

Las personas y el factor humano: claves para un cambio cultural y una mejora en los sistemas integrados de salud

Jose Mari Armentia Macazaga¹, Hernan Cancio²

Resumen: En el presente artículo se analiza la importancia del factor humano y de la opinión y participación de los miembros de una organización como parte imprescindible del cambio. Asimismo se muestra una experiencia concreta dentro de la organización Osakidetza de una intervención para favorecer un cambio en las pautas relacionales acordes con la ética y la evidencia científica actual en un área integrada de salud. Los resultados han sido satisfactorios y muestran la pertinencia de este tipo de acciones para mejorar los sistemas de relación entre profesionales y de éstos con pacientes.

Palabras clave: Organización, comunicación, participación

Justificación

En la mayor parte de las ocasiones cuando se aborda cualquier tipo de cambio en las organizaciones sanitarias se tiende a poner en marcha acciones, sin explorar, en la mayor parte de los casos, lo que opinan las personas de la organización sobre las mismas, antes de su implantación.

En este sentido se pretende compartir una reflexión, y es hasta qué punto los modelos y sistemas de gestión de nuestras organizaciones, todas ellas conformadas por personas, incorporan el factor humano a la hora de desplegar sus diversos planes de acción.

En la mayor parte de las organizaciones sanitarias se tienen infinidad de objetivos, acciones, indicadores de

gestión de servicio, gestión de pacientes, gestión económica, gestión de aprovisionamiento, pero, en la mayor parte de los casos, se sigue sin acabar de ver y sentir una verdadera gestión de personas más allá de las funciones que éstas cumplen para la organización.

La primera aproximación comienza en la revisión de la propia definición de organización, lo que para Osakidetza sería comenzar a realizar una verdadera gestión de personas, cometido en el cual está inmersa desde hace algún tiempo, con mejor o peor fortuna, pero con una idea clara de que se tiene que transformar la actual organización hacia un sistema de gestión con una mayor participación e implicación de los profesionales.

Se parte de la propia definición-concepto de organización donde además de acepciones como “objetivo común”, “producir bienes y servicios”, “satisfacer necesidades”, en todos los casos nos vamos a encontrar con términos como:

¹ Director Recursos Humanos Osakidetza

² Director Instituto Antae

Correspondencia: josemaria.Armentiamacazaga@osakidetza.net

- Grupo social compuesto por personas que forman una estructura sistemática de relaciones de interacción...
- Personas capaces de comunicarse, dispuestas a actuar conjuntamente...

En definitiva nos habla de la Organización, sea del tipo que fuera como Organismo **Social y Estructura de relaciones**.

Teniendo claro desde este primer momento cual es la visión de la organización, se tiene ahora que considerar en qué contexto nos está tocando vivir. La difícil situación económica actual, demográfica y social nos lleva a cuestionarnos muchos de los modelos y paradigmas que se han ido dando a lo largo de estos últimos años en el ámbito tanto de la gestión como en clave relacional y que de alguna manera tras muchos años de bonanza se pensaba que iban a servir para siempre.

Este nuevo contexto de la sanidad conlleva además nuevas concepciones sobre el propio enfoque de la salud, obliga a repensar, reinventar las Organizaciones, para adaptarse a este cambio y proveer de servicios eficaces y de calidad.

En este proceso de adaptación, en él se quiera o no se van a ver inmersas todas las organizaciones sanitarias, se ha de tener claro que la transformación de la Organización se ha de plantear en clave global abordando todos y cada uno de los aspectos de la misma. Es decir si volviéramos a la definición de Organización del inicio se entiende que es fundamental e imprescindible que para transformar la organización se actúe sobre el organismo social, sobre los sistemas de relación y comunicación, sobre ese sistema de interacciones entre las personas que la integran porque de no ser así el proceso de transformación no será consistente.

A continuación se va a tratar de apuntar algunas de las claves que desde Osakidetza se entiende que deben considerarse a la hora de abordar un proceso de transformación organizacional en clave social.

Volviendo a la definición inicial, toda organización tiene una estructura sistemática de relaciones que viene determinada por una cultura y valores organizativos que la definen.

Identificando y actuando sobre esta cultura y valores, generaremos nuevos modelos de conducta y comporta-

miento que una vez compartidos y comúnmente aceptados por la mayor parte de los profesionales, se puede afirmar que estaremos generando una nueva cultura organizativa y en definitiva estaremos impulsando una nueva organización.

A continuación se indicará de una manera muy sintetizada algunas de las claves fundamentales que se entiende debiera incorporar este tipo de procesos:

1. Identificar y visibilizar el actual mapa de valores. La actual cultura organizativa.
2. Analizar, revisar, redefinir el sistema de valores en clave organización y contrastar la interrelación de las mismas con los valores personales de los integrantes de la Organización.
3. Consensuar la nueva cultura organizativa y visibilizar el nuevo sistema de valores a través de conductas observables.
4. Diseño de un proceso de socialización del sistema de valores en todos los procesos organizativos.
5. Programa específico de intervención dirigido al equipo directivo y de mando en la medida que el poder de las acciones de los responsables fuerza la coherencia y el compromiso con los valores.
6. Programa de intervención para los profesionales enfocado a la socialización del sistema de valores en su quehacer diario en la medida de lo posible.

A la hora de desarrollar este proceso de transformación se han distinguido 3 ámbitos de actuación:

- Sistemas de relación entre organizaciones.
- Sistemas de relación entre profesionales.
- Sistemas de relación entre profesionales y paciente.

A lo largo de lo que llevamos de proceso donde más se ha avanzado ha sido en el primer y tercer ámbito, y es preferentemente en este último donde se va a centrar el resto de la exposición, para poder de este modo ilustrar con ejemplos concretos como se puede avanzar desde una gestión diferente con las personas hacia modelos de gestión de la salud más eficaces y eficientes.

Para conseguir este último objetivo de mejorar los sistemas de relación entre profesionales y pacientes y entre compañeros, se ha llevado a cabo un proyecto pionero denominado "Desarrollo del Factor Humano" desde

septiembre 2012 hasta diciembre 2013. Se trataba de reavivar el valor y sentido humano de la labor clínica y asistencial.

A continuación se va a detallar el diseño metodológico y los principales resultados obtenidos en el proyecto piloto llevado a cabo en la OSI Goierri Alto-Urola. Por último mencionar que el mismo proyecto se ha ejecutado en el Hospital De Cruces (septiembre 2014 – actualidad).

El proyecto de factor humano: una experiencia concreta en la organización en los sistemas de relación entre profesionales y pacientes en la OSI Goierri/Alto Urola

Resumen del proyecto y diseño metodológico

El Proyecto de Desarrollo del Factor Humano es un programa de intervención cuyo objetivo general ha sido fomentar una cultura relacional que facilite la transición hacia un modelo sanitario participativo del cuidado de la salud.

Ha consistido en transmitir los avances de la neurociencia y de la tecnología relacional a los profesionales y pacientes de la OSI Goierri Alto Urola a través de un código común de comunicación.

Los objetivos específicos del proyecto han sido:

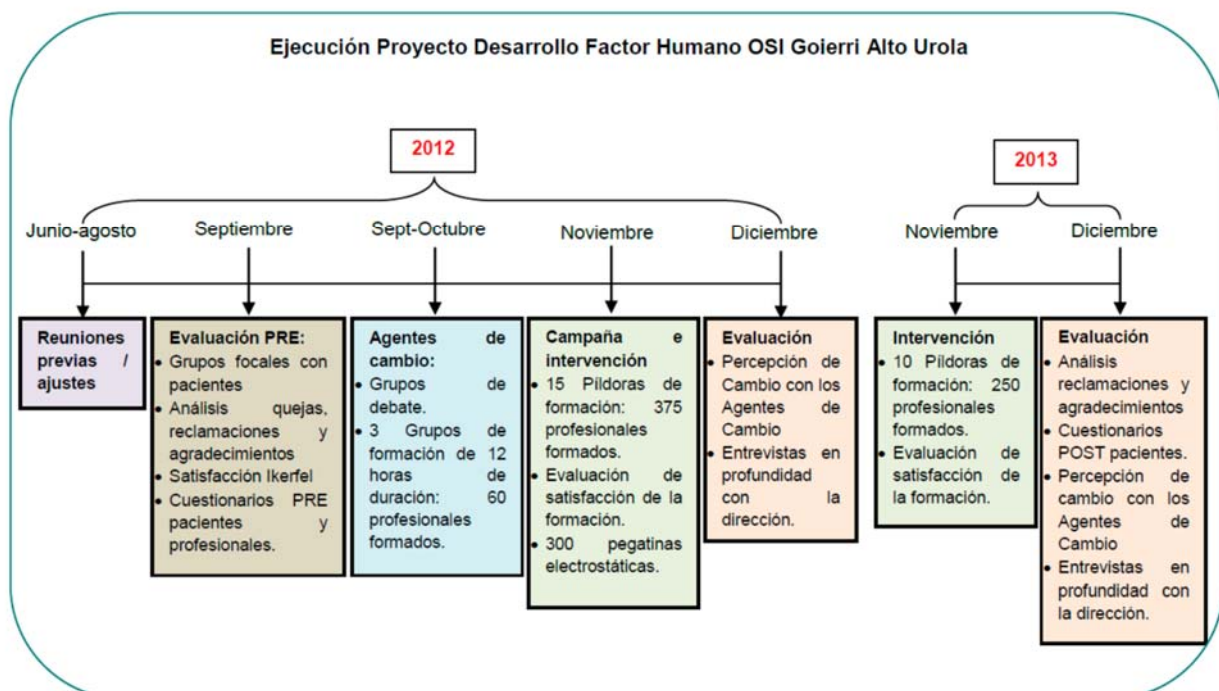
- Facilitar el proceso de integración de la OSI.

- Fomentar en la organización una cultura relacional emocionalmente saludable y centrada en el paciente.
- Proveer a los profesionales de recursos/habilidades que les permita mejorar su poder de influencia y la atención basado en el modelo de medicina participativa.
- Motivar y movilizar a los profesionales para conseguir un mayor compromiso con la organización a través de los valores que permitan dotar de nuevos significados/sentido a su trabajo con pacientes y usuarios.

Para alcanzar dichos objetivos se ha utilizado un diseño metodológico interviniendo a DOS niveles:

PERSONAS: Agentes de Cambio: Se seleccionaron 70 profesionales con poder de influencia, se les formó para que pudieran actuar como contrapartes locales del Instituto Antae en el terreno. Por otro lado se llevó a cabo un programa de capacitación presencial a 300 profesionales en grupos reducidos para formarles en las habilidades de comunicación y entrenarles en el código común.

CONTEXTO: se llevó a cabo una campaña de publicidad con pegatinas electrostáticas que recordaban los mensajes de la capacitación presencial. El objetivo era utilizar herramientas mediáticas para crear un estado de opinión y una disposición a la acción. Ver Anexo I.



Justificación científica y fundamentación

Actualmente existe consenso en el mundo científico en que la **comunicación eficaz** predice un mayor bienestar y una mejor salud. Es la principal herramienta en el desarrollo de las personas y en la intervención clínica. Sin embargo este aspecto se ha sistemáticamente **infravalorado** en la aparición, mantenimiento o disminución de síntomas físicos (1)

Existe un efecto estadísticamente significativo entre el tipo de relación sanitario-paciente y los resultados clínicos. Los estudios incluidos compararon los resultados entre un grupo de intervención, en el que médicos, enfermeros/as y otros profesionales de la salud recibieron formación en aspectos relacionales - tales como el contacto visual, atender a lo emocional o estrategias de la entrevista motivacional- y un grupo control que prestó la atención estándar (2)

La efectividad de la acción técnica del sanitario se ve condicionada por la **relación humana** que tiene lugar en la consulta. Así sabemos que la relación de confianza que el profesional sea capaz de construir tendrá influencia en la adhesión. (3)

El trasfondo del proyecto que presentamos aporta un **valor diferencial** al unir el desarrollo técnico (ciencias duras), a las evidencias científicas del mundo relacional y de comunicación (ciencias blandas).

El empoderamiento de los profesionales (empowerment) y el de los pacientes/ familias y la incorporación de actitudes y valores que aporta el counselling han demostrado su eficacia en el funcionamiento de las nuevas estructuras organizativas. (4)

La aplicación de la tecnología comunicativa de última generación aumenta la satisfacción laboral y reduce las diferencias entre las personas (4).

Profesionales y **líderes capaces de llegar a acuerdos** fomentan, con su ejemplo, una cultura de respeto entre personas. El clima de un equipo lo deciden o permiten los líderes de la organización.

Estar **atento** a la forma en que uno se quiere relacionar es uno de los aprendizajes más útiles y valiosos que puede ayudar a utilizar todo el potencial humano que las personas llevan dentro de sí.

La comunicación no participativa o impositiva:

- Genera **falta de adhesión** a los tratamientos, con el consiguiente aumento de las hospitalizaciones, efectos adversos, progresión de la enfermedad, costes emocionales y económicos (5).
- Aumenta los problemas de comunicación y afectan negativamente al manejo de los pacientes. 54% de las quejas y 45% de las preocupaciones de los pacientes no se recogen. Médicos suelen tardar 18" en interrumpir cuando empieza a relatar sus preocupaciones. (6)

La comunicación participativa y no impositiva

- Fomenta la **expectativa positiva acerca de los resultados de un tratamiento**. Esta influye en un 20-25% **a través del efecto placebo** (7)
- Mejora en general la salud de los pacientes, porque aumenta el cumplimiento terapéutico y disminuye la ansiedad, el dolor y la comorbilidad o aparición de otros procesos asociados (8)
- Favorece un ejercicio profesional con sentido y una recuperación del sentido profesional (9)

En relación al contexto:

- Un **entorno organizativo** que toma en cuenta las opiniones de los demás y que escucha y valida al otro aumenta el rendimiento y satisfacción de los profesionales.
- Un buen ambiente laboral mejora la eficacia de la organización.
- Un **hospital que toma en cuenta la manera en que se relacionan las personas** y lo cuida es un hospital más eficiente y, por tanto, con menos sufrimiento

Descripción contenidos del proyecto y resumen de resultados

En este apartado se detallan los contenidos de las actividades llevadas a cabo para conseguir los objetivos del proyecto así como los principales resultados obtenidos. Todas las actividades se llevaron a cabo entre los junio 2012 y diciembre de 2013.

La intervención se estructuró en SEIS fases como de detallan a continuación:



Fase 1: reuniones previas ajustes

Con el objetivo de adecuar el Proyecto a la realidad local de la OSI Goierri Alto Urola se llevaron a cabo dos sesiones de trabajo de 4 horas de duración cada una en las que participaron la dirección de la OSI, los responsables de Osakidetza Servicios Centrales y el equipo técnico del Instituto Antae.

Fase 2: trabajo de campo previo

El objetivo de esta fase ha sido identificar situaciones o prácticas que inciden y/o definen el trato al paciente en el contexto de la OSI así como las posibles áreas de mejora al respecto desde la perspectiva de los propios colectivos implicados. Siguiendo con la intención de primero *preguntar antes de intervenir como eje vertebrador del proyecto y de la cultura de la organización*.

Se pretendía obtener una definición local de lo que es un buen y mal trato dentro de la atención.

Herramientas metodológicas utilizadas en el trabajo de campo previo:

- Análisis de la **encuesta de Satisfacción** de la OSI que realiza Osakidetza en los aspectos relativos al trato personal recibido por los pacientes.
- Análisis/categorización de **64 quejas, 228 reclamaciones y 37 agradecimientos** recogidos en 2011 y desde enero a junio de 2012.
- **Dos Grupos Focales con la participación de catorce pacientes.**
- **Dos Grupos de debate con la participación de 74 Agentes de Cambio** (líderes locales).
- **197 Cuestionarios cuali-cuantitativo** al personal de la OSI.

Resultados principales

Tanto los resultados de la encuesta de Satisfacción como las reclamaciones analizadas se utilizaron como información orientativa. La primera no aportaba de-

talles relevantes para el proyecto y la segunda proporcionaba una foto de los casos extremos de mal trato ocurridos en la organización y fueron muy reducidas y poco relevantes para el objetivo del proyecto.

En relación a los resultados obtenidos a través del análisis de los **grupos focales con pacientes** destacamos los siguientes aspectos:

α) Los pacientes consideran factores que influyen en el **buen trato** percibido:

- Ser tratados como interlocutores válidos: que se tome en cuenta su opinión, ser escuchados.
- Ser atendido más allá de los cuadros biológicos, como persona que siente y padece.
- Mantener una relación franca y humilde, reconociendo sus limitaciones.
- Transmitir confianza en los procedimientos clínicos.
- Sentirse escuchado y entendido.
- Proximidad física, contacto visual.
- Preguntar por cuestiones personales, preocupaciones y emociones.
- Adecuación al idioma.
- Utilizar el humor para animar y hacer más agradable la estancia hospitalaria.

b) Los pacientes consideran áreas de mejora en el trato recibido:

- **Mejorar procedimientos**
- Encuentro de los pacientes ingresados con la supervisora antes del pase de visita
- Pase de la enfermera de vez en cuando por las habitaciones, aunque ya se le haya puesto la medicación.
- Disminuir el número de cambios en los médicos de cabecera

- En los tiempos de espera dar explicación de los motivos de retraso

c) Incrementar la educación para la salud para utilizar de un modo más racional los recursos.

Los **Grupos de debate con Agentes de Cambio** (líderes locales) contaron con un total de 74 participantes convocados por la dirección de la OSI en dos grupos.

Los objetivos de estos grupos de debate fueron identificar las dificultades locales para desarrollar una comunicación efectiva y generar una reflexión en los líderes de opinión de la OSI acerca de la relevancia de la comunicación en el mundo sanitario.

Destacamos entre los **resultados principales** de estos dos grupos los siguientes aspectos:

- Tanto diagnóstico de las dificultades como la descripción del tipo de relación sanitario-paciente reveló un nivel de autocrítica adecuado y que no es la falta de conocimiento el causante de una relación “técnica y vertical” sino más bien el automatismo y la inercia.
- La automatización de las tareas y el cumplimiento de un procedimiento parece explicar muchos de los fenómenos y dificultades. El profesional se centra en el proceso y pierde de vista si este llega y es efectivo con y para el paciente.
- Surgieron elementos estructurales como dificultades: tanto el idioma con inmigrantes como entre euskohablantes y castellano hablantes como la edad en el caso de una población con una elevada proporción de ancianos.
- Los profesionales eran conscientes de la utilización de un lenguaje propio y no siempre adecuado para el paciente que parecen utilizar por inercia.
- Surgieron en el análisis un nuevo perfil de pacientes jóvenes y bien informados que demandan y exigen otro tipo de relación más participativa y que los profesionales viven a la defensiva.
- Los profesionales manifestaron un déficit en habilidades de comunicación y en actitudes que imponen y preservan formas relacionales anticuadas y distantes.
- En distintas respuestas surgió la dificultad de decir “no sé” y de admitir el conocimiento de los

pacientes: un déficit en humildad frente al usuario.

Respecto a la **relación con compañeros** las conclusiones de los grupos de debate fueron:

- La **falta de un objetivo común que es el paciente** surgió en bastantes respuestas. Cada cual se centra en sus funciones y en sus tareas desoyendo y/o no prestando atención a sus compañeros: **falta de información compartida, no respetar el punto de vista del otro, lucha por proteger su área de influencia, etc.**
- La **falta de tiempo y espacio para compartir y generar una relación personal** surgió como dificultad y creemos que como oportunidad. Que se pongan cara y se conozcan podría ayudar a una mejora de la relación.
- La **inercia en los procedimientos y la dificultad para la adaptación al cambio**. Muchos compañeros se resisten a los cambios y de ello surgen fricciones y dificultades.
- **Falta de canales de comunicación formales e informales**. Generar procedimientos claros o personas de enlace entre primaria y hospitalaria podría ser de utilidad.

Respecto al estilo de relación que tienen y les gustaría tener se pone de manifiesto:

- De nuevo se percibió un déficit y desfase por parte de los profesionales siendo conscientes de que el tipo de relación actual es vertical, fría, paternalista, distante e impersonal marcada por un exceso de información y poca comunicación. **Tanto ellos como los pacientes preferirían una relación abierta, participativa e igualitaria.**
- Al igual que en las dificultades de comunicación parece ser **la inercia y el automatismo el que mantiene una forma de relación insatisfactoria** para ambos: “el efecto bata”.
- Sería útil **abrirse más a los pacientes, escucharlos y hacerles partícipes de los procesos así como proveer de mayor información intermedia en los procedimientos.**
- La no imposición y la simetría moral apareció como deseo y como dificultad en las respuestas de los distintos grupos. Parece como si los profesionales tuvieran dificultades para salir de una

posición asimétrica aunque son conscientes de que es ineficaz.

- **La implicación y participación surgió como necesidad y creemos que es un lenguaje adecuado para comprometer a toda la OSI en un cambio. Los profesionales son conscientes de que hablan mucho y consiguen poco... creemos que escuchando y preguntando las cosas pueden cambiar.**

Por último destacar del análisis de los cuestionarios a todo el personal de la OSI las sugerencias para mejorar la comunicación interpersonal en la OSI Goierri Alto Urola.

SUGERENCIAS	% RESPUESTAS
Fomentar espacios de encuentro y comunicación para los profesionales	40%
Fomentar la integración de los distintos estamentos y el trabajo en equipo	10%
Formación en comunicación	7%
Coordinación entre servicios y centros	4%
Objetivos comunes	4%
Pedir opinión trabajadores	4%
Información fluida	3%
Reconocimiento	3%
Liderazgo activo	1%
OTRAS En esta categoría se agrupan las respuestas que han sido descartadas debido a que no responden a la pregunta formulada o no describen situaciones o aspectos vinculados a la mejora de la comunicación.	22%

Fase 3: formación gentes de Cambio

Un total de **83 Agentes de Cambio** recibieron **doce horas** de entrenamiento en habilidades de comunicación impartido por profesionales del Instituto Antae siguiendo el siguiente programa: Módulo I: Ciencia, comunicación y personas. Módulo II: Guía de las buenas prácticas en 4 pasos. Módulo III: Comunicación difícil. Módulo IV: Cómo desarrollar nuestro poder de influencia como Agentes de Cambio. Resumen y agenda de compromiso.

Se les planteó una guía de las buenas prácticas donde se procura aunar lo recogido en la fase previa con los conocimientos científicos actuales.

Los agentes de cambio servirían de ejemplo a seguir dentro de la organización y difundirían los recursos asociados al proyecto.

Los Resultados de la Evaluación de Satisfacción de la Formación a Agentes de Cambio expresadas en medias se detallan a continuación (valores de 1 a 10):

	Media
El cumplimiento de los objetivos	8,2
La metodología de enseñanza	8,5
El interés de los contenidos	8,9
La idoneidad de los casos prácticos	8,4
La claridad de las exposiciones	8,8
La preparación del docente	9,2
La posibilidad de participar fomentada	8,9
La utilidad práctica de lo aprendido	8,5
Recomendaría a otros compañeros el curso	8,9
Opinión global	8,6

FASE 4: programa de intervención y campaña de publicidad/sensibilización.

El **programa de intervención** ha consistido en ejecutar un total de **25 píldoras de formación** de 4 horas de duración cada una en las que han sido formados un total de **625 profesionales** de la OSI Goierri Alto Urola.

Se realizaron en una primera fase en noviembre 2012 (375 profesionales) con el siguiente detalle: 9 Sesiones dirigidas a **225 Médicos adjuntos y enfermería**, 3 sesiones dirigidas a **75 Auxiliares de enfermería** y celadores/as y 3 sesiones dirigidas a **75 personal administrativo y atención al usuario**.

Entre octubre y noviembre del 2013 se ejecutaron las 10 píldoras restantes, llegando entonces a 250 profesionales más.

Datos cuantitativos en medias de la satisfacción de las **píldoras de intervención específica**:

	Media
El cumplimiento de los objetivos	8,1
La metodología de enseñanza	8,7
El interés de los contenidos	8,8
La idoneidad de los casos prácticos	8,4
La claridad de las exposiciones	8,9
La preparación del docente	9,3
La posibilidad de participar fomentada	9,0
La utilidad práctica de lo aprendido	8,2
Recomendaría a otros compañeros el curso	8,8
Opinión global	8,7

La **campana de publicidad** se llevó a cabo a través de 300 pegatinas electrostáticas con distintos mensajes en castellano y euskera que fueron colocadas en las instalaciones de la OSI Goierri Alto Urola. Los mensajes de las pegatinas hacían referencia a las distintas actitudes que el proyecto potencia con el objetivo de recordárselas a los profesionales participantes y sugerirlas a los pacientes que las vieran. Ver detalle en el Anexo 1.

Fase 6: evaluación del proyecto.

Evaluación de Percepción de Cambio:

Dada la dificultad para evaluar los cambios producidos en habilidades relacionales a un nivel organizacional y en un periodo corto de tiempo, hemos seleccionado una medida de evaluación indirecta como es la **percepción de cambio de los profesionales implicados**.

Para llevar a cabo esta evaluación se ha utilizado el **Cuestionario de Percepción de Cambio para Profesionales** que se facilitó a los Agentes de Cambio y la Gerencia de la OSI el 19 de diciembre en la reunión “Cierre de Proyecto”

La Gerencia de la OSI y los Agentes de Cambio siendo figuras claves en el desarrollo del proyecto, recogen gran cantidad de información que de manera informal circula y está presente en la OSI. Mediante este cuestionario detallado se pretende dar formalidad y recoger de modo sistemático esta información relevante para evaluar los cambios atribuibles al proyecto.

A continuación se resumen los resultados del cuestionario.

Algunas mejoras o cambios que han observado:

- Intento por parte de profesionales de mejorar el trato.
- La gente menos implicada ahora empatiza.
- Ha hecho reflexionar.
- Se habla de ello entre estamentos
- El personal se presenta, matizan al dar las malas noticias.
- Más sensibilidad con los pacientes.
- Se tarda más en interrumpir al paciente, se le deja expresar más
- Intentas respirar, parar, escuchar, empatizar...
- Tomas más conciencia de la importancia de la comunicación
- Actitud diferente ante los demás
- Hay gente que ha cambiado el tono de voz

Contribución del proyecto a la mejora de **las relaciones/comunicación entre compañeros/as**:

- Ha mejorado por el contacto con las personas de primaria porque ahora las conoces personalmente. Ayuda a reunirnos.
- Hay un germen para que esta a la larga cambie. Hay una percepción generalizada de que el proyecto es bueno aunque los automatismos aún siguen bastantes presentes.
- Respirar antes de responder.
- He sido capaz de decirle a un compañero de buenas maneras que no me chille.
- Ser capaces de escuchar más las opiniones de los demás y tenerlas en cuenta antes de hablar.
- Parar y preguntar al otro “¿Cómo lo harías tú? ¿Qué te parece?”.
- Cuando alguien se pone “vehemente” los demás decimos: “Acuérdate: para, respira enfadarse no sirve para nada” y funciona. Se habla del curso entre compañeros.
- He notado un esbozo de voluntad de acercamiento.

- Ha mejorado el ambiente de trabajo en general.
- Ha disminuido notablemente el tono agresivo-exigente de algunos mensajes de correo electrónico.
- Había una rotunda negatividad a adornar el centro de salud en navidades. Este año se ha adornado.
- Seis profesionales de nuestra unidad se han apuntado a un curso de inteligencia emocional (30 horas) fuera del horario laboral.
- Más tolerancia y se empatiza más.
- A no coger “las maletas de los demás”.
- Retomar las reuniones de todo el equipo.
- Se ha cuestionado como es la comunicación entre ellos.
- Nos han visto como referentes, se ha contagiado esta actitud, menos tensión, más sonrisas.

El Proyecto de Desarrollo de Factor Humano ha contribuido a **establecer un código común de comunicación compartido** por los profesionales de la OSI: **ejemplos de la puesta en práctica de este código común de comunicación?**

- Cuando hay algún problema, comentar lo de respirar y reírnos. Decimos “No has hecho el factor”.
- Cuando hablas de contar o respirar, parar antes de hablar la otra persona sabe de lo que estás hablando, estas en la misma onda. Cierta complicidad.
- En un cambio de agenda le pido al compañero que trabaje más días de los que había pedido: “Necesito que hagas estos días tal y como está la situación” Compañero: “No quiero perder los incentivos” yo: “te comprendo ¿quieres preguntar en personal como están tus incentivos y luego me comentas? Compañero: “De acuerdo, mañana te contesto”.
- La comunicación en positivo y con feedback.
- Preguntar más al paciente, dejar que hable y no hacer juicios.
- El personal de los distintos estamentos comienzan a expresar sus emociones.

- Servicios centrales se comunica mejor con primaria en el caso de que el paciente acuda sin volante.
- Veo comentar sobre las frases de las pegatinas que se han colocado.
- Desde la formación no se tiende tanto a faltar el respeto entre compañeros.

Aspectos positivos del proyecto:

- Que hemos comenzado a juntarnos. Contacto personal con algunas personas.
- La presentación de evidencia científica positiva.
- Mejora la relación entre los centros.
- Lo importante que es comunicarse bien para conseguir buenos resultados.
- Nos ayuda a todos a ir en un mismo sentido, hacia un mismo objetivo.
- La reflexión sobre nuestras actitudes.
- La mejora de las relaciones interpersonales.
- Contenidos: escalera sencilla y fácil de aplicar, respirar, pararse, empatizar...
- Reflexionar como lo hacemos y tomar conciencia de las necesidades del paciente.
- Involucrar a tanta gente.
- Promueve buenas actitudes de respeto y responsabilidad.
- Nos da herramientas para cambiar.
- A la gente más resistente al final algo se le pega.
- Que sea un proyecto promovido por la dirección.
- Los formadores muy buenos.
- Humanización de la asistencia sanitaria.

Aspectos considerados mejorables:

- Dar más tiempo al proyecto. Ha sido todo rápido e intenso.
- La planificación de las sesiones ha sido precipitada.
- Dar continuidad al proyecto.
- El plazo de evaluación es corto.

- Que se pudiera extender a todos los trabajadores para que la onda en que nos movemos todos sea la misma. Se nota la diferencia entre quien se ha formado y quién no.
- Formar a todos, no es lo mismo lo que nosotros recibimos (formación) de lo que podemos transmitir.
- La publicidad no ha sido distribuida a tiempo y es mejorable.
- Profundizar en cómo implementarlo. Como agente de cambio no me siento suficientemente capacitado para mantener el grosor del proyecto.
- Grupos de refuerzo.
- Incidir más en el área administrativa. A veces, los contenidos están más relacionados con sanitario-paciente.
- Un número importante de personas no creen en el proyecto a pesar de haber recibido formación.

Conclusiones

1. El Proyecto se ha mostrado **pertinente** respondiendo a la necesidad real de los pacientes y de los profesionales de la OSI de realizar una transición a un modelo participativo de los cuidados de la salud.
2. El Proyecto ha **iniciado un cambio** hacia un modelo relacional más cooperativo y horizontal estableciendo un código común de comunicación útil en las relaciones que se dan en la OSI.
3. La transición hacia el modelo de relación planteado es **lenta** dada la profundidad de los cambios que han de darse en las personas, sus automatismos relacionales y la necesidad de que el cambio sea mayoritario en la OSI
4. La transición seguirá adelante y se mantendrá siempre que se mantenga el interés por **potenciar, extender y mantener los cambios** por parte de la dirección de la OSI, sus profesionales y Osakidetza en general.
5. El proyecto ha creado un **criterio de lo que es correcto o incorrecto en comunicación** que permite una fundamentación seria y técnica de los estilos de comunicación y su eficacia. Podemos afirmar que los asistentes se han quedado

con una idea clara de lo que es una buena comunicación y cómo se hace.

6. Plantear y deliberar sobre las consecuencias de los aspectos relacionales ha generado una **mayor conciencia** del objetivo común de los profesionales sanitarios: el paciente y de la posibilidad de relacionarse de un modo emocionalmente saludable.
7. El **diagnóstico inicial** ha sido **corroborado** por la evaluación: el automatismo y la inercia son factores muy importantes para explicar dificultades y actitudes relacionales. El efecto bata con toda su historia previa es un factor determinante en muchos profesionales para explicar sus actitudes (básicamente defensivas y asimétricas).
8. La evaluación indirecta del proyecto mediante la recogida de comentarios cualitativos de los profesionales implicados hace pensar que **existe un impacto en la mejora del trato en la OSI**. Se han incorporado en el día a día bromas, comentarios y puntualizaciones relacionados explícitamente con las habilidades del proyecto (“...*Me parece que tienes que hacer el factor...;*”*Respira*”;...*Espera que voy a respirar antes...*”) así como profesionales que, desde el punto de vista de los compañeros/as, hacen un esfuerzo por hablar y relacionarse mejor.

1. Mbore P, Gomez G, Kuriz S. At Prim 2012; 44:358-65
2. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Riess H (2014) The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PloS ONE 9(4): e94207. Doi:10.1371/journal.pone.0094207
3. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Review 19. 2008. The cochrane collaboration. Published by John Wiley & Sons
4. Stainer A, Stainer L.(2000) Empowerment and strategic change. A ethical perspective. Strat Change 9, 287-296
5. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. (1997) Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA;277(7):553-559.
6. Stewart Ma, Effective physician-patient communication

and health outcomes: a review. Canadian Medical Association Journal 152, 1423-1433

7. Tor D Wager et al. "Placebo induced changes in Fmri in the anticipation and experience of pain. Science 2004 pp 1162-1167
8. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Comunicación médico-paciente: el informe del consenso de Toronto. Br Med J (Ed. esp.) 1993; 8: 40-44.
9. Informe Hastings /1996, tr 2005). Los fines de la medicina. www.ehu.es en EbookBrows

Anexo 1: campaña de publicidad

