

**INFORME PROYECTO VIAZUL
RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA
TALLER AL LADO UCI (Grupo 4)
HOSPITAL INFANTIL VIRGEN DEL ROCÍO**

El taller se realiza el día 8 de febrero de 2016, reunidos en el Hospital Maternal Virgen del Rocío, con la introducción de Carmen Lama Herrera, Subdirectora de Promoción de las Salud y Participación de la Consejería de Salud y Laureano Fernández Fernández, Director UGC de Pediatría y Áreas específicas del Hospital Infantil, Hospital Universitario Virgen del Rocío, y la asistencia de unas 30 personas, entre las que estaban representados:

- Profesionales de los servicios de UCI, otros servicios como Neonatología y Atención Primaria: facultativos y facultativas, enfermería, trabajo social y auxiliares en general.
- Miembros de distintas asociaciones: directivos, profesionales y voluntarios.
- Madres y padres de hijos fallecidos en distintos servicios del Hospital Infantil.
- Gestores de la UGC de Pediatría del mismo hospital.
- Coordinadores de la estrategia Al Lado.

Tras distintas intervenciones para centrar el proyecto Viazul, la estrategia Al Lado y el funcionamiento habitual de la UCI, se plantea un debate sobre el funcionamiento actual y los posibles puntos de mejora de la atención, referido a momentos determinados, como el ingreso, el proceso de atención, la sala de espera y, llegado el caso, la situación terminal de últimos días, post mortem, duelo y recuperación. (anexo1)

En el diálogo establecido puede constatarse, como se comprueba en el registro de cada una de las intervenciones del anexo 2:

- Respecto al ingreso en UCI, intervenciones de la 1 a la 21.
- En relación a la sala de espera, de la 22 a la 33.
- Últimos días post mortem, duelo y recuperación, de la 34 a la 56.

La relación de la intervención con el apartado no es estricta, ya que están registradas por orden de intervención y los temas con frecuencia se mezclan. Cabe señalar la participación activa, prácticamente de todos los participantes, y destacar la extensa e importante aportación de los padres y madres de hijos ingresados en este servicio.

Del análisis de lo aportado se extraen las recomendaciones que se formulan como propuestas de mejora, que posteriormente serán valoradas en orden a su posibilidad de llevarlas a cabo (factibilidad), remitidas por correo electrónico: (anexo 3)

Ante cada propuesta numerada y redactada en cursiva, caben 3 posibilidades de valoración:

- **Verde:** Propuesta considerada como viable, a incorporar de forma más o menos inmediata (incluso de hecho puede que ya se esté llevando a cabo puntualmente).
- **Roja:** Propuesta que, aunque sería deseable incorporar, es imposible plantearse actualmente su aplicación, en su mayoría por falta de recursos.
- **Naranja:** Propuesta a desarrollar de forma progresiva, asumiendo un grado significativo de dificultad para llevarla a cabo.

La opción verde significa que se recomienda ya su desarrollo, la roja quiere decir que esta propuesta queda prácticamente descartada, y la opción naranja se refiere a que, aunque se realice ya su aplicación, precisa de algún tiempo para consolidarse.

Considerando que el proyecto Viazul pretende que se incorporen las Ideas Clave Al Lado, mediante propuestas de mejora, se consideran las siguientes recomendaciones, que van seguidas de las propuestas concretas a valorar (en letra cursiva):

Recomendaciones y propuestas extraídas tras el análisis:

Se consideran los siguientes apartados:

- A. Caracterizar previamente el proceso de origen de acceso a UCI**
- B. Establecer y cuidar la relación durante todo el proceso de atención**
- C. Articular el acompañamiento**
- D. Tratar la situación de espera en el seguimiento**
- E. Atender en los últimos días, post mortem, duelo y recuperación**
- F. Aspectos transversales que afectan a la totalidad del proceso**

A. Caracterizar previamente el proceso de origen de acceso a UCI

La organización de la atención en la UCI está relacionada directamente con las características del proceso que motiva el ingreso, por lo que la pertenencia a cada grupo actúa como determinante decisivo de las intervenciones relacionadas con cada caso.

Del análisis de las aportaciones se consideran los siguientes supuestos de ingreso que influyen en el modelo de atención:

Grupo 1: Ingresos programados por intervenciones quirúrgicas y/o similares, que provocan un acceso sistemático en UCI para vigilancia intensiva. Estos procesos siguen un canal preestablecido, que pueden llevar en la mayoría de los casos a su alta de UCI, aunque en algunos otros puedan conducir al *exitus*. Este grupo de ingreso exige una relación previa de la UCI con el servicio de procedencia, en lo que se considera una evolución previsible.

Grupo 2: Ingreso por procesos graves que presentan una descompensación que suelen exigir una intensidad en los cuidados, más o menos temporal, y que pueden conducir a una recuperación de la crisis o a muerte prematura.

Estos procesos pueden reiterarse en el mismo caso, lo que aconseja establecer una relación entre la unidad y el servicio de procedencia, para compartir y optimizar distintos aspectos de la atención, de forma que se pueda plantear en un momento determinado si es procedente o no un nuevo ingreso en la unidad.

Grupo 3: Procesos agudos de alta gravedad, que ponen en peligro la supervivencia. Suelen ser procesos cuya primera evolución (48 – 72 horas...) es determinante.

En relación a la tipificación de estos grupos hemos de señalar, de forma transversal, que la decisión del ingreso en UCI puede estar afectada por exigencias que la retrasan, y que en ocasiones pueden comprometer por esta razón su eficacia.

Asumiendo que la pertenencia a cada uno de estos grupos determina un modo diferenciado de actuación, las propuestas se redactan en los siguientes términos:

Propuesta 1: *En los casos de ingreso pertenecientes al grupo 1, y especialmente al grupo 2, la UCI deberá protocolizar un contacto con los profesionales del servicio de procedencia, que son los que tienen una mayor información de la situación global. Por extensión, y cuando además la estancia se prolongue, la relación puede y debe alcanzar a los profesionales de Atención Primaria, porque el caso tiene una historia de atención anterior y requerirá también un seguimiento posterior.*

Propuesta 2: *En la gestión de los casos del grupo 3 se requiere un modelo de relación intenso y exclusivo, entre los afectados y los profesionales implicados en la atención intensiva, modulado por el valor pronóstico de las primeras horas de evolución.*

B. Establecer y cuidar la relación durante todo el proceso de atención

En cualquier caso de ingreso en UCI es necesario establecer una relación que exigirá tener en cuenta:

- La necesidad de una persona que asuma la función de referente de forma continuada, durante todo el tiempo que dure el ingreso, entendiéndose que pueda ser identificada por los afectados como la persona que se ocupa de la gestión de su caso.
- Considerar que un referente se ha de relacionar con una amplia variedad de tipos de familiares, por lo que deberá conocer de la forma más extensa posible a la familia afectada.
- Al producirse un ingreso en la UCI la entrada conlleva incertidumbre y miedo que repercute en un alto grado de sufrimiento, en cuya reducción es obligado trabajar.

Propuesta 3: *Ante un nuevo ingreso de un menor en la UCI debe asumirse la función de referente, por la persona o personas destinadas a ello (enfermera y/o facultativo con experiencia en la práctica relacional).*

Propuesta 4: *Desde los primeros contactos se tendrá que explorar y tener conocimiento básico del tipo de familia con la que se relaciona, y se deberá tener en cuenta y afrontar la carga de incertidumbre y sufrimiento que conlleva.*

La relación así iniciada se debe cuidar respecto a:

- La comunicación deberá ser también intensiva, franca y adecuada al nivel de comprensión, que ha de comprobarse permanentemente.
- La relación deberá permitir ir anticipando, de manera adecuada, las situaciones que puedan ir presentándose, para propiciar la toma de decisiones por los afectados, partiendo de una pormenorizada información.

Propuesta 5: *Se deberá ir creando progresivamente un clima que haga posible la planificación anticipada del control de situaciones. El escenario de relación óptima incluye favorecer la toma de decisiones por los afectados, basada en una amplia información compartida.*

C. Articular el acompañamiento

Cualquier unidad de cuidados intensivos deberá articular un acompañamiento próximo, abierto, lo más prolongado posible..., y a la vez respetuoso con el trabajo a desempeñar por los profesionales.

Propuesta 6: *El menor ingresado en UCI tiene derecho a sentir permanentemente la proximidad de padres / cuidadores principales, lo que es además de un factor evidente de pronóstico positivo, un requisito esencial para reducir el sufrimiento de los afectados. Por lo que se ha de articular una fórmula que garantice el acompañamiento, que debe compatibilizarse siempre con las necesidades de intervención profesional.*

Propuesta 7: *La garantía del acompañamiento deberá plasmarse en unas recomendaciones que aseguren la adaptación a las condiciones familiares de cada caso, con la suficiente flexibilidad; de forma que el profesional y el acompañante sean conscientes en todo momento de las ventajas y límites que lo condicionan.*

D. Tratar la situación de espera en el seguimiento

La espera es una de las situaciones que más incertidumbre puede crear, y además está influenciada por la amplia diversidad de familias afectadas, lo que exige una especial atención a su protocolización.

Propuesta 8: *Deberá existir una oferta de espera presencial, igualmente condicionada por los grupos de procedencia para el ingreso. Naturalmente, el grupo 3 tendrá una necesidad indiscutible de su uso, mientras que el resto de grupos podrán ser objeto de regulación diferenciada, que vendrá determinada también por el tipo de familia y podrá instaurar mecanismos de relación no presenciales, aunque siempre vinculados a un contacto sistemático, independientemente de la gravedad del proceso.*

Propuesta 9: *Las normas que afectan al uso de la sala de espera deberán estar redactadas y entregadas a los usuarios. La espera podrá efectuarse de forma presencial en sala de espera y/o no presencial, con contactos de comunicación programados.*

Propuesta 10: *En cualquier modalidad (presencial o no) deberá revisarse su correcta aplicación por el personal responsable, que actuará de mediador en los posibles conflictos que puedan presentarse.*

E. Atender en los últimos días, post mortem, duelo y recuperación

La atención en los últimos días, post mortem inmediato y duelo son momentos que quedarán, de forma indeleble, en la vivencia de la experiencia de una pérdida tan trascendental, e influirán decididamente en el proceso de recuperación de los familiares afectados. Por lo que deberán tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se han de evitar en todo momento actitudes y expresiones como “ya no hay nada más que hacer”, “ya está todo hecho”... porque son momentos, precisamente, en los que hay mucho por hacer.

- Deberán tenerse en cuenta los deseos y decisiones de los miembros de la familia próxima, lo que es una razón más para haber planteado la situación de forma anticipada en las oportunidades que surjan durante el proceso de atención.
- Las expresiones de consuelo y la convivencia profesional con el menor afectado plantean frecuentemente que el profesional tenga que realizar su propio duelo.
- Especialmente la despedida de los familiares, y la actuación de los profesionales en el post mortem, influirá de forma decisiva en la valoración global de la atención que efectúen los familiares, y repercutirá en su proceso de recuperación.

Propuesta 11: *Si la evolución del caso derivara en alta gravedad deberá intensificarse la proximidad de los seres queridos y asegurar su intimidad, propiciando el espacio y el tiempo necesarios para que se efectúe la despedida, llegado el caso.*

Propuesta 12: *En la situación de post mortem se deberá ofrecer a la familia afectada, según su preferencia, la posibilidad de amortajar conjuntamente o en su presencia. Es también el momento adecuado para captar la necesidad o no de dar un consuelo, enfatizando las condiciones positivas de la persona menor fallecida, a lo largo de todo el proceso de atención.*

Propuesta 13: *Se deberá protocolizar el procedimiento administrativo correspondiente y el traslado al tanatorio, pactando el proceso con el personal encargado de la funeraria.*

Propuesta 14: *Los profesionales que se ocupan de la atención también pueden estar afectados en el proceso de fallecimiento y precisar de su propio duelo. En este sentido son pertinentes las visitas al tanatorio, si estuviera en el mismo hospital, que refuerza la percepción de la idea de haber hecho lo más adecuado en cada momento, por familiares y profesionales.*

F. Aspectos transversales que afectan a la totalidad del proceso

La reducción del sufrimiento y la recuperación del proyecto de vida de los cuidadores no constituyen un aspecto accesorio o añadido a la atención clínica, sino que son complementarios y fundamentales a la hora de valorar la calidad de la atención global que se presta. Para ello hay que considerar los siguientes aspectos:

- Cuestiones como la información durante todo el proceso de atención intensiva plantea cuestiones no sólo en relación con la comunicación, sino respecto a la relación que se establece entre los que reciben el servicio y los que prestan la atención.
- Son cuestiones que no pueden dejarse a la sensibilidad individual de cada cual, por lo que la protocolización de las acciones debe de complementarse con la actitud y aptitud de los profesionales.
- La mayoría de las propuestas anteriores requieren un conjunto de conocimientos y habilidades que precisan de un plan de formación y de seguimiento del cumplimiento de forma permanente.

Propuesta 15: *La realización de planes de formación que interesen a todos los estamentos implicados en la atención intensiva, de forma que incorporen la visión de los que han recibido el servicio.*

Propuesta 16: *Cada propuesta que se considere aplicar deberá incorporar un plan seguimiento, de forma que se compruebe periódicamente en qué medida se cumple, e incluir la valoración de quienes reciben el servicio.*

Anexo1
Cuadro programa

Programa taller UCI Pediátrica / Al Lado
Hospital Infantil Virgen del Rocío 8 febrero 2016

HORARIO	DESARROLLO	INTERVIENEN	PRODUCTO	CARPETA
9- 9.30 Preámbulo Se trata de...	Introducción Presentación Dinámica	Dirección Participantes Coordinador Viazul	Extender el proyecto Empoderamiento	Proyecto Viazul
9.30 – 10.30 Ante la oportunidad	Actuación UCI Al Lado fichas Aclaraciones	Elia Miguel	Presentar el escenario de atención Oportunidades de mejora	Fichas grupos focales Artículo Reducción sufrim.
10 - 12,30 Itinerario de atención	Ingreso UCI	Proceso interactivo participantes Monitor Rafael Registro Miguel	Relación cuidada en el proceso de atención	Itinerario
	Seguimiento de la Atención			
	Sala de Espera			
	Últimos días Postmortem Duelo y Recuperación			
12.30 – 13	Descanso			
13 – 14.30	Factibilidad	Propuesta de cambio real	Informe	Tarjetas

Anexo 2

Notas Aportaciones taller Viazul Al Lado UCI Hospital Infantil Virgen del Rocío

Ingreso UCI

1. Cuando se ve que es irremediable el fallecimiento nunca se les advierte de que se está en ese proceso, antes de que ocurra. Estamos en un proceso de cambio, ha cambiado algo desde los inicios. Comenzamos a asumirlo.
2. Como médicos nos cuesta mucho aceptar que se nos vayan los niños. Estamos trabajando sobre LET (Limitación del Esfuerzo Terapéutico) y la comunicación de la situación. Si no lo hemos integrado nosotros también es difícil comunicarlo, lo cual es difícil en sí.
3. En ocasiones está claro que estamos en el final y permitimos el acompañamiento. En otras circunstancias yo no lo tendría claro por no estar diagnosticado. Me preocupa la posibilidad de equivocarme sin el diagnóstico.
Decisiones compartidas. Hay enfermedades que conocéis, cuando se den las circunstancias hay que hablarlo.
4. Antes había una habitación de despedida, en UCI neo. La experiencia es distinta, la despedida permite la intimidad del acto.
5. A veces tenemos la experiencia contraria. El niño sale, aunque poco después se de la posibilidad de fallecimiento. Los mismos padres comentan que no les informen más de esta posibilidad, agota. Es difícil encontrar el equilibrio. Ni engaño ni “machacar” con ello.
6. Hay niños con muerte esperada. Aquí la familia puede participar más de estos últimos momentos.
7. Llega el momento del duelo, para nosotros es muy violento por que niño y padres son desconocidos para nosotros. En determinadas situaciones hemos estado solos.
8. Personal escaso para ello, pero siempre oncólogo y hematólogo suben para UCI.
9. Entre médicos hay más información que con los enfermeros.
10. Es muy importante que haya una persona destinada para la comunicación con los padres. Hay veces que caemos en ello, pero otras estás ocupado o no se te ocurre. Intentar que este acompañamiento lo haga todo el mundo.
11. Sala de espera. El personal de UCI que sepa el proceso que están viviendo los padres. Se viven las experiencias más negativas que se pueden dar en la vida. El apoyo aquí es muy válido. Reconfortante, aunque sin solución.
12. Lo que veo más importante es la información, es una situación que nos desborda. El que te transmitan toda la información de la mejor forma posible. A veces creemos que esto no es así, incluso para evitarnos sufrimiento. Podrían haber informado antes.
13. También es muy importante que salga alguien, esos minutos son eternos. El miedo que se tiene al después. Tienes mucho miedo, el apoyo vuestro es muy importante. Esta parte humana es nuestro agarre, os pido que no tengáis miedo de aportar este apoyo.
14. Que no nos tratéis como si no entendiéramos nada. Darle la opción a cada padre de decidir lo que quiere. No creo que fallecer en una UCI sea algo tan malo, porque ha tenido todas las opciones hasta el final, pero que sea la familia quién lo decida. Es muy importante que se decida con toda la información por delante, que es muy importante, es tratarte con dignidad.
15. Cada cual tiene su problema, y decide de forma distinta. ¿Quién se encarga de este sufrimiento oculto de los padres? ¿Unidad específica para acompañar?

16. No se trata tanto de dar la información, es más de cómo se comunica.
17. Es muy importante ver la familia con la que tratas, cada familia requiere un tratamiento distinto, según lo que demande y cómo lo demande... Hay que individualizarlo un poco.
18. Escuchando veo que coincide con lo que me transmiten los padres. Encontrar un buen momento y contexto, valorando la situación específica de la familia. Con pocas preguntas podemos tener una buena orientación al respecto. Es factible y hay fórmulas establecidas para ello.
19. La familia engancha al primero que sale. Al principio todos tenemos miedo, qué se dice, qué escuchar... Como técnico de rayos tenía un discurso aprendido, “está en el mejor sitio, hay un buen equipo, dentro de poco alguien saldrá...” Dos palabras en momentos clave que hay que ofrecer. Para dar la noticia hay que tener mucha habilidad.
20. ¿En qué podemos mejorar...? Preduelo, postsuelo, hospitalaria, primaria... Naturalizar los procesos de muerte, no centrándonos sólo en lo clínico.
21. Comunicación,... talleres de comunicación, talleres... Formación.

Sala de Espera

22. Asientos en la sala de espera. No hay donde sentarse. Hay quién dice que le da miedo de lo que hay dentro. Problemas de seguridad (robos...). El pasillo no es una sala de espera. Hay que dar una solución a la sala de espera. Alguien ha de ser responsable de la sala de espera. Las familias son distintas, unas muy educadas y otras no. Cumplir normas de conducta en UCI. Hay momentos que no son para estar en la UCI. En la sala de espera se supone que hay dos sillones para cada familia, pero no hay control sobre el uso de la sala.
23. Falla un poco la cadena. Tú puedes explicar que la a sala de espera es para los padres, no para toda la familia. (34 sillones para 17 camas). Son sillones no son camas. Accede cualquiera a la sala, no hay control.
24. Emocionalmente una planta también separa mucho. No hay comunicación entre plantas, depende del horario. Colocarla en la misma planta si es posible.
25. Neonatal sala de padres, junto a UCI, se controla el acceso y las condiciones, se hace bien. El funcionamiento es distinto porque falla la cadena funcional. Todo está especificado, pero ha de cumplirse.
26. A veces la respuesta es “resolvedlo ustedes”...
27. La sala de espera de neonatal está integrada en la planta.
28. Los mismos padres éramos más conscientes en neo, era como más íntimo. La utilizan los propios padres como para darse apoyo... Es una sala exclusiva para los padres y se respeta. Hay un control de celadores en la planta baja y regula el acceso a la sala.
29. ¿Numerar los sillones para controlar, como en el teatro?
30. Convertir la sala de espera en una sala cerrada y no de paso.
31. Llave de la taquilla y llave de baño.
32. La sala de espera del pasillo no es una sala de espera, es un pasillo. Hay muchas reclamaciones sobre la sala de espera. La respuesta es que no hay personal, pero hay cuestiones sencillas que se podrían hacer.
33. Como padres nos importa más la parte emocional que el sillón.

Últimos días, Post mortem duelo y recuperación

34. Hay un momento donde una unidad debería vigilar el trayecto de la enfermedad. Es esencial una unidad de paliativos que maneje esta situación.
35. LET, llevamos 4 años planteándolo, recientemente. Una unidad de paliativos específica es dura para los profesionales. No sé si es mejor que los servicios se coordinen.
36. Creo que los oncólogos están más mentalizados. Los oncológicos es muy difícil que fallezcan un UCI, en nuestro hospital. Antes eran todos. Ahora el dilema es en casa o en la planta.
37. Antes se compartimentaba la atención, ahora hay más relación en la atención. Formar no sólo para curar, también para reducir el sufrimiento y una muerte en paz. Formación paliativa para los servicios implicados. Un pediatra de Atención Primaria ha de saber acompañar.
38. Equipos de cuidados paliativos, existen, pero hay un vacío en menores. Pero ello no imposibilita que no haya una formación para otros servicios en estos aspectos...
39. Hay que saber cómo trabajan los equipos, si al trabajador social no le llega la información nada podemos hacer. (A mí me ha llegado una pediatra que me ha dicho yo no sé qué hacer, yo le he dicho: el mismo miedo que tienes tú lo tengo yo).
40. Nuestra experiencia en paliativos pediátricos. Nos dicen va a venir el de paliativos a hablar contigo. Te sorprende, pero pueden informarte sobre la situación previamente. Ha de haber un referente, una misma persona, para no estar continuamente explicando... Falta.
41. Unidad de paliativos, desde el principio debería llevar un psicólogo (para cada cierto tiempo hacerte un seguimiento). Con niños tan crónicos con futuro incierto, alguien tiene que centrar la cuestión. No sólo tras el fallecimiento. Y después del fallecimiento ¿qué? ¿Cual es el objetivo de lo que hay que hacer, para evitar el tira y afloja sobre lo que hay que hacer?
42. No se puede hacer una medicina dicotómica, uno para curar y otro para evitar el sufrimiento..., formación transversal de cuidados paliativos.
43. Ya no es sólo que te den la información, sino que te la de alguien a quien conozcas. Referente... Debería de haber un lugar adecuado...
44. La parte humana aporta pequeños detalles que hace que te sientas bien. Se agradece también de quien viene la información.
45. El personal del hospital se deja llevar por el protocolo de la funeraria. Ha de haber un poco de negociación. La persona que se ocupa del traslado del cuerpo del H. Infantil hasta el mortuorio es siempre la misma, del hospital.
Que nos contéis cómo os gustaría..., cómo debiera haber sido.
Casi todas las peticiones que hicimos estuvieron muy bien.
46. A mí me hubiera gustado que me hubiera ocurrido lo mismo. Al final necesitamos saber qué está ocurriendo en estos últimos momentos. No me tengo que sentir como que la abandono... En estos momentos si te gusta que las explicaciones te la den esas personas. Los médicos que están ese día no lo quieren decir, hay otros médicos responsables que en este momento no están. ... hasta que pasa el tiempo vienen y te lo dicen. Si todos los demás lo sabíais, ¿por qué no te lo dicen antes?
47. Incertidumbre y falta de información. Ya sabes lo que va a pasar, pero nadie viene a decirnos nada. Aunque veíamos en las caras lo que estaba pasando.

48. La comunicación y las dificultades de los profesionales sanitarios en comunicar, en determinadas circunstancias. Los padres se agarran a la esperanza, lo que complica la comunicación con varios profesionales. No todos tienen la misma impresión sobre la situación y no todos comunicamos igual.
49. Preguntar si se ha entendido lo dicho. Hablar es una cosa, entender otra y comunicar otra. No le dedicamos todo lo que le tenemos que dedicar. La herramienta que más usamos todos los días los profesionales sanitarios es la comunicación. El qué, cómo, dónde y cuándo.
50. En la historia una indicación de quién se ocupa de la familia, dónde y con qué mensaje.
51. Para que los padres y la familia tengan continuidad en atención primaria hemos de conocer.
52. La comunicación verbal muy importante, y algo más la no verbal.
53. Se puede mejorar la comunicación, la formación de todos, saber que cuando no se puede curar se sepa como hay que tratar, especialización del equipo paliativo, buscar la coordinación que es donde más falla todo. Enlace entre lo que ocurre en lo clínico y lo humano, que se coordine. La información es poder. Si no tienes información todos los padres se sienten agredidos e incomprensidos.
54. El cansancio físico más lo emocional es una bomba. Buscar los medios para paliarlo.
55. Los miedos de los profesionales y los padres. Integrar, no fragmentar y ponernos en la piel para responder a la pregunta de qué me hubiera gustado a mí...
56. Da la impresión de que a los sanitarios no nos ha preocupado, y no es cierto. Que la gente no tenga esta sensación de que parezca que no queremos mejorar.

Anexo 3

Resultados votación de la factibilidad de las propuestas

Pendiente de incorporar.