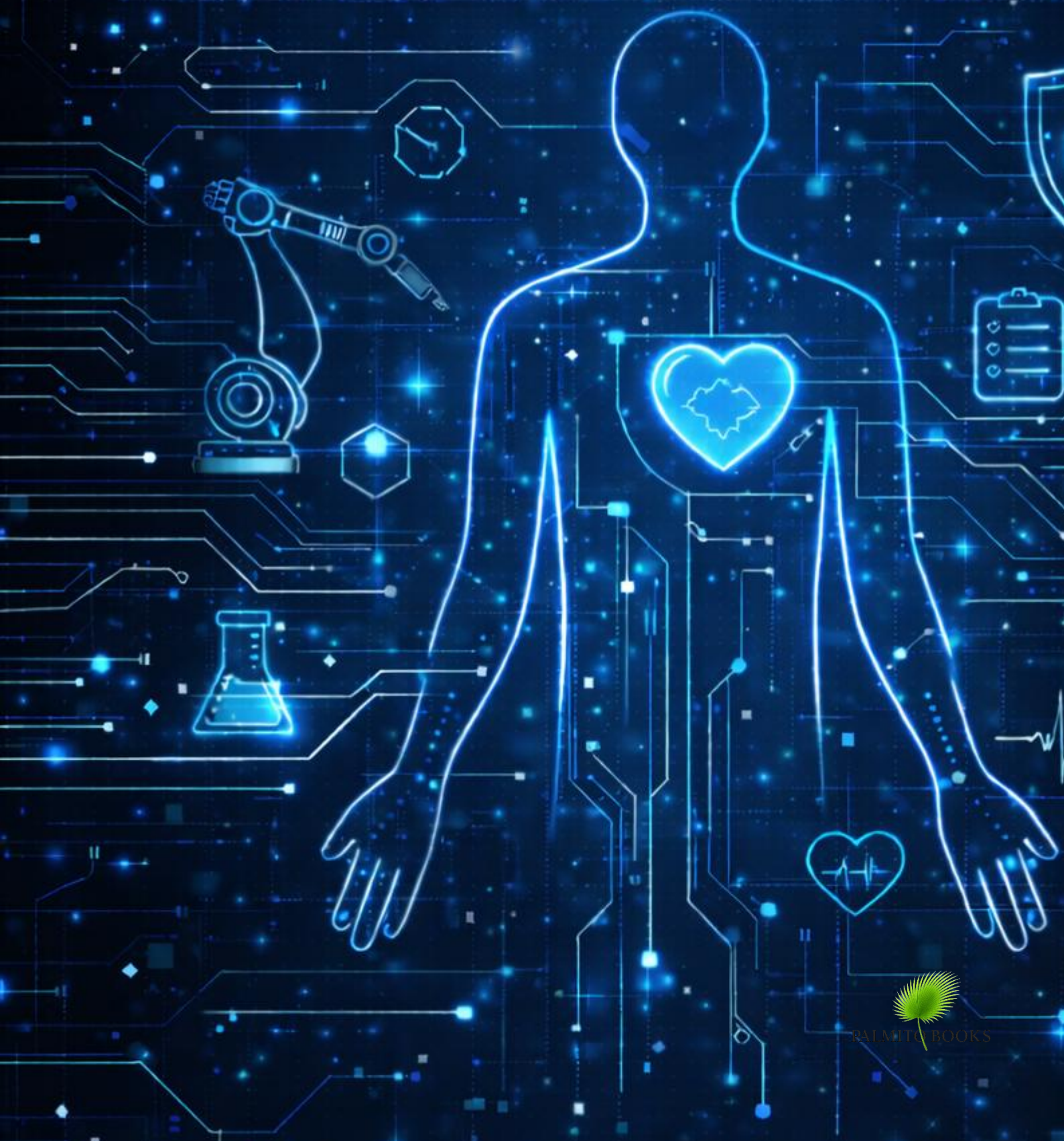


Cuidados centrados en la persona

Estrategias y evidencias científicas



Cuidados centrados en la persona: Estrategias y evidencias científicas

Palmito Books



Título: Cuidados centrados en la persona: Estrategias y evidencias científicas

© María del Carmen Sánchez García, Fernando Ezequiel Di Salvo Morales, Eva Molina-Prados Azañón, Ignacio Martínez Garrido, 2025

Reservados todos los derechos

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 270 del Código Penal, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

Palmito Books®

Publicado en formato digital

1ª edición: septiembre 2025

ISBN: 979-13-88020-36-0

DOI: 10.56533/VVBA1295

URL: <https://doi.org/10.56533/VVBA1295>



Índice

Prefacio	9
Ética, confidencialidad y protección de datos en la labor administrativa sanitaria	
María del Carmen Sánchez García	13
Gestión administrativa de citas, anulaciones y reprogramaciones en atención sanitaria	
María del Carmen Sánchez García	23
El papel del auxiliar administrativo en la gestión sanitaria: apoyo esencial para la calidad asistencial	
María del Carmen Sánchez García	41
Adherencia terapéutica y seguimiento farmacoterapéutico: estrategias desde la farmacia para mejorar los resultados en salud	
Fernando Ezequiel Di Salvo Morales	49
Escucha activa y comunicación empática en la relación con el paciente: competencias clave del técnico en farmacia	
Fernando Ezequiel Di Salvo Morales	57
Pantallas y plasticidad visual: implicaciones en el desarrollo ocular infantil	
Eva Molina-Prados Azañón	65
Efectos de la luz azul en la retina adulta	
Eva Molina-Prados Azañón	73

Humanización de la atención sanitaria: calidad relacional en todos los niveles
técnicos

Ignacio Martínez Garrido 81

Prevención y control de infecciones: del manejo del paciente a la
bioseguridad y la farmacoterapia

Ignacio Martínez Garrido 89

Prefacio

La atención sanitaria contemporánea se desarrolla en un escenario de gran complejidad científica, técnica y organizativa. Los avances diagnósticos y terapéuticos, la digitalización de los procesos asistenciales, la especialización profesional y la creciente demanda de seguridad y calidad han transformado profundamente la manera de entender el cuidado. Sin embargo, en medio de esta evolución, permanece una convicción esencial: el centro del sistema sanitario sigue siendo la persona. Desde esta perspectiva nace Cuidados centrados en la persona: Estrategias y evidencias científicas, una obra concebida para reunir conocimientos, reflexiones y propuestas aplicables a distintos perfiles técnicos y asistenciales que participan, de forma directa o indirecta, en la experiencia de salud y enfermedad.

El hilo conductor del libro es la idea de que los cuidados centrados en la persona no constituyen una competencia exclusiva de una disciplina concreta, sino una responsabilidad compartida que atraviesa todos los niveles del sistema sanitario. En la práctica clínica y técnica, cuidar no significa únicamente ejecutar procedimientos con corrección, sino también comprender el contexto del paciente, respetar su dignidad, proteger su intimidad, favorecer su seguridad y contribuir a que la atención recibida sea comprensible, humana y eficaz. Por ello, esta obra integra capítulos que, aunque pertenecen a ámbitos diversos, convergen en una misma finalidad: mostrar cómo la excelencia técnica y la calidad relacional deben avanzar de forma inseparable.

A lo largo de sus capítulos, el libro aborda cuestiones esenciales de la organización sanitaria contemporánea. Se analiza, en primer lugar, el marco ético y legal que sustenta la actuación administrativa y documental en salud, recordando que la confidencialidad, la protección de datos y el respeto a los derechos del paciente no son elementos accesorios, sino pilares de una asistencia responsable. Junto a ello, se subraya la relevancia de la atención al paciente desde la administración, destacando la comunicación, la acogida y la humanización del trato como dimensiones decisivas en la percepción de calidad asistencial.

La obra también concede un lugar destacado al papel de los profesionales técnicos y de apoyo en la estructura sanitaria. Lejos de visiones reduccionistas, los capítulos muestran que perfiles como el auxiliar administrativo, el técnico en farmacia o los

diferentes profesionales técnicos sanitarios aportan un valor esencial en la continuidad asistencial, en la seguridad de los procesos y en la experiencia del paciente. La calidad del sistema depende, en buena medida, de la solidez de estas funciones, a menudo invisibilizadas, pero indispensables para la organización, la adherencia terapéutica, la educación sanitaria, la prevención de riesgos y el acompañamiento cotidiano.

Otro eje fundamental del libro es la comunicación. La escucha activa, la empatía y la calidad relacional aparecen aquí no como habilidades complementarias, sino como competencias nucleares para una atención verdaderamente centrada en la persona. La humanización sanitaria se examina desde una perspectiva transversal, vinculada tanto a la interacción clínica como a la administrativa, técnica y farmacéutica. De este modo, se reivindica una cultura asistencial en la que cada contacto con el paciente, desde la recepción inicial hasta la información sobre tratamientos o procedimientos, contribuya a generar confianza, comprensión y seguridad.

El texto incorpora, además, capítulos dedicados a ámbitos de gran actualidad científica y social, como la salud visual en relación con el uso de pantallas, la plasticidad ocular infantil y los efectos de la luz azul en la retina adulta. Estas aportaciones amplían el enfoque del libro y evidencian que los cuidados centrados en la persona también exigen anticiparse a nuevos riesgos vinculados a los cambios tecnológicos y a los hábitos de vida contemporáneos. Del mismo modo, la prevención y el control de infecciones se abordan desde una perspectiva integral que une manejo del paciente, bioseguridad y farmacoterapia, reforzando la idea de que la seguridad clínica es una expresión concreta del respeto a la persona atendida.

Esta obra aspira, por tanto, a servir como herramienta de consulta, reflexión y formación para estudiantes, docentes y profesionales sanitarios y sociosanitarios. Su propósito no es solo transmitir información, sino también contribuir a una mirada más amplia sobre el cuidado, una mirada en la que la evidencia científica, la competencia técnica y los valores humanos no se presenten como dimensiones separadas, sino como partes de una misma exigencia profesional.

En un tiempo en que la sanidad afronta retos crecientes, reivindicar los cuidados centrados en la persona supone defender una práctica más ética, más segura y más consciente de la singularidad de cada paciente. Ese es, en última instancia, el sentido que da unidad a este libro.

Ética, confidencialidad y protección de datos en la labor administrativa sanitaria

María del Carmen Sánchez García

Introducción

La gestión administrativa en el ámbito sanitario constituye una pieza esencial para el funcionamiento de los sistemas de salud. Los profesionales de administración y documentación sanitaria participan en múltiples procesos relacionados con la admisión de pacientes, la gestión de historias clínicas, la coordinación asistencial, la tramitación de documentación médica y la comunicación institucional. En el desarrollo de estas funciones se manejan datos personales especialmente sensibles, entre los que se incluyen diagnósticos, antecedentes clínicos, tratamientos, resultados de pruebas diagnósticas o circunstancias sociales del paciente.

El tratamiento de esta información exige un elevado nivel de responsabilidad ética y jurídica. La confidencialidad de la información sanitaria no solo es un principio ético inherente a la práctica sanitaria, sino también una obligación legal respaldada por un amplio marco normativo tanto europeo como nacional. En este contexto, la protección de datos personales y la garantía de la intimidad del paciente se configuran como elementos fundamentales para asegurar el respeto a los derechos fundamentales de las personas.

En España, el derecho a la intimidad y a la protección de datos tiene su fundamento en el artículo 18 de la Constitución Española, que reconoce el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, así como el derecho fundamental a la protección de datos personales. A partir de este marco constitucional se ha desarrollado una amplia normativa destinada a regular el tratamiento de datos personales, especialmente aquellos relacionados con la salud.

En el ámbito sanitario destacan diversas normas de especial relevancia, entre las que se encuentran el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, conocido como Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como la Ley 14/1986 General de Sanidad.

Este marco normativo establece las bases para la gestión ética y segura de la información sanitaria, definiendo las responsabilidades de los profesionales, las garantías de los pacientes y las obligaciones de las instituciones sanitarias en materia de confidencialidad y protección de datos.

Fundamentos éticos en la gestión de la información sanitaria

La gestión de la información sanitaria se encuentra estrechamente vinculada con los principios fundamentales de la bioética. Estos principios orientan la práctica sanitaria y proporcionan un marco de referencia para la toma de decisiones en situaciones relacionadas con el manejo de información sensible.

Uno de los principios más relevantes es el respeto a la autonomía. Este principio implica reconocer el derecho de las personas a decidir sobre su propia información sanitaria y a controlar quién puede acceder a ella. La autonomía del paciente se encuentra recogida en la Ley 41/2002, que reconoce el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin autorización amparada por la ley.

El principio de beneficencia establece que todas las actuaciones en el ámbito sanitario deben orientarse al bienestar del paciente. En el contexto administrativo, este principio se traduce en la correcta gestión de la información clínica para facilitar la continuidad asistencial y evitar errores que puedan afectar a la atención sanitaria.

El principio de no maleficencia implica evitar cualquier daño derivado del uso indebido de la información sanitaria. La divulgación no autorizada de datos clínicos puede generar consecuencias importantes para los pacientes, como

estigmatización social, discriminación laboral o afectación psicológica. Por esta razón, la confidencialidad constituye una obligación ética fundamental para todos los profesionales que manejan información sanitaria.

Finalmente, el principio de justicia se relaciona con la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y con el uso responsable de la información en beneficio del conjunto de la sociedad. Este principio exige que los datos sanitarios se utilicen exclusivamente para finalidades legítimas relacionadas con la asistencia sanitaria, la gestión sanitaria, la investigación o la salud pública, siempre respetando las garantías establecidas por la normativa vigente.

Marco jurídico de la confidencialidad en el sistema sanitario

El deber de confidencialidad en el ámbito sanitario tiene una sólida base jurídica en el ordenamiento español. Diversas normas regulan el tratamiento de la información sanitaria y establecen obligaciones específicas para los profesionales que manejan datos personales de salud.

La Constitución Española establece en su artículo 18 la protección del derecho a la intimidad personal y familiar. Este derecho se extiende al ámbito sanitario, donde la información sobre la salud se considera especialmente sensible.

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, constituye una de las normas más relevantes en este ámbito. El artículo 7 de esta ley establece que toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud, y que nadie pueda acceder a ellos sin autorización amparada por la ley. Asimismo, la ley regula el contenido y la gestión de la historia clínica, estableciendo que su finalidad principal es facilitar la asistencia sanitaria.

Por otra parte, la Ley 14/1986 General de Sanidad ya recogía la importancia de garantizar la confidencialidad de la información sanitaria. El artículo 10 de esta ley reconoce el derecho de los pacientes a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias.

En el ámbito de la protección de datos personales, el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) establece un marco jurídico común para todos los

países de la Unión Europea. Este reglamento clasifica los datos relativos a la salud como categorías especiales de datos personales, lo que implica que su tratamiento requiere garantías adicionales.

El RGPD establece principios fundamentales como la licitud del tratamiento, la limitación de la finalidad, la minimización de datos, la exactitud de la información y la integridad y confidencialidad de los datos. Estos principios deben aplicarse en todas las actividades relacionadas con el tratamiento de datos sanitarios.

En España, la aplicación del RGPD se complementa con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, que adapta el marco europeo al ordenamiento jurídico español y establece disposiciones específicas para el tratamiento de datos en distintos sectores, incluido el sanitario.

La historia clínica y la gestión de la documentación sanitaria

La historia clínica constituye el principal instrumento de registro de la información sanitaria de los pacientes. Su regulación jurídica se encuentra recogida principalmente en la Ley 41/2002, que establece su contenido, finalidad y condiciones de acceso.

Según esta ley, la historia clínica comprende el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial. Su finalidad es facilitar la asistencia sanitaria, garantizando la continuidad de los cuidados y la adecuada coordinación entre los profesionales sanitarios.

El acceso a la historia clínica se encuentra estrictamente regulado. Los profesionales sanitarios implicados en el diagnóstico o tratamiento del paciente pueden acceder a la información necesaria para el ejercicio de sus funciones. Sin embargo, el acceso por parte de otros profesionales debe limitarse a los datos estrictamente necesarios para el desempeño de sus tareas administrativas o de gestión.

Los profesionales de administración y documentación sanitaria desempeñan un papel relevante en la gestión de la historia clínica. Entre sus funciones se

encuentran la organización de la documentación clínica, el control del acceso a la información, la gestión de solicitudes de documentación y la custodia de los registros sanitarios.

La normativa establece también los derechos del paciente en relación con su historia clínica. Entre ellos se encuentran el derecho de acceso a la información, el derecho a obtener copia de la documentación y el derecho a solicitar la rectificación de datos incorrectos.

Asimismo, la ley establece obligaciones para los centros sanitarios en materia de conservación de la documentación clínica. En España, la historia clínica debe conservarse durante un periodo mínimo de tiempo, que generalmente se establece en al menos cinco años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial, sin perjuicio de los plazos más amplios establecidos por la normativa autonómica o por razones médico-legales.

Protección de datos sanitarios en el entorno digital

La digitalización de los sistemas sanitarios ha transformado profundamente la gestión de la información clínica. La implantación de historias clínicas electrónicas, sistemas de información hospitalaria y plataformas de intercambio de datos entre instituciones sanitarias ha mejorado la eficiencia del sistema sanitario y la continuidad asistencial.

Sin embargo, la digitalización también ha incrementado los riesgos relacionados con la seguridad de la información. Los sistemas informáticos sanitarios contienen grandes volúmenes de datos sensibles, lo que los convierte en objetivos potenciales de ataques informáticos o accesos indebidos.

El RGPD establece que los responsables del tratamiento de datos deben implementar medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar la seguridad de la información. Estas medidas incluyen sistemas de control de acceso, autenticación de usuarios, cifrado de datos, registro de accesos y protocolos de seguridad informática.

En el ámbito sanitario, estas medidas se complementan con políticas internas de seguridad de la información, formación del personal y auditorías periódicas para evaluar el cumplimiento de la normativa.

Los profesionales administrativos deben respetar estrictamente los protocolos de acceso a los sistemas informáticos sanitarios, utilizando únicamente sus credenciales personales y accediendo a la información solo cuando sea necesario para el desempeño de sus funciones.

Asimismo, deben extremar las precauciones en la gestión de documentación electrónica, el envío de información por medios digitales y la utilización de dispositivos informáticos en entornos asistenciales.

Responsabilidad profesional y consecuencias del incumplimiento

El incumplimiento de las obligaciones relacionadas con la confidencialidad y la protección de datos puede generar diversas responsabilidades para los profesionales y las instituciones sanitarias.

En el ámbito disciplinario, los profesionales sanitarios y administrativos pueden ser objeto de sanciones internas si vulneran las normas de confidencialidad establecidas por las instituciones sanitarias.

En el ámbito administrativo, la normativa de protección de datos prevé sanciones económicas para las entidades que incumplan las obligaciones establecidas por el RGPD. Estas sanciones pueden ser especialmente elevadas cuando se trata de infracciones graves relacionadas con el tratamiento de datos sensibles.

Además, la vulneración de la confidencialidad puede tener consecuencias en el ámbito penal. El Código Penal español tipifica como delito la revelación de secretos cuando una persona accede a datos personales reservados sin autorización o divulga información confidencial obtenida en el ejercicio de su actividad profesional.

El artículo 199 del Código Penal establece que el profesional que revele secretos de otra persona, conocidos por razón de su oficio o profesión, puede ser castigado con penas de prisión y multa.

Estas disposiciones ponen de manifiesto la importancia de garantizar un tratamiento responsable de la información sanitaria y de promover una cultura organizativa basada en el respeto a la privacidad y a los derechos de los pacientes.

Buenas prácticas en la gestión administrativa de la información sanitaria

La protección efectiva de la confidencialidad y de los datos sanitarios requiere la adopción de buenas prácticas en la actividad cotidiana de los profesionales administrativos.

Entre estas prácticas se encuentra la verificación de la identidad de las personas que solicitan acceso a información sanitaria, el control riguroso de los accesos a los sistemas informáticos y la gestión segura de la documentación clínica.

También resulta fundamental evitar la divulgación de información en espacios públicos, utilizar canales seguros para la transmisión de datos y respetar estrictamente los protocolos establecidos por las instituciones sanitarias.

La formación continua en ética y protección de datos constituye otra herramienta clave para garantizar que los profesionales estén actualizados respecto a las obligaciones legales y a las mejores prácticas en la gestión de la información sanitaria.

Conclusiones

La ética, la confidencialidad y la protección de datos constituyen pilares fundamentales en la gestión administrativa sanitaria. Los profesionales de administración y documentación sanitaria desempeñan un papel clave en la custodia de la información clínica y en la garantía de los derechos de los pacientes.

El marco normativo vigente, que incluye la Constitución Española, la Ley 41/2002, la Ley General de Sanidad, el Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, establece las bases jurídicas para garantizar el tratamiento seguro y responsable de la información sanitaria.

El cumplimiento de estas normas, junto con la aplicación de los principios éticos de la bioética y la adopción de buenas prácticas profesionales, resulta esencial para proteger la privacidad de los pacientes, fortalecer la confianza en el sistema sanitario y garantizar una gestión adecuada de la información clínica en el contexto actual de transformación digital del sistema de salud.

Referencias

1. Antomás J. Confidentiality and the medical record: ethical-legal issues. *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):73-82. PMID: 21532648.
2. Ozair FF, Jamshed N, Sharma A, Aggarwal P. Ethical issues in electronic health records: A general overview. *Perspect Clin Res*. 2015;6(2):73-76. doi:10.4103/2229-3485.153997.
3. Kalra D. Confidentiality of personal health information used for research. *Int J Med Inform*. 2006;75(1):3-9.
4. Rogers W, Draper H. Confidentiality and the ethics of medical ethics. *J Med Ethics*. 2003;29(4):220-224. PMID: 12930854.
5. Niveau G. Medical confidentiality and the competent patient. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13724. PMID: 23300253.
6. Beech M. Confidentiality in health care: conflicting legal and ethical considerations. *Nurs Stand*. 2007;21(21):42-46. PMID: 17305035.
7. McCarthy RL. Ethics and patient privacy. *J Health Care Compliance*. 2008;10(6):19-25. PMID: 19019793.
8. Rumbold JMM, Pierscionek B. The effect of the General Data Protection Regulation on medical research. *J Med Internet Res*. 2017;19(2):e47. PMID: 28235748.
9. Chico V. The impact of the General Data Protection Regulation on health research. *Med Law Rev*. 2018;26(4):599-620. PMID: 30445448.
10. Crowhurst N. Implications for nursing and healthcare research of the General Data Protection Regulation. *Nurs Stand*. 2019;34(5):43-46. PMID: 31468836.
11. Marovic B, Milovanovic M, Milovanovic D. Impact of the European General Data Protection Regulation on health data management. *Health Policy Technol*. 2020;9(1):84-90. PMID: 32301736.
12. Alhammad N, Alajlani M, Abd-Alrazaq A, Epiphaniou G, Arvanitis T. Patients' Perspectives on the Data Confidentiality, Privacy, and Security of mHealth Apps: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2024 May 31;26:e50715. doi: 10.2196/50715. PMID: 38820572; PMCID: PMC11179037.

Gestión administrativa de citas, anulaciones y reprogramaciones en atención sanitaria

María del Carmen Sánchez García

Introducción

La gestión de citas constituye una de las actividades administrativas con mayor impacto directo en el funcionamiento cotidiano de los centros sanitarios. Aunque a primera vista pueda parecer una tarea fundamentalmente organizativa, la asignación de una consulta, una prueba diagnóstica o una intervención implica coordinar recursos asistenciales limitados, profesionales, espacios, tiempos y necesidades de los usuarios. Una gestión adecuada favorece la continuidad de la atención, reduce demoras evitables y contribuye a que la actividad sanitaria se desarrolle de manera ordenada. Por el contrario, los errores en la citación, las anulaciones mal tramitadas o las reprogramaciones realizadas sin una correcta coordinación pueden generar pérdida de actividad, insatisfacción, duplicidades, aumento de las listas de espera y dificultades en el acceso a los servicios.

Dentro de este proceso, el auxiliar administrativo sanitario ocupa una posición especialmente relevante. Con frecuencia constituye el primer punto de contacto del paciente con el sistema, ya sea de manera presencial, telefónica o mediante canales digitales. Entre sus funciones se encuentran la asignación de citas, la modificación de agendas, la comprobación de datos administrativos, la información sobre fechas y localizaciones, la tramitación de anulaciones, la reprogramación de actividades asistenciales y la coordinación administrativa con unidades clínicas y servicios de apoyo.

Esta actividad exige mucho más que manejar correctamente una aplicación informática. El profesional administrativo debe comprender la estructura del centro, conocer los diferentes circuitos asistenciales, interpretar las instrucciones asociadas

a cada tipo de cita y actuar de acuerdo con criterios previamente establecidos. También debe manejar situaciones de presión, atender a usuarios preocupados por una demora o por un cambio inesperado y transmitir información de forma clara sin invadir competencias clínicas.

La progresiva digitalización de la sanidad ha transformado profundamente estas tareas. Las agendas electrónicas, las aplicaciones de cita previa, los recordatorios mediante mensajes, los sistemas de gestión de listas de espera y la consulta de información a través de portales del paciente permiten automatizar parte de los procesos. Sin embargo, la intervención del personal administrativo continúa siendo imprescindible para resolver incidencias, gestionar situaciones complejas y garantizar que la información registrada sea correcta.

Por ello, la gestión administrativa de citas debe entenderse como una actividad integrada dentro del proceso asistencial. Su objetivo no consiste únicamente en encontrar una fecha disponible, sino en facilitar que cada paciente acceda al recurso adecuado, en el momento previsto y siguiendo el circuito establecido. En este contexto, la capacidad organizativa, la precisión documental, la comunicación y el conocimiento de los procedimientos internos se convierten en competencias esenciales del auxiliar administrativo sanitario.

La cita sanitaria como elemento de organización asistencial

La cita sanitaria es el mecanismo mediante el cual se reserva un espacio temporal dentro de una agenda para realizar una determinada actividad asistencial. Puede corresponder a una consulta médica o de enfermería, una prueba diagnóstica, una sesión de tratamiento, una revisión, una intervención quirúrgica o cualquier otra actuación planificada.

Desde el punto de vista administrativo, una cita debe relacionar correctamente distintos elementos: la identidad del paciente, el servicio o profesional responsable, el tipo de prestación solicitada, el centro donde se realizará, la fecha, la hora y, cuando proceda, determinadas instrucciones asociadas. Un error en cualquiera de estos elementos puede impedir que la atención se produzca correctamente.

El auxiliar administrativo debe comprobar que la solicitud recibida es compatible con la agenda en la que pretende introducirse. Las agendas sanitarias suelen estar estructuradas atendiendo a diferentes categorías de actividad. En una consulta hospitalaria pueden existir, por ejemplo, espacios reservados para primeras visitas, revisiones, consultas preferentes, procedimientos específicos o pacientes derivados desde determinados servicios.

Esta diferenciación responde a criterios organizativos y asistenciales. Una primera consulta puede requerir más tiempo que una revisión, mientras que determinadas pruebas necesitan equipamiento específico o preparación previa. Por este motivo, el personal administrativo no debe alterar las características de una agenda por iniciativa propia con el objetivo de obtener una fecha aparentemente más favorable. Las modificaciones deben respetar siempre las normas definidas por el servicio.

La gestión también depende del nivel asistencial. En atención primaria, las agendas suelen incluir consultas médicas, enfermería, procedimientos, vacunaciones, actividades administrativas y atención urgente o no demorable. En atención hospitalaria, la organización puede resultar más compleja debido al elevado número de especialidades, unidades diagnósticas y circuitos de derivación.

Otro aspecto fundamental consiste en distinguir entre las distintas vías de acceso. Algunas citas son solicitadas directamente por el paciente, mientras que otras se generan a partir de una indicación profesional, una interconsulta, una derivación o la programación interna de un servicio. El auxiliar administrativo debe identificar correctamente el origen de la solicitud, ya que esta circunstancia puede determinar la agenda disponible y el procedimiento que debe seguirse.

La calidad del proceso comienza con la correcta identificación del usuario. Antes de realizar modificaciones es necesario confirmar los datos mediante los procedimientos establecidos por la organización. Una confusión entre pacientes con nombres similares puede tener consecuencias importantes, especialmente cuando implica pruebas, consultas especializadas o información clínica vinculada a una determinada persona.

Por tanto, la citación sanitaria constituye una actuación administrativa estrechamente relacionada con la seguridad y la eficiencia del sistema. Una agenda

correctamente gestionada permite utilizar mejor el tiempo de los profesionales y facilita que los pacientes reciban atención dentro de los plazos previstos.

Gestión administrativa de las agendas sanitarias

Las agendas representan la estructura sobre la que se organiza gran parte de la actividad programada. En ellas se distribuyen los espacios disponibles de acuerdo con horarios profesionales, duración de las consultas, características de las prestaciones y necesidades del servicio.

El auxiliar administrativo debe conocer la configuración de las agendas con las que trabaja. Esto incluye identificar los días de actividad, horarios, tipos de cita admitidos, duración de cada prestación, bloqueos existentes y criterios utilizados para reservar determinados espacios.

Las aplicaciones de gestión permiten visualizar la disponibilidad y seleccionar los huecos compatibles con la solicitud. No obstante, el sistema informático actúa únicamente como herramienta. La decisión administrativa debe basarse en los procedimientos definidos por cada organización.

Existen situaciones en las que determinadas franjas permanecen bloqueadas. Los bloqueos pueden responder a vacaciones, sesiones clínicas, formación, mantenimiento de equipos, ausencia de profesionales o reorganizaciones temporales. También puede reservarse una parte de la agenda para actividades específicas. El personal administrativo debe respetar estas restricciones y no utilizar espacios bloqueados salvo autorización expresa.

Una tarea habitual consiste en revisar diariamente las agendas para detectar incidencias. Entre ellas pueden aparecer citas duplicadas, pacientes citados en agendas incorrectas, huecos generados por cancelaciones, ausencia de documentación necesaria o cambios comunicados por los servicios asistenciales.

La coordinación con los profesionales resulta especialmente importante cuando se producen modificaciones de actividad. Si una consulta debe reducirse o suspenderse, el servicio correspondiente comunica generalmente la incidencia al área administrativa para iniciar la reprogramación de los pacientes afectados. En

estas situaciones es necesario identificar todas las citas incluidas, buscar alternativas y dejar constancia de las actuaciones realizadas.

La gestión eficiente también requiere utilizar adecuadamente los huecos disponibles. Cuando un paciente cancela una cita con suficiente antelación, ese espacio puede asignarse a otra persona. Este proceso contribuye a reducir tiempos de espera y mejora el aprovechamiento de los recursos.

No obstante, la búsqueda de eficiencia nunca debe llevar al personal administrativo a modificar prioridades asistenciales. La clasificación clínica de una solicitud corresponde a los profesionales responsables. El auxiliar administrativo aplica las prioridades previamente establecidas en el sistema o indicadas mediante los procedimientos correspondientes.

En servicios con elevada demanda pueden existir listas de pacientes pendientes de programación. En estos casos, cuando se libera disponibilidad, se ofrecen las citas siguiendo criterios definidos por la organización. Es importante registrar adecuadamente los contactos realizados, especialmente cuando el usuario rechaza una fecha, no responde o solicita determinadas condiciones.

Una correcta gestión de agenda exige, por tanto, equilibrio entre disponibilidad, normativa interna, necesidades de los servicios y circunstancias de los usuarios.

Procedimiento administrativo para la asignación de citas

La asignación de una cita comienza con la identificación de la solicitud. Antes de ofrecer una fecha, el auxiliar administrativo debe comprobar qué prestación se solicita y cuál es el circuito correspondiente.

Cuando la solicitud procede del propio paciente, es necesario verificar que puede gestionarse directamente. Determinadas prestaciones permiten la cita directa, mientras que otras requieren una derivación profesional o una solicitud previamente registrada.

Una vez comprobada la solicitud, debe verificarse la identidad del usuario. Dependiendo del canal utilizado, pueden emplearse distintos datos identificativos.

La finalidad es evitar modificaciones en registros pertenecientes a otra persona y proteger la confidencialidad.

El siguiente paso consiste en localizar la agenda adecuada. No basta con buscar una fecha libre: es necesario seleccionar el centro, especialidad, profesional o unidad correspondiente, así como el tipo concreto de actividad.

Cuando existen varias opciones disponibles, el profesional administrativo puede ofrecer alternativas siguiendo los criterios establecidos. La información debe transmitirse de forma clara, indicando fecha, hora, centro y ubicación de la consulta. Si existen instrucciones administrativas asociadas, también deben comunicarse.

En pruebas diagnósticas es especialmente importante comprobar si el sistema muestra indicaciones previas. Algunas exploraciones requieren documentación, preparación específica o realización previa de otras pruebas. El auxiliar debe facilitar exclusivamente la información establecida por el servicio, sin interpretar instrucciones clínicas ni proporcionar recomendaciones que correspondan a profesionales sanitarios.

Después de confirmar la aceptación del usuario, la cita debe quedar registrada. Siempre que sea posible, debe ofrecerse un justificante mediante los canales disponibles: documento impreso, mensaje electrónico, aplicación sanitaria o cualquier otro sistema autorizado.

Antes de finalizar la atención resulta recomendable confirmar verbalmente los datos esenciales. Esta sencilla actuación ayuda a evitar errores derivados de una interpretación incorrecta de fechas, horarios o ubicaciones.

También pueden producirse situaciones en las que no exista disponibilidad. En estos casos, el auxiliar debe seguir el procedimiento establecido: incorporación a lista de espera, consulta de otras agendas, derivación al área responsable o información sobre los canales disponibles. No debe prometer una fecha que no puede garantizarse ni ofrecer información especulativa sobre futuras aperturas de agenda.

El trato adquiere especial relevancia cuando el paciente manifiesta preocupación por la demora. El auxiliar puede explicar la situación administrativa, las opciones existentes y los pasos que se seguirán, pero no debe valorar las consecuencias

clínicas de la espera. Si el usuario refiere un empeoramiento o una situación que pudiera requerir valoración sanitaria, debe indicársele el canal asistencial establecido para estas circunstancias.

De esta forma, una correcta asignación combina precisión administrativa, información comprensible y respeto por los límites profesionales.

Anulación de citas y gestión de huecos liberados

Las anulaciones forman parte habitual de la actividad sanitaria. Pueden producirse por iniciativa del paciente, por decisión del servicio o por circunstancias organizativas imprevistas.

Cuando el usuario solicita cancelar una cita, el auxiliar administrativo debe localizar correctamente el registro y confirmar qué actividad desea anular, especialmente cuando existen varias citas próximas.

Antes de eliminar o modificar cualquier información es imprescindible comprobar la identidad del paciente. Después se registra la anulación utilizando el motivo correspondiente cuando el sistema lo solicite.

Es importante distinguir una cancelación comunicada de una ausencia sin previo aviso. Desde el punto de vista organizativo son situaciones diferentes. Una cita anulada con antelación permite recuperar el espacio, mientras que una inasistencia detectada una vez transcurrida la hora provoca pérdida de capacidad asistencial.

Por ello, resulta beneficioso facilitar al usuario mecanismos sencillos para cancelar citas que no vaya a utilizar. Los sistemas telefónicos, aplicaciones móviles y portales digitales pueden contribuir significativamente a esta finalidad.

Una vez anulada una cita, el hueco puede quedar disponible para otro paciente. En determinadas unidades existen procedimientos específicos para recuperar estas franjas y adelantar personas que se encuentran pendientes. El auxiliar administrativo puede contactar con los usuarios según las reglas definidas, registrar el resultado y asignar la cita cuando exista aceptación.

La cancelación también puede originarse en el propio centro. La enfermedad de un profesional, una avería, una incidencia en las instalaciones o una reorganización del servicio pueden obligar a suspender total o parcialmente una agenda.

Estas situaciones requieren una actuación rápida. El personal administrativo debe identificar a todos los pacientes afectados y contactar con ellos utilizando los canales disponibles. Durante la comunicación conviene explicar de forma sencilla que la cita debe modificarse por una incidencia organizativa y ofrecer, cuando sea posible, una alternativa.

No es necesario proporcionar información interna que resulte irrelevante para el paciente ni datos sobre circunstancias personales de los profesionales.

Cuando no se consigue contactar con una persona, deben seguirse los intentos previstos y registrar las actuaciones realizadas. Esta trazabilidad resulta importante para conocer posteriormente qué comunicaciones se efectuaron.

Una anulación bien gestionada evita desplazamientos innecesarios, reduce conflictos y permite reutilizar capacidad asistencial. Por este motivo, no debe considerarse una simple eliminación informática, sino un proceso administrativo que requiere seguimiento.

Reprogramaciones y cambios de cita

La reprogramación consiste en sustituir una cita previamente asignada por otra fecha, hora o ubicación. Puede ser solicitada por el paciente o necesaria debido a cambios organizativos del centro.

Cuando la modificación parte del usuario, el auxiliar debe comprobar primero si el tipo de cita permite cambios directos. Algunas prestaciones disponen de condiciones particulares debido a su complejidad o a la coordinación necesaria con otros procedimientos.

Si es posible modificarla, se revisan las alternativas disponibles. Cuando el paciente rechaza una cita y solicita otra posterior por motivos personales, resulta conveniente dejar constancia de esta circunstancia si el sistema lo contempla. Este

registro ayuda a diferenciar las demoras atribuibles a disponibilidad asistencial de aquellas derivadas de decisiones del propio usuario.

La reprogramación resulta más compleja cuando afecta a citas relacionadas entre sí. Un paciente puede tener programada una prueba diagnóstica y posteriormente una consulta donde se revisarán sus resultados. Si cambia la primera cita, puede ser necesario comprobar si la segunda continúa siendo adecuada.

Estas situaciones requieren conocer los circuitos administrativos y, cuando exista duda, consultar con la unidad correspondiente en lugar de realizar modificaciones que puedan alterar la secuencia prevista.

Las reprogramaciones masivas presentan una dificultad adicional. Cuando un servicio suspende una agenda completa, pueden verse afectados numerosos usuarios. Para gestionar correctamente la incidencia conviene establecer un orden de actuación, localizar disponibilidad alternativa y distribuir las nuevas citas siguiendo las instrucciones de la unidad.

La comunicación con el paciente resulta especialmente importante. Una modificación generada por el centro puede producir molestias, ya que obliga a reorganizar cuestiones laborales, familiares o de desplazamiento. El auxiliar administrativo debe mantener un trato correcto, reconocer la incidencia organizativa y explicar las alternativas disponibles.

No siempre será posible ofrecer una fecha equivalente. En ocasiones la siguiente disponibilidad puede encontrarse varias semanas después. En estos casos, el profesional administrativo debe explicar la situación sin asumir compromisos que excedan sus competencias.

Cuando una reprogramación pudiera afectar a una prioridad clínica, la decisión no debe adoptarse únicamente desde administración. Debe remitirse al circuito establecido para que sea valorada por el personal responsable.

Toda modificación debe quedar correctamente registrada para evitar que permanezcan citas duplicadas o antiguas. Tras completar la operación es recomendable comprobar que la nueva cita figura correctamente y que la anterior ha quedado anulada.

Atención al usuario y comunicación administrativa

La gestión de citas implica una interacción constante con personas que pueden encontrarse preocupadas por su estado de salud. Esta circunstancia diferencia significativamente la atención administrativa sanitaria de otros ámbitos.

El auxiliar administrativo debe utilizar una comunicación clara, respetuosa y orientada a resolver la necesidad planteada. Es importante evitar lenguaje excesivamente técnico y explicar los procedimientos de forma sencilla.

Ante una consulta sobre una demora, resulta preferible indicar qué información puede comprobarse y qué opciones existen, evitando respuestas vagas o defensivas. Expresiones como que no hay disponibilidad pueden complementarse explicando cuál es el procedimiento: incorporación a una lista, búsqueda de alternativas o contacto posterior cuando se habiliten nuevas agendas.

También es necesario gestionar expectativas. El personal administrativo no debe asegurar que una cita será adelantada cuando no existe garantía ni indicar que una determinada demora carece de importancia médica.

En ocasiones los usuarios pueden mostrar enfado ante cambios, anulaciones o dificultades para conseguir una fecha. El profesional debe mantener un tono calmado, escuchar la petición y centrar la conversación en las soluciones administrativas disponibles. La empatía no significa aceptar comportamientos inadecuados, sino reconocer el problema y ofrecer respuestas dentro de las competencias profesionales.

La atención telefónica requiere especial precisión. Al no existir contacto presencial, es recomendable repetir fechas y horarios y comprobar que el usuario ha entendido correctamente la información.

En la comunicación escrita o digital deben utilizarse exclusivamente los canales autorizados por la organización. No debe enviarse información sanitaria o identificativa a direcciones o dispositivos cuya titularidad no haya sido correctamente verificada.

La accesibilidad también debe considerarse. Personas mayores, usuarios con dificultades idiomáticas o ciudadanos con limitada competencia digital pueden

necesitar explicaciones adicionales. La existencia de sistemas automáticos no elimina la necesidad de mantener canales alternativos capaces de atender a quienes encuentran dificultades para utilizarlos.

El auxiliar administrativo contribuye así a humanizar el acceso al sistema sanitario mediante una atención organizada y comprensible.

Confidencialidad, protección de datos y seguridad de la información

La gestión de citas implica el tratamiento de datos personales especialmente sensibles. La simple existencia de una cita en una determinada especialidad puede revelar información relacionada con la salud del usuario.

Por ello, el personal administrativo debe observar estrictamente las normas de confidencialidad y protección de datos. El acceso a los sistemas debe realizarse únicamente para desarrollar las funciones asignadas.

No está permitido consultar agendas o información de pacientes por curiosidad, aunque se trate de familiares, conocidos o personas de relevancia pública. Los sistemas sanitarios suelen registrar los accesos realizados, lo que permite identificar quién ha consultado determinados datos.

Durante la atención presencial es necesario evitar que terceras personas escuchen información innecesaria. Las pantallas deben mantenerse protegidas frente a usuarios situados en zonas de espera y los documentos impresos no deben dejarse expuestos.

En las comunicaciones telefónicas debe verificarse adecuadamente la identidad antes de proporcionar información. Una persona que conozca el nombre de un paciente no está automáticamente autorizada para recibir datos sobre sus citas.

También debe extremarse la precaución con correos electrónicos, mensajes y otros canales digitales. El personal utilizará exclusivamente los medios habilitados por la institución.

Las contraseñas de acceso a los sistemas son personales y no deben compartirse entre trabajadores. Del mismo modo, es necesario bloquear la sesión cuando se abandona temporalmente el puesto.

Cuando se detecta un posible error de identidad, un envío incorrecto de información o cualquier incidencia relacionada con datos personales, debe comunicarse inmediatamente siguiendo el procedimiento establecido. Ocultar un error puede aumentar sus consecuencias.

La confidencialidad no constituye una obligación exclusiva del personal sanitario. Todos los profesionales que trabajan en una institución sanitaria, incluidos los auxiliares administrativos, están vinculados al deber de secreto respecto a la información conocida durante el ejercicio de sus funciones.

Incidencias frecuentes y resolución administrativa

La gestión cotidiana de agendas genera múltiples incidencias que requieren capacidad de análisis y conocimiento de los procedimientos.

Una de las situaciones más habituales es la existencia de datos desactualizados. Un teléfono incorrecto puede impedir comunicar un cambio de cita. Por ello, cuando el procedimiento lo permite, resulta útil comprobar periódicamente los datos de contacto del usuario.

Otra incidencia frecuente son las duplicidades. Un paciente puede aparecer citado dos veces para la misma prestación debido a errores administrativos o a solicitudes realizadas por canales diferentes. Antes de cancelar una de ellas debe comprobarse que realmente se trata de la misma actividad.

También pueden producirse errores de agenda. Por ejemplo, una solicitud correspondiente a una primera consulta puede haber sido registrada como revisión. En estos casos no debe modificarse de forma automática sin comprobar el procedimiento correcto.

La ausencia de solicitud o documentación constituye otra situación común. Un paciente puede indicar que debería tener una cita que no aparece registrada. El auxiliar debe revisar la información disponible y orientar al usuario hacia el circuito

correspondiente, evitando crear una cita sin soporte cuando el procedimiento exige una petición previa.

Los fallos informáticos constituyen otro reto. Cuando el sistema de citación no está disponible, cada centro debe disponer de mecanismos de contingencia. Puede ser necesario registrar provisionalmente las solicitudes para introducirlas posteriormente, siguiendo procedimientos que eviten pérdidas o duplicidades.

También aparecen conflictos derivados de la percepción de desigualdad. Algunos usuarios pueden preguntar por qué otra persona ha recibido una cita anterior. El auxiliar no debe proporcionar información sobre terceros. Puede explicar de forma general que las agendas se gestionan atendiendo a distintos tipos de prestación y criterios de prioridad.

La resolución de incidencias exige diferenciar claramente qué cuestiones puede solucionar directamente el personal administrativo y cuáles deben derivarse. Una dificultad para localizar una agenda puede resolverse administrativamente; una solicitud para modificar una prioridad clínica debe ser valorada por el personal sanitario responsable.

Reconocer estos límites forma parte de una práctica profesional segura.

Calidad y eficiencia en la gestión de citas

La calidad de la gestión administrativa puede evaluarse mediante diferentes indicadores. Entre los más habituales se encuentran los tiempos de espera para obtener cita, porcentaje de inasistencias, número de cancelaciones, tiempo empleado en reprogramar agendas suspendidas y nivel de ocupación de los recursos disponibles.

El análisis de estos datos permite detectar problemas organizativos. Un elevado número de pacientes que no acuden puede justificar el uso de recordatorios mediante mensajes. Del mismo modo, muchas cancelaciones tardías pueden indicar la necesidad de facilitar mecanismos más sencillos para modificar una cita.

La confirmación automatizada constituye una herramienta útil, pero debe complementarse con una buena gestión administrativa. Los sistemas pueden

recordar una cita, pero no siempre pueden solucionar situaciones complejas como la coordinación de varias pruebas o la reorganización de agendas.

El auxiliar administrativo participa activamente en la mejora de la calidad mediante acciones aparentemente sencillas: registrar correctamente los datos, mantener actualizados los contactos, detectar duplicidades, comunicar incidencias y utilizar adecuadamente los huecos liberados.

La formación continua resulta especialmente importante debido a los cambios tecnológicos y organizativos. Las aplicaciones de gestión se actualizan, aparecen nuevos canales digitales y los circuitos asistenciales pueden modificarse. El profesional debe conocer las novedades que afecten a su actividad.

También es fundamental la coordinación entre unidades administrativas. Admisión, atención al usuario, consultas externas, pruebas diagnósticas y diferentes servicios clínicos forman parte de un mismo circuito. Cuando la información no circula correctamente entre ellos, aumentan las posibilidades de error.

La eficiencia no consiste exclusivamente en atender más solicitudes en menos tiempo. Una atención rápida pero incorrecta genera posteriormente nuevas llamadas, reclamaciones y trabajo adicional. La verdadera eficiencia combina agilidad, exactitud y capacidad para resolver la solicitud en el primer contacto siempre que sea posible.

Conclusiones

La gestión de citas, anulaciones y reprogramaciones constituye una función estratégica dentro de la administración sanitaria. A través de estas actividades se organiza el acceso de miles de usuarios a consultas, pruebas y tratamientos, por lo que su correcta ejecución repercute directamente sobre el funcionamiento de los servicios.

El auxiliar administrativo sanitario desarrolla un papel esencial en este proceso. Su responsabilidad no se limita a introducir datos en una aplicación, sino que exige interpretar correctamente las solicitudes, seleccionar las agendas adecuadas,

comprobar la información, aplicar los procedimientos establecidos y ofrecer al usuario instrucciones comprensibles.

La gestión de anulaciones permite recuperar capacidad asistencial y reducir pérdidas de actividad, mientras que una correcta reprogramación evita desorganización y facilita la continuidad de los circuitos. En ambos casos, la trazabilidad de las actuaciones y la coordinación con los equipos asistenciales resultan fundamentales.

La comunicación constituye otra competencia central. Los pacientes necesitan recibir información clara sobre fechas, cambios y procedimientos, especialmente cuando se producen demoras o modificaciones imprevistas. El auxiliar administrativo debe ofrecer respuestas útiles sin superar los límites de su función ni realizar valoraciones clínicas.

Asimismo, la protección de la confidencialidad debe estar presente en cada actuación. El acceso a las agendas y la comunicación de citas implican tratamiento de información relacionada con la salud, lo que exige máxima prudencia y cumplimiento de los protocolos de seguridad.

La incorporación de herramientas digitales ha aumentado la capacidad de automatizar recordatorios y determinadas operaciones, pero no ha sustituido la necesidad de profesionales capaces de resolver incidencias y gestionar situaciones complejas. La tecnología debe entenderse como un apoyo a una actividad administrativa que continúa requiriendo criterio, organización y conocimiento del entorno sanitario.

En definitiva, una gestión rigurosa de las citas contribuye a mejorar el acceso, aprovechar los recursos disponibles y reducir dificultades para pacientes y profesionales. El auxiliar administrativo sanitario se convierte así en una figura clave para garantizar que la organización asistencial funcione de manera coordinada, segura y eficiente.

Referencias

1. McLean SM, Booth A, Gee M, Salway S, Cobb M, Bhanbhro S, et al. Appointment reminder systems are effective but not optimal: results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:479-499. doi:10.2147/PPA.S93046.
2. Robotham D, Satkunanathan S, Reynolds J, Stahl D, Wykes T. Using digital notifications to improve attendance in clinic: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6(10):e012116. doi:10.1136/bmjopen-2016-012116.
3. Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling: a systematic literature review. *Health Policy*. 2018;122(4):412-421. doi:10.1016/j.healthpol.2018.02.002.
4. Parikh A, Gupta K, Wilson AC, Fields K, Cosgrove NM, Kostis JB. The effectiveness of outpatient appointment reminder systems in reducing no-show rates. *Am J Med*. 2010;123(6):542-548. doi:10.1016/j.amjmed.2009.11.022.
5. Hwang AS, Atlas SJ, Cronin P, Ashburner JM, Shah SJ, He W, et al. Appointment “no-shows” are an independent predictor of subsequent quality of care and resource utilization outcomes. *J Gen Intern Med*. 2015;30(10):1426-1433. doi:10.1007/s11606-015-3252-3.
6. Rosenbaum JI, Mieloszyk RJ, Hall CS, Hippe DS, Gunn ML, Bhargava P. Understanding why patients no-show: observations of 2.9 million outpatient imaging visits over 16 years. *J Am Coll Radiol*. 2018;15(7):944-950. doi:10.1016/j.jacr.2018.03.053.
7. Crable EL, Biancarelli DL, Aurora M, Drainoni ML, Walkey AJ. Interventions to increase appointment attendance in safety net health centers: a systematic review and meta-analysis. *J Eval Clin Pract*. 2021;27(4):965-975. doi:10.1111/jep.13496.
8. Schwebel FJ, Larimer ME. Using text message reminders in health care services: a narrative literature review. *Internet Interv*. 2018;13:82-104. doi:10.1016/j.invent.2018.06.002.
9. Guy R, Hocking J, Wand H, Stott S, Ali H, Kaldor J. How effective are short message service reminders at increasing clinic attendance? A meta-analysis

- and systematic review. *Health Serv Res.* 2012;47(2):614-632. doi:10.1111/j.1475-6773.2011.01342.x.
10. Hasvold PE, Wootton R. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. *J Telemed Telecare.* 2011;17(7):358-364. doi:10.1258/jtt.2011.110707.
 11. Torres O, Rothberg MB, Garb J, Ogunneye O, Onyema J, Higgins T. Risk factor model to predict a missed clinic appointment in an urban, academic, and underserved setting. *Popul Health Manag.* 2015;18(2):131-136. doi:10.1089/pop.2014.0047.
 12. Boksmati N, Butler-Henderson K, Anderson K, Sahama T. The effectiveness of SMS reminders on appointment attendance: a meta-analysis. *J Med Syst.* 2016;40(4):90. doi:10.1007/s10916-016-0452-2.
 13. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2011;171(13):1150-1159. doi:10.1001/archinternmed.2011.168.
 14. Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R, Car J. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(12):CD007458. doi:10.1002/14651858.CD007458.pub3.
 15. Rivas J. Advanced access scheduling in primary care: a synthesis of evidence. *J Healthc Manag.* 2020;65(3):171-184. doi:10.1097/JHM-D-19-00047.
 16. Perron NJ, Dao MD, Kossovsky MP, Miserez V, Chuard C, Calmy A, et al. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. *BMC Fam Pract.* 2010;11:79. doi:10.1186/1471-2296-11-79.
 17. Shah SJ, Cronin P, Hong CS, Hwang AS, Ashburner JM, Bearnot BI, et al. Targeted reminder phone calls to patients at high risk of no-show for primary care appointment: a randomized trial. *J Gen Intern Med.* 2016;31(12):1460-1466. doi:10.1007/s11606-016-3813-0.

El papel del auxiliar administrativo en la gestión sanitaria: apoyo esencial para la calidad asistencial

María del Carmen Sánchez García

Introducción

El funcionamiento de los sistemas sanitarios contemporáneos depende de la interacción coordinada de múltiples profesionales, recursos técnicos y procesos organizativos. Aunque la atención sanitaria se asocia habitualmente con la actividad clínica desarrollada por médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios, la prestación de cuidados eficaces y seguros requiere una estructura administrativa sólida que permita organizar la demanda, gestionar la información clínica y facilitar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales. En este contexto, el personal administrativo sanitario desempeña un papel fundamental como soporte organizativo del sistema de salud.

La labor del auxiliar administrativo en el ámbito sanitario se sitúa en la intersección entre la gestión administrativa, la documentación clínica y la atención al usuario. Su trabajo permite ordenar los circuitos asistenciales, gestionar la información de los pacientes, facilitar la comunicación entre los diferentes servicios sanitarios y garantizar el correcto funcionamiento de los procedimientos administrativos que sustentan la actividad clínica. Estas funciones influyen directamente en la eficiencia organizativa de los centros sanitarios y en la calidad de la atención que reciben los pacientes.

El papel del personal administrativo sanitario no debe entenderse únicamente desde una perspectiva burocrática. En realidad, constituye un componente esencial del sistema sanitario, ya que la adecuada gestión de la información y de los

procesos administrativos permite garantizar la continuidad asistencial, la seguridad del paciente y la optimización de los recursos disponibles. La creciente complejidad de los sistemas de salud, el aumento del volumen de información clínica y la transformación digital de la sanidad han reforzado aún más la relevancia de estos profesionales dentro de la organización sanitaria.

Además, la actividad administrativa sanitaria se encuentra respaldada por un amplio marco normativo que regula la organización del sistema sanitario, la documentación clínica, la protección de datos personales y la formación profesional vinculada a la gestión sanitaria. Este marco jurídico establece las bases para el desarrollo de las funciones administrativas y reconoce la importancia de la gestión de la información sanitaria en la calidad del sistema de salud.

Marco normativo de la gestión administrativa sanitaria

El trabajo administrativo en el ámbito sanitario se encuentra estrechamente vinculado al marco jurídico que regula la organización del sistema de salud y la gestión de la información clínica. En España, la base constitucional del sistema sanitario se encuentra en el artículo 43 de la Constitución Española, que reconoce el derecho a la protección de la salud y atribuye a los poderes públicos la responsabilidad de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La organización general del sistema sanitario se desarrolla a través de la Ley 14/1986, General de Sanidad, que establece los principios básicos del Sistema Nacional de Salud y define la estructura organizativa de los servicios sanitarios. Esta norma reconoce la importancia de garantizar la adecuada organización de los recursos sanitarios y de asegurar la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos.

Posteriormente, la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, reforzó la necesidad de coordinación entre los distintos servicios y niveles asistenciales, introduciendo mecanismos destinados a garantizar la equidad, la calidad y la continuidad de la atención sanitaria en todo el territorio nacional. La correcta gestión administrativa constituye un elemento imprescindible para alcanzar

estos objetivos, ya que permite coordinar los procesos asistenciales y facilitar el acceso de los pacientes a los servicios sanitarios.

Uno de los ámbitos en los que la gestión administrativa adquiere mayor relevancia es el de la documentación clínica. La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece el marco jurídico de la historia clínica y regula los derechos de los pacientes en relación con la información sanitaria. Esta norma define la historia clínica como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones sobre la situación y evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial.

La gestión de la documentación clínica requiere la participación de profesionales especializados en la organización, custodia y tratamiento de la información sanitaria. En este ámbito, el personal administrativo sanitario desempeña un papel relevante en la gestión de los registros clínicos, el control del acceso a la documentación y la organización de los archivos clínicos.

Asimismo, el tratamiento de información sanitaria se encuentra sujeto a la normativa de protección de datos personales. El Reglamento (UE) 2016/679, relativo a la protección de datos personales, y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales establecen las condiciones para el tratamiento de datos personales, incluyendo los datos relativos a la salud, que se consideran una categoría especialmente protegida.

Regulación del perfil profesional y formación específica

La profesionalización de la gestión administrativa sanitaria ha sido impulsada por el desarrollo de programas formativos específicos dentro del sistema educativo. En el ámbito de la Formación Profesional, el título de referencia para este campo es el de Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias.

Este título fue establecido por el Real Decreto 768/2014, de 12 de septiembre, que define el perfil profesional, las competencias y las enseñanzas mínimas asociadas a esta cualificación. La norma sustituyó al anterior título de Técnico Superior en Documentación Sanitaria, regulado por el Real Decreto 543/1995, ampliando las

competencias profesionales para adaptarlas a las nuevas necesidades de los sistemas sanitarios.

El perfil profesional definido por esta normativa incluye competencias relacionadas con la gestión de pacientes, la organización de archivos clínicos, la codificación de información sanitaria, la gestión de bases de datos clínicas y el apoyo a la gestión administrativa de los centros sanitarios. Asimismo, contempla la aplicación de la normativa de protección de datos y el uso de sistemas de información sanitaria.

El desarrollo curricular de este título se concretó mediante la Orden ECD/1530/2015, que establece el currículo correspondiente al ciclo formativo. Entre los módulos formativos incluidos destacan los relacionados con la gestión administrativa sanitaria, la documentación clínica, los sistemas de información y la atención al paciente.

La existencia de esta formación específica refleja el reconocimiento institucional de la importancia de la gestión de la información sanitaria y del papel que desempeñan los profesionales administrativos en el funcionamiento del sistema sanitario.

Funciones del auxiliar administrativo en los centros sanitarios

El auxiliar administrativo sanitario desarrolla una amplia variedad de funciones dentro de los centros de salud, hospitales y otros dispositivos asistenciales. Estas funciones se orientan principalmente a la gestión de la información, la organización de los procesos administrativos y la atención al usuario.

Entre las funciones más relevantes se encuentra la gestión de la admisión de pacientes. Este proceso incluye la identificación del usuario, la verificación de sus datos personales y administrativos, la actualización de registros y la asignación de citas para consultas, pruebas diagnósticas o intervenciones sanitarias.

Otra función importante es la gestión de agendas y citas médicas. La planificación adecuada de las agendas asistenciales permite optimizar el uso de los recursos sanitarios, reducir tiempos de espera y facilitar la coordinación entre distintos servicios.

El personal administrativo también participa en la gestión de la documentación clínica. Esta actividad incluye la organización de archivos clínicos, el registro de información administrativa asociada al proceso asistencial y la gestión de solicitudes de documentación sanitaria.

La atención al usuario constituye otro aspecto fundamental de su actividad profesional. Los auxiliares administrativos actúan como punto de contacto entre el paciente y el sistema sanitario, proporcionando información sobre el funcionamiento del centro, los procedimientos administrativos y la localización de los servicios asistenciales.

Además, estos profesionales colaboran con los equipos sanitarios en la coordinación de los procesos asistenciales, facilitando la comunicación entre diferentes departamentos y contribuyendo a la organización del trabajo dentro del centro sanitario.

Contribución a la calidad asistencial

La calidad asistencial se define habitualmente como el grado en que los servicios sanitarios aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados y se prestan de acuerdo con el conocimiento científico disponible. Para alcanzar este objetivo es necesario contar con una organización sanitaria eficiente que permita coordinar adecuadamente los distintos recursos del sistema.

En este contexto, la labor administrativa desempeña un papel relevante en la mejora de la calidad asistencial. La correcta gestión de la información sanitaria permite evitar errores administrativos que podrían afectar a la continuidad de la atención, como la duplicación de registros, la asignación incorrecta de citas o la pérdida de documentación clínica.

Asimismo, la adecuada organización de los procesos administrativos contribuye a mejorar la accesibilidad al sistema sanitario. Una gestión eficiente de agendas y circuitos asistenciales permite optimizar el uso de los recursos disponibles y reducir los tiempos de espera para consultas o pruebas diagnósticas.

La atención administrativa también influye en la experiencia del paciente dentro del sistema sanitario. La claridad en la información proporcionada, la orientación adecuada dentro del centro sanitario y la atención respetuosa contribuyen a mejorar la percepción de calidad del servicio.

Además, la colaboración entre el personal administrativo y los profesionales sanitarios facilita la coordinación asistencial y permite que los profesionales clínicos puedan centrarse en la atención directa al paciente.

Transformación digital y nuevos retos

La transformación digital del sistema sanitario ha modificado profundamente los procesos administrativos en los centros sanitarios. La implantación de historias clínicas electrónicas, sistemas de gestión hospitalaria, plataformas de cita online y herramientas de telemedicina ha ampliado las funciones del personal administrativo sanitario.

En este nuevo contexto, los auxiliares administrativos deben desarrollar competencias digitales que les permitan manejar sistemas de información sanitaria, gestionar bases de datos clínicas y participar en la explotación de información sanitaria para fines organizativos y de gestión.

La digitalización también ha incrementado la importancia de la seguridad de la información sanitaria. La protección de datos personales y la prevención de accesos no autorizados a la información clínica constituyen aspectos fundamentales en el trabajo administrativo sanitario.

Por ello, la formación continua en sistemas de información sanitaria, protección de datos y gestión digital de la información resulta imprescindible para garantizar el correcto desempeño de estas funciones en el contexto actual.

Conclusión

El auxiliar administrativo desempeña un papel esencial en la gestión sanitaria y en el funcionamiento cotidiano de los centros de salud y hospitales. Su trabajo

contribuye a organizar los procesos administrativos que sustentan la actividad asistencial, facilitando la coordinación entre profesionales y mejorando la experiencia del paciente dentro del sistema sanitario.

La gestión eficaz de la información, la organización de los circuitos asistenciales y la atención al usuario constituyen elementos clave para garantizar la calidad de los servicios sanitarios. Estas funciones se encuentran respaldadas por un marco normativo que regula tanto la organización del sistema sanitario como la documentación clínica, la protección de datos y la formación profesional específica en este ámbito.

En un contexto caracterizado por la creciente complejidad de los sistemas de salud y por la transformación digital de la sanidad, el papel del personal administrativo adquiere una relevancia cada vez mayor. El reconocimiento de su contribución a la calidad asistencial y el desarrollo de competencias profesionales específicas resultan fundamentales para fortalecer el funcionamiento del sistema sanitario y garantizar una atención sanitaria eficaz, segura y centrada en las necesidades de los pacientes.

Referencias

1. Iezzoni LI. Assessing quality using administrative data. *Ann Intern Med.* 1997;127(8 Pt 2):666-674. PMID: 9382378.
2. Peabody JW, Luck J, Jain S, Bertenthal D, Glassman P. Assessing the accuracy of administrative data in health information systems. *Med Care.* 2004;42(11):1066-1072. PMID: 15586833.
3. Swinglehurst D, Greenhalgh T. Caring for the patient, caring for the record: an ethnographic study of 'back-office' work in upholding quality of care in general practice. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:177. doi:10.1186/s12913-015-0774-7.
4. Goldberg DG, Kuzel AJ. Electronic health records in primary care practices: benefits, challenges, and successful implementation strategies. *J Am Board Fam Med.* 2012;25(5):740-748. PMID: 22435884.
5. Sadoughi F, Kimiafar K, Ahmadi M. The impact of health information exchange on healthcare quality and cost effectiveness: a systematic review. *Health Inf Manag J.* 2018;47(2):59-64. PMID: 29852963.
6. Snyder CF, Jensen RE, Segal JB, Wu AW. Patient-reported outcomes (PROs): putting the patient perspective in patient-centered outcomes research. *Med Care.* 2013;51(8 Suppl 3):S73-S79. PMID: 23774513.
7. Mohammadpour A, Zarif M, Ghanbari A. Use of hospital information systems to improve the quality of healthcare services. *J Educ Health Promot.* 2021;10:113.

Adherencia terapéutica y seguimiento farmacoterapéutico: estrategias desde la farmacia para mejorar los resultados en salud

Fernando Ezequiel Di Salvo Morales

El tratamiento farmacológico constituye uno de los pilares fundamentales de la atención sanitaria moderna. Sin embargo, la eficacia de los medicamentos no depende únicamente de su perfil farmacológico o de la correcta prescripción por parte del profesional sanitario, sino también del grado en que los pacientes siguen adecuadamente las recomendaciones terapéuticas. En este contexto, la adherencia terapéutica se ha convertido en un factor determinante para alcanzar los resultados clínicos esperados y mejorar la salud de la población.

La Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento del paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. La falta de adherencia constituye un problema relevante de salud pública, ya que puede reducir la eficacia de los tratamientos, favorecer la progresión de enfermedades crónicas y aumentar el riesgo de complicaciones clínicas.

Diversos estudios han demostrado que una proporción significativa de pacientes no sigue correctamente los tratamientos prescritos, especialmente en el caso de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el asma o las enfermedades cardiovasculares. Esta situación genera importantes consecuencias clínicas, económicas y sociales, incluyendo el aumento de hospitalizaciones evitables, el incremento de costes sanitarios y el deterioro de la calidad de vida de los pacientes.

En este escenario, los profesionales de farmacia desempeñan un papel fundamental en la promoción de la adherencia terapéutica y en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes. La farmacia comunitaria constituye uno de los puntos de contacto más accesibles del sistema sanitario, lo que permite establecer una relación continua con los pacientes y desarrollar intervenciones destinadas a mejorar el uso adecuado de los medicamentos.

El seguimiento farmacoterapéutico se define como la práctica profesional mediante la cual el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos, detectando, previniendo y resolviendo problemas relacionados con la farmacoterapia. En este proceso, el técnico de farmacia también puede desempeñar un papel relevante mediante actividades de apoyo, educación sanitaria y orientación al paciente.

Este capítulo analiza los principales factores que influyen en la adherencia terapéutica, así como las estrategias que pueden desarrollarse desde la farmacia para mejorar el seguimiento farmacoterapéutico y optimizar los resultados en salud.

Concepto e importancia de la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica representa uno de los principales retos en el manejo de enfermedades crónicas. Aunque los avances farmacológicos han permitido desarrollar tratamientos cada vez más eficaces, su impacto clínico puede verse limitado cuando los pacientes no siguen adecuadamente las pautas prescritas.

La falta de adherencia puede manifestarse de diferentes formas. Algunos pacientes interrumpen el tratamiento antes de lo recomendado, mientras que otros olvidan dosis, modifican la frecuencia de administración o utilizan los medicamentos de forma incorrecta. Estas conductas pueden reducir la eficacia del tratamiento y aumentar el riesgo de complicaciones.

En enfermedades crónicas, donde los tratamientos suelen ser prolongados y complejos, la adherencia terapéutica adquiere una importancia especialmente relevante. El control adecuado de patologías como la hipertensión, la diabetes o la hipercolesterolemia depende en gran medida de la continuidad en la toma de medicamentos y del seguimiento de las recomendaciones terapéuticas.

Además de su impacto clínico, la falta de adherencia genera importantes consecuencias económicas para los sistemas sanitarios. La interrupción o el uso incorrecto de los tratamientos puede conducir a un mayor número de consultas médicas, hospitalizaciones y procedimientos diagnósticos adicionales, lo que incrementa los costes sanitarios.

Por esta razón, la mejora de la adherencia terapéutica se ha convertido en una prioridad en las políticas de salud pública y en las estrategias de atención farmacéutica.

Factores que influyen en la adherencia terapéutica

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que depende de múltiples factores relacionados con el paciente, el tratamiento, la enfermedad y el sistema sanitario.

Entre los factores relacionados con el paciente se encuentran el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento, las creencias sobre los medicamentos, la motivación para seguir las recomendaciones terapéuticas y las condiciones socioeconómicas. Las dificultades cognitivas, la edad avanzada o la presencia de múltiples enfermedades también pueden influir en la adherencia.

El tratamiento farmacológico constituye otro factor relevante. Los regímenes terapéuticos complejos, la necesidad de tomar múltiples medicamentos o la aparición de efectos adversos pueden dificultar el cumplimiento adecuado de la terapia.

Las características de la enfermedad también influyen en la adherencia. En enfermedades que cursan con síntomas evidentes, los pacientes pueden percibir con mayor claridad la necesidad de seguir el tratamiento. En cambio, en patologías asintomáticas como la hipertensión arterial, algunos pacientes pueden subestimar la importancia de la medicación.

Finalmente, el sistema sanitario y la relación con los profesionales de la salud desempeñan un papel clave en la adherencia terapéutica. Una comunicación clara,

una relación de confianza y la disponibilidad de apoyo profesional pueden favorecer la continuidad del tratamiento.

El seguimiento farmacoterapéutico

El seguimiento farmacoterapéutico constituye una práctica fundamental dentro de la atención farmacéutica. Su objetivo principal es garantizar que los medicamentos utilizados por el paciente sean adecuados, eficaces y seguros.

Este proceso implica la evaluación sistemática de la farmacoterapia del paciente con el fin de identificar posibles problemas relacionados con los medicamentos. Entre estos problemas se incluyen errores en la administración, interacciones farmacológicas, duplicidades terapéuticas o falta de eficacia del tratamiento.

El seguimiento farmacoterapéutico también permite detectar situaciones de baja adherencia al tratamiento. Mediante la revisión de la medicación, el análisis del historial farmacoterapéutico y el diálogo con el paciente, el farmacéutico puede identificar posibles dificultades en el cumplimiento terapéutico.

Una vez identificados estos problemas, el profesional de farmacia puede desarrollar intervenciones destinadas a mejorar el uso de los medicamentos, como la educación sanitaria, la simplificación de pautas terapéuticas o la coordinación con otros profesionales sanitarios.

Estrategias desde la farmacia para mejorar la adherencia terapéutica

La farmacia comunitaria constituye un entorno privilegiado para desarrollar intervenciones destinadas a mejorar la adherencia terapéutica. La proximidad al paciente, la accesibilidad del servicio y la continuidad en la relación profesional permiten establecer estrategias de seguimiento y apoyo farmacoterapéutico.

Una de las estrategias más importantes es la educación sanitaria. Proporcionar información clara sobre la enfermedad, el tratamiento y la importancia de la adherencia puede mejorar el conocimiento del paciente y favorecer el cumplimiento terapéutico.

La simplificación de los regímenes terapéuticos también puede contribuir a mejorar la adherencia. En algunos casos, la coordinación con el médico prescriptor puede permitir ajustar las pautas de tratamiento para facilitar su cumplimiento.

El uso de herramientas de apoyo, como sistemas personalizados de dosificación, recordatorios electrónicos o aplicaciones móviles, puede ayudar a los pacientes a seguir correctamente sus tratamientos.

Asimismo, el seguimiento periódico del paciente permite detectar precozmente problemas relacionados con la medicación y desarrollar intervenciones oportunas para corregirlos.

El papel del técnico de farmacia

El técnico en farmacia y parafarmacia desempeña un papel relevante en el apoyo a las actividades relacionadas con la adherencia terapéutica y el seguimiento farmacoterapéutico.

Entre sus funciones se encuentra la dispensación de medicamentos bajo la supervisión del farmacéutico, la preparación de sistemas personalizados de dosificación, la organización de la medicación y la orientación básica al paciente sobre el uso correcto de los medicamentos.

El técnico de farmacia también puede colaborar en la identificación de posibles problemas relacionados con la medicación, como errores en la administración o dificultades en el manejo de determinados dispositivos terapéuticos.

Además, la interacción frecuente con los pacientes permite detectar situaciones de riesgo relacionadas con la adherencia terapéutica, como olvidos frecuentes en la toma de medicamentos o dudas sobre el tratamiento.

La comunicación eficaz con el paciente y la coordinación con el farmacéutico son elementos esenciales para garantizar la correcta utilización de los medicamentos y mejorar los resultados en salud.

Impacto en los resultados en salud

Las intervenciones destinadas a mejorar la adherencia terapéutica y el seguimiento farmacoterapéutico han demostrado un impacto positivo en los resultados clínicos de los pacientes.

Una mayor adherencia al tratamiento se asocia con un mejor control de las enfermedades crónicas, una reducción de las complicaciones asociadas y una disminución del riesgo de hospitalización. Asimismo, el uso adecuado de los medicamentos contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a optimizar el uso de los recursos sanitarios.

Desde una perspectiva de salud pública, el fortalecimiento del papel de la farmacia en el seguimiento farmacoterapéutico puede contribuir a mejorar la eficacia de las intervenciones farmacológicas y a promover un uso más racional de los medicamentos.

Conclusión

La adherencia terapéutica constituye un elemento clave para garantizar la eficacia de los tratamientos farmacológicos y mejorar los resultados en salud. La falta de adherencia representa un desafío importante para los sistemas sanitarios, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas.

La farmacia comunitaria desempeña un papel fundamental en la promoción de la adherencia y en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes. A través de la educación sanitaria, la orientación farmacéutica y el seguimiento de la medicación, los profesionales de farmacia pueden contribuir a mejorar el uso adecuado de los medicamentos.

El técnico de farmacia, como parte del equipo farmacéutico, participa activamente en estas actividades mediante tareas de apoyo en la dispensación, organización de la medicación y atención al paciente. Su colaboración resulta esencial para fortalecer las estrategias destinadas a mejorar la adherencia terapéutica y optimizar los resultados clínicos de los tratamientos farmacológicos.

Referencias

1. Kini V, Ho PM. Interventions to improve medication adherence: a review. *JAMA*. 2018;320(23):2461-2473. doi:10.1001/jama.2018.19271.
2. Marcum ZA, Sevik MA, Handler SM. Medication nonadherence: a diagnosable and treatable medical condition. *JAMA*. 2013 May 22;309(20):2105-6. doi: 10.1001/jama.2013.4638. PMID: 23695479; PMCID: PMC3976600.
3. Conn VS, Ruppar TM, Enriquez M, Cooper P. Medication adherence interventions that target subjects with adherence problems: Systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*. 2016 Mar-Apr;12(2):218-46. doi: 10.1016/j.sapharm.2015.06.001. Epub 2015 Jun 15. PMID: 26164400; PMCID: PMC4679728.
4. Milosavljevic A, Aspden T, Harrison J. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. *Int J Pharm Pract*. 2018;26(5):387-397.
5. Wali H, Hudani Z, Wali S, Mercer K, Grindrod K. A systematic review of interventions to improve medication information for low health literate populations. *Res Social Adm Pharm*. 2016;12(6):830-864.
6. Kelly WN, Ho MJ, Smith T, Bullers K, Kumar A. Association of pharmacist intervention counseling with medication adherence and quality of life: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2023 Jul-Aug;63(4):1095-1105. doi: 10.1016/j.japh.2023.04.024. Epub 2023 May 2. PMID: 37142053.
7. Rajiah K, Sivarasa S, Maharajan MK. Impact of pharmacists' interventions and patients' decision on health outcomes in terms of medication adherence and quality use of medicines among patients attending community pharmacies: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4392.
8. Torres-Robles A, Wiecek E, Tonin FS, Martínez Martínez F, Peiro T, Pérez Escamilla B, et al. Effectiveness of a medication adherence management intervention by community pharmacists. *BMJ Qual Saf*. 2022;31(2):105-115.

9. Marcum ZA, Hanlon JT. Pharmacist-led interventions to improve medication adherence in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(5):1331-1343.
10. Al-Arkee S, Al-Ani O. Community pharmacist-led interventions to improve medication adherence in patients with cardiovascular disease: a systematic review of randomised controlled trials. *Int J Pharm Pract.* 2023 May 7;31(3):269-275. doi: 10.1093/ijpp/riad013. PMID: 36821553.
11. Bubalo J, Clark RK Jr, Jiing SS, Johnson NB, Miller KA, Clemens-Shipman CJ, Sweet AL. Medication adherence: pharmacist perspective. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2010 May-Jun;50(3):394-406. doi: 10.1331/JAPhA.2010.08180. PMID: 20452915.
12. Readdean KC, Heuer AJ, Scott Parrott J. Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: A systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm.* 2018 Apr;14(4):321-331. doi: 10.1016/j.sapharm.2017.05.008. Epub 2017 May 22. PMID: 28622997.

Escucha activa y comunicación empática en la relación con el paciente: competencias clave del técnico en farmacia

Fernando Ezequiel Di Salvo Morales

La atención sanitaria contemporánea ha evolucionado hacia modelos centrados en la persona, en los que la calidad del servicio no depende únicamente de la eficacia de los tratamientos farmacológicos o de los conocimientos técnicos de los profesionales sanitarios, sino también de la calidad de la relación establecida con los pacientes. En este contexto, la comunicación efectiva entre profesionales sanitarios y pacientes constituye un elemento esencial para garantizar una atención segura, comprensible y orientada a mejorar los resultados en salud.

La farmacia comunitaria representa uno de los entornos sanitarios con mayor accesibilidad para la población. Los pacientes acuden a ella no solo para obtener medicamentos, sino también para resolver dudas sobre tratamientos, recibir orientación sanitaria o buscar apoyo en la gestión de problemas relacionados con su salud. Esta interacción cotidiana sitúa a los profesionales de farmacia en una posición privilegiada para establecer relaciones de confianza con los pacientes.

En este contexto, las habilidades de comunicación adquieren una importancia fundamental. Entre ellas, la escucha activa y la comunicación empática destacan como competencias clave para comprender las necesidades del paciente, identificar posibles problemas relacionados con la medicación y favorecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

El técnico en farmacia y parafarmacia, como miembro del equipo farmacéutico, participa activamente en la atención al paciente durante el proceso de dispensación y orientación farmacéutica. Su interacción directa con los usuarios requiere el

desarrollo de habilidades comunicativas que permitan establecer un diálogo claro, respetuoso y adaptado a las necesidades individuales de cada persona.

Este capítulo aborda la importancia de la escucha activa y la comunicación empática en el ámbito farmacéutico, analizando su papel en la relación con el paciente y su contribución a la mejora de la adherencia terapéutica, la seguridad en el uso de los medicamentos y la calidad de la atención sanitaria.

La comunicación en el ámbito farmacéutico

La comunicación constituye un proceso fundamental en la práctica sanitaria, ya que permite intercambiar información, comprender las necesidades del paciente y establecer una relación terapéutica eficaz. En el contexto de la farmacia comunitaria, la comunicación adquiere características particulares debido a la naturaleza del servicio farmacéutico y a la diversidad de situaciones que se presentan en la interacción con los pacientes.

Los profesionales de farmacia interactúan diariamente con personas que presentan distintos niveles de conocimiento sobre su enfermedad, diferentes preocupaciones relacionadas con los tratamientos farmacológicos y una amplia variedad de condiciones sociales, culturales y emocionales. Esta diversidad exige desarrollar estrategias de comunicación que permitan adaptar el mensaje a las características de cada paciente.

Una comunicación adecuada contribuye a mejorar la comprensión de las indicaciones terapéuticas, reducir errores en el uso de medicamentos y fomentar la participación activa del paciente en el manejo de su tratamiento. Asimismo, permite detectar dudas, temores o dificultades que podrían interferir con el cumplimiento terapéutico.

Por el contrario, una comunicación deficiente puede generar malentendidos, favorecer el uso incorrecto de los medicamentos y deteriorar la relación entre el paciente y el profesional sanitario. Por esta razón, el desarrollo de habilidades comunicativas constituye una competencia esencial para todos los profesionales implicados en la atención farmacéutica.

La escucha activa como herramienta de atención farmacéutica

La escucha activa es una técnica de comunicación que implica prestar atención plena al interlocutor, comprender su mensaje y demostrar interés genuino por lo que expresa. A diferencia de la escucha pasiva, que se limita a recibir información de forma superficial, la escucha activa requiere una actitud participativa que permita interpretar no solo el contenido verbal del mensaje, sino también sus componentes emocionales y contextuales.

En el ámbito farmacéutico, la escucha activa permite comprender mejor las necesidades del paciente y detectar posibles problemas relacionados con la medicación. Durante la dispensación de medicamentos o la orientación farmacéutica, los pacientes pueden expresar dudas sobre la posología, preocupaciones sobre efectos adversos o dificultades para seguir adecuadamente el tratamiento.

El técnico en farmacia, mediante una actitud de escucha activa, puede identificar estas preocupaciones y facilitar la intervención del farmacéutico cuando sea necesario. Este proceso contribuye a mejorar la seguridad del paciente y a prevenir problemas relacionados con el uso de medicamentos.

La escucha activa se basa en varios elementos fundamentales. En primer lugar, requiere prestar atención plena al interlocutor, evitando interrupciones o distracciones durante la conversación. En segundo lugar, implica mostrar interés mediante señales verbales y no verbales que indiquen que el mensaje está siendo comprendido. Finalmente, supone la capacidad de reformular o clarificar la información recibida para asegurar que se ha interpretado correctamente.

Comunicación empática en la atención farmacéutica

La empatía se define como la capacidad de comprender las emociones, pensamientos y experiencias de otra persona desde su propia perspectiva. En el contexto sanitario, la comunicación empática permite establecer relaciones profesionales basadas en el respeto, la comprensión y la confianza.

La farmacia comunitaria constituye un entorno en el que los pacientes pueden expresar preocupaciones relacionadas con su salud, su tratamiento o su situación personal. En muchos casos, los pacientes acuden a la farmacia en momentos de vulnerabilidad física o emocional, lo que requiere una actitud sensible y respetuosa por parte de los profesionales de farmacia.

La comunicación empática implica reconocer las emociones del paciente y responder de manera adecuada a sus necesidades. Esto no significa asumir el papel de consejero emocional, sino mostrar comprensión hacia las preocupaciones del paciente y ofrecer apoyo dentro del ámbito profesional.

Una actitud empática puede favorecer la confianza del paciente en el profesional farmacéutico y facilitar la comunicación abierta sobre problemas relacionados con la medicación. Cuando los pacientes se sienten escuchados y comprendidos, es más probable que compartan información relevante sobre su tratamiento, lo que permite identificar posibles dificultades en la adherencia terapéutica.

Barreras en la comunicación con el paciente

A pesar de la importancia de la comunicación en la atención farmacéutica, existen diversos factores que pueden dificultar la interacción efectiva entre profesionales de farmacia y pacientes.

Uno de los obstáculos más frecuentes es el uso de un lenguaje excesivamente técnico o especializado. Muchos pacientes no están familiarizados con la terminología farmacológica, lo que puede dificultar la comprensión de las indicaciones terapéuticas. Por esta razón, resulta fundamental utilizar un lenguaje claro y accesible que facilite la comprensión de la información proporcionada.

Las barreras culturales y lingüísticas también pueden influir en la comunicación. En contextos sanitarios cada vez más diversos, los profesionales de farmacia deben adaptarse a pacientes con distintos antecedentes culturales, niveles educativos o habilidades lingüísticas.

El tiempo disponible para la atención al paciente puede constituir otro factor limitante. La elevada carga de trabajo en las farmacias comunitarias puede dificultar

el desarrollo de conversaciones prolongadas con los pacientes. No obstante, incluso en interacciones breves es posible aplicar principios básicos de escucha activa y comunicación empática que contribuyan a mejorar la calidad de la atención.

Finalmente, las diferencias en expectativas entre pacientes y profesionales sanitarios pueden generar dificultades en la comunicación. Algunos pacientes pueden esperar soluciones rápidas a problemas complejos o interpretar de forma incorrecta la información recibida. En estos casos, la comunicación clara y respetuosa resulta esencial para evitar malentendidos.

El papel del técnico en farmacia en la relación con el paciente

El técnico en farmacia y parafarmacia desempeña un papel relevante en la atención directa al paciente dentro del entorno farmacéutico. Durante el proceso de dispensación, este profesional suele ser el primer punto de contacto entre el usuario y la farmacia, lo que le sitúa en una posición clave para establecer una relación de confianza con el paciente.

Entre sus funciones se encuentra la recepción de las solicitudes de medicamentos, la preparación de la dispensación bajo la supervisión del farmacéutico y la orientación básica sobre el uso adecuado de los productos farmacéuticos y parafarmacéuticos.

En este contexto, el técnico en farmacia puede aplicar habilidades de escucha activa y comunicación empática para comprender las necesidades del paciente, identificar posibles dudas sobre el tratamiento y facilitar la intervención del farmacéutico cuando sea necesario.

Además, el técnico de farmacia puede desempeñar un papel importante en la educación sanitaria de los pacientes, proporcionando información clara sobre la correcta utilización de los medicamentos y reforzando las indicaciones terapéuticas proporcionadas por el farmacéutico.

Impacto en la adherencia terapéutica y en la seguridad del paciente

La calidad de la comunicación entre profesionales de farmacia y pacientes tiene un impacto directo en la adherencia terapéutica y en la seguridad en el uso de los medicamentos. Cuando los pacientes comprenden adecuadamente las indicaciones sobre su tratamiento y se sienten apoyados por los profesionales sanitarios, es más probable que sigan correctamente las pautas prescritas.

La escucha activa permite detectar posibles dificultades en el cumplimiento terapéutico, como olvidos en la toma de medicamentos, dudas sobre la duración del tratamiento o preocupaciones relacionadas con efectos adversos. La identificación temprana de estos problemas permite desarrollar estrategias destinadas a mejorar la adherencia terapéutica.

Asimismo, la comunicación empática favorece la confianza del paciente en el profesional sanitario, lo que facilita la comunicación abierta sobre problemas relacionados con la medicación y contribuye a prevenir errores en el uso de medicamentos.

Conclusión

La escucha activa y la comunicación empática constituyen competencias esenciales en la atención farmacéutica contemporánea. Estas habilidades permiten comprender mejor las necesidades del paciente, mejorar la calidad de la relación profesional y favorecer un uso más seguro y eficaz de los medicamentos.

El técnico en farmacia, como parte del equipo farmacéutico, desempeña un papel importante en la interacción cotidiana con los pacientes. El desarrollo de habilidades comunicativas adecuadas contribuye a fortalecer la relación con los usuarios de la farmacia y a mejorar los resultados en salud.

En un contexto sanitario cada vez más orientado hacia la atención centrada en la persona, la integración de competencias comunicativas en la práctica profesional del técnico en farmacia resulta fundamental para garantizar una atención farmacéutica de calidad, segura y adaptada a las necesidades de los pacientes.

Referencias

1. Ngoh LN. Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2009 Sep-Oct;49(5):e132-46; quiz e147-9. doi:10.1331/JAPhA.2009.07075.
2. Naughton CA. Patient-Centered Communication. *Pharmacy* (Basel). 2018 Feb 13;6(1):18. doi:10.3390/pharmacy6010018.
3. Wolters M, van Hulten R, Blom L, Bouvy M. Exploring the concept of patient centred communication for the pharmacy practice. *Int J Clin Pharm*. 2017 Dec;39(6):1145-1156. doi:10.1007/s11096-017-0508-5.
4. Murad MS, Chatterley T, Guirguis LM. A meta-narrative review of recorded patient-pharmacist interactions: exploring biomedical or patient-centered communication? *Res Social Adm Pharm*. 2014 Jan-Feb;10(1):1-20. doi:10.1016/j.sapharm.2013.03.002.
5. Olsson E, Ingman P, Ahmed B, Källemark Sporrang S. Pharmacist-patient communication in Swedish community pharmacies. *Res Social Adm Pharm*. 2014 Jan-Feb;10(1):149-155. doi:10.1016/j.sapharm.2013.03.001.
6. van Dijk M, Blom L, Koopman L, Philbert D, Koster E, Bouvy M, et al. Patient-provider communication about medication use at the community pharmacy counter. *Int J Pharm Pract*. 2016 Feb;24(1):13-21. doi:10.1111/ijpp.12198.
7. Rickles NM, Young GJ, Hall JA, Noland C, Kim A, Peterson C, et al. Medication adherence communications in community pharmacies: A naturalistic investigation. *Patient Educ Couns*. 2016 Mar;99(3):386-392. doi:10.1016/j.pec.2015.10.003.
8. Collum JL, Marcy TR, Stevens EL, Burns CF, Miller MJ. Exploring patient expectations for pharmacist-provided literacy-sensitive communication. *Res Social Adm Pharm*. 2013 Sep-Oct;9(5):626-632. doi:10.1016/j.sapharm.2012.05.012.
9. Jalal Z, Cox A, Goel N, Vaitha N, King K, Ward J. Communications Skills in the Pharmacy Profession: A Cross Sectional Survey of UK Registered Pharmacists and Pharmacy Educators. *Pharmacy* (Basel). 2018 Dec 12;6(4):132. doi:10.3390/pharmacy6040132.

10. Gregory PA, Austin Z. How do patients develop trust in community pharmacists? *Res Social Adm Pharm.* 2021 May;17(5):911-920. doi:10.1016/j.sapharm.2020.07.023.
11. Esmalipour R, Salary P, Shojaei A. Trust-building in the Pharmacist-patient Relationship: A Qualitative Study. *Iran J Pharm Res.* 2021 Summer;20(3):20-30. doi:10.22037/ijpr.2020.114113.14675.
12. Rusu A, Chereches MC, Popa C, Botezatu R, Lungu IA, Moldovan OL. Community pharmacist's perspective regarding patient-centred communication in conjunction with pharmaceutical practice: A cross-sectional survey. *Saudi Pharm J.* 2022 Sep;30(9):1327-1344. doi:10.1016/j.jsps.2022.06.014.
13. Watermeyer J. Developing a communication skills training program for pharmacists working in Southern African HIV/AIDS contexts: some notes on process and challenges. *J Pharm Pract.* 2011 Oct;24(5):498-505. doi:10.1177/0897190011415685.
14. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013 Jan;63(606):e76-e84. doi:10.3399/bjgp13X660814.
15. Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe TR, Lewith G, Bishop FL, et al. Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *J R Soc Med.* 2018 Jul;111(7):240-252. doi:10.1177/0141076818769477.

Pantallas y plasticidad visual: implicaciones en el desarrollo ocular infantil

Eva Molina-Prados Azañón

El desarrollo visual infantil constituye un proceso complejo y dinámico que depende de la maduración del sistema nervioso, de la correcta estructura anatómica del ojo y de la estimulación visual recibida durante los primeros años de vida. En este periodo, el sistema visual presenta una elevada capacidad de adaptación conocida como plasticidad visual, que permite al cerebro reorganizar las conexiones neuronales en respuesta a los estímulos visuales del entorno.

En las últimas décadas, el contexto visual en el que se desarrollan los niños ha experimentado cambios significativos debido a la creciente presencia de dispositivos electrónicos con pantallas digitales, como teléfonos móviles, tabletas, ordenadores y televisores. El uso cada vez más temprano y prolongado de estos dispositivos ha suscitado un creciente interés científico por sus posibles efectos sobre el desarrollo visual y ocular en la infancia.

La exposición continuada a pantallas se caracteriza por un predominio de tareas visuales en visión próxima, una menor exposición a la luz natural y patrones de atención visual diferentes a los de actividades tradicionales. Estos cambios en los hábitos visuales han sido asociados con el aumento de determinados problemas visuales en la población infantil, especialmente la miopía, el síndrome visual asociado al uso de pantallas y la fatiga ocular.

Comprender la relación entre el uso de pantallas y la plasticidad visual resulta fundamental para identificar posibles riesgos y promover hábitos visuales saludables durante el desarrollo infantil. Este capítulo analiza los mecanismos de plasticidad visual en la infancia, los efectos de la exposición a pantallas sobre el

sistema visual en desarrollo y las recomendaciones actuales para proteger la salud ocular de los niños.

Desarrollo del sistema visual en la infancia

El sistema visual humano no se encuentra completamente desarrollado al nacer. Durante los primeros años de vida se produce un proceso progresivo de maduración que afecta tanto a las estructuras oculares como a las vías visuales del sistema nervioso central.

En el recién nacido, la agudeza visual es limitada debido a la inmadurez de la retina, del nervio óptico y de las áreas visuales corticales. A lo largo de los primeros meses y años de vida, la estimulación visual contribuye al fortalecimiento de las conexiones neuronales que permiten mejorar la percepción visual, la coordinación ojo-mano y la integración visoespacial.

El periodo crítico del desarrollo visual se sitúa principalmente durante la primera infancia, especialmente entre los primeros meses de vida y los siete u ocho años de edad. Durante este periodo, el sistema visual es particularmente sensible a los estímulos del entorno, lo que permite la adaptación y el perfeccionamiento de las funciones visuales.

Sin embargo, esta elevada plasticidad también implica una mayor vulnerabilidad a condiciones adversas. Alteraciones en la estimulación visual, problemas refractivos no corregidos o anomalías en la alineación ocular pueden interferir con el desarrollo normal del sistema visual y dar lugar a trastornos como la ambliopía o el estrabismo.

La calidad y diversidad de los estímulos visuales durante la infancia desempeñan un papel esencial en la maduración de las funciones visuales. Actividades que implican exploración visual del entorno, interacción social y juego al aire libre contribuyen al desarrollo equilibrado del sistema visual.

Plasticidad visual y adaptación del sistema ocular

La plasticidad visual se refiere a la capacidad del sistema visual para modificar su organización estructural y funcional en respuesta a la experiencia visual. Este fenómeno se basa en la reorganización de las conexiones sinápticas en el cerebro, especialmente en la corteza visual.

Durante el desarrollo infantil, la plasticidad visual permite que el cerebro ajuste la interpretación de la información visual procedente de los ojos. Este proceso facilita la mejora de la agudeza visual, la percepción de profundidad y la coordinación binocular.

Uno de los aspectos más relevantes de la plasticidad visual es la emetropización, un proceso mediante el cual el ojo en crecimiento ajusta su longitud axial para lograr un enfoque adecuado de la imagen sobre la retina. Este mecanismo depende en gran medida de las señales visuales recibidas durante la infancia.

La alteración de los estímulos visuales normales puede interferir con estos mecanismos de adaptación. Por ejemplo, la predominancia de actividades en visión próxima durante periodos prolongados puede influir en el crecimiento ocular y favorecer el desarrollo de miopía.

En este sentido, el equilibrio entre actividades en visión cercana y la exposición a estímulos visuales a diferentes distancias resulta fundamental para el desarrollo saludable del sistema visual.

Uso de pantallas en la infancia

La incorporación de dispositivos digitales en la vida cotidiana ha modificado significativamente los hábitos visuales de la población infantil. Los niños tienen acceso cada vez más temprano a pantallas digitales, tanto en el ámbito doméstico como en el educativo.

Las actividades relacionadas con el uso de pantallas suelen implicar una atención visual sostenida en distancias cortas, una reducción de los movimientos oculares naturales asociados a la exploración del entorno y una menor frecuencia de parpadeo.

Además, el uso prolongado de dispositivos electrónicos suele asociarse con una disminución del tiempo dedicado a actividades al aire libre. Diversos estudios han sugerido que la exposición a la luz natural desempeña un papel protector frente al desarrollo de miopía, lo que ha llevado a considerar la reducción del tiempo en exteriores como un posible factor de riesgo para el desarrollo de este defecto refractivo.

El entorno visual generado por las pantallas también presenta características particulares, como la emisión de luz azul, el contraste elevado y la variabilidad en el tamaño de los caracteres, que pueden influir en la forma en que el sistema visual procesa la información.

Efectos del uso de pantallas sobre la salud ocular infantil

El uso prolongado de dispositivos digitales puede asociarse con diversos síntomas visuales en la población infantil. Uno de los problemas más frecuentes es el denominado síndrome visual asociado al uso de pantallas, caracterizado por fatiga ocular, sequedad ocular, visión borrosa y cefaleas.

Estos síntomas suelen estar relacionados con la reducción del parpadeo durante la utilización de pantallas, lo que puede afectar a la estabilidad de la película lagrimal y favorecer la aparición de molestias oculares.

Otro aspecto que ha recibido una atención creciente en la investigación científica es la posible relación entre el aumento del uso de pantallas y el incremento de la prevalencia de miopía en la población infantil. Aunque la miopía tiene un componente genético importante, factores ambientales como el tiempo dedicado a actividades en visión próxima y la reducción de la exposición a la luz natural pueden influir en su desarrollo.

Diversos estudios epidemiológicos han observado un aumento significativo de la miopía en niños y adolescentes en diferentes regiones del mundo, lo que ha llevado a considerar este fenómeno como un problema emergente de salud pública.

No obstante, es importante señalar que la relación entre el uso de pantallas y el desarrollo de miopía es compleja y depende de múltiples factores, incluyendo el

tiempo total de exposición, la distancia de visualización, las pausas durante la actividad visual y la combinación con otras actividades visuales.

Recomendaciones para la protección de la salud visual infantil

Ante el creciente uso de dispositivos digitales en la infancia, diversas organizaciones sanitarias han elaborado recomendaciones destinadas a proteger la salud visual de los niños.

Una de las recomendaciones más importantes es limitar el tiempo de exposición a pantallas, especialmente en edades tempranas. También se recomienda fomentar actividades al aire libre, ya que la exposición a la luz natural puede contribuir al desarrollo saludable del sistema visual.

Durante el uso de pantallas, es recomendable mantener una distancia adecuada entre los ojos y el dispositivo, así como garantizar una iluminación ambiental adecuada que reduzca el contraste excesivo entre la pantalla y el entorno.

Asimismo, se recomienda realizar pausas regulares durante las actividades en visión próxima. La denominada regla 20-20-20 sugiere que cada veinte minutos de trabajo en visión cercana se realice una pausa de veinte segundos mirando a una distancia de al menos seis metros.

La educación en hábitos visuales saludables resulta esencial para prevenir problemas visuales asociados al uso prolongado de dispositivos digitales. Los padres, educadores y profesionales sanitarios desempeñan un papel clave en la promoción de estos hábitos.

Conclusión

El desarrollo visual infantil se caracteriza por una elevada plasticidad que permite la adaptación del sistema visual a los estímulos del entorno. Sin embargo, esta capacidad de adaptación también implica una mayor sensibilidad a los cambios en los hábitos visuales.

El uso creciente de dispositivos con pantallas digitales ha modificado el entorno visual en el que se desarrollan los niños, lo que ha generado preocupación sobre sus posibles efectos en la salud ocular. Aunque el uso moderado de pantallas no representa necesariamente un riesgo significativo, la exposición prolongada y la falta de equilibrio con otras actividades visuales pueden contribuir a la aparición de síntomas de fatiga ocular y a cambios en el desarrollo visual.

Promover hábitos visuales saludables, fomentar el tiempo al aire libre y educar sobre el uso responsable de dispositivos digitales constituye una estrategia fundamental para proteger la salud ocular infantil y favorecer un desarrollo visual adecuado durante la infancia.

Referencias

1. Braddick O, Atkinson J. Development of human visual function. *Vision Res.* 2011;51(13):1588-1609. doi:10.1016/j.visres.2011.02.018.
2. Kiorpes L. The puzzle of visual development: behavior and neural limits. *J Neurosci.* 2016;36(45):11384-11393. doi:10.1523/JNEUROSCI.2937-16.2016.
3. Röder B, Kekunnaya R. Visual experience dependent plasticity in humans. *Curr Opin Neurobiol.* 2021;67:155-162. doi:10.1016/j.conb.2020.11.011.
4. Lanca C, Saw SM. The association between digital screen time and myopia: a systematic review. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2020;40(2):216-229. doi:10.1111/opo.12657.
5. Zong Z, Zhang Y, Qiao J, Tian Y, Xu S. The association between screen time exposure and myopia in children and adolescents: a meta-analysis. *BMC Public Health.* 2024;24(1):1625. doi:10.1186/s12889-024-19113-5.
6. Sherwin JC, Reacher MH, Keogh RH, Khawaja AP, Mackey DA, Foster PJ. The association between time spent outdoors and myopia in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology.* 2012;119(10):2141-2151. doi:10.1016/j.ophtha.2012.04.020.
7. Xiong S, Sankaridurg P, Naduvilath T, Zang J, Zou H, Zhu J, et al. Time spent in outdoor activities in relation to myopia prevention and control: a meta-analysis and systematic review. *Acta Ophthalmol.* 2017;95(6):551-566. doi:10.1111/aos.13403.
8. Ho CL, Wu WF, Liou YM. Dose-response relationship of outdoor exposure and myopia indicators: a systematic review and meta-analysis of various research methods. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(14):2595. doi:10.3390/ijerph16142595.
9. Mohan A, Sen P, Shah C, Jain E, Jain S. Prevalence and risk factor assessment of digital eye strain among children using online e-learning during the COVID-19 pandemic: digital eye strain among kids (DESK study-1). *Indian J Ophthalmol.* 2021;69(1):140-144. doi:10.4103/ijo.IJO_2535_20.
10. Demirayak B, Yılmaz Tugan B, Toprak M, Çinik R. Digital eye strain and its associated factors in children during the COVID-19 pandemic. *Indian J Ophthalmol.* 2022;70(3):988-992. doi:10.4103/ijo.IJO_1920_21.

11. Karthikeyan SK, Ashwini DL, Priyanka M, Nayak A, Biswas S. Physical activity, time spent outdoors, and near work in relation to myopia prevalence, incidence, and progression: an overview of systematic reviews and meta-analyses. Indian J Ophthalmol. 2022;70(3):728-739. doi:10.4103/ijo.IJO_1564_21.

Efectos de la luz azul en la retina adulta

Eva Molina-Prados Azañón

La retina es una estructura altamente especializada del sistema visual encargada de transformar la energía luminosa en señales nerviosas que posteriormente son procesadas por el cerebro. Debido a su función fototransductora y a su elevada actividad metabólica, la retina se encuentra expuesta de forma constante a la radiación luminosa, lo que la convierte en un tejido especialmente sensible a determinados tipos de energía electromagnética. Entre los diferentes componentes del espectro visible, la luz azul ha despertado un interés creciente en la investigación científica debido a sus posibles efectos sobre la salud ocular.

La luz azul corresponde a una parte del espectro visible situada aproximadamente entre los 400 y los 500 nanómetros de longitud de onda. Esta franja espectral posee mayor energía que otras longitudes de onda del espectro visible, lo que ha llevado a estudiar su potencial capacidad para inducir fenómenos fotoquímicos en los tejidos oculares. En condiciones normales, la exposición a la luz azul forma parte del entorno lumínico natural, especialmente procedente de la radiación solar. Sin embargo, el desarrollo tecnológico ha incrementado la exposición a fuentes artificiales de luz azul, como las pantallas de dispositivos electrónicos, la iluminación LED y determinados sistemas de iluminación doméstica o laboral.

El creciente uso de dispositivos digitales en la vida cotidiana ha generado preocupación acerca de los posibles efectos acumulativos de la exposición prolongada a la luz azul sobre la retina, particularmente en la edad adulta. Diversas investigaciones han analizado la relación entre la luz azul y procesos como el estrés oxidativo en las células retinianas, el envejecimiento ocular o la aparición de determinadas patologías degenerativas.

Este capítulo aborda las características de la luz azul, los mecanismos biológicos mediante los cuales puede interactuar con los tejidos retinianos y la evidencia científica disponible sobre sus posibles efectos en la retina adulta.

Características de la luz azul y su interacción con el sistema visual

La luz visible se compone de diferentes longitudes de onda que el sistema visual humano percibe como distintos colores. Dentro de este espectro, la luz azul corresponde a las longitudes de onda más cortas y energéticas, situadas aproximadamente entre los 400 y los 500 nanómetros.

La energía asociada a estas longitudes de onda relativamente cortas permite que la luz azul tenga una mayor capacidad para interactuar con moléculas biológicas presentes en los tejidos oculares. Cuando la luz incide sobre el ojo, atraviesa estructuras como la córnea, el humor acuoso, el cristalino y el humor vítreo antes de alcanzar la retina. Durante este recorrido, parte de la radiación luminosa es absorbida o filtrada por las estructuras oculares.

El cristalino desempeña un papel importante en la filtración de determinadas longitudes de onda. Con el envejecimiento, el cristalino tiende a adquirir una coloración amarillenta que aumenta la absorción de luz azul, reduciendo parcialmente la cantidad de radiación que alcanza la retina. No obstante, una parte significativa de la luz azul continúa llegando a las capas retinianas.

En la retina, la luz es absorbida principalmente por los fotorreceptores, que incluyen los conos y los bastones. Estas células contienen pigmentos visuales capaces de iniciar el proceso de fototransducción. Sin embargo, la retina también contiene otras moléculas fotosensibles que pueden interactuar con la luz azul y desencadenar reacciones fotoquímicas.

Fototoxicidad y estrés oxidativo en la retina

Uno de los principales mecanismos mediante los cuales la luz azul puede afectar a la retina es la inducción de procesos fotoquímicos asociados al estrés oxidativo.

Cuando determinadas moléculas fotosensibles presentes en las células retinianas absorben energía luminosa, pueden generar especies reactivas de oxígeno.

Las especies reactivas de oxígeno son moléculas altamente reactivas que pueden dañar componentes celulares como lípidos, proteínas y ADN. En condiciones fisiológicas, las células cuentan con sistemas antioxidantes destinados a neutralizar estas moléculas y prevenir el daño celular. No obstante, cuando la producción de especies reactivas supera la capacidad de defensa antioxidante, puede producirse estrés oxidativo.

La retina es particularmente susceptible al estrés oxidativo debido a varios factores. En primer lugar, posee una elevada actividad metabólica y un alto consumo de oxígeno. En segundo lugar, contiene una gran cantidad de ácidos grasos poliinsaturados en las membranas de los fotorreceptores, lo que los hace vulnerables a la peroxidación lipídica. Finalmente, la exposición constante a la luz favorece la generación de reacciones fotoquímicas.

Diversos estudios experimentales han demostrado que la exposición a determinadas intensidades de luz azul puede inducir daño en células del epitelio pigmentario de la retina, una capa celular esencial para el mantenimiento y funcionamiento de los fotorreceptores.

Luz azul y envejecimiento retinal

El envejecimiento ocular es un proceso multifactorial que implica cambios estructurales y funcionales en los tejidos del ojo. Entre las estructuras más afectadas por el envejecimiento se encuentra la retina, especialmente la región macular, responsable de la visión central y de alta resolución.

El epitelio pigmentario de la retina desempeña un papel crucial en el mantenimiento de los fotorreceptores y en la eliminación de productos de desecho generados durante el proceso visual. Con el paso del tiempo, se produce una acumulación de compuestos como la lipofuscina dentro de estas células.

La lipofuscina contiene moléculas fotosensibles que pueden absorber luz azul y generar especies reactivas de oxígeno. Este fenómeno ha sido objeto de

numerosos estudios debido a su posible implicación en procesos degenerativos asociados al envejecimiento retinal.

La exposición acumulativa a la luz azul, especialmente en combinación con otros factores como el estrés oxidativo, la inflamación o la predisposición genética, ha sido investigada como posible factor contribuyente en el desarrollo de enfermedades como la degeneración macular asociada a la edad.

Exposición a luz azul procedente de dispositivos digitales

El uso intensivo de dispositivos digitales ha aumentado significativamente la exposición diaria a fuentes artificiales de luz azul. Pantallas de teléfonos móviles, tabletas, ordenadores y televisores utilizan tecnologías de iluminación que emiten una proporción relativamente elevada de luz en el rango azul del espectro visible.

No obstante, es importante diferenciar entre los niveles de exposición utilizados en estudios experimentales y los niveles reales de exposición asociados al uso cotidiano de dispositivos digitales. La mayoría de las investigaciones indican que la intensidad de luz azul emitida por pantallas electrónicas es considerablemente menor que la procedente de la luz solar.

Por esta razón, el principal efecto asociado al uso prolongado de pantallas no suele estar relacionado con daño retinal directo, sino con otros problemas visuales como la fatiga ocular, la sequedad ocular o la alteración de los ritmos circadianos debido a la influencia de la luz azul sobre la secreción de melatonina.

Aun así, la investigación sobre los posibles efectos acumulativos de la exposición prolongada a fuentes artificiales de luz azul continúa siendo objeto de estudio.

Mecanismos de protección ocular frente a la luz azul

El sistema visual humano dispone de varios mecanismos naturales de protección frente a la radiación luminosa potencialmente dañina. Entre ellos destacan los sistemas antioxidantes celulares, la absorción selectiva de determinadas longitudes de onda por parte del cristalino y la presencia de pigmentos maculares en la retina.

Los pigmentos maculares, principalmente la luteína y la zeaxantina, se concentran en la región central de la retina y actúan como filtros naturales de la luz azul. Estos carotenoides absorben parte de la radiación de alta energía antes de que alcance las capas más profundas de la retina.

Además de su función como filtro óptico, estos pigmentos también poseen propiedades antioxidantes que contribuyen a neutralizar las especies reactivas de oxígeno generadas durante los procesos fotoquímicos.

La dieta desempeña un papel importante en el mantenimiento de niveles adecuados de estos pigmentos, ya que el organismo humano no puede sintetizarlos y debe obtenerlos a través de la alimentación.

Recomendaciones para la protección de la salud ocular

Aunque la evidencia científica actual no demuestra que la exposición habitual a pantallas digitales cause daño retinal directo en adultos sanos, se recomienda adoptar medidas preventivas para reducir la fatiga visual y promover hábitos visuales saludables.

Entre estas recomendaciones se incluye realizar pausas regulares durante el uso prolongado de dispositivos digitales, mantener una distancia adecuada entre los ojos y la pantalla y asegurar una iluminación ambiental adecuada durante las actividades visuales.

Asimismo, mantener una dieta equilibrada rica en antioxidantes y carotenoides puede contribuir al mantenimiento de la salud ocular a largo plazo.

En determinados casos, el uso de filtros de luz azul o ajustes en la temperatura de color de las pantallas puede ayudar a reducir la exposición a longitudes de onda más energéticas, especialmente durante el uso nocturno de dispositivos electrónicos.

Conclusión

La luz azul forma parte del espectro visible al que el sistema visual humano se encuentra expuesto de manera natural. Aunque posee una mayor energía que otras longitudes de onda visibles, el ojo dispone de diversos mecanismos fisiológicos que contribuyen a proteger la retina frente a posibles efectos dañinos.

La investigación científica ha demostrado que la luz azul puede inducir procesos fotoquímicos y estrés oxidativo en condiciones experimentales, especialmente en células retinianas. No obstante, los niveles de exposición asociados al uso cotidiano de dispositivos digitales parecen ser considerablemente inferiores a los utilizados en estos estudios.

El conocimiento de los mecanismos de interacción entre la luz azul y los tejidos oculares resulta fundamental para comprender los procesos de envejecimiento retinal y desarrollar estrategias destinadas a preservar la salud visual en la población adulta.

Referencias

1. Hunter JJ, Morgan JIW, Merigan WH, Sliney DH, Sparrow JR, Williams DR. The susceptibility of the retina to photochemical damage from visible light. *Prog Retin Eye Res.* 2012 Jan;31(1):28-42. doi:10.1016/j.preteyeres.2011.11.001.
2. van Norren D, Vos JJ. Light damage to the retina: an historical approach. *Eye (Lond).* 2016 Feb;30(2):169-172. doi:10.1038/eye.2015.218.
3. Cougnard-Grégoire A, Merle BMJ, Aslam T, Seddon JM, Akinin I, Delcourt C, et al. Blue Light Exposure: Ocular Hazards and Prevention-A Narrative Review. *Ophthalmol Ther.* 2023 Apr;12(2):755-788. doi:10.1007/s40123-023-00675-3.
4. Margrain TH, Boulton M, Marshall J, Sliney DH. Do blue light filters confer protection against age-related macular degeneration? *Prog Retin Eye Res.* 2004 Sep;23(5):523-531. doi:10.1016/j.preteyeres.2004.05.001.
5. Sparrow JR, Nakanishi K, Parish CA. The lipofuscin fluorophore A2E mediates blue light-induced damage to retinal pigmented epithelial cells. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2000 Jun;41(7):1981-1989.
6. Lamb LE, Zareba M, Plakoudas SN, Sarna T, Simon JD. Retinyl palmitate and the blue-light-induced phototoxicity of human ocular lipofuscin. *Arch Biochem Biophys.* 2001 Sep 15;393(2):316-320. doi:10.1006/abbi.2001.2492.
7. Brandstetter C, Mohr LKM, Latz E, Holz FG, Krohne TU. Light induces NLRP3 inflammasome activation in retinal pigment epithelial cells via lipofuscin-mediated photooxidative damage. *J Mol Med (Berl).* 2015 Aug;93(8):905-916. doi:10.1007/s00109-015-1275-1.
8. Brandstetter C, Patt J, Holz FG, Krohne TU. Inflammasome priming increases retinal pigment epithelial cell susceptibility to lipofuscin phototoxicity by changing the cell death mechanism from apoptosis to pyroptosis. *J Photochem Photobiol B.* 2016 Aug;161:177-183.
9. Jaadane I, Boulenguez P, Chahory S, Carré S, Savoldelli M, Jonet L, et al. Retinal damage induced by commercial light emitting diodes (LEDs). *Free Radic Biol Med.* 2015 Jul;84:373-384. doi:10.1016/j.freeradbiomed.2015.03.034.

10. Moon J, Yun J, Yoon YD, Park SI, Seo YJ, Park WS, et al. Blue light effect on retinal pigment epithelial cells by display devices. *Integr Biol (Camb)*. 2017 May 22;9(5):436-443. doi:10.1039/c7ib00032d.
11. Lin CH, Wu MR, Huang WJ, Chow JM, Hsieh YJ, Liu CJ, et al. Low-Luminance Blue Light-Enhanced Phototoxicity in A2E-Laden RPE Cell Cultures and Rats. *Int J Mol Sci*. 2019 Apr 11;20(7):1799. doi:10.3390/ijms20071799.
12. Downie LE, Wormald R, Evans J, Virgili G, Keller PR, Lawrenson JG, Li T. Analysis of a Systematic Review About Blue Light-Filtering Intraocular Lenses for Retinal Protection: Understanding the Limitations of the Evidence. *JAMA Ophthalmol*. 2019 Jun 1;137(6):694-697. doi:10.1001/jamaophthalmol.2019.0019.
13. Achiron A, Hecht I, Michaeli A, Goldberg M, Nassar S, Lusky M, et al. The Effect of Blue-light Filtering Intraocular Lenses on the Development and Progression of Macular Atrophy in Eyes With Neovascular Age-related Macular Degeneration. *Am J Ophthalmol*. 2024 Aug;264:38-46. doi:10.1016/j.ajo.2024.04.004.
14. Kuwabara T, Gorn RA. Retinal damage by visible light. An electron microscopic study. *Arch Ophthalmol*. 1968 Jan;79(1):69-78. doi:10.1001/archopht.1968.03850040071019.

Humanización de la atención sanitaria: calidad relacional en todos los niveles técnicos

Ignacio Martínez Garrido

La humanización de la atención sanitaria se ha convertido en una prioridad en los sistemas de salud contemporáneos. Durante décadas, el desarrollo tecnológico, la especialización profesional y la creciente complejidad organizativa de los sistemas sanitarios han permitido avances significativos en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades. Sin embargo, este progreso también ha generado nuevas preocupaciones relacionadas con la posible despersonalización de la atención y la pérdida de la dimensión humana en la relación entre profesionales sanitarios y pacientes.

La atención sanitaria no se limita a la aplicación de conocimientos científicos y técnicas clínicas. Implica también una interacción humana en la que intervienen valores como el respeto, la empatía, la dignidad y la comprensión de las necesidades individuales de cada paciente. En este sentido, la humanización de la atención sanitaria busca promover un modelo asistencial centrado en la persona, en el que los pacientes sean considerados sujetos activos en su proceso de cuidado y no únicamente receptores pasivos de intervenciones médicas.

La calidad asistencial se ha evaluado tradicionalmente a partir de indicadores relacionados con la eficacia clínica, la seguridad del paciente o la eficiencia de los servicios sanitarios. No obstante, en las últimas décadas se ha reconocido que la calidad de la relación entre profesionales y pacientes constituye también un componente fundamental de la atención sanitaria. Esta dimensión relacional incluye aspectos como la comunicación, el trato respetuoso, la escucha activa, la participación del paciente en la toma de decisiones y la consideración de sus valores y preferencias.

La humanización de la atención sanitaria no es responsabilidad exclusiva de los profesionales clínicos. Todos los profesionales que participan en el sistema sanitario, incluidos los técnicos y el personal de apoyo, contribuyen a la experiencia del paciente durante su contacto con los servicios de salud. Desde el personal administrativo que recibe al paciente en el momento de su llegada, hasta los técnicos que realizan pruebas diagnósticas o dispensan medicamentos, cada interacción influye en la percepción global de la calidad del sistema sanitario.

Este capítulo analiza el concepto de humanización de la atención sanitaria y su relación con la calidad relacional en los diferentes niveles técnicos del sistema sanitario, destacando la importancia de integrar valores humanísticos en todas las actividades profesionales vinculadas al cuidado de la salud.

Concepto de humanización en la atención sanitaria

La humanización en el ámbito sanitario puede definirse como el conjunto de acciones, actitudes y valores orientados a reconocer la dignidad de la persona enferma y a situar sus necesidades humanas en el centro del proceso asistencial. Este enfoque implica considerar al paciente no solo como un caso clínico, sino como una persona con experiencias, emociones, expectativas y contexto social propios.

El concepto de humanización se relaciona estrechamente con el enfoque de atención centrada en la persona, que propone adaptar los servicios sanitarios a las necesidades individuales de cada paciente. Este modelo promueve la participación activa del paciente en las decisiones relacionadas con su salud, el respeto a su autonomía y la consideración de su contexto familiar, social y cultural.

La humanización también implica reconocer la dimensión emocional del proceso de enfermedad. La enfermedad suele ir acompañada de incertidumbre, miedo o ansiedad, lo que requiere una atención sensible y comprensiva por parte de los profesionales sanitarios. En este sentido, el trato humano y respetuoso puede contribuir a reducir el estrés del paciente y a mejorar su experiencia dentro del sistema sanitario.

Asimismo, la humanización de la atención sanitaria incluye la promoción de entornos asistenciales que favorezcan el bienestar de pacientes, familiares y profesionales. Factores como la accesibilidad, la claridad en la información, la privacidad o el respeto a los tiempos del paciente forman parte de esta perspectiva integral de la atención.

La calidad relacional como componente de la calidad asistencial

La calidad asistencial se ha definido como el grado en que los servicios sanitarios aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados y se prestan de acuerdo con el conocimiento científico disponible. Tradicionalmente, la evaluación de la calidad se ha centrado en indicadores clínicos, organizativos y de seguridad.

Sin embargo, en las últimas décadas se ha reconocido la importancia de la calidad relacional como parte esencial de la atención sanitaria. La calidad relacional se refiere a la forma en que los profesionales interactúan con los pacientes y a la calidad de la comunicación que se establece durante el proceso asistencial.

Una relación terapéutica basada en el respeto, la confianza y la comunicación eficaz puede mejorar la comprensión de la información médica, favorecer la adherencia a los tratamientos y aumentar la satisfacción del paciente con los servicios sanitarios. Por el contrario, una relación distante o poco empática puede generar desconfianza y dificultar la colaboración del paciente en su propio proceso de cuidado.

La calidad relacional también influye en la percepción global del sistema sanitario. Los pacientes suelen valorar no solo la eficacia del tratamiento recibido, sino también la forma en que han sido tratados durante su experiencia asistencial. En muchos casos, la percepción de un trato humano y respetuoso puede compensar incluso ciertas limitaciones organizativas o estructurales del sistema.

Humanización en los distintos niveles técnicos del sistema sanitario

El sistema sanitario está formado por una amplia diversidad de profesionales que desempeñan funciones complementarias en el proceso de atención al paciente.

Entre ellos se incluyen médicos, enfermeras, farmacéuticos, técnicos sanitarios, personal administrativo y otros profesionales de apoyo.

Cada uno de estos profesionales interactúa con el paciente en distintos momentos del proceso asistencial. Por esta razón, la humanización de la atención sanitaria debe extenderse a todos los niveles del sistema y no limitarse exclusivamente a la relación médico-paciente.

Los técnicos sanitarios, como técnicos de laboratorio, técnicos en imagen para el diagnóstico, técnicos en farmacia o técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, mantienen un contacto directo con los pacientes durante la realización de pruebas diagnósticas, la preparación de tratamientos o la dispensación de medicamentos. En estas interacciones, la actitud profesional y la calidad de la comunicación pueden influir significativamente en la experiencia del paciente.

Del mismo modo, el personal administrativo que gestiona la admisión, la citación o la atención al usuario representa a menudo el primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario. Una acogida amable y una información clara pueden contribuir a reducir la ansiedad del paciente y a facilitar su orientación dentro del centro sanitario.

La humanización en todos los niveles técnicos implica reconocer que cada interacción con el paciente forma parte de su experiencia global dentro del sistema sanitario.

Competencias relacionales de los profesionales técnicos

El desarrollo de una atención sanitaria humanizada requiere que los profesionales técnicos adquieran competencias relacionales que complementen sus conocimientos técnicos y científicos. Estas competencias incluyen habilidades de comunicación, empatía, escucha activa y capacidad para establecer relaciones respetuosas con los pacientes.

La comunicación clara y comprensible constituye una de las competencias más importantes en la atención sanitaria. Los profesionales deben ser capaces de

explicar procedimientos, indicaciones o recomendaciones de forma adaptada al nivel de comprensión del paciente.

La empatía, entendida como la capacidad de comprender las emociones y preocupaciones del paciente, también desempeña un papel fundamental en la calidad relacional. Mostrar sensibilidad ante la situación del paciente contribuye a generar un clima de confianza que facilita la interacción.

La escucha activa permite comprender mejor las necesidades del paciente y detectar posibles dificultades relacionadas con su proceso de atención. Esta habilidad resulta especialmente relevante en situaciones en las que el paciente puede experimentar ansiedad o incertidumbre.

Asimismo, el respeto por la dignidad del paciente debe guiar todas las interacciones profesionales, garantizando la privacidad, la confidencialidad y el trato igualitario hacia todas las personas.

Humanización y bienestar de los profesionales sanitarios

La humanización de la atención sanitaria no solo se orienta hacia los pacientes, sino también hacia los profesionales que trabajan en el sistema sanitario. Las condiciones de trabajo, la carga asistencial y el estrés profesional pueden influir en la capacidad de los profesionales para mantener una relación empática con los pacientes.

Promover entornos laborales saludables, fomentar el trabajo en equipo y reconocer la importancia del bienestar profesional constituye una estrategia clave para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Cuando los profesionales se sienten valorados y apoyados dentro de la organización sanitaria, es más probable que puedan desarrollar una atención centrada en la persona y mantener relaciones positivas con los pacientes.

Estrategias para promover la humanización en los servicios sanitarios

La promoción de la humanización en los servicios sanitarios requiere la implementación de estrategias organizativas, formativas y culturales. Entre ellas se incluye la incorporación de contenidos relacionados con la comunicación y la atención centrada en la persona en los programas de formación sanitaria.

Las instituciones sanitarias también pueden desarrollar programas específicos orientados a mejorar la experiencia del paciente, promover la participación de los usuarios en la evaluación de los servicios y diseñar entornos asistenciales más acogedores y accesibles.

Asimismo, la cultura organizativa desempeña un papel fundamental en la humanización de la atención sanitaria. Fomentar valores como el respeto, la colaboración y la responsabilidad compartida contribuye a crear entornos asistenciales más humanos.

Conclusión

La humanización de la atención sanitaria constituye un elemento esencial para garantizar una atención de calidad centrada en las necesidades de las personas. La dimensión relacional del cuidado sanitario influye directamente en la experiencia del paciente, en la adherencia a los tratamientos y en la percepción global del sistema sanitario.

Todos los profesionales que participan en el sistema sanitario, incluidos los técnicos y el personal de apoyo, desempeñan un papel importante en la construcción de una atención sanitaria más humana. El desarrollo de competencias relacionales, la promoción de entornos laborales saludables y la implementación de estrategias organizativas orientadas a la atención centrada en la persona constituyen elementos clave para avanzar hacia sistemas sanitarios más humanizados.

Integrar la calidad relacional en todos los niveles técnicos del sistema sanitario permite fortalecer la confianza entre pacientes y profesionales, mejorar la experiencia asistencial y contribuir a una atención sanitaria más respetuosa, segura y eficaz.

Referencias

1. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995 Apr;40(7):903-18. doi:10.1016/0277-9536(94)00155-m.
2. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995 May 1;152(9):1423-33.
3. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* 2002 Nov;52 Suppl:S9-12.
4. Beach MC, Sugarman J, Johnson RL, Arbelaez JJ, Duggan PS, Cooper LA. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Ann Fam Med.* 2005 Jul-Aug;3(4):331-8. doi:10.1370/afm.328.
5. Dickert NW, Kass NE. Understanding respect: learning from patients. *J Med Ethics.* 2009 Jul;35(7):419-23. doi:10.1136/jme.2008.027235.
6. King A, Hoppe RB. "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. *J Grad Med Educ.* 2013 Sep;5(3):385-93. doi:10.4300/JGME-D-13-00072.1.
7. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013 Jan;63(606):e76-84. doi:10.3399/bjgp13X660814.
8. Tehranineshat B, Rakhshan M, Torabizadeh C, Fararouei M. Compassionate care in healthcare systems: a systematic review. *J Natl Med Assoc.* 2019 Oct;111(5):546-54. doi:10.1016/j.jnma.2019.04.002.
9. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs.* 2021 Sep 3;20(1):158. doi:10.1186/s12912-021-00684-2.

Prevención y control de infecciones: del manejo del paciente a la bioseguridad y la farmacoterapia

Ignacio Martínez Garrido

Las infecciones continúan representando uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios a nivel mundial. Aunque los avances en microbiología, farmacología y control epidemiológico han permitido reducir la incidencia de muchas enfermedades infecciosas, la aparición de nuevos patógenos, la globalización, el envejecimiento de la población y el aumento de la resistencia a los antimicrobianos han reconfigurado el panorama de la prevención y el control de infecciones.

En el ámbito sanitario, el control de infecciones constituye una prioridad tanto para la seguridad del paciente como para la protección de los profesionales de la salud. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria representan un problema relevante debido a su impacto en la morbilidad, la mortalidad y los costes del sistema sanitario. Estas infecciones pueden surgir durante la hospitalización o en otros entornos asistenciales y están relacionadas con múltiples factores, incluyendo procedimientos invasivos, uso de dispositivos médicos y transmisión cruzada entre pacientes o profesionales.

La prevención y el control de infecciones requieren un enfoque integral que combine medidas de manejo clínico del paciente, estrategias de bioseguridad, vigilancia epidemiológica y uso adecuado de la farmacoterapia antimicrobiana. Este enfoque multidimensional implica la participación coordinada de diversos profesionales sanitarios, incluyendo médicos, enfermeras, farmacéuticos, técnicos sanitarios y personal de apoyo.

El objetivo de este capítulo es analizar los principales componentes de la prevención y el control de infecciones, abordando el manejo del paciente desde la perspectiva clínica y organizativa, las medidas de bioseguridad destinadas a reducir el riesgo de transmisión de patógenos y el papel de la farmacoterapia en la prevención y tratamiento de las infecciones.

Epidemiología de las infecciones en el entorno sanitario

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria se producen como consecuencia de la interacción entre agentes patógenos, pacientes susceptibles y entornos asistenciales que facilitan la transmisión de microorganismos. Los principales patógenos implicados en estas infecciones incluyen bacterias, virus, hongos y parásitos.

Entre las infecciones más frecuentes en los entornos hospitalarios se encuentran las infecciones del tracto urinario asociadas a sondaje vesical, las infecciones respiratorias relacionadas con ventilación mecánica, las infecciones del sitio quirúrgico y las bacteriemias asociadas a dispositivos intravasculares.

La aparición de infecciones en el entorno sanitario depende de diversos factores de riesgo. Entre ellos se incluyen la edad avanzada, la presencia de enfermedades crónicas, la inmunosupresión, la realización de procedimientos invasivos y la exposición a antibióticos de amplio espectro.

Además, la transmisión de microorganismos puede producirse a través de diferentes vías, incluyendo el contacto directo entre personas, el contacto indirecto mediante superficies contaminadas, la transmisión aérea o la exposición a fluidos biológicos.

El conocimiento de estos mecanismos de transmisión resulta fundamental para diseñar estrategias eficaces de prevención y control de infecciones.

Manejo del paciente en la prevención de infecciones

El manejo adecuado del paciente constituye una de las primeras líneas de defensa en la prevención de infecciones en los entornos sanitarios. Este manejo incluye la identificación temprana de pacientes con infecciones potencialmente transmisibles, la aplicación de medidas de aislamiento cuando sea necesario y la implementación de prácticas clínicas seguras.

La evaluación inicial del paciente permite identificar factores de riesgo para infecciones y adoptar medidas preventivas adecuadas. En determinados casos, puede ser necesario aplicar precauciones específicas, como el aislamiento por contacto, por gotas o por vía aérea, dependiendo del tipo de patógeno implicado.

La higiene de manos constituye una de las medidas más eficaces para prevenir la transmisión de microorganismos en los entornos sanitarios. El lavado de manos con agua y jabón o el uso de soluciones hidroalcohólicas reduce significativamente la transferencia de patógenos entre pacientes y profesionales sanitarios.

Asimismo, la correcta gestión de dispositivos médicos invasivos, como catéteres, sondas o ventiladores, resulta fundamental para prevenir infecciones asociadas a la atención sanitaria. La aplicación de protocolos estandarizados para la inserción, mantenimiento y retirada de estos dispositivos contribuye a reducir el riesgo de infección.

Bioseguridad en el entorno sanitario

La bioseguridad se refiere al conjunto de medidas destinadas a prevenir la exposición a agentes biológicos potencialmente peligrosos y a reducir el riesgo de transmisión de infecciones en entornos sanitarios.

Las medidas de bioseguridad incluyen el uso adecuado de equipos de protección individual, como guantes, mascarillas, batas y protección ocular, especialmente en situaciones en las que existe riesgo de contacto con fluidos biológicos o secreciones potencialmente infecciosas.

El manejo seguro de materiales biológicos constituye otro componente esencial de la bioseguridad. Los residuos sanitarios deben ser gestionados de acuerdo con

protocolos específicos que garanticen su eliminación segura y eviten la exposición accidental a agentes infecciosos.

La limpieza y desinfección de superficies y equipos médicos también desempeñan un papel fundamental en la prevención de infecciones. Los protocolos de desinfección deben adaptarse al tipo de superficie o instrumento y al nivel de riesgo asociado a su uso.

Asimismo, la formación continua de los profesionales sanitarios en prácticas de bioseguridad resulta esencial para garantizar el cumplimiento de las medidas preventivas y reducir el riesgo de exposición a agentes infecciosos.

Farmacoterapia en la prevención y tratamiento de infecciones

La farmacoterapia antimicrobiana constituye una herramienta fundamental en el control de infecciones. Los antimicrobianos, que incluyen antibióticos, antivirales, antifúngicos y antiparasitarios, permiten tratar infecciones establecidas y, en determinados casos, prevenir su aparición mediante profilaxis.

No obstante, el uso de antimicrobianos debe realizarse de manera racional para evitar la aparición de resistencias bacterianas. La resistencia a los antimicrobianos representa actualmente una de las mayores amenazas para la salud pública a nivel mundial.

La prescripción adecuada de antimicrobianos implica seleccionar el medicamento apropiado, ajustar la dosis y la duración del tratamiento y considerar factores como la sensibilidad del microorganismo, las características del paciente y la gravedad de la infección.

Los programas de optimización del uso de antimicrobianos, conocidos como programas de stewardship antimicrobiano, han sido implementados en numerosos sistemas sanitarios con el objetivo de mejorar la prescripción de antibióticos y reducir el desarrollo de resistencias.

En estos programas participan equipos multidisciplinares que incluyen médicos especialistas, farmacéuticos hospitalarios, microbiólogos y profesionales de enfermería.

Prevención de infecciones mediante vacunación

La vacunación constituye una de las estrategias más eficaces para prevenir enfermedades infecciosas. Las vacunas estimulan el sistema inmunitario para generar una respuesta protectora frente a determinados patógenos, reduciendo la probabilidad de infección o de enfermedad grave.

En el ámbito sanitario, la vacunación de pacientes y profesionales constituye una herramienta clave para prevenir brotes infecciosos y proteger a poblaciones vulnerables. Las campañas de vacunación frente a enfermedades como la gripe, la hepatitis o el SARS-CoV-2 han demostrado su eficacia para reducir la transmisión de patógenos en entornos asistenciales.

Además, la inmunización contribuye al fenómeno conocido como inmunidad colectiva, mediante el cual la protección de una proporción significativa de la población reduce la circulación del patógeno y protege indirectamente a las personas no inmunizadas.

Estrategias integradas de control de infecciones

El control eficaz de infecciones requiere la integración de múltiples estrategias que aborden tanto la prevención como el tratamiento de las enfermedades infecciosas. Estas estrategias incluyen la vigilancia epidemiológica, la implementación de protocolos de higiene y bioseguridad, la optimización del uso de antimicrobianos y la promoción de programas de vacunación.

La vigilancia epidemiológica permite detectar precozmente brotes infecciosos y adoptar medidas de control para limitar su propagación. Esta vigilancia se basa en la recopilación y análisis sistemático de datos sobre infecciones en los entornos sanitarios.

Asimismo, la formación continua de los profesionales sanitarios resulta fundamental para garantizar la aplicación adecuada de las medidas de prevención y control de infecciones.

Conclusión

La prevención y el control de infecciones constituyen elementos esenciales para garantizar la seguridad del paciente y la protección de los profesionales sanitarios. La reducción de las infecciones asociadas a la atención sanitaria requiere un enfoque multidimensional que combine medidas clínicas, estrategias de bioseguridad y uso racional de la farmacoterapia antimicrobiana.

La implementación de protocolos de higiene, la gestión adecuada de dispositivos médicos, la aplicación de programas de optimización del uso de antimicrobianos y la promoción de la vacunación constituyen herramientas fundamentales para reducir la carga de las enfermedades infecciosas en los entornos sanitarios.

El trabajo coordinado de equipos multidisciplinares y el compromiso institucional con la seguridad del paciente permiten avanzar hacia sistemas sanitarios más seguros y eficaces en el control de infecciones.

Referencias

1. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*. 2000 Oct 14;356(9238):1307-12. doi:10.1016/S0140-6736(00)02814-2.
2. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *Am J Infect Control*. 2007 Dec;35(10 Suppl 2):S65-164. doi:10.1016/j.ajic.2007.10.007.
3. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clin Infect Dis*. 2011 May;52(9):e162-93. doi:10.1093/cid/cir257.
4. Mermel LA, Allon M, Bouza E, Craven DE, Flynn P, O'Grady NP, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2009 Jul 1;49(1):1-45. doi:10.1086/599376.
5. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg*. 2017 Aug 1;152(8):784-91. doi:10.1001/jamasurg.2017.0904.
6. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Am J Infect Control*. 1999 Apr;27(2):97-132; quiz 133-4; discussion 96.
7. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, MacDougall C, Schuetz AN, Septimus EJ, et al. Implementing an antibiotic stewardship program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clin Infect Dis*. 2016 May 15;62(10):e51-77. doi:10.1093/cid/ciw118.
8. MacDougall C, Polk RE. Antimicrobial stewardship programs in health care systems. *Clin Microbiol Rev*. 2005 Oct;18(4):638-56. doi:10.1128/CMR.18.4.638-656.2005.

9. Rutala WA, Weber DJ. Disinfection, sterilization, and antisepsis: An overview. *Am J Infect Control*. 2019 Jun;47S:A3-A9. doi:10.1016/j.ajic.2019.01.018.
10. Donskey CJ. Does improving surface cleaning and disinfection reduce health care-associated infections? *Am J Infect Control*. 2013 May;41(5 Suppl):S12-9. doi:10.1016/j.ajic.2012.12.010.
11. Turner NA, Fennelly KP, Anderson DJ. Hospital Infection Control: *Clostridioides difficile*. *Clin Chest Med*. 2020 Mar;41(1):693-708. doi:10.1016/j.ccm.2019.12.006.
12. Kociulek LK, Gerding DN, Carrico R, Donskey CJ, Dubberke ER, Ellingson K, et al. Strategies to prevent *Clostridioides difficile* infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2023 Apr;44(4):527-49. doi:10.1017/ice.2023.18.

© María del Carmen Sánchez García, Fernando Ezequiel Di Salvo Morales,
Eva Molina-Prados Azañón, Ignacio Martínez Garrido, 2025

© Palmito Books, S.L., 2026

Calle Pedro García Villalba, 79, 2ºC
30150 La Alberca, Murcia

ESPAÑA

Cuidados centrados en la persona: Estrategias y evidencias científicas reúne un conjunto de capítulos que exploran cómo la calidad técnica y la dimensión humana de la atención sanitaria deben integrarse para ofrecer una asistencia verdaderamente centrada en el paciente. A través de diferentes áreas del conocimiento sanitario y técnico, la obra analiza el papel que desempeñan diversos profesionales en la construcción de una atención segura, ética y humanizada.

El libro aborda temas clave como la ética y la confidencialidad en la gestión administrativa sanitaria, la comunicación empática con el paciente, el papel del técnico en farmacia en la adherencia terapéutica, y la importancia de la calidad relacional en todos los niveles del sistema sanitario. Asimismo, se incluyen capítulos dedicados a la prevención y control de infecciones, la bioseguridad, y cuestiones emergentes relacionadas con la salud visual, como los efectos de las pantallas en el desarrollo ocular y la influencia de la luz azul en la retina.

Con un enfoque multidisciplinar y basado en evidencia científica, esta obra pone de relieve que cada interacción dentro del sistema sanitario, desde la atención administrativa hasta la práctica clínica y técnica, contribuye a la experiencia global del paciente. Dirigido a estudiantes, profesionales sanitarios y técnicos de distintas especialidades, este libro ofrece una perspectiva integradora sobre los cuidados centrados en la persona y su aplicación en la práctica sanitaria contemporánea.

