación asertiva.

Si algo ha definido la asistencia sanitaria en AP durante la pandemia ha sido la transformación del entorno, la adaptabilidad a las nuevas necesidades, la operativización de nuevas funciones, todo ello en un tiempo record, y sin un liderazgo claro, lo que suponía estar abordando varias vertientes al mismo tiempo: profesionales, pacientes, agendas, riesgo de salud, desconocimiento y miedo.

En el ámbito sanitario en general, la limitación de movilidad y la priorización de las medidas de seguridad condujo, a fin de evitar las consultas presenciales, a la implantación de las consultas telefónicas y video consultas para la atención sanitaria. Se convirtió en habitual la tele consulta que permite el acceso al conocimiento y al consejo en remoto a través de herramientas como el teléfono o el email, y el telediagnóstico mediante videoconferencia¹³.

Durante la pandemia, son muchos los estudios a nivel nacional e internacional que se han planteado la necesidad de tener en cuenta la existencia de la experiencia del paciente con la finalidad de mejorar la calidad de atención sanitaria prestada en función de las modificaciones a las que se han sometido los sistemas de salud¹³.

Por otra parte, fue necesario implementar en tiempo récord aquello que previamente siempre se había procurado evitar en aras de la confidencialidad y la protección de datos¹⁴: facilitar información telefónica a los familiares sobre el estado de salud de los pacientes ingresados. Siendo conscientes de que los y las profesionales no estaban habituados a informar por teléfono, y en ocasiones a tener que comunicar malas noticias por esta vía, desde el sistema sanitario se ofreció formación y asesoría sobre comunicación telefónica. Para ello, se adaptaron materiales de cursos de comunicación que habían sido organizados previamente a la pandemia y se pusieron a disposición de los profesionales; el personal de servicios de Salud Mental ofreció formación específica al respecto.

Además, la situación de confinamiento vivida supuso un cambio importante de actitud y de aprendizaje y familiarización de la ciudadanía de todas las edades con las nuevas tecnologías, lo cual está facilitando enormemente la implantación de la telemedicina, algo que ha traído la pandemia, o cuando menos, lo ha precipitado: la necesidad de tener estrategias de comunicación en momentos de alerta, que sean claras y coordinadas.

Ese contexto ha supuesto una oportunidad para la extensión del uso de la *Carpeta Personal de Salud* (CPS), ya que en ella se han incluido funcionalidades que facilitan a los pacientes el acceso a servicios y a información clínica relacionada con su enfermedad. Se añadió a la CPS una nueva “*Sección COVID-19*” en la que los pacientes podían visualizar los resultados de sus PCR/test antígenos incluso antes de que su médico se lo comunicara; también podían notificar sus contactos estrechos, por ejemplo. De este modo, la CPS se ha consolidado como el punto de conexión de la ciudadanía con su información clínica: le permite consultar informes de su historia clínica, gestionar sus citas médicas, proporcionar información al profesional o consultar su medicación, todo ello desde cualquier lugar y dispositivo. En el año 2021 se produjeron el 75% del total de altas (435.668) en la carpeta salud desde su inicio, y 7.472.160 accesos frente a los 9.401.884 totales, lo que muestra el impacto de la pandemia en su uso. Mientras que en las altas no hay diferencias entre sexos, las mujeres accedieron más frecuentemente que los hombres (4.204.400 accesos frente a 3.267.760).

Sin embargo, no podemos obviar las dificultades de utilización de la CPS que se pueden presentar a una parte de la ciudadanía que sigue necesitando otro tipo de acceso. Debemos ser conscientes de que el acceso de la ciudadanía a su información clínica forma parte de su proceso de empoderamiento, lo que incide en el propio sistema o modelo de atención: la disponibilidad de la herramienta CPS ha implicado nuevas demandas en relación a la historia clínica, como petición de informes y solicitudes de modificación de datos, etc., demandas que se han canalizado a través de

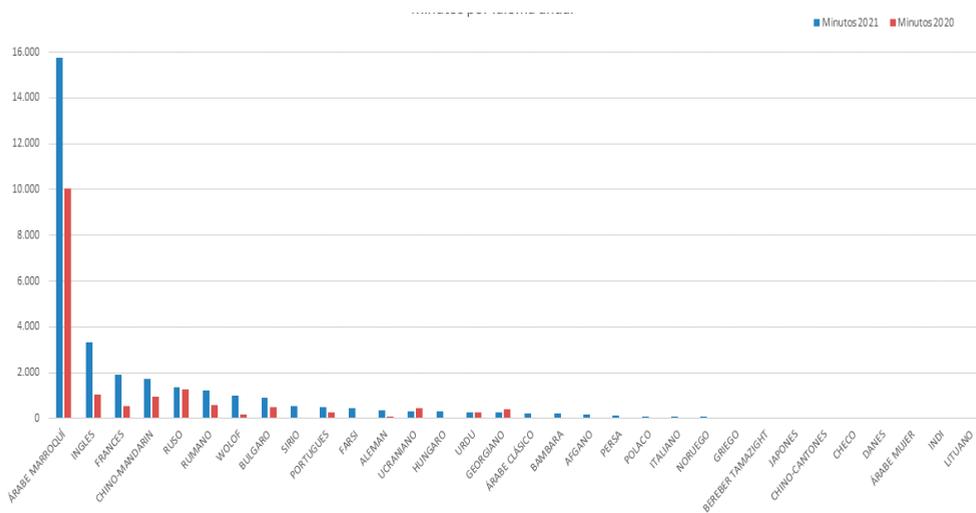


Figura 1. Minutos dedicados a la traducción en cada idioma en 2020 (rojo) y en 2021 (azul). Datos del Servicio de Atención a Ciudadanaos y Pacientes, SNSO.

las Unidades de Atención al Paciente. Ahora supone un reto este análisis para la mejora de la atención, con el fin de evitar colapsos administrativos, y facilitar el acceso a nuestra propia historia clínica.

Mención especial merece el **servicio de teletraducción** que ya existía antes de la pandemia, pero que alcanza su pico de utilidad durante la misma porque permite eliminar barreras de comunicación lingüística y traducir material escrito. Está disponible para las personas que acceden a un centro del sistema sanitario público de Navarra las 24 horas del día, los 365 días del año y permite hacer traducciones en 53 idiomas. La figura 1 compara el uso por idioma entre 2020 y 2021. Se observa que se trata de un servicio cada vez más utilizado en la atención, ya fuera de pandemia. Parece inviable que pudiéramos enfrentarnos a otra pandemia sin el fortalecimiento de esta herramienta, de cara a la comunicación entre el sistema y la ciudadanía.

En el campo de la accesibilidad a las prestaciones e información de salud, también se ha producido una estrecha colaboración entre el departamentos de Políticas Migratorias y el de Salud, con el fin de traducir a diversos idiomas los materiales creados en la pandemia. En algunos ámbitos se crearon las denominadas Redes Sensibilización COVID-19 en población migrada para, una vez identificadas las personas migrantes que son percibidas como líderes naturales dentro de sus comunidades, canalizar a través de ellas y mediante grupos de *whatsapp* la información relativa a la gestión de brotes, cribados, medidas de aislamiento, vacunación, etc.

Todo ello ha revertido en espacios de coordinación que se mantienen actualmente a través de los Planes de Acogida de la población migrante¹⁵.

Durante la pandemia, y en relación a la comunicación, han cobrado especial protagonismo las acciones realizadas para posibilitar la vacunación masiva a la población general. Ha sido preciso no solo habilitar espacios sino tener en cuenta las diferentes necesidades de accesibilidad. Para ello, a través de una comunicación directa entre las entidades que trabajan con discapacidad y el sistema de salud, se han articulado las mejoras que precisaban los edificios que se han utilizado como centros de vacunación, teniendo en cuenta que algunos edificios presentaban limitaciones imposibles de salvar. También habrá que revisar los criterios que se establecieron para la vacunación, entendidos como rígidos para personas residentes en recursos intermedios (pisos tutelados por ejemplo) o para determinadas profesionales (trabajadoras familiares de entidades locales), que se diferenciaron de personas institucionalizadas a la hora de priorizar la vacunación. Parece contradictorio que queramos evitar la institucionalización, favorecer la permanencia en domicilio, y apoyar con recursos intermedios, y no asimilarlo a las prioridades de centros residenciales.

Podemos decir también que, pese a las limitaciones de la pandemia, durante este tiempo se ha continuado con la mejora de la señalización horizontal y vertical y cartelería informativa, elaborando por parte de los servicios, la secuencia de cada circuito asistencial, diagnóstico o terapéutico, y divulgando su funcionamiento: horarios, lugares, qué hacer al llegar, cómo y dónde esperar.

En estos últimos años se han producido cambios en la sociedad, la organización sanitaria y el código civil orientados hacia una mayor participación de los pacientes en la toma de decisiones, así como en la gestión de los propios procesos clínicos. En esta línea, en las unidades de Psiquiatría toma mayor sentido la progresiva reducción de medidas no voluntarias y la reducción de la estigmatización en base a patologías psiquiátricas para la consecución del trato más humano posible en el proceso asistencial, tal y como se refleja en las líneas estratégicas tanto del Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023¹⁶ como de la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. En esta línea se encuadra como buena práctica la habilitación de espacios multisensoriales para pacientes de psiquiatría en el Hospital Universitario de Navarra, que se utilizan para favorecer la tranquilidad y relajación ante situaciones de gran ansiedad y tensión y que cuentan con el apoyo de profesionales para posibilitar una desescalada efectiva.

Sin embargo, no podemos obviar la situación de las personas con enfermedad mental, a las que el confinamiento domiciliario y la falta de acceso a consultas presenciales les supuso un empeoramiento de su estado de

salud. Es imprescindible desarrollar nuevos modelos de atención, como el Proyecto: “*Vivir del cuento*”, iniciativa de enfermeras especialistas de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental, enviando uno o dos cuentos por semana en formato vídeo o audio durante las cinco semanas de confinamiento por COVID-19, a pacientes que permanecían en el domicilio por medidas preventivas. Estos cuentos fomentaban su participación a través del diálogo y del debate, trabajando tanto el área cognitiva como el área afectiva, con la finalidad de evitar recaídas y abandonos, trabajar la cohesión de grupo y minimizar el malestar del confinamiento.

La inclusión de entidades con personas con discapacidad en los espacios de participación es un hecho que ya no tiene vuelta atrás, de cara a la implementación de futuras políticas públicas.

CULTURA, OCIO Y ENTRETENIMIENTO

En cuanto al ocio y entretenimiento, existe un movimiento generalizado a nivel estatal para integrar la cultura en los hospitales. En Navarra se habían iniciado múltiples acciones para favorecer el entretenimiento y el ocio (libros, festivales, visitas de clubs deportivos, y el proyecto *Arte en hospitales* en el Hospital Universitario de Navarra¹⁷) que se han visto interrumpidas por la pandemia.

Si queremos *amabilizar* los espacios sanitarios es imprescindible recuperar y ampliar estas actividades, siendo una de las cuestiones que deberán ser abordadas desde un plano más general y homogéneo. Un ejemplo es el proyecto *Rompiendo Barreras*, llevado a cabo desde el ámbito de Salud Mental, con el objetivo de contribuir a la erradicación del estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales a través de actividades artísticas-creativas, conectando el ámbito sanitario y comunitario.

EL MODELO DE GESTIÓN

Se introduce la humanización como un valor de la organización del sistema de salud de Navarra y apoyar a profesionales y equipos comprometidos con la humanización.

Esta línea, última definida en la actual estrategia, es, bajo nuestro punto de vista, la línea que vertebra la humanización. Tal y como se define en la Estrategia de Humanización del sistema público de Navarra, “*Introducir la humanización como un valor de la organización del sistema de salud de Na-*

varra” es lo que supone verdaderamente el proceso de humanizar la atención en salud².

Antes de la pandemia ya se habían constituido los respectivos comités de humanización de los centros sanitarios, se llevaban a cabo diferentes iniciativas de reconocimiento de la labor realizada por las asociaciones con la celebración de días especiales (día mundial del cáncer, día mundial de la salud, día del niño hospitalizado, etc.), y la firma de convenios (exposiciones y acciones colaborativas). Además, en los pactos de gestión de los servicios/idades con el objetivo de fomentar la responsabilidad y el impacto social, se valoraba el desarrollo de acciones vinculadas a la Estrategia de Humanización.

Pero una de las cosas más importantes que nos ha mostrado la pandemia ha sido ver nuevas formas colaborativas entre profesionales: las necesidades asistenciales hicieron que, de la noche a la mañana, profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, psicología... se organizaran y establecieran redes de trabajo que antes no existían, incluso en servicios diferentes a los suyos, y con una labor muy diferente a aquella a la que estaban habituados y para la cual tenían una formación más específica. Así se formaron equipos de trabajo entre diferentes especialidades capaces de responder con rapidez a las distintas situaciones. Estos equipos se basaron en la relación de ayuda entre profesionales (fue preciso que los profesionales con más experiencia en el manejo de patologías infecciosas y respiratorias colaboraran en la formación y adaptación de los recién incorporados a sus equipos) y supusieron la ruptura de la rigidez organizativa de la que el propio sistema hace gala. Es importante destacar que la conformación y el trabajo de estos nuevos equipos multidisciplinares es uno de los aspectos mejor valorados de la pandemia por los propios profesionales, y que les ha reportado bienestar emocional.

CONSIDERACIONES FINALES

Es importante reconocer las dificultades encontradas y la forma en la que se han superado para poder afrontar nuevos retos.

Entre las dificultades encontradas podemos mencionar el tener que priorizar la seguridad ante la primera y sucesivas olas frente a modelos de atención centrados en la humanización de la atención: restricción de visitas, acompañamientos y cuidados familiares, fallecimientos sin familiares, o familiares que eran sustituidos por profesionales.

Mediante estas medidas generalistas dificultamos el acceso a los servicios a personas con determinadas dificultades (por ejemplo, en relación

a la accesibilidad cognitiva por vulnerabilidad, brecha tecnológica, idioma...), siendo necesario articular medidas de especial protección para las personas con discapacidad que vivían solas, a merced de movimientos ciudadanos de voluntariado, desde el inicio de la norma. Tal y como indica CERMIN¹⁸, la pandemia *“ha destapado cuestiones que creíamos superadas, como la visión asistencialista de la discapacidad, en la medida que se sigue manejando una idea de dignidad humana consecuencia de un modelo humano capacitista, cuyas dimensiones tiene que ver con el aporte o contribución social de las personas”*.

También ha sido una dificultad la escasez de recursos materiales y humanos por falta de profesionales, la dificultad de la propia administración pública para hacer más flexibles las normas de contratación, y el cansancio de los mismos profesionales.

Observamos también un cambio de paradigma en la relación laboral, un cambio en la relación entre *vocación* y *profesión*: La percepción social de vivir el momento por lo que pueda pasar y la sensación de mayor vulnerabilidad, también afecta a profesionales, y el sentido de vocación cobra menos importancia que el de profesión en la actualidad, o al menos así se advierte en las nuevas incorporaciones al sistema. Por otro lado, hay que reseñar la generosidad y la vocación presente en personas en situación de jubilación que se han sumado al esfuerzo en la atención y en la vacunación cuando han sido reclamados.

También queda como reflexión cómo no se ha desescalado todo el ámbito hospitalario, y socio sanitario residencial, de la misma forma que con la población general, manteniendo medidas de aislamiento (por ejemplo) cuando para la población general habían desaparecido. Resulta contradictorio que, por su propia seguridad, aumentemos el aislamiento y la falta de contacto humano justo para las personas que presentan más vulnerabilidad y necesidades, y esto debe suponer un reto en el futuro, articular esa atención con las correspondientes medidas de seguridad.

Hay que proveer recursos humanos de apoyo para asegurar la comunicación con personas con dificultades como sordera o trastornos del lenguaje, que precisan apoyos en casos de aislamiento, que bien podrían suponer una excepción a la hora de permitir acompañamientos, con todas las protecciones, de una persona referente para ellas. Es decir, hay que humanizar los acompañamientos, si entendemos que humanizar es tratar a las personas en función de sus valores, creencias, necesidades. No podemos articular de igual forma el acompañamiento de una persona sorda, de un bebé prematuro, o de un adulto joven sin brecha tecnológica.

También debemos mejorar los canales de información a la ciudadanía en su globalidad. Como ejemplos, la información dirigida a jóvenes debe ser

en formatos accesibles y entendibles para ellos y ellas, de la misma forma que también deberíamos ofrecerla en formatos de accesibilidad universal para personas con discapacidad o con algún tipo de dificultad.

En cuanto a la accesibilidad a los servicios sanitarios, tenemos que centrar los servicios en las personas, con sus valores, creencias y necesidades. La telemedicina y la atención telefónica deben ser herramientas al servicio de ciudadanía y profesionales, junto a la presencialidad, es decir, sin sustituirla pero complementándola. Trabajar más en torno a las necesidades de las personas y menos en torno a estrategias que determinan calendarios de citas que ahogan a profesionales y que a veces se perciben como innecesarios. Volver a seguir trabajando para dar a las personas el protagonismo de su salud. No olvidemos que las personas que atendemos acuden muchas veces a la consulta con información de diferentes fuentes sobre el motivo de la misma: etiología, tiempos, etc., lo que exige un esfuerzo adicional al profesional que le atiende.

Pero hay *lecciones aprendidas* que sin duda no deben perderse, sino fomentar su permanencia, y su enriquecimiento ante situaciones similares a la pandemia. Los nuevos liderazgos participativos, que implicaban redes de trabajo colaborativo impulsadas desde los mismos profesionales, “*desde abajo*”, y no impuestas, dando paso a la innovación y a la solución de problemas entre pares, ha demostrado ser una manera importante de resolver la demanda, principalmente en hospitales, en un momento en el que no había tiempo suficiente para tantas decisiones que había que tomar en tiempo record.

Tenemos por delante un reto organizativo asociado directamente con la gestión de las personas y la comunicación y coordinación entre los distintos servicios y niveles asistenciales responsables de la atención a los pacientes (por ejemplo, entre Hospitalización a Domicilio, Atención Primaria, Urgencias, Atención Hospitalaria...), salvando las cuestiones éticas y legales pertinentes en torno a la confidencialidad, lo que pone en juego a diferentes profesionales que trabajan dentro del Sistema (AP, hospitales) pero también gestores de innovación, de calidad, equipos jurídicos...

En este sentido, otro reto es la adecuada gestión de profesionales sanitarios, para poder adaptarlo a las necesidades que se han puesto de manifiesto, como la carencia de profesionales de algunas especialidades.

También se ha puesto en valor la coordinación formal entre departamentos para atender las necesidades de la población institucionalizada, el espacio socio sanitario entre los departamentos de Derechos Sociales y Salud.

Tener en cuenta a la ciudadanía en la toma de decisiones ha demostrado una gran eficiencia en los resultados: establecer un cauce de comunicación

bidireccional entre colectivos de discapacidad o centros residenciales y pacientes, personas cuidadoras... ha supuesto ceder un espacio en la toma de decisiones, desde el derecho a la participación real y a la incidencia en las políticas públicas, y esto debe mejorarse.

Es necesario dotar a profesionales de espacios donde compartir situaciones emocionales, y reconocer las buenas prácticas, permitiendo mejorar su salud emocional. Hay que cuidar a nuestras personas cuidadoras y adoptar modelos de actuación que han producido resultados satisfactorios. Debemos hacer partícipes al personal protagonista de la atención sanitaria de la búsqueda de nuevas acciones adecuadas al contexto actual.

Además, la pandemia ha facilitado la difusión de la cultura de la humanización, tanto entre los profesionales como entre la ciudadanía; se ha ganado conciencia sobre nuestra vulnerabilidad, y también sobre la importancia y necesidad de la calidez del trato como complemento imprescindible a una atención a las enfermedades desde un punto de vista meramente técnico-científico. Abordar la atención a las personas desde esta mirada lleva implícito el resto de acciones: *amabilizar* espacios, señalar, mejorar la comunicación, cambiar horarios a favor del descanso... es decir, la inclusión de la humanización en el modelo de gestión de las políticas de salud es el primer paso para que acciones que supongan humanizar la atención, formen parte de una determinada cultura, sostenida en el tiempo, medida, y con parámetros de rendición de cuentas a la ciudadanía.

La Humanización debe formar parte de la gestión institucional y no del voluntarismo de cada profesional, con la implicación de las Direcciones, Gerencias, y Consejería, destinando recursos y con un presupuesto definido.

Establecer nexos y dinámicas de colaboración entre los diferentes ámbitos asistenciales con objetivos comunes permite motivar a profesionales hacia una mejora en la atención a las personas atendidas y sus familias.

Como conclusión final, es necesario dotar de marco de trabajo institucional y teórico, así como de gestión y participación, en un trabajo basado en la relación humana que comportaría un mayor bienestar emocional en todos los actores que forman parte de ello.

Agradecimientos

Las autoras quieren agradecer a los miembros de la Comisión Asesora Técnica de la Estrategia de Humanización del sistema sanitario público de Navarra, a los comités de los ámbitos asistenciales, y a los y las profesionales que han contribuido a llevar a cabo todas las acciones recogidas en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. ORTEGA R. La humanización durante la pandemia. *The Conversation* 2020. <https://theconversation.com/la-humanizacion-de-la-salud-durante-la-pandemia-140486>
2. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. 2018. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf
3. LÓPEZ-RICO CM, GONZÁLEZ-ESTEBAN JL, HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ A. Consumo de información en redes sociales durante la crisis de la COVID-19 en España. *Revista de Comunicación y Salud* 2020; 10(2): 461-481. [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).461-481](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).461-481)
4. Instituto Navarro de Estadística (NASTAT). Encuesta Social y de Condiciones de vida 2021. <https://nastat.navarra.es/es/operacion-estadistica-/tag/encuesta-social-condiciones-vida>
5. Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030. Informe Juventud en España 2020. http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/03/informe_juventud_espana_2020.pdf
6. Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical Best Practice Guidelines. Person- and family-centred care. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf
7. LALAGUNA P, DÍAZ-GÓMEZ NM, COSTA M, SAN FELICIANO L, GABARRELL C. The impact of COVID-19 pandemic on breastfeeding and birth care. The importance of recovering good practices. *Rev Esp Salud Publica* 2020; 94: e202007083. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202007083.pdf
8. ANTOÑANZAS-BAZTÁN E, ELIZALDE-SOTO L. Elementos facilitadores de cuidados de salud al final de la vida desde el sistema sanitario público. *An Sist Sanit Navar* 2022; 45(1): e0986. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0986>
9. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Registro Nacional de Instrucciones Previas. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/rnip/home.htm>
10. Resolución 1609/2017, de 13 de diciembre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se habilita a las personas que ejerzan el puesto de Trabajador Social en las Zonas Básicas de Salud para asistir en el uso de medios electrónicos.
11. Orden Foral 216e/2018, de 5 de junio, del Consejero de Salud, por la que se crea el Observatorio de Muerte Digna de Navarra. BON 190, de 26 de julio de 2018. <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=50418>
12. Grupo de trabajo del Observatorio de la Muerte Digna de Navarra Decisiones al final de la vida en Navarra. Informes del Observatorio de la muerte digna de Navarra 2022 (no publicado). 2022.
13. SAL C, TORRES B, SANZ M. Satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida por atención primaria durante los primeros meses de la pandemia de Covid-19. *Medicina General y de Familia* 2020; 9(5): 227-232. https://mgyf.org/mgyf2020_061/

14. AN TOMÁS J, HUARTE DEL BARRIO S. Confidencialidad e historia clínica: Consideraciones ético-legales. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34(1): 73-82.
15. Dirección General de Políticas Migratorias del Gobierno de Navarra. Plan de acogida a personas migrantes de Navarra 2021-2026. https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/resumen_ejecutivo_del_plan_de_acogida_a_personas_migrantes.pdf
16. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Gerencia de Salud Mental. Plan de Salud Mental 2019-2023. https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+de+Salud+Mental+de+Navarra.htm
17. Instituto Navarro de la Juventud. Intervención artística en hospitales. <https://www.juventudnavarra.es/es/intervencion-artistica-en-hospitales>
18. CERMIN Navarra. Impacto del Covid-19 en las personas con discapacidad y sus familias en Navarra 2022. <https://back.cermin.es/catalog/document/file/3jusz-cermin-impactocovid.pdf>