



Artículo especial

Propuestas JANUS para la mejora de la experiencia de la persona atendida en consultas externas



JANUS proposals for the improvement of person's experience in outpatient clinics

Alvar Agusti^{a,*}, Esther Pallisa^b, Domingo Escudero^c y Manel Escobar^c, en representación del grupo JANUS del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona[◇]

^a Cátedra Salud Respiratoria (Universitat de Barcelona), Institut Respiratori (Hospital Clínic), Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), CIBER Enfermedades Respiratorias, Barcelona Respiratory Network (BRN), Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, Barcelona, España

^b Hospital Universitari Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Institut de Recerca VHIR, Barcelona, España

^c Servei Neurologia, Hospital Clínic, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de marzo de 2022

Aceptado el 15 de junio de 2022

Introducción

En la mitología romana, JANUS era el nombre del dios de las 2 caras, una que miraba hacia atrás (al pasado) y otra que lo hacía adelante (al futuro). El grupo JANUS toma su nombre de este dios mitológico, y es una iniciativa de un grupo de profesionales sanitarios (ver listado completo en el apartado de agradecimientos) que han sufrido o sufren una enfermedad grave y que, desde su perspectiva de *pacientes con formación sanitaria*, reflexionan conjuntamente sobre su experiencia como enfermos para contribuir a mejorar la de otros pacientes en su tránsito por el sistema sanitario. La iniciativa JANUS ha sido acogida y apoyada por el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (<https://www.comb.cat/es/serveis/salut-metge/janus>).

Aquí se presenta el primer documento JANUS, centrado en el tema de la consulta externa (o consulta ambulatoria). El grupo JANUS decidió escogerlo en este primer documento de recomendaciones por considerar que se trata de un tema transversal que afecta a todos los pacientes y actores del sistema sanitario (atención primaria/especializada, ámbito médico/quirúrgico, público/privado). Este documento de consenso fue trabajado durante el año 2019 y estaba prevista su presentación pública a principios del año 2020, pero la pandemia COVID-19 trastocó el calendario previsto. Ahora,

2 años después, cuando la pandemia parece remitir, se ha considerado oportuno presentar el documento incorporando al mismo las lecciones aprendidas durante la propia pandemia. Curiosamente, algunas de las recomendaciones anticipadas en el documento en 2020 han sido plenamente confirmadas por la pandemia como, por ejemplo, la consulta telemática, ya plenamente implementada en la práctica clínica actual y que, muy probablemente, ha llegado para quedarse. Se considera, sin embargo, que muchas otras recomendaciones pueden ser de interés ahora que parece que estamos volviendo a la actividad clínica habitual.

Este documento se ha estructurado en 5 apartados diferentes: 1) Comunicación en consultas externas; 2) Nuevas formas de consulta; 3) Empoderamiento de la persona atendida en consulta externa; 4) Mejoras estructurales, y 5) Lecciones post-COVID. En cada uno de ellos se identifican ámbitos de mejora concretos para los que se proponen acciones específicas¹. Es importante señalar, sin embargo, que este documento *no está basado en la evidencia científica* (por lo que incorpora pocas citas bibliográficas) *sino en la experiencia personal* de los miembros del grupo JANUS, y que no pretende ser un listado exhaustivo. Es posible, por tanto, que algún lector pueda echar de menos la discusión de algunos aspectos concretos o que considere que algunas de las recomendaciones no son adecuadas o que ya forman parte de su práctica clínica habitual. Admitidas estas posibles limitaciones, creemos no obstante que las reflexiones que siguen pueden ser útiles para, al menos, iniciar una discusión sobre un tema relevante, la experiencia de la persona que consulta en consultas externas. Esperamos que los diversos actores del sistema sanitario (profesionales, gestores, personal administrativo y pacientes) puedan encontrar algunas de las recomendaciones

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aagusti@clinic.cat (A. Agusti).

[◇] El listado completo de los miembros del grupo JANUS se facilitan en el apartado "Agradecimientos".

planteadas de utilidad y, eventualmente, puedan implantarlas en la práctica clínica para el beneficio de las personas (pacientes y acompañantes) atendidas en consultas externas.

Comunicación en consultas externas

La comunicación como estrategia corporativa de las instituciones

Se propone que todas las instituciones sanitarias elaboren e implementen recomendaciones explícitas (ya existen en algunas) sobre conceptos como cortesía, código de buenas prácticas y ecología emocional. Se debe hacer énfasis en la comunicación no verbal, incluyendo gestos, sonrisas, lenguaje corporal, tono de voz, urbanidad, respeto, cordialidad, código de vestimenta; recibir a la persona con un «buenos días», presentarse si es una primera visita, mirarla a ella (no al ordenador); escribir la nota clínica al finalizar la visita, cuando la persona ya ha salido del despacho (no durante la visita), explicar quiénes son los «acompañantes» en la consulta, si es que los hay (p. ej., personal en formación) y explicar la importancia de esta experiencia para su formación², así como pedir autorización para que continúen allí durante la visita.

Además, es importante la educación de los profesionales en habilidades de comunicación, para lo cual ya existen herramientas contrastadas, como por ejemplo la Acreditación Clínica Objetiva Estructurada (ACOES)³, entre otras. Sería deseable mejorar la humanización de la profesión mediante la inclusión de formación específica en los currículos de los grados de medicina, enfermería y otras profesiones sanitarias. Las malas noticias son difíciles de dar y recibir. Se propone formación específica en este tipo de habilidades de comunicación.

Estas reflexiones plantean el interrogante de si se podría evaluar la calidad de la comunicación con la persona enferma⁴. En este sentido, existen experiencias en otros ámbitos profesionales que podrían servir de referencia, como el uso de emoticonos a la salida de la consulta (como los existentes en los controles de seguridad o los lavabos de los aeropuertos), o los «falsos clientes» que evalúan las estrellas Michelin en restaurantes de alta gama. ¿Se podría considerar el uso de «falsos pacientes» que evalúen las circunstancias de su atención en consultas externas?

Empatía

De acuerdo con la Real Academia Española de la Lengua, la empatía es la capacidad que tiene una persona para de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos⁵. No se nace siendo empático, sino que es algo que, idealmente, se va desarrollando a lo largo de la vida y que se puede aprender, ejercitar y mejorar si existe la voluntad explícita de hacerlo así. La necesidad e importancia de una comunicación empática no solo afecta al personal médico, también al personal de enfermería⁶ y administrativo (recepción, teléfono; el primer contacto es importante). En este sentido, habría que reconocer a la «persona» que sufre una enfermedad, no al «paciente» (la etiqueta «paciente» no debería ser utilizada ya que tiene el potencial de estigmatizar a la «persona enferma», que sigue siendo persona a pesar de su enfermedad). Es importante hacer que la persona enferma se encuentre «cómoda», ya que entenderá mejor lo que le decimos (muchas de ellas salen de la consulta sin haber comprendido realmente lo que la ha dicho el médico, en parte porque se encuentran en una situación estresante y, a veces, porque el médico no ha sido lo suficientemente empático). También es importante la «escucha activa», es decir, prestar atención a la persona (no a la pantalla del ordenador); ¡la persona atendida en consultas quiere que la escuchen!

Lenguaje adecuado al nivel educativo e intelectual del receptor de la información

Con los pacientes (o con sus acompañantes) se recomienda no utilizar expresiones demasiado técnicas de difícil comprensión. En este sentido es importante contar con la colaboración de los acompañantes del paciente, dado que las personas estresadas (como el propio paciente) frecuentemente tienen dificultades para entender lo que se les explica.

Señalar, sin embargo, que la comunicación efectiva no solo es con la persona que se está atendiendo en consultas. También lo es entre colegas, del mismo o diferente nivel asistencial. En este sentido, también es necesario mejorar los informes de asistencia como herramienta de coordinación y comunicación profesional. Para ello se recomienda evitar «copiar/pegar» ya que los informes asistenciales se vuelven rápidamente ilegibles (en general, deberían ser más cortos y claros) y el uso indiscriminado de abreviaturas (muchas de ellas interpretables únicamente por especialistas en la materia, y a veces, ni por ellos mismos). Igualmente, se recomienda finalizar los informes con una valoración clínica y unas recomendaciones terapéuticas específicas. La historia clínica electrónica compartida es un elemento claro de mejora de comunicación entre profesionales, pero posiblemente pueda optimizarse si se atienden estas recomendaciones.

Nuevas formas de consulta

En la [tabla 1](#) se expone una lista de oportunidades de mejora en la consulta externa desde la perspectiva del paciente y del profesional que los atiende. A partir de ellas se proponen las siguientes acciones:

Respetar el tiempo de espera de la persona atendida en consultas (y sus acompañantes)

Se considera que este debe ser un objetivo fundamental en cualquier rediseño (estructural o funcional) de las consultas externas. Además de intentar minimizar o evitar los tiempos de espera innecesarios, se recomienda utilizar identificadores digitales a la llegada a la consulta para respetar la intimidad de cada persona que consulta, evitar colas, proporcionar información actualizada en tiempo real de la espera estimada para ver al médico, pedir disculpas si ha habido retraso respecto a la hora programada (no debería haberlo habitualmente), y, a la salida de la consulta, programar las nuevas visitas y/o pruebas complementarias por parte del personal administrativo mediante contacto por teléfono, e-mail, SMS, WhatsApp® u otras plataformas digitales (de nuevo se evitan colas, y se optimiza el tiempo de los pacientes y de los profesionales). Por supuesto, deberían considerarse horarios alternativos al habitual (tardes, fines de semana) como ya se hace en algunas pruebas diagnósticas complementarias (p. ej., técnicas de imagen) que permita reducir las listas de espera, y ofrecer horarios alternativos a las personas que consultan y tienen obligaciones laborales o familiares por la mañana.

Adecuar el tiempo de consulta a las necesidades reales de la atención sanitaria

Se considera que un tiempo mínimo de consulta debería ser de 15 min (presenciales con la persona que consulta delante) más 5 min adicionales, después que la persona que consulta ha abandonado el despacho, para escribir la nota clínica en el ordenador, hacer las peticiones necesarias de pruebas complementarias, y comentar el caso con los posibles estudiantes presentes en la consulta. Una posible estrategia para poder disponer de este tiempo

Tabla 1

Oportunidades de mejora en consulta externa desde la perspectiva del paciente y del profesional que los atiende

Perspectiva del paciente	Mejorar la accesibilidad (listas de espera). Dificultades de traslado para visita presencial por razones del propio paciente (movilidad limitada, residencia alejada del centro asistencial) o, durante la pandemia, por restricciones de movilidad social. Necesidad de mantener distancia de seguridad en salas de espera y otros espacios asistenciales durante la pandemia. Dar respuesta a las necesidades de las nuevas generaciones de nativos digitales que pueden preferir consultas telemáticas.
Perspectiva del profesional	Contribuir a la sostenibilidad medioambiental al reducir desplazamientos innecesarios. Dificultades para realizar interconsultas entre diferentes niveles asistenciales (atención primaria/atención especializada, especialidades diferentes). Elevada presión asistencial de consultas presenciales potencialmente inadecuadas. Esta presión podría ser reducida por nuevas formas de consulta no presencial. Necesidad de controlar la actividad asistencial y no el horario en el que se presta dicha actividad, especialmente en algunas de las nuevas formas de teletrabajo.

en pacientes complejos podría ser la consideración de las siguientes alternativas, no necesariamente excluyentes mutuamente: 1) *descargar al médico de la mayor parte posible de actividad administrativa/burocrática* que le permita dedicar mayor tiempo a la atención clínica de la persona que consulta; 2) *disminuir la demanda de consultas* mediante la inversión en autonomía y educación de los pacientes, consultas de enfermería experta y aprovechamiento de las nuevas tecnologías de la comunicación para la educación y tele-consulta de los pacientes⁷; 3) *evitar disruptores de la consulta*. En este sentido se recomienda considerar desconectar el teléfono móvil y/o buscar personas durante la consulta, o instalar una luz piloto en la puerta (no molestar), y 4) *reducir la burocracia y mejorar la eficiencia de las organizaciones*. Hay que considerar que el propio profesional de la salud también se puede estresar (todos ellos son también personas), por lo que se pueden considerar grupos de consultoría para evaluar las emociones durante la consulta⁸. Sería importante luchar contra el *burnout* de los profesionales aprovechando la mejora de su imagen social derivada de su actuación ejemplar durante la pandemia.

Consultas personalizadas

En función de las necesidades de los pacientes y los profesionales, se pueden considerar diversos modelos de «consulta personalizada» incluyendo la *multi-consulta* (en la que participan diferentes especialistas involucrados en la atención sanitaria de enfermedades complejas (*multi-disciplinariedad*)), la *consulta telefónica/videoconsulta* (muy potenciadas por la pandemia y que, posiblemente, «han llegado para quedarse»), la *e-consulta* (consulta por e-mail) y la *consulta por chat* (p. ej., MedXat⁹). En la [tabla 2](#) se exponen las ventajas e inconvenientes de estos diferentes tipos de consultas. Además, se puede considerar la «importación» de nuevas ideas a partir de otros tipos de espacios adaptados a nuevas formas de trabajar y de relacionarse entre personas, como las que están implantado muchas entidades bancarias (*fresh banking*), cada vez más basadas en la atención telemática (claramente preferida por las nuevas generaciones) y en horarios de atención más amplios.

Empoderamiento de la persona atendida en consulta externa

Garantizar el respeto, confidencialidad e intimidad

Es un imperativo legal¹⁰ que, mayoritariamente, se está cumpliendo adecuadamente, pero hay que enfatizar el derecho de toda persona que consulta a que se respete la *confidencialidad* de todos sus datos de salud, y a que nadie que no autorizado pueda acceder a los mismos. Además, la persona atendida en consultas externas tiene derecho a la *intimidad*¹⁰. En este sentido es importante transmitirle que, para el personal sanitario, durante la visita, aquella persona es «única» y supone un compromiso profesional, social y

personal. Por ejemplo, como se ha comentado anteriormente, se recomienda pedir autorización si en la consulta hay alumnos en formación y evitar/minimizar los «disruptores» de la consulta (p. ej., teléfono móvil).

Compartir decisiones clínicas

La relación médico/enfermo ha sido tradicionalmente paternalista. El médico creía que sabía mejor que nadie lo que convenía al paciente, y decidía según su propio criterio (generalmente adecuado para los conocimientos del momento). Afortunadamente, esta situación está cambiando. La Ley 41/2002 de 14 de noviembre regula la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en relación a la información y documentación¹¹. Esta ley establece que la persona tiene derecho a conocer toda la información sobre su propia salud, que esta ha de ser verídica y que se ha de dar de manera comprensible y adecuada a sus necesidades y requerimientos para ayudarla a tomar decisiones informadas de forma autónoma (si es posible). Es responsabilidad del profesional sanitario garantizar estos derechos. Sin embargo, como se ha comentado anteriormente, la capacidad de comunicación no es innata y los profesionales de la salud más jóvenes en formación generalmente aprenden aquello que ven hacer. Las habilidades de comunicación deben ser enseñadas y exigidas. Además, las decisiones compartidas implican la participación de las personas enfermas en el proceso de toma de decisiones que afectan a su salud, una vez han sido informadas adecuadamente de las ventajas, inconvenientes, beneficios y riesgos de las pruebas diagnósticas necesarias, eficacia y seguridad (posibles efectos secundarios) y pronóstico de su enfermedad. Los planes escritos de autocuidados pueden contribuir al empoderamiento de las personas enfermas.

Apoyo a las personas durante su tránsito (no siempre fácil) por el sistema sanitario

Se propone potenciar la figura del gestor/a de casos para la organización y monitorización de visitas y exploraciones, especialmente en enfermedades crónicas. Se propone considerar el papel de asociaciones de pacientes como acompañantes de otros pacientes para explicar, recomendar, entender y empatizar con la persona enferma y sus familiares que se inician en la experiencia de una enfermedad grave.

Acceso a información sanitaria de calidad contrastada

Se propone la creación de un directorio de páginas web que contengan información validada por la administración, colegios profesionales u otras entidades académicas para personas con problemas de salud específicos. Considerar el papel en el futuro más inmediato de asistentes de voz a través de Internet en páginas de información validada.

Tabla 2
Ventajas e inconvenientes de nuevas formas potenciales de consultas

Tipo consulta	Ventajas	Inconvenientes
Tele-consulta (teléfono, video)	Están al alcance de la mayoría de las personas (incluidas la de edad avanzada). Pueden solucionar consultas o problemas «menores», así como el seguimiento de pacientes crónicos.	No permiten la exploración física de la persona y, por tanto, no son recomendables en las primeras visitas. No todas las circunstancias clínicas son adecuadas para la tele- visita, incluyendo los pacientes que han empeorado, cuando hay que dar «malas noticias», cuando el interlocutor no es válido (no conoce la tecnología o no es capaz de procesar la información recibida correctamente), cuando no se tiene acceso electrónico al resultado de pruebas complementarias o a los medicamentos que está recibiendo el paciente (receta electrónica). Puede incumplir el RGPD.
e-consulta (e-mail)	Permiten notificar resultados de pruebas complementarias eficazmente. Pueden llegar a tener un contenido de la misma calidad que una consulta presencial. Son tecnológicamente posibles. Se adaptan bien a las generaciones de «nativos digitales» (nacidos en la era digital). Son más sostenibles desde el punto de vista medioambiental. Son útiles para consultas entre profesionales. Útil en el seguimiento de pacientes crónicos por enfermería avanzada. Consulta «en diferido» que no requiere la presencia del profesional en tiempo real. A potenciar como herramienta de comunicación entre profesionales	Requieren la asignación de tiempo específico en las agendas de los profesionales de la salud. Requiere asignación de tiempo específico en las agendas de trabajo.
Consulta por chat	Ya existen antecedentes con resultados positivos (ejemplo, «Sanitat respon» en Catalunya). Puede funcionar en tiempo real (síncrona) o en diferido (asíncrona). Está al alcance de la mayoría de la población. Útil entre grupos de profesionales. Útil entre grupos de pacientes con enfermedades similares. Útiles para discusiones grupales.	No es aplicable a cualquier tipo de consulta. Menos útiles para discusiones individuales. Requiere la asignación de tiempos en la agenda de trabajo. En tiempo real, requiere la presencia del profesional. Difícil de gestionar en grandes grupos de pacientes. Problemas de seguridad relacionados con el RGPD.

RGPD: reglamento general de protección de datos.

Una situación especial: la persona que consulta es un profesional de la salud

Con frecuencia su atención se lleva a cabo fuera de los circuitos oficiales (pasillos, sin cita) lo que puede mermar la calidad de la atención recibida. Hay que extremar los aspectos de comunicación (en este caso el paciente sí tiene formación sanitaria) y de confidencialidad discutidos anteriormente, especialmente cuando el profesional enfermo trabaja en el mismo centro sanitario que el profesional que lo atiende.

Mejoras estructurales

Consideraciones generales

En este apartado de mejoras estructurales, hay que diferenciar claramente entre proyectos arquitectónicos de nueva planta de posibles reformas de espacios ya existentes (en los que la introducción de algunas de las medidas propuestas aquí pueda ser más difícil o imposible)^{12,13}. En cualquier caso, se recomienda incentivar la participación de asociaciones de pacientes en este debate para tener una visión más transversal.

Sala de espera

Es el lugar donde la persona atendida en consultas externas pasa más tiempo, generalmente bajo presión psicológica, estrés y, con frecuencia, con prisa si la consulta se retrasa (ver comentarios anteriores al respecto). Por ello, es importante considerar aspectos de bienestar físico y psicológico¹⁴. El bienestar físico incluye aspectos higrotérmicos (ventilación, temperatura y calidad del aire),

acústicos (minimizar ruido innecesario como cierres de puerta o megafonía, reverberación) olfativos (lavabos, limpieza, desinfectantes), lumínicos (nivel de luz ambiental, poca genera inquietud e incertidumbre, demasiada genera sensación de sobreexposición, color de la luz —blanca frente a cálida—) y ergonómicos (mobiliario cómodo, especialmente las sillas/sillones, donde la persona pasa más tiempo en la sala de espera). El bienestar psicológico está relacionado con los espacios (su uso racional da sensación de amplitud y rebaja el nivel de angustia) y flujos de circulación de personas (entrada/salida de consultas, circuitos pacientes/profesionales). Si es posible, se recomienda disponer de vistas al exterior; si no lo es, pueden considerarse alternativas como imágenes decorativas, paneles de TV, videos, etc.). Considerar el color y la tonalidad de la pintura y materiales empleados para transmitir tranquilidad (cromoterapia) y el nivel de mantenimiento de las instalaciones, especialmente en aquellas más antiguas. Se puede considerar la oferta de entretenimiento para reducir el estrés asociado a la espera. En consultas pediátricas, se recomienda considerar un área de juegos infantiles o payasos. En todas las consultas, considerar ofrecer acceso gratuito a internet (WiFi) y a la recarga de baterías de los dispositivos personales, pantallas de TV con videos informativos o generales con subtítulos para evitar la banda sonora. También se recomienda considerar hilo musical y acceso a máquinas expendedoras alimentos y bebidas.

El despacho de consulta

Se recomienda: 1) facilitar la accesibilidad para pacientes en situación de discapacidad; 2) favorecer la proximidad física entre el profesional sanitario y la persona. Por ejemplo, evitar interponer una mesa entre ambos (crea distancia) o considerar nuevos diseños



Figura 1. Mesa en forma de «P» en consulta externa para facilitar la «proximidad» con el paciente (parte redondeada) al propio tiempo que permite una sección para el ordenador, teclado e impresora.

Fuente: cortesía del Instituto Respiratorio, Hospital Clínic, Barcelona.

de mesa (mesa en forma de «P») que permitan una mayor cercanía al mismo tiempo que mantengan la ubicación del ordenador y material necesario para la consulta (fig. 1), y 3) garantizar la privacidad de la persona tanto física (si ha de desnudarse para ser explorada) como acústica (garantizar la intimidad de la conversación).

Lecciones post-COVID

La pandemia COVID-19 ha producido cambios estructurales en el sistema de salud en general y en las consultas externas en particular. Desde hacía ya muchos años, se discutía la importancia de la telemedicina^{15,16} pero, en la mayoría de los casos, su debate se circunscribía a la esfera teórica. Sin embargo, en respuesta a la pandemia¹⁷, la telemedicina en consultas externas se ha implantado con una rapidez inusitada. Los beneficios de esta nueva forma de trabajar, que hemos podido constatar tanto los profesionales como los pacientes (y acompañantes) deben permitir el mantenimiento de un número de actividades telemáticas que facilite el acceso al sistema sanitario, evite desplazamientos innecesarios (con el consiguiente ahorro de tiempo y disminución de su impacto medioambiental)¹⁸ y permita una práctica clínica segura y eficaz. Hay que señalar, sin embargo, que no todas las visitas en consulta externa pueden realizarse de forma telemática. Habría que mantener aquellas consultas presenciales que así lo requiriesen como, por ejemplo, las primeras visitas, las visitas de seguimiento que precisasen la exploración física del paciente y aquellas en las que la comunicación telemática con el paciente (o sus familiares) sea difícil. Por otra parte, hay que evitar el peligro de deshumanización que puede comportar un abuso de la teleasistencia^{19,20}.

Conclusiones

Este artículo recoge una serie de reflexiones sobre posibles oportunidades de mejora en el ámbito de consultas externas basadas en la experiencia de un grupo amplio de profesionales sanitarios que, en su doble vertiente de pacientes y profesionales, aportan su visión personal sobre el tema. En conjunto, estas reflexiones indican que es posible mejorar el modelo tradicional de consulta externa centrándolo más en la persona que consulta y en las necesidades de los profesionales que la prestan. Los autores esperan que algunas de estas propuestas puedan ser recogidas por los gestores sanitarios para el beneficio de la persona enferma atendida en consultas externas.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses que declarar con relación a este artículo.

Agradecimientos

Los autores de este artículo representan a todos los miembros del grupo JANUS, y quieren reconocer explícitamente su contribución al contenido del documento. Estos miembros se listan a continuación por orden alfabético: Alvar Agustí; Antonio Aguilar; Ilaria Bianchi; Joan Bigorra; Antoni Coca; Miguel Angel Diaz Fuente; Manel Escobar; Domingo Escudero; Maria Teresa Esque; Anna Fabregat; Isabel Fandos; Evarist Feliu; Pilar Garces; Mari Pau González; Susana González; Helena Guardiola; M^a Josep Juan; Carme Martí; Patrici Martínez; Fernando Martínez Valle; Marisol Mompeó; Mercè Morral; Esther Pallisá; Jaume Padrós; Josep Lluís de Peray; Anna Reynier; Cristina Rodríguez; Matías Sala; Miriam Sarroca; Julia Saura; Dolors Sanchez; Aina Serra; Núria Serra; Roser Vallés; Eduard Vieta; Jordi Vilalta; Joseán Vilar y Montserrat Viver. Además, los autores quieren agradecer al Dr. Jaume Padrós y al Sr. Antoni Calvo del del Colegio Oficial de Médico de Barcelona su apoyo institucional al proyecto JANUS.

Bibliografía

1. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient*. 2019;12:461–74.
2. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013:CD003751.
3. Moreno ME, Vera CP, Tellería AM, Reina FN, Martín JS, Jurado MLF, et al. La evaluación clínica objetiva estructurada en la docencia en Anestesiología y Reanimación. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2012;59:134–41.
4. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382:1679–81.
5. Empatía RAE. [consultado 28 Jul 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/empat%C3%ADa?m=form>. 2022.
6. Pérez-Fuentes MdC, Herrera-Peco I, Molero Jurado MdM, Oropesa Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez Linares JJ. A Cross-Sectional Study of Empathy and Emotion Management: Key to a Work Environment for Humanized Care in Nursing. *Front Psychol*. 2020;11:706.
7. Wechsler LR. The Teleneurology Revolution. *Ann Neurol*. 2020;88:656–7.
8. Berendsen AJ, Benneker WHGM, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS, Schulling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:4.
9. MedXat [consultado 28 Jul 2022]. Disponible en: <https://medxat.com/home>.
10. Confederación de Consumidores y Usuarios [consultado 28 Jul 2022]. Disponible en: http://cecu.es/campanas/sanidad/European_Charter_of_Patients_Rights_in_Spanish%5B1%5D.pdf.
11. Boletín Oficial del Estado [consultado 28 Jul 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/dof/cat/pdf>.
12. Selami Cifter A, Cifter M. A Review on Future Directions in Hospital Spatial Designs with a Focus on Patient Experience. *Des J*. 2017;20:S1998–2009.
13. Bates V. 'Humanizing' healthcare environments: Architecture, art and design in modern hospitals. *Design Health (Abingdon)*. 2018;2:5–19.
14. Sato M, de Carvalho Mesquita Ayres JR. Art and humanization of health practices in a primary care unit. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2015;19.
15. Yellowlees P, Chorba K, Burke Parish M, Hannah Wynn-Jones H, Nafiz N. Telemedicine Can Make Healthcare Greener. *Telemed J E Health*. 2010;16:229–32.
16. Nittari G, Khuman R, Baldoni S, Pallotta G, Battineni G, Sirignano A, et al. Telemedicine Practice: Review of the Current Ethical and Legal Challenges. *Telemed J E Health*. 2020;26:1427–37.
17. Wahezi SE, Kohan LR, Spektor B, Brancolini S, Emerick T, Fronterhouse JM, et al. Telemedicine and current clinical practice trends in the COVID-19 pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2021;35:307–19.
18. Dullet NW, Geraghty EM, Kaufman T, Kisse J, King J, Dharmar M, et al. Impact of a University-Based Outpatient Telemedicine Program on Time Savings Travel Costs, and Environmental Pollutants. *Value Health*. 2017;20:542–6.
19. Pera C, Pera M. Could the medical humanities be a remedy for the rising disengagement between physician and patient? 2018 [consultado 28 Jul 2022]. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/PPR/PPR457582>.
20. Insausti Z. Implicaciones bioéticas en la relación médico paciente con la implementación de la telemedicina en tiempos de pandemia; 2020 [consultado 28 Jul 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/3691>.