



OISS
ORGANIZACIÓN
IBEROAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL

Protocolo Iberoamericano de humanización de la salud

Con el apoyo de:



Centro de
Humanización
de la Salud

Religiosos Camilos

Para cualquier consulta, póngase en contacto con la Secretaría General de OISS:

Teléfono: (34) 91 561 17 47

Direcciones corporativas de contacto: www.oiss.org

Secretaría general: sec.general@oiss.org

Esta publicación cuenta con la colaboración de la Cooperación Española a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). El contenido de esta es responsabilidad exclusiva de sus autores, y no refleja, necesariamente, la postura de la AECID ni de la OISS. Prohibido el uso de esta obra con fines comerciales.

Elaborado por: El Centro de Humanización de la Salud

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Madrid, 2022

Contenido

Introducción.....	4
1. Glosario	7
2. Propósito del protocolo	20
3. Principios del protocolo de Humanización	21
4. Criterios para la evaluación de la Humanización de la atención sanitaria.....	27
5. Metodología. Cómo usar este protocolo	30
6. Herramienta para la evaluación de la Humanización de la asistencia sanitaria	37
Bibliografía.....	41
Referencias	44

Introducción

La Asamblea General de las Naciones Unidas estableció en 2015 la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible plantea 17 objetivos con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental. En concreto el desarrollo 3, se enuncia de la siguiente manera *“Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades”*, que se despliega en una serie de actividades, siendo la que nos ocupa la actividad 5 promovida por la OISS para los países iberoamericanos: *Elaboración de protocolo iberoamericano de “Humanización de la salud”*. Los objetivos que se plantean en esta acción son *Identificar elementos clave para la humanización de los servicios de salud comunes a toda la región iberoamericana, de aplicación voluntaria por aquellas instituciones interesadas y fomentar el desarrollo y puesta en práctica de planes nacionales para la “Calidad y Humanización de la atención sanitaria”*.

El planteamiento de este objetivo en clave humanizadora no se puede entender como una moda que surge en los últimos años, sino producto de una manera de entender que la medicina, el cuidado de la salud y la prestación asistencial deben poner su punto central en la persona a la que atiende (entendiendo como tal no solo al enfermo sino a su entorno relacional). Humanizar supone *hacer humano, familiar o afable a alguien*¹. Cobrando especial significación la atención centrada en la persona, como principal manifestación de esta propuesta. El núcleo de la atención centrada en la persona está en el reconocimiento holístico de la persona en sus esferas constitutivas (biológica, psicológica, social, espiritual y cultural trascendente). Este planteamiento es especialmente significativo en un momento de incremento de tecnología en áreas de atención, marcado por el desarrollo de competencias fuertes, en detrimento de competencias blandas, comunicación, empatía, etc. sobre las que incide la Humanización. Cobra, por tanto, sentido la segunda acepción del término humanizar definido por la RAE, *“ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”*, puesto que una de las pretensiones de la Humanización en un espacio técnico ha de tener cabida una dimensión afable y cercana, comunicativa y benevolente (Feito, 2018), es utilizar la tecnología desde una pretensión de servicio al ser vulnerable.

Humanizar implica, como señala José Carlos Bermejo, tener en cuenta los valores que llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con

¹ Diccionario de la RAE.

la dignidad de todo ser humano. Porque no se puede olvidar que humanizar supone un compromiso ético, no solo por el compromiso con la persona sino con su entorno y ambiente, así se entiende el fomento de espacios que fomenten el confort, la accesibilidad y calidez, relacionado con integrarse en la comunidad y la participación de la misma (Bermejo Higuera & Villacieros Durbán, 2003).

Humanizar supone un proceso que se desarrolla en acciones, que tienen en común que en ellas se manifiesta el respeto por la dignidad intrínseca de todo ser humano.

La Humanización supone generar políticas institucionales que afiancen y promuevan llevar a cabo actuaciones adecuadas que pongan en el centro de la atención a la persona. Estas políticas tendrán su aplicación en los centros asistenciales de los diferentes ámbitos de atención (atención primaria, atención especializada, hospitalaria, centros socio sanitarios, etc.). Una medicina humanizada será la que es capaz de desarrollar sistemas adaptados a las personas, escuchando sus necesidades desde una perspectiva global. Y también la que forme e impulse profesionales comprometidos con relaciones clínicas basadas en la comunicación y en la búsqueda de una toma de decisiones compartida, encontrando un equilibrio entre la información y el conocimiento técnico, y los valores y preferencias de las personas (Feito, 2018).

Desde un punto de vista formal y conceptual se puede considerar que hay unos parámetros genéricos, universales de Humanización que permiten establecer unos mínimos comunes sobre los que ir elaborando propuestas con elementos y lenguajes aceptados de manera universal. Es preciso, por tanto, identificar los elementos comunes, el *humus* en el que se enraíza la Humanización. Estos elementos constituirán el mínimo común denominador que conformará el elemento básico de este trabajo. De manera que este protocolo de trabajo ha tenido en cuenta, los distintos proyectos que, a lo largo de los años, se han ido desarrollando a nivel local, regional y nacional en diversos países, de forma que se integran como elementos básicos para fomentar su implantación y puesta en práctica.

Humanizar la asistencia supone tener en cuenta las estructuras en las que ésta tiene lugar, por lo que este proyecto entronca directamente con los planes locales, con sus diferentes momentos de desarrollo, armonizándose con los mismos. Reconociendo las necesidades de cada institución y cada organización para llevar a cabo iniciativas concretas que permitan humanizar la asistencia. Se procurará una propuesta de los mínimos que alcancen a todos los países para constituir la base de los ulteriores protocolos nacionales.

La implantación de un plan de Humanización pretende llegar a todos los niveles de la organización, de manera que puedan trabajarlos los gestores y personas con capacidad de

difundir y aplicar directamente el protocolo, siendo fundamentales las personas que tienen dedicación específica a la gestión de la calidad, responsables de calidad, etc. Estas figuras son claves para la implantación del protocolo dado que, al contar con la experiencia de evidencias contempladas en los distintos planes de mejora, planes de calidad y planes estratégicos desarrollados, están en la posición ideal para llegar a cabo esta tarea. De manera que el protocolo no se quede aislado, sino que esté plenamente integrado, por derecho, en los planes de calidad y estrategia del Centro. Se parte así de la premisa de que Humanización y calidad van de la mano, de manera que una atención con mimbres humanizadores está aportando criterios de excelencia en la atención puesto que consideramos que se trata de la manifestación, quizá la más significativa, de la calidad asistencial.

Este protocolo nace con una vocación eminentemente práctica, por lo que la propuesta seguirá la metodología genérica de la gestión de la calidad teniendo en cuenta, como elementos para la Humanización, con sus diferentes actividades concretas, tres momentos: el enfoque de la gestión, los procesos y los resultados. Cada uno de estos momentos se desplegará en las actividades a desarrollar. Para este propósito se le dotará de herramientas que permitan su evaluación.

Se propone evaluación de distintos *ítems*, que permitan identificar evidencias en la consecución de objetivos. De esta manera se puede facilitar completar el círculo de calidad al identificar los puntos a mejorar y que se puedan revisar con carácter periódico los puntos concretos de humanización, para mejorar. De esta manera se trabaja en el ciclo de mejora continua que tiene como eje la humanización.

1. Glosario

ACREDITACIÓN: Proceso continuo y dinámico orientado a la mejora continuada de la calidad, solicitado voluntariamente por una organización sanitaria con el fin de obtener beneficios sociales y/o económicos que, aplicado por evaluadores expertos y externos a la institución a acreditar, permite verificar el nivel de cumplimiento de criterios y estándares fiables y previamente validados, que se incluyen en un *manual de acreditación* elaborado por una agencia de acreditación independiente y de prestigio reconocido, que es responsable de los procesos de evaluación y de la decisión de la acreditación.

Actualmente, la acreditación en salud se sustenta en cuatro pilares básicos de amplio alcance, los cuales precisan de la implicación de los directivos de los sistemas sanitarios y del conjunto de profesionales, así como de una serie de transformaciones importantes a nivel organizativo y de medición de resultados y objetivos.

Estos cuatro pilares o ejes son:

1. Satisfacción del persona o persona
2. Humanización de la atención
3. Los métodos de evaluación
4. Aspectos críticos a mejorar

ALINEAMIENTO: Tomando como referencia otros contextos, puede definirse como la característica que indica la postura moral y ética de las personas que participan en las distintas acciones de una organización que pueden incluir tanto los elementos internos como los externos incluyendo los proveedores (*Stakeholders*). Un sistema alineado muestra coherencia interna entre sus valores, los procesos y los resultados.

ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: Es un enfoque de atención que adopta conscientemente a individuos, cuidadores, familias y comunidades perspectivas como participantes y beneficiarios de sistemas de salud confiables que responden a sus necesidades y preferencias de manera humana y holística.

La atención centrada en las personas también requiere que las personas tengan la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. Se organiza en torno a las necesidades de salud y expectativas de las personas en lugar de enfermedades (Baquero Villamil, 2013). Enfoques y práctica de atención que ven a la persona como un todo

con muchos niveles de necesidades y objetivos, con estas necesidades provenientes de sus propios determinantes sociales personales de la salud. (WHO, 2015a.)

Esta filosofía fue desarrollada por Harvey Picker, líder de la filosofía de Atención Centrada en el Persona, exponiendo que “el sistema de salud está roto, pues mientras la ciencia y la tecnología médicas prosperan, la humanización y empatía en la atención, no lo hacen” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

ATENCIÓN INTEGRAL: Es la consideración de la persona como un todo en el que los elementos biológicos son una parte, pero no el objeto exclusivo de atención. La enfermedad, aunque se manifieste más en la esfera biológica afecta a todos sus componentes, psíquico, emocional, social, espiritual y valórico. Este espacio de relación que transita la persona debe ser acompañado por el profesional, en la búsqueda de la acción que mejor convenga a su salud, no solo física, sino emocional, psíquica y personal (Feito, 2018).

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (OMS)

ATRIBUTO: Cualidad o característica de una persona o cosa, algo esencial en su naturaleza. En el ámbito de la calidad, los nuevos estándares de calidad proponen atributos tales como la confianza y la comunicación entre las distintas partes interesadas: la administración los profesionales y los usuarios, fortaleciendo la transparencia y autonomía en las decisiones estrictamente sanitarias y de gestión y facilitando la mejora continua y el correcto seguimiento de los procesos.

AUDITORIA ÉTICA: aplicación de criterios o estándares éticos, no financieros, a las decisiones y actividades una organización.

AUTORIZACIÓN: Reconocimiento, otorgado por un organismo autoridad gubernamental, de que una organización reúne una serie de características administrativas de carácter obligatorio definidas por una norma jurídica, que le habilitan legalmente para poder realizar determinada función de la actividad.

BIOÉTICA: Disciplina que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología general y de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos. Es el intento de analizar racionalmente los deberes que como individuos y como miembros de la comunidad humana tenemos para con nosotros mismos y para con todos los demás, en lo relativo a la vida biológica, salud,

enfermedad, gestión del propio cuerpo, etc. Se trata de ligar hechos biológicos y valores (Reyes López & Sánchez Jacob, 2010).

BIOÉTICA CLÍNICA: Parte de la bioética que se ocupa de los problemas éticos de la aplicación de la ciencia y la tecnología médica a las personas, sanas o enfermas. También se denomina micro ética a tratar de las relaciones intersubjetivas e interdisciplinarias.

BUENAS PRÁCTICAS: Conjunto coherente de acciones que han rendido bien o incluso excelente servicio en un determinado contexto y que se espera que, en contextos similares, rindan similares resultados. En el ámbito sanitario se considera buena práctica aquella intervención o experiencia realizada que responde a las líneas estratégicas del Sistema Sanitario, basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva, pueda ser transferible y represente un elemento innovador para el sistema sanitario, (Subdirección General de Calidad y Cohesión Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, s. f.)

CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA: Resultado de asegurar que cada persona reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima-teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos de la persona y del servicio sanitario-y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción de la persona durante el proceso. Debe completarse con la percepción de la persona que interpreta que la asistencia cubre sus expectativas, que se identifica con *calidad percibida*.

CERTIFICACIÓN: Acción llevada cabo por una entidad, reconocida como independiente de las partes interesadas, en la que manifiesta que se dispone de la confianza adecuada de que un producto o servicio, debidamente identificado, es conforme con una norma específica u otro documento normativo del tipo o clase que sea.

CÓDIGO ÉTICO: declaración formal de los valores y prácticas comerciales de una empresa y, algunas veces, de sus proveedores. Un código enuncia normas mínimas y el compromiso de la empresa de cumplirlas y de exigir su cumplimiento, pero también puede esbozar los niveles de excelencia para exhortar a que se logren.

CONFLICTO DE INTERESES: Referido a las relaciones entre el profesional sanitario y la industria, cabría definirlo como la situación en la que un interés secundario -frecuentemente económico y siempre de tipo personal se antepone a un interés primario- sea el interés de la ciencia de la sociedad o de las personas atendidos- condicionando la capacidad de juicio presuntamente independiente del profesional. En ciertos ambientes también se denomina *compromiso dual o lealtad dividida*. Si este concepto se extiende al ámbito de las relaciones entre instituciones o entidades hay que contemplar también otras consideraciones, como son los valores éticos.

COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA: Grupo interdisciplinar que tiene como finalidad primordial ayudar, desde la bioética, a reflexionar y a tomar decisiones a la propia organización institucional, a los sanitarios y a los usuarios sobre la razones de los posibles conflictos éticos que se puedan producir en la clínica asistencial, tanto organizaciones públicas como privadas, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y proteger los derechos de todos los ciudadanos con ella relacionados.

COMPETENCIAS BLANDAS (SOFT SKILLS): Son aquellos atributos o características de una persona que le permiten interactuar con otras de manera efectiva, lo que generalmente se enfoca al trabajo, a ciertos aspectos de este, o incluso a la vida diaria. Se refiere a las habilidades sociales, “para la relación con la gente” son intra e interpersonales. “Son aquellos atributos o características de una persona que le permiten interactuar con otras de manera efectiva. Está relacionado con inteligencia emocional”.

COMPETENCIAS DURAS (HARD SKILLS): Comprende las destrezas técnicas adquiridas para desempeñar determinadas tareas o funciones. Se obtiene a través de la educación, capacitación, entrenamiento o son aprendidas en el trabajo (estadística, matemática, programación de computadoras, dominio de idioma extranjero, Título o certificado, velocidad de escritura, procedimientos, operador de maquinaria o equipo, manejo de información...)

CONTINUIDAD: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

CRITERIOS: Condiciones o requisitos definidos explícitamente que deben cumplirse para lograr algo. En la literatura anglosajona sobre calidad, por ejemplo, en el modelo de la JCAH el término inglés utilizado con este sentido es estándar.

CULTURA: Conjunto de creencias y valores que poco a poco son aceptados como propios por una organización y transformados en presupuestos básicos sobre la manera éticamente correcta de interpretar la realidad, la organización y el mundo en que ésta se inserta. La cultura moral debe ser más implícita que explícita.

DERECHOS HUMANOS: Los derechos humanos son los que se poseen básicamente por existir como seres humanos; no están garantizados por ningún estado. Estos derechos universales son inherentes a todos, con independencia de la nacionalidad, género, origen étnico o nacional, color, religión, idioma o cualquier otra condición. Varían desde los más fundamentales —el derecho a la vida— hasta los que dan valor a nuestra vida, como los derechos a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la salud y a la libertad (ACNUDH, s. f.)

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

DIGNIDAD: El concepto de dignidad humana tiene un carácter adscriptivo. Representa el reconocimiento de una naturaleza específica que hace del ser humano algo distinto de cualquier otra realidad y merecedor de un respeto igualmente singular. Expresa y atribuye una evaluación positiva; en este caso, moral podría decirse que, en este sentido, predicar la dignidad de X es lo mismo que predicar su humanidad. Adscribirle dignidad al ser humano viviente es algo así como colocarle una etiqueta de valor no negociable, irrenunciable, ineliminable e inviolable, que veda todo intento de auto o hetero deshumanización. Es el valor intrínseco de todo ser humano, en tanto que humano (González Valenzuela, 2008). Se entiende que la dignidad humana radicaría, entonces, en la potencialidad de las cualidades espirituales que definen al ser humano, y tal potencialidad se encuentra en todo ser biológicamente humano, incluso si todavía se encuentra en el primer estadio de su desarrollo -es decir, en la gestación- o si por cualquier razón se halla privado de las habilidades correspondientes a un desarrollo moral.²

DIMENSIÓN ESPIRITUAL: Supone el reconocimiento del mundo de los valores de la persona y que se manifiestan de manera diferente, como manifestación de sus inquietudes existenciales. Puede plasmarse en el mundo de las creencias y su expresión religiosa cuando sea pertinente. Es un elemento a considerar en todo proceso de toma de decisiones compartida.

EFICACIA: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

EFICIENCIA: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

ENFOQUE: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

ENFOQUE BASADO EN PROCESOS: Gestión sistemática de la interacción e interrelación entre los procesos empleados por las entidades para lograr un resultado deseado.

EFQM (EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT): Modelo que promueve la “excelencia” como prácticas sobresalientes en la gestión de la organización y el logro de resultados. Los conceptos fundamentales son: Orientación hacia los resultados, Orientación al persona, Liderazgo y constancia en los objetivos, Gestión por procesos y hechos, Desarrollo e implicación

² Martínez Pujalte, AL, recogido por Bermejo JC: Humanizar la asistencia sanitaria.

de las personas, Aprendizaje, innovación y mejora continuos, Desarrollo de alianzas, Responsabilidad social.

ÉTICA: Término de origen griego que significa estudio de las costumbres o hábitos de los seres humanos. Actualmente se refiere al estudio filosófico de los juicios morales, más atento a los problemas formales de fundamentación y coherencia lógica que a las cuestiones de contenido. Sin embargo, va más allá, tratando de evaluar la idoneidad de ciertos valores o principios en su aplicación en los campos concretos.

ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS: Parte de la bioética (mesoética) que se ocupa de la deliberación sobre los valores relevantes para una organización sanitaria y de su aplicación a todos los procesos (clínicos y de gestión) que realiza -en relación s sus partes interesadas (*Stakeholders*)- en orden a convertirla en una institución de excelencia.

ÉTICA PRINCIPIALISTA: Modelo de desarrollo de la bioética que se funda en el análisis de cuatro principios sobre los que deliberar en la toma de decisiones. Los principios inicialmente fueron enunciados en el informe Belmont y formularon como principio de respeto por las decisiones de las personas, principio de beneficencia y principio de justicia. Estos principios tenían una aplicación inmediata en investigaciones con sujetos humanos. Dos de los autores (Bauchamp y Childress) desarrollaron posteriormente la teoría Principialista para su empleo en ética clínica (Herreros Ruiz-Valdepeñas, 2015). Los principios enunciados por estos autores fueron el principio de autonomía, de beneficencia, de justicia y posteriormente se añadió el principio de no maleficencia como aportación de un autor español, D. Gracia.

EVIDENCIA: Se conoce como tal al saber cierto, indudable y que no se puede someter a revisión. Husserl indica que la evidencia se da cuando hay una adecuación completa entre lo mentado y lo dado (Ferrater Mora, 2001). Es un conocimiento que se nos aparece intuitivamente de tal manera que podemos afirmar la validez de su contenido, como verdadero, con certeza, sin sombra de duda. En un sentido más restringido se denomina evidencia a cualquier conocimiento o prueba que corrobora la verdad de una proposición. En medicina se entiende como Medicina Basada en la Evidencia o en hechos como un enfoque de la práctica médica dirigido a optimizar la toma de decisiones, haciendo hincapié en el uso de pruebas científicas provenientes de investigación correctamente concebida y convenientemente llevada a cabo.

EXCELENCIA: La RAE la define como: “Superior calidad o bondad que hace digno de singular aprecio y estimación algo” Aunque la definición más acertada de Excelencia lleva en el mundo mucho más de lo que podrías sospechar. Fue Aristóteles, el gran filósofo griego, quien dijo: “Somos lo

que hacemos día a día. De modo que la excelencia no es un acto, es un hábito”. (Aristoteles et al., 1985)

GÉNERO: Es un término técnico específico en ciencias sociales que alude al «conjunto de características diferenciadas que cada sociedad *asigna* a hombres y mujeres». Entonces, al hablar de género se está remitiendo a una categoría relacional y no a una simple clasificación de los sujetos en grupos identitarios; según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014), (WHO, 2018), se refiere a «los roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres», orientado a visibilizar aquellas diferencias y desigualdades sociales entre hombres y mujeres que provienen del aprendizaje, así como los estereotipos, los prejuicios y la influencia de las relaciones de poder en la construcción de los géneros. Se trata entonces de una construcción social y no de una separación de roles natural e inherente a la condición biológica de los sujetos —características anatómico-fisiológicas.

HUMANIZAR: Es tomar conciencia de sí mismo, de la propia condición que nos permite colocarnos, de alguna manera, fuera de la naturaleza y preguntarnos por ella y por sí mismo en medio de ella. Humanizar una realidad, significa hacerla digna de la persona humana, es decir coherente con los valores que percibe como peculiares e inalienables. (Bermejo, 2003)

HUMANIZACIÓN: Constituye el principal problema bioético, cómo humanizar la relación entre las personas que poseen conocimientos sanitarios y el ser humano frágil y, frecuentemente, angustiado, que vive el duro trance de una enfermedad que afecta hondamente a su ser personal (Gafo, 1994). Es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria y social, la formación de los profesionales y voluntarios, el desarrollo de planes de cuidados individualizados, etc. y sin duda la gestión de la calidad en estos ámbitos. También se puede entender como actitud mental, afectiva y moral que obliga al profesional a repensar continuamente sus propios esquemas mentales y a remodelar costumbres de intervención -y sistemas terapéuticos y asistenciales- para que se orienten al bien del enfermo que es, y sigue siendo, una persona que atraviesa por una dificultad y por ende vulnerable, entre otras cosas porque no siempre es capaz de formular de modo correcto directo su verdadera necesidad. (Bermejo & Centro de Humanización de la Salud, 2014)

HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA: La existencia de un respeto mutuo entre usuarios y profesionales, donde prevalece la atención personalizada e integral sobre el problema sanitario;

una relación en la que ambos actores son concedores del sistema y del papel que juega cada uno en el proceso asistencial. (Ferrer Aguarales & Molina Alén, 2007)

ISO: La Organización Internacional de Normalización, también llamada Organización Internacional de Estandarización es una organización para la creación de estándares internacionales compuesta por diversas organizaciones nacionales de normalización. Los principales productos de ISO son sus estándares internacionales. ISO también publica informes técnicos, especificaciones técnicas, especificaciones disponibles públicamente, erratas y guías

INDICADOR: Es un elemento de información relevante acerca de si se está cumpliendo con los objetivos que se han marcado. Hay diferentes clasificaciones siendo una de las más conocidas los indicadores de estructura, indicadores de procesos o indicadores de cumplimiento e indicadores de resultados, teniendo mucho protagonismo en estos, los indicadores de percepción de los grupos de interés.

INTERCULTURALIDAD: El respeto por la vida humana y sus diferentes expresiones culturales. Este principio puede ser universalmente compartido o no. Pero la consideración de la diversidad cultural es un paso que ha de seguir a la información objetiva de las condiciones de salud al tomar decisiones morales para reducir la inequidad en el sistema, ya que junto a los beneficios que ofrece la globalización actual nos encontramos con las dificultades que ella encierra al tender a borrar la diversidad cultural. Esta filosofía prosigue una línea de trabajo arraigada en el saber indígena y popular, tal como la propusieron desde los años sesenta Rodolfo Kusch y Miguel León Portilla (Salas Astraín, 2008).

Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

INTERDISCIPLINARIEDAD: Expresa la cualidad de ser interdisciplinario. Es un campo de estudio que cruza los límites tradicionales entre varias disciplinas académicas, o entre varias escuelas de pensamiento, por el surgimiento de nuevas necesidades o del desarrollo de nuevos enfoques teóricos o técnicos. En principio, el término «interdisciplinario» se aplica en el campo académico al tipo de trabajo científico que requiere metodológicamente de la colaboración de diversas y diferentes disciplinas y, en general, la colaboración de especialistas procedentes de diversas áreas tradicionales o de disciplinas cada vez más especializadas.

La interdisciplinariedad involucra grupos de investigadores, estudiantes y profesores con el objetivo de vincular e integrar varias escuelas de pensamiento, profesiones o tecnologías, —aún con sus perspectivas específicas—, en la búsqueda de un fin común.

JCAH: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias.

LÍDER, (LIDERAZGO): Es el conjunto de habilidades gerenciales o directivas que un individuo tiene para influir en la forma de ser o actuar de las personas o en un grupo de trabajo determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo hacia el logro de sus metas y objetivos. También se entiende como la capacidad de delegar, tomar la iniciativa, gestionar, convocar, promover, incentivar, motivar y evaluar un proyecto, de forma eficaz y eficiente, sea este personal, gerencial o institucional (dentro del proceso administrativo de la organización).

MANUAL DE CALIDAD: Documento que describe y especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de una entidad. Los manuales de calidad pueden variar en cuanto a detalle y formato para adecuarse al tamaño y complejidad de cada entidad en particular.

MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD: Modelo de calidad que pretende que la organización se oriente preferentemente a la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus personas, mediante una actitud de revisión sistemática y continuada de sus procesos de funcionamiento, en orden a la anticipación de los problemas y a la adopción precoz de medidas de mejora.

MISIÓN: Es una declaración de la Institución de por qué está aquí, cuál es su razón de ser. Constituye la razón de ser del servicio, la esencia de la actividad que desarrolla el servicio en sí.

MULTICULTURALIDAD: Reconocimiento de las diversas culturas presentes en el entorno y el papel que desempeña cada una de ellas en el contexto relacional, Véase *interculturalidad*.

MULTIDISCIPLINARIEDAD: Reconocimiento de las distintas disciplinas que participan en los procesos de salud. Véase: *interdisciplinariedad*.

NORMALIZACIÓN: Toda actividad que aporta soluciones para regularizar y sistematizar aplicaciones repetitivas de un proceso en el ámbito científico, tecnológico, económico o industrial.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE: Son una iniciativa impulsada por Naciones Unidas para dar continuidad a la agenda de desarrollo tras los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Son 17 objetivos y 169 metas propuestos como continuación de los ODM incluyendo nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible y la paz, y la justicia, entre otras prioridades. Tras un proceso de negociación sobre los ODS que involucró a 193 estados miembros de la ONU, el 25 de septiembre de 2015, los 193 dirigentes

mundiales aprobaron en una cumbre celebrada en Nueva York en reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General, una Agenda que lleva por título "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", el que entró en vigor el 1 de enero de 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud, definida en su Constitución como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

OPORTUNIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

PDCA: Acrónimo de sistema de calidad que significa: P: *Plan* (planificar), D: *Do* (hacer), C: *Check* (evaluar), A: *Act* (actuar), Es un proceso de mejora continua que supone establecer una actuación circular que pasa por planificar, lleva a cabo lo planificado, evaluar lo realizado y llevar a cabo acciones correctoras para lo que se plantea nueva planificación.

PERTINENCIA: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

PERSPECTIVA DE GÉNERO: La perspectiva de género es una categoría analítica que acoge a todas aquellas metodologías y mecanismos destinados al «estudio de las construcciones culturales y sociales propias para las mujeres y los hombres, lo que identifica lo femenino y lo masculino» (Chávez Carapia, 2004) con el trasfondo de la desigualdad entre géneros en todas las clases sociales. Se le denomina también "enfoque de género", "visión de género" y "análisis de género", aunque aún se considera que existen imprecisiones en el uso de estos términos. Su origen se remonta al documento emanado de la Cuarta Conferencia sobre la Mujer celebrada en Pekín en 1995, instancia en la que se utilizó por primera vez como elemento estratégico para promover la igualdad entre mujeres y hombres. La igualdad de género consiste en la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades para todas las personas. Es un pilar necesario para lograr un mundo sostenible, pacífico, próspero, saludable y que no deje a nadie desatendido. Es un derecho humano fundamental establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, y es esencial para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El género es un factor determinante de inequidades sanitarias. Puede limitar la equidad sanitaria afectando, por ejemplo, al acceso a la cobertura sanitaria universal.

PERSPECTIVA DE DIVERSIDAD FUNCIONAL: Diversidad funcional es un término alternativo al de discapacidad que ha comenzado a utilizarse por iniciativa de algunas personas afectadas, y pretende sustituir a otros cuya semántica hay quien considera peyorativa, tales como "discapacidad" o "minusvalía". Se trata de un cambio hacia una terminología no negativa sobre la diversidad funcional. El término fue propuesto y acuñado por Javier Romañach Cabrero en el *Foro de Vida Independiente*, en enero de 2005.

La diversidad funcional podría entenderse también como un fenómeno, hecho o característica presente en la sociedad que, por definición, afectaría a todos sus miembros por igual, debido a que, durante la infancia y la senectud, todas las personas son dependientes. Dado que en la sociedad existen personas con capacidades diferentes entre sí, incluso grandes variaciones de éstas en un mismo individuo a lo largo de su vida, es posible afirmar que, en un momento dado, en la sociedad existe diversidad funcional del mismo modo que se observa diversidad cultural, sexual o generacional.

El cambio terminológico ha dado lugar también a una nueva manera de entender el fenómeno y ha significado la descripción de un Modelo de la Diversidad. La perspectiva de diversidad funcional supone la integración en las políticas sanitarias de estas características personales, sin discriminación. Esta perspectiva supone la afirmación de que las condiciones particulares no son discapacidades, sino modos alternativos de ser humanos. Desde esta perspectiva se han defendido posturas que han tratado la discapacidad desde un punto de vista social, reclamando no solo ayudas, cuanto reconocimiento a su diversidad, en un intento de superar la discriminación y desigualdad en las oportunidades que la sociedad ofrece (Sánchez-Caro & Abellán, 2012).

PLAN ESTRATÉGICO: Es el plan que recoge la estrategia de la organización y define su posición en su entorno y el modo en que competirá con otras organizaciones. Al planificar tiene que dar respuestas a cuestiones básicas: que se va a hacer, cómo se va a hacer, de qué formas se organizará para conseguir los objetivos, que recursos y medios va a utilizar, cuánto, en qué momento se realizan las distintas actuaciones, qué controles se establecerán.

PLAN DE HUMANIZACIÓN: Estrategias institucionales y administrativas que promueven el desarrollo de acciones humanizadoras en el ámbito de la salud, la atención sanitaria y sociosanitaria, promoviendo programas y proyectos que pongan a la persona en el centro de la atención, a través de la personalización de la atención y a lo largo de todo el proceso asistencial. Son elementos clave, y constituyen su fortaleza la participación ciudadana y de los profesionales.

PLANIFICAR: Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos de la persona y las políticas de la entidad. Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto definir metas (qué); la segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.

PLANIFICACIÓN DE CALIDAD: Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir los objetivos de la calidad.

POLÍTICA DE CALIDAD DE UNA INSTITUCIÓN: Intención global y orientación de una institución relativa a la calidad tal como se expresa formalmente por la alta dirección de esa institución.

PROCEDIMIENTO: Conjunto de instrucciones escritas que describen las actividades o pasos aprobados y recomendados para un acto determinado o secuencia de actos.

PROCESO: Secuencia de actividades que añaden valor a un producto o servicio. Se realizan de forma secuenciada y que tiene una entrada y una salida. En la teoría de los procesos aplicados a las organizaciones suele distinguirse entre procesos estratégicos, clave y de soporte. Los estratégicos se relacionan con la gestión y planificación de la organización, pero no interviene directamente en el producto o servicio. Los procesos *clave* son los que guardan relación directa con la producción del resultado en la persona. Los de *soporte* sirven de apoyo material o funcional a los procesos clave, para que puedan realizar su objetivo adecuadamente.

PROTOCOLO: Según el RAE, secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc. describe los objetivos, diseño, metodología y consideraciones tomadas en cuenta para la implementación y organización de una determinada acción.

REDER: Acrónimo de Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión. Sugiere que, antes de planificar lo que vamos a hacer (adoptar un enfoque), es necesario determinar los resultados que se quieren mejorar (los objetivos). Esto refuerza la importancia de la relación causa-efecto entre proceso y resultados.

SALUD: La OMS, en su declaración fundacional, lo define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). Es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de enfermedad.

SINGULARIDAD: Se hace referencia a la singularidad del ente, que queda precisada por la mismidad. Se la considera parte de la ontología (la ciencia del Ser). La singularidad humana o también llamada singularidad del comportamiento humano se define por el sentimiento de individualidad. Dentro del reino animal somos un fenómeno singular ya que aparentemente somos los únicos que buscamos diferenciarnos unos de los otros buscando ser único y especial. En la antropología y psicología se usa el concepto de singularidad emocional que se refiere a la importancia de que cada ser humano tome conciencia de su construcción relacional singular con respecto a nuestras asociaciones entre nuestras experiencias y sentimientos para nuestro crecimiento personal.

TRANSVERSALIDAD DE GÉNERO: La transversalidad de género es la incorporación, la aplicación del Principio de Igualdad de Trato y de Oportunidades entre mujeres y hombres a las Políticas Públicas, de modo, que desde se garantice el acceso a todos los recursos en igualdad de condiciones, se planifiquen las políticas públicas teniendo en cuenta las desigualdades existentes y se identifiquen y evalúen los resultados e impactos producidos por éstas en el avance de la igualdad real.

VALORES: Cualidades que se estima que presentan los seres, en virtud de las cuales unas resultan más apetecibles o preferibles a otras. En la estimación de los valores morales las preferencias se traducen en deber de respeto y, además, genera principios de conducta. Forman parte de la espiritualidad de las personas.

Cuando se refiere a las organizaciones se habla de valores éticos orientados a la acción; es decir, los “mínimos morales” imprescindibles para generar y afianzar la confianza en las relaciones institucionales que proporcionan credibilidad y legitimidad social. Sirvan algunos, como ejemplo integridad, confianza, independencia, libertad, veracidad, transparencia, sinceridad, dignidad, respeto, diálogo, compromiso cívico, eficiencia, equidad, responsabilidad cooperativa, legalidad.

VISIÓN: Es la declaración en la que se describe cómo desea ser la Unidad en el futuro. Apreciación idealizada de cómo quieren que nos vean en el futuro nuestras personas y la sociedad en su conjunto. Indica hacia dónde camina, dónde se posiciona de cara a su futuro lejano, a su horizonte. Puede ser definido como el escenario deseado.

2. Propósito del protocolo

El propósito de este protocolo es ofrecer herramientas que permitan el análisis y la reflexión basada en principios y valores básicos y universalizables que promuevan, resalten y pongan en valor la Humanización y que permitan a los gestores y responsables de calidad integrar el conocimiento obtenido mediante evidencias, en el desarrollo de sus planes de mejora, planes de calidad y planes estratégicos.

Está dirigido tanto a sistemas amplios de gestión, como un Ministerio de Salud como a otros más concretos como entidades prestadoras de salud, hospitales, residenciales de personas mayores o centros de atención primaria en salud, entre otros. En el presente protocolo se emplearán por ello los términos sistema u organización, de manera genérica.

Trabajar con el protocolo en un caso u otro seguirá la misma metodología, cambiando el tamaño del alcance y las particularidades que cada uno de estos sistemas tendrá que matizar al realizar la evaluación.

No se trata por tanto de una herramienta para la planificación sino para el análisis y la valoración del nivel de Humanización de un ámbito determinado, que permita la planificación posterior. La recomendación es por tanto la de integrar los planes de Humanización en la planificación de Calidad o la planificación estratégica.

Este protocolo está especialmente dirigido a personas con capacidad de decisión en las organizaciones, visión global y alto conocimiento de la misma, preferentemente gestores, directivos, responsables de calidad, o puestos similares.

3. Principios del protocolo de Humanización

Dignidad

Dignidad es un concepto directamente ligado a la ontología (a la esencia) del ser humano. La dignidad nos viene dada por nuestra condición, es algo intrínseco y a lo que no se puede renunciar. Es en la dignidad en la que se fundamenta la humanización, puesto que lleva considerar al “otro” como igual en cuanto a consideración y respeto, de donde emanan derechos universalizables como expresó Kant: “Obra como si la máxima de tu acción debiera convertirse, por tu voluntad, en Ley Universal de la naturaleza” (Kant, 2001). Esto entronca directamente con la definición que aporta la RAE, puesto que designa lo que es estimado o considerado por sí mismo, no como derivado de algo otro. Es por ello que cuando se aplica a la persona humana, se la está considerando como fin en sí misma, reconvine la máxima de Kant: “Actúa de tal modo que trata a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona del otro, no como mero medio, sino siempre y al mismo tiempo como fin.

Es preciso indicar que dignidad, no solo hace referencia a la esencia del ser humano, sino también a su forma de comportarse como recoge Bermejo (Bermejo & Centro de Humanización de la Salud, 2014). Esta manera de comportarse es especialmente significativa en el mundo de la salud donde la relación es con personas vulnerables, y en situación habitualmente de fragilidad, de manera que la manera de responder ante esta vulnerabilidad puede dar la clave de una actuación digna. Respeto por la vida humana que debería alcanzar toda la vida del ser humano.

Recogiendo lo expresado se puede indicar que, en este sentido el respeto por la dignidad del otro impregna todo quehacer humano desde la perspectiva ética. Para Paul Ricouer en la fragilidad humana, se fundamenta una ética humanizadora, que tiene como rasgos distintivos actuar restableciendo un trato de interrelación y de consideración hacia el otro, siendo su manifestación más palmaria la participación activa en su proceso de atención a cualquier nivel, como interlocutor especialmente válido por su propia condición. Cómo se actúa ante el otro, más si es frágil y vulnerable, nos da la talla ética de la persona, y también de las organizaciones y de las distintas administraciones. Y supone un genuino ejercicio de responsabilidad, tanto en el sentido expresado por Kant como en el manifestado (más recientemente por H. Jonas), confiere al principio de responsabilidad carácter universal en cuanto a lo que supone el compromiso por la permanencia de la genuina vida humana, sin comprometer “...las condiciones de una continuidad indefinida de la humanidad sobre la tierra”.

Evidentemente, esto lleva a considerar las condiciones objetivas de vida que se deben dar para que se respete la dignidad desde una perspectiva humanizadora, lo que supone comprometerse por erradicar las injusticias, sus causas y sus consecuencias, las condiciones no saludables, en cualquiera de las dimensiones de la persona.

Justicia y accesibilidad

La injusticia es probablemente el elemento que más incidencia tiene en la deshumanización de la Salud. Los auténticos logros sociales de la evolución en los sistemas de prestación sanitaria de los diferentes países han tenido que ver no tanto con el desarrollo científico técnico sino con el aumento de la cobertura poblacional, la accesibilidad, la integración de las poblaciones de culturas diversas en un mismo territorio. En definitiva, el reconocimiento de los Derechos Humanos para toda la población.

La justicia, como principio, supone una actuación práctica del respeto por la dignidad del otro y sobre todo, de su fragilidad y vulnerabilidad. J. Rawls lo establece como un mecanismo para eliminar las desigualdades sociales, de tal manera que un reparto de los bienes sociales debería redundar en los más necesitados, que el Profesor Diego Gracia reformula como “una sociedad es justa si todos los valores sociales (Bienes sociales primarios) se distribuyen igualitariamente, y solo se acepta una desigualdad, si se busca mejorar a una persona que tenga más necesidades.”. Igualmente, como principio supera el viejo paternalismo y la invasión tecnológica, centrándose en la denuncia de que la “...salud es una prerrogativa de unos pocos, frente al abandono y la vulnerabilidad que sufren la mayoría. El hecho es que la justicia -como redistribución y reconocimiento- se nos aparece como la condición de la autonomía” (León Correa, 2009).

Este principio de justicia, aplicado al presente protocolo de Humanización, pretende poner la mirada en la necesidad de proponer modelos de atención universal, mejorar la accesibilidad a los servicios, paliar los efectos de la fragmentación en los sistemas y servicios, asegurar la prestación de salud a las personas más frágiles, adecuar los modelos y procesos para hacerlos inclusivos a las poblaciones de otras razas, etnias, religiones o culturas.

En la revisión de principios que realiza León Correa (León Correa, 2009), se pueden encontrar claves que articulen la justicia, como principio con praxis asistencial, institucional y social. Propone en el ámbito clínico respeto de derechos persona, equidad en reparto de recursos, protección del más débil, eficiencia profesional, continuidad de atención. En el ámbito institucional respeto de derechos personas, equidad en el acceso a la atención salud, no discriminación injusta, equidad en la distribución de recursos escasos, protección de la población

vulnerable, eficiencia institucional, sostenibilidad de la atención. Y para el ámbito social priorización de la salud, seguimiento de las iniquidades, discriminación positiva, control, acreditación, sostenibilidad del sistema.

Ética

Como se indicó anteriormente Humanizar la atención en salud ha de reconocer la dignidad intrínseca de la persona, de dónde se derivan consideraciones éticas que son intrínsecas al propio proceso de humanización. Porque supone pasar a la práctica encarnándolo en conductas (Bermejo & Centro de Humanización de la Salud, 2014). Esto supone trabajar en tres perspectivas que finalmente redundan en la humanización de la asistencia, la jurídica, estableciendo las normas que permitan su desarrollo; la de infraestructuras y las estructuras materiales y técnicas de la asistencia; y finalmente la perspectiva ética: humanizando los comportamientos, las relaciones recíprocas entre enfermos, sanitarios y cuantos cooperan en la protección de la salud.

Más allá de la ética principialista con la que se puede justificar un protocolo de Humanización, aquí lo entendemos, en palabras de Bermejo, como *“cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización”*. Se trata por tanto de colocar el referente de los valores en la práctica de la gestión, en la realización de los procedimientos sanitarios, en el cuidado al otro. Es por tanto el enfoque de la ética del cuidado el que impregna la cotidianidad asistencial, los planes de desarrollo de personas, la toma de decisiones a distintos niveles. El cuidado debe ser preocupación por el otro vulnerable lo que se articula en dos maneras, el cuidado competente y el cuidado personal, que serían el equivalente de las competencias a reunir por parte los cuidadores; así el cuidado competente tiene que ver con las competencias “duras” y el cuidado personal con las competencias “blandas”, ambas deben cultivarse y desarrollarse para desarrollar una atención sanitaria excelente, que es lo que pide la ética.

Implica reconocer a la persona en su unicidad, pero también considerar a la persona en todas sus dimensiones, lo que tiene en cuenta su mundo relacional, es el grupo humano a quien se debe dirigir la asistencia como reconocimiento del valor en la vida de cada persona.

Un planteamiento ético de la asistencia también debe llevar a la consideración del propio agente de salud, que va a ser elemento de Humanización, como agente humanizado y que puede quedar afectado por la relación recibiendo las influencias y el empuje de la persona o grupo al que desea considerar de manera holística (López E, Población P), recogido por Bermejo (Bermejo

& Centro de Humanización de la Salud, 2014)

Valores que nos llevan asimismo a cuidar los recursos, en equilibrio con el medio ambiente y el cuidado del ecosistema tal y como señala la Organización Panamericana de la Salud al ampliar el concepto de salud de la OMS.

Desde una perspectiva macro, este concepto lleva a la ética de la hospitalidad, una ética de la obligación de cuidado y de la protección. La hospitalidad de los seres humanos se manifiesta como la primera forma de humanidad general y más cuando estos seres humanos estamos en condiciones de indefensión por pérdida de nuestra salud. Implica convertir la institución en un lugar de interacción humana, de acogimiento al enfermo y su familia con un sentido ético de comprensión de la necesidad y la fragilidad humana, con la alteridad que nos permite comprender que en cualquier momento somos nosotros los que requerimos de la hospitalidad.

Transversalidad e integración

La Humanización como desafío cultural ha de tener su concreción en los diferentes ámbitos del sistema y hacerse presente en los lineamientos nacionales, territoriales y organizacionales. Dentro de estos, ha de ser tangible tanto en los enfoques asistenciales como en los que afectan a la gestión de personas, los recursos materiales, las infraestructuras, la gestión de la calidad, la participación de la comunidad y el mundo académico, el estilo de ejercer el liderazgo, entre otros. Concebir la Humanización como cultura de fondo supone superar la tentación de politizarla y acotarla en un plan puntual o una meta a conseguir para aceptarla como un desafío ético hacia el que encaminar todos los esfuerzos, valores y motivaciones más profundos.

En buena medida, generar cultura de humanización implica que las personas que participan del cuidado de la salud se apropien de ella a través de iniciativas de capacitación y desarrollo, así como de cuidado de las condiciones laborales en las que se desempeñan.

Integralidad

La salud se considera aquí como un hecho biográfico y no como un acontecimiento que afecta solo a la esfera de lo físico. Si la OMS define la salud como un desafío bio-psico-social, humanizar la salud nos ha de llevar a considerar además de éstas, la dimensión espiritual del ser humano. En este sentido, la visión de la persona adquiere un enfoque más amplio y completo que ha de ser integrado en los modelos asistenciales y en la planificación de los programas.

En este protocolo de Humanización, se propone la consideración de la persona en sus dimensiones física, intelectual, emocional, social y valórica/espiritual.

Lo que da sentido a este planteamiento es la consideración de que la persona, es el centro de la atención, por lo que las actuaciones deben considerar la continuidad de la atención, sin fragmentar por espacios, ámbitos, etc. Ahí es donde los diversos agentes deben llevar a cabo las acciones para no dispersar la atención, establecer mecanismos de control que aseguren una atención real como sujeto complejo, que no fraccionado.

Se trata por tanto de concebir la atención de los sistemas de salud como un ecosistema en el que interactúan personas diversas y que tiene por fin el cuidado de la salud integral con las mayores cotas de dignidad posibles.

Por otra parte, en este principio se pone de manifiesto que una medicina humanizada debe ser capaz no solo de desarrollar sistemas adaptados a los pacientes, sino dar respuesta a los determinantes sociales de salud (DSS), es decir *las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud*. Caso contrario pierde su enfoque holístico y ético.

Calidad y orientación a resultados

Calidad, al igual que Humanización, son términos polisémicos y valorativos. Más que medirse objetivamente, inducen a la elaboración de juicios de valor emitidos en base a criterios que buscan ser racionales, tangibles y universalizables. Al plantearnos medir la Humanización (o la Calidad, que en verdad han de ser entendidas como sinónimos), hemos de conformarnos con medir determinados criterios o parámetros que se consideran claves para aproximarnos a un modelo de atención más centrado en las personas, más próximo a llegar a ser un “sistema sanitario humanizado cuya razón de ser es el estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre (y de la mujer). Para esto ha de ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las desigualdades sanitarias, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo...”

Así humanizar comprende la visión integral de la persona y de los procesos de gestión, no limitados exclusivamente a los datos, la programación, la coordinación, sino orientados a proporcionar una calidad global, integral, centrada en la persona.

La evolución de los sistemas de seguridad social de los diferentes países permite ver que, a mayor nivel de desarrollo, más presente está el enfoque de gestión de Calidad y el concepto de excelencia. Este concepto, planteado más como un horizonte hacia el que avanzar que como

una meta concreta plantea referentes éticos y de valores cuando nos referimos a la prestación de servicios de salud. No hay búsqueda de la excelencia sin perseguir la Humanización de los servicios de salud, al igual que no puede darse Humanización sin una suficiente gestión de la calidad asistencial entendida en su sentido amplio. Es por ello que este protocolo plantea la integración de ambos conceptos en uno para el diseño de sistemas de gestión impregnados de hondos valores y desplegados como un arte al servicio de las personas más vulnerables.

Son principios que deben marcar la humanización de la gestión de la calidad, recogidos por Bermejo y Muñoz (Bermejo & Muñoz, 2014): 1. Liderazgo, misión, visión y valores. 2. Planificación y mejora continua. 3. Orientado a las personas. 4. Desarrollo de procesos. 5. Intercambio de buenas prácticas. 6. Responsabilidad social y 7. Aprendizaje, innovación y gestión del cambio.

El desarrollo de estos puntos debe ayudar al posicionamiento de la institución, o del servicio o del área de atención frente a la sociedad y frente a los actores, los personas, los profesionales, los administradores, todo ello con la mirada puesta en el objetivo final de la calidad, que es lograr la excelencia.

Uno de los errores más frecuentes al realizar programas o planes de Humanización es la ausencia de elementos de medición y evaluación. De este modo, el desafío de Humanizar queda relegado a una posición teórica, en ocasiones moralista, formulada con poca convicción. Este protocolo propone vencer la subjetividad en la valoración de los sistemas de salud cuando hablamos de Humanización o trato humanizado para aterrizar en la formulación de estrategias que se acompañan de iguales mecanismos de seguimiento y evaluación que otras que se formulan en cada organización.

Se van a proponer un elenco de ítems que pretender medir, en la medida de lo posible todos los elementos contemplados en estos principios con formulaciones realistas y no finalistas que promuevan no solo la cultura de la calidad sino introducir en una dinámica de mejora continua que redunde en toda la organización.

4. Criterios para la evaluación de la Humanización de la atención sanitaria

Los criterios presentados se distribuyen en tres dimensiones:

1. Cultura y liderazgo de la Humanización
2. Procesos humanizados
3. Resultados de Humanización

4.1 Cultura de la Humanización y liderazgo

En esta dimensión se valorarán aspectos que tienen que ver con los modelos que articulan la gestión de los sistemas de salud, la integración de aspectos éticos, antropológicos y sociológicos en el mismo y el alineamiento de estos referentes con la estrategia de gestión global en sus diferentes derivadas. Por otra parte, se valorará cómo los líderes actúan como referentes en la cultura de la humanización y despliegan en su modo de hacer un estilo humanizado.

Elementos por considerar:

- Incorporación de principios humanistas en el modelo asistencial: dignidad, ecología, participación, justicia, atención centrada en la persona, multiculturalidad, igualdad, entre otros.
- Ética en la gestión de la organización: enfoque de dirección por valores, método de toma de decisiones, relación con proveedores, políticas de prevención y abordaje de la corrupción, etc.
- El líder como ejemplo de Humanización: perfil y competencias de liderazgo, estrategias de selección, desarrollo y evaluación de los líderes, etc.
- Gestión de las personas en base a un enfoque de cuidado y generación de talento humano humanizado: condiciones laborales, plan de capacitación, política de incentivos, participación, incorporación de competencias blandas, acompañamiento, enfoque de género y discapacidad.
- Vinculación con otros actores de salud: ámbito académico, científicos, social.

- Estructuras físicas y organizativas en las que se prestan los cuidados: accesibilidad física y tecnológica, confortabilidad, cuidado de la intimidad, adaptabilidad al usuario, ergonomía, entre otros.

4.2 Procesos humanizados

En este apartado se evalúa el modo en que la cultura de la humanización a través de sus líderes consigue el alineamiento de los diferentes procesos en los que se realiza la atención a las personas. Se trata de asegurar que los valores formulados en la estrategia inicial se despliegan en los sistemas de trabajo en todos los niveles.

Normalmente son muchos los procesos asistenciales y no asistenciales que se ponen en funcionamiento en la prestación de servicios de salud, por ello, en este punto se valorará no solo la integración del enfoque de humanización en los mismos sino el grado de despliegue alcanzado y la sistemática de evaluación instaurada.

Elementos por considerar: grado de integración en los procesos de los siguientes aspectos: Intimidad, información, participación en la toma de decisiones, trato humano y acompañamiento por parte del profesional, lenguaje accesible, sostenibilidad, integración de la perspectiva de género e interculturalidad.

- Procesos asistenciales. En función de lo que cada organización considere más afín a su modelo de gestión, este apartado se puede desplegar por ámbitos asistenciales: atención primaria en salud, atención hospitalaria, atención especializada o por programas: atención en unidades especiales, atención en el parto y puerperio, atención pediátrica, atención al final de la vida, etc.
- Procesos no asistenciales. Tales como información la persona, gestiones administrativas, alimentación, transporte, mantenimiento y servicios generales. Se incluyen también aquí todos aquellos procesos relacionados con la capacitación inicial y continua de las personas, la innovación y el desarrollo de modelos formativos humanizados en las instituciones.
- Uso de los recursos materiales. Este apartado permite evaluar la existencia de enfoques que promueven el buen uso de los recursos, así como mecanismos de prevención del uso inadecuado, el robo, el descuido de la naturaleza, la priorización en caso de escasez,

eliminación de residuos y aspectos relativos a cuidado medioambiental y de prevención de riesgos en las personas.

4.3 Resultados de Humanización

Como se señaló anteriormente, no se puede medir en sí, la Humanización, si bien, un modo de lograr una aproximación a ello es establecer algunos criterios objetivos que, siendo medibles, permitan un acercamiento a la idea de Humanización. Para ello, se proponen algunos indicadores que permitan reunir resultados en Humanización

- En los usuarios de las organizaciones de salud y el sistema.
- En el personal sanitario.
- En la familia del usuario y del personal sanitario.
- En el sistema de salud en su conjunto.
- En la sociedad en la que se inserta el sistema de salud.

Es pertinente señalar que los indicadores deben también abarcar un conjunto de dimensiones no clínicas y no financieras de la calidad de la atención, que reflejan el respeto a la: dignidad humana, autonomía, confidencialidad, comunicación, atención oportuna, calidad de servicios básicos, acceso a redes de *apoyo social* durante el tratamiento, y elección de proveedores de atención médica.

5. Metodología. Cómo usar este protocolo

El presente protocolo establece unos criterios mínimos básicos orientados a la evaluación del grado de Humanización de un entorno de salud. No es un planteamiento prescriptivo, sino que permite integrarse en el funcionamiento previo de la Organización realizando aportes de valor y recomendaciones.

Se plantean con ánimo de mejora continua, basada en la identificación de puntos fuertes y oportunidades de mejora, las cuales incorporar como elementos de entrada en la elaboración de planes y programas. El principio de transversalidad de este protocolo nos lleva a recomendar que los resultados de la evaluación en Humanización alimenten planes y líneas estratégicas en la gestión de los servicios de Salud, siendo menos recomendable la creación de planes accesorios, con poco peso en la estrategia organizativa y, por tanto, con menor impacto a medio y largo plazo.

La evaluación ha de basarse en la búsqueda de evidencias de realidad, y no en deseos o en la conciencia de cómo deberían ser las cosas. Los evaluadores han de examinar los elementos concretos de medición de cada criterio, considerando la ausencia de evidencias el no cumplimiento o cumplimiento insuficiente de un determinado criterio.

La evaluación buscará el consenso de miradas distintas, de manera que la valoración independiente de cada evaluador se contrastará con el resto, creando un espacio constructivo y común de análisis que dará a luz un informe final consensuado. Esto significa que los evaluadores realizarán primero un análisis de manera individual y posteriormente el grupo se reunirá para analizar y consensuar los resultados.

¿En qué consiste la evaluación?

La evaluación es una actividad que persigue valorar el grado de Humanización de un sistema en base a las dimensiones (3) y criterios definidos (50). Para evaluar cada criterio se plantean dos modos de valoración.

Por una parte, una valoración cualitativa, basada en identificar los puntos fuertes y oportunidades de mejora en cada criterio. Para ello, los evaluadores describirán los hallazgos encontrados y realizarán anotaciones al respecto, tratando de responder a la detección de aspectos a mejorar y aspectos positivos.

De otra, una valoración numérica, que permitirá establecer puntuaciones medias, obtener tendencias y realizar comparaciones de una manera ágil. Para esta valoración, se

propone más adelante el uso de una escala de medición numérica, siendo la puntuación 1 la de menor nivel de desarrollo del criterio y la 10, el máximo desarrollo posible.

¿Cuál es el resultado de la evaluación?

La evaluación dará como resultado un informe de consenso realizado a partir de las valoraciones realizadas por el equipo evaluador. El informe contendrá puntos fuertes y oportunidades de mejora para cada uno de los criterios, así como una puntuación numérica obtenida mediante el uso de una escala atribuida a los mismos. Es deseable que las oportunidades de mejora detectadas se acompañen de acciones a indicadores de medición para su consecución.

La evaluación podrá también contener propuestas de mejora a la organización, basadas en la priorización de las mejoras identificadas.

¿Quién ha de realizar la evaluación?

Se recomienda la creación de un grupo evaluador, de carácter multidisciplinar y diverso, que permita la complementariedad de enfoques y miradas, así como un conocimiento global del ámbito a evaluar. Es deseable que en el grupo participen personas con roles de mando en las organizaciones, a la vez que otras con roles operativos asistenciales o administrativos. También puede ser oportuno incluir la voz de algún usuario, representante de asociaciones de enfermos, así como de voluntariado. El número de participantes en el grupo dependerá de la complejidad de la entidad a evaluar, siendo importante considerar criterios de proporcionalidad, eficiencia, representatividad y compromiso.

Los participantes han de contar con una visión crítica, constructiva, estratégica y analítica, capaces de realizar búsqueda de información de los elementos a evaluar, involucrando si es necesario a personas externas al equipo evaluador. Han de ser capaces de escuchar y generar un espacio de debate y consenso.

¿Cuándo realizar una evaluación?

La evaluación permitirá reunir una serie de aspectos a trabajar para mejorar la Humanización de un determinado espacio de Salud, por ello, se recomienda planificar la realización considerando las fechas clave que permitan utilizar los resultados de la evaluación para alimentar el enfoque de planes estratégicos, planes de Calidad, revisión de políticas, planes de formación, etc.

La periodicidad recomendada oscila entre los 2-4 años.

El proceso de la evaluación

Se recomienda la organización de la evaluación en las siguientes fases:

1. Creación del grupo o equipo evaluador

La Organización deberá designar los componentes del equipo evaluador. Para ello ha de considerar no solo a personas motivadas e interesadas en el tema sino la oportunidad de involucrar a líderes que aporten visión e implicación en el proceso. Se incorporará asimismo a personas que realicen funciones de atención directa. Es importante estimar el tiempo de dedicación que requerirá cada persona para el desarrollo de la evaluación y la reunión de consenso, así como facilitar a todos los miembros el acceso a la información y las personas de referencia necesarias para el análisis y comprensión de los criterios a evaluar.

2. Información a la Organización

La evaluación de la Humanización es una tarea que abarcará todos los niveles de la Organización. Es importante comunicar a todos los sectores implicados de la realización de la evaluación, favoreciendo la transparencia, colaboración y sensibilización hacia el proceso.

3. Capacitación del grupo evaluador en aspectos relacionados con la Humanización y la aplicación del protocolo

El equipo evaluador ha de contar con capacitación en Humanización, calidad y en evaluación. Para ello se recomienda realizar un curso específico al equipo evaluador, que asegure el cultivo de una mirada completa y analítica, de cara al proceso que van a realizar.

4. Planificación de la evaluación

El equipo evaluador ha de planificar la evaluación marcando los tiempos para el desarrollo de las evaluaciones individuales, teniendo en cuenta el tiempo necesario que se ha de dedicar.

En algunos casos, es recomendable repartir la evaluación entre los miembros del equipo por áreas o criterios, de manera que se reparta el trabajo, lo cual tiene sus ventajas y también sus límites.

En todo caso, siempre habrá más de un evaluador por criterio. Se recomienda que el periodo de evaluación individual oscile entre las 2 y las 4 semanas.

5. Realización de la evaluación individual por parte de cada miembro del equipo

Durante este tiempo, los evaluadores trabajan separadamente en la búsqueda de evidencias que soporten la evaluación que realizan de cada criterio. Deberán realizar búsquedas de información, mantener reuniones o encuentros con profesionales, analizar informes, etc. La organización ha de poner los medios que permitan la accesibilidad necesaria, así como la protección de datos en base a la legislación vigente.

Tal y como se mostrará en la herramienta, la evaluación constará de una parte numérica, que habrá de soportarse en base a evidencias encontradas y también la redacción de puntos fuertes y oportunidades de mejora identificados por los evaluadores.

6. Reunión de consenso del grupo evaluador

Los resultados de las diversas evaluaciones se pondrán en común en una reunión de consenso en la que participarán todos los miembros del equipo evaluador. El objetivo de la reunión será la elaboración de un informe único de evaluación y la propuesta de mejoras fruto de ese análisis.

Para la reunión de consenso se recomienda la mediación/facilitación de un experto externo.

7. Elaboración del informe de consenso de los resultados

Tras la reunión de consenso se preparará el informe de evaluación, junto con las propuestas de mejora.

8. Presentación de los resultados

Una vez aprobado el informe, se presentará y comunicará a las personas implicadas.

Escala de medición

La parte numérica de la evaluación se realizará mediante el uso de una escala de 1 a 10. Para determinar la puntuación de un determinado indicador, los evaluadores habrán de considerar algunos atributos, basándose en evidencias encontradas en el proceso.

Para la valoración de los criterios de las dimensiones 1 (Cultura y liderazgo de la Humanización) y 2 (Procesos Humanizados), la escala se ha confeccionado considerando los siguientes atributos:

- Solidez del enfoque planteado (se basa en resultados, mediciones, necesidades de las personas)
- Integración del enfoque en otros enfoques de la organización, cuando procede (por ejemplo, en los programas de formación y desarrollo de las personas)
- Despliegue e implantación de los enfoques en la organización (los enfoques se han desarrollado en todas las áreas de la organización de manera sistemática)
- Definición de objetivos a conseguir.
- Realización de mediciones sistemáticas.
- Análisis de los resultados y aprendizaje (se analizan los resultados y el aprendizaje obtenido se utiliza en la mejora)

Así, trasladando estos atributos a la escala de medición, quedará de la siguiente manera:

Escala para la medición cuantitativa de los criterios asociados a las dimensiones de Cultura de la Humanización y liderazgo y Procesos Humanizados.	
1	No hay evidencias de haberse planificado nada en este ámbito.
2	Hay escasas evidencias de planificación.
3	Existe un plan detallado, pero no está en marcha o lo está a menos de un 25%
4	Hay evidencias de puesta en marcha/despliegue parcial del plan por encima del 50%
5	Hay evidencia de despliegue total.
6	Además de haberse desplegado las acciones, hay constancia de la realización de alguna evaluación de las mismas, aunque ésta es puntual y no sistemática.
7	Las acciones desplegadas se evalúan en un 50% de los casos y el análisis de la evaluación se utiliza para la mejora continua.
8	Las acciones se evalúan en un 75% de los casos y el análisis de los resultados se utiliza para la mejora continua.
9	Todas las acciones desplegadas cuentan con una sistemática de evaluación, aprendizaje y mejora.

10 Además de revisar todas las acciones y aprender de la evaluación, se comparten las buenas prácticas obtenidas para la contribución social a la Humanización.

Como puede observarse, esta escala se basa en la lógica PDCA o REDER ampliamente extendida en el ámbito de la gestión y de la Calidad, lo que pretende vincular este protocolo con otras iniciativas de planificación y mejora continua existentes previamente en las Organizaciones.

Para la valoración de los criterios de la dimensión 3, de Resultados de Humanización, se tendrán en cuenta otros atributos, que son los siguientes:

- Validez y confiabilidad de los indicadores establecidos
- Revisión de los resultados en base a objetivos planteados
- Tendencia de los resultados a lo largo del tiempo
- Análisis de las causas de los resultados, en clave de mejora
- Comparación de los resultados

En este caso, se empleará la siguiente escala, con el mismo planteamiento numérico:

Escala para la medición cuantitativa de los criterios asociados a la dimensión de Resultados en Humanización.	
1	No se miden resultados confiables y válidos de este parámetro.
2	Se miden algunos resultados, pero de manera poco sistemática como para poder tener una valoración suficiente del criterio.
3	Se miden resultados sistemáticamente pero no se establecen objetivos a conseguir.
4	Se establecen objetivos y estos se cumplen en más del 25% de los casos. Los resultados se analizan y se ponen en marcha planes de mejora.
5	Los objetivos se logran en aproximadamente un 50% de los casos. Los resultados son analizados y se ponen en marcha planes de mejora para lograr los objetivos.
6	Los objetivos se logran en aproximadamente un 75% de los casos. Los resultados son analizados y se ponen en marcha planes de mejora para lograr los objetivos.
7	Se cumplen los objetivos marcados en todos los casos.
8	Los objetivos conseguidos en su totalidad muestran tendencia positiva y buen rendimiento en más del 25% de los casos durante al menos 3 años.

<p>9 Los objetivos conseguidos muestran tendencia positiva y buen rendimiento en más del 75% de los casos durante al menos 3 años.</p>
<p>10 Las tendencias conseguidas y buenos resultados son compartidos y reconocidos por entidades referentes en Humanización en el sector.</p>

Interpretación de los resultados de la evaluación

El propósito del presente protocolo es ayudar a identificar cómo mejorar el nivel de Humanización de un sistema y no tanto el alcanzar una determinada puntuación. Está elaborado buscando generar un nivel de exigencia muy elevado y probablemente las organizaciones que lo utilicen por primera vez, experimentarán cierta frustración al constatar niveles bajos de puntuación numérica.

En efecto, el protocolo pretende ofrecer un horizonte de reflexión hacia el cual avanzar, no un reto que se conquistará desarrollando unas cuantas actividades. En ese sentido, se desea poner el acento en la valoración cualitativa, en el trabajo de análisis que ofrece, en la integración del análisis en la mejora de la gestión compleja de cada escenario en el que se aplique.

En relación con la escala de medición cuantitativa, persigue marcar un nivel rápido de valoración, comparación y medición de tendencias. No tiene valor si no va unida a la valoración cualitativa. La puntuación máxima del protocolo es de 500 puntos, repartidos en 150 puntos para la dimensión de Liderazgo y cultura humanizada, 150 para Procesos humanizados y 200 puntos para los Resultados en humanización.

La interpretación de la evaluación se considera de manera provisional de esta manera:

Más de 150. El sistema muestra un compromiso con la Humanización y dispone de potencial para avanzar en el mismo.

Más de 250. El sistema muestra buenas prácticas significativas en Humanización y un planteamiento sólido de la misma

Más de 350. El sistema puede ser considerado referente en Humanización.

Nota: es necesario calibrar estas valoraciones tras la realización de un pilotaje

6. Herramienta para la evaluación de la Humanización de la asistencia sanitaria

Dimensión 1: Cultura de la Humanización y liderazgo

Criterios:

- 1.1 El modelo de asistencia está basado en un enfoque de Derechos Humanos y de atención a la salud atendiendo a la definición de la OMS de salud integral, lo que se traduce en planes medibles.
- 1.2 La organización tiene un conjunto de valores comunes establecidos de manera participativa, que se refleja en su misión y visión, con especial referencia al modelo asistencial centrado en la persona.
- 1.3 El sistema integra medidas que promueven la equidad en salud, asegurando la atención de la multiculturalidad y la perspectiva de género.
- 1.4 La organización atiende específicamente las necesidades de los usuarios o trabajadores con cualquier grado de discapacidad física o psíquica, optimizando los accesos al centro sanitario, la recepción y transmisión de información, y la adaptación de los puestos de trabajo
- 1.5 La organización cuenta con un código ético que es utilizado como marco referencial para la toma de decisiones en los distintos niveles.
- 1.6 El sistema establece los medios necesarios para dar participación a los diferentes agentes (usuarios, academia, profesionales, sociedad) en la definición de la misión y la estrategia.
- 1.7 El sistema cuenta con canales que permiten conocer las necesidades, preferencias y satisfacción de las personas y familias, así como de los profesionales para incorporarlos en la gestión.
- 1.8 El sistema se asegura de que los canales oficiales de información y comunicación con usuarios y profesionales son accesibles en formato, lenguaje, idioma y permiten la resolución de dudas de diversa naturaleza.
- 1.9 Los líderes están claramente identificados en la organización y son ejemplares en el desarrollo de competencias duras y blandas.
- 1.10 La política de recursos humanos tiene en cuenta aspectos como: salud laboral, condiciones laborales adecuadas, planes de igualdad, integración de personas con discapacidad, conciliación de la vida personal y laboral, cuidado del profesional.

- 1.11 El plan de recursos humanos integra el concepto de competencias blandas en todos sus elementos, considerando la dimensión de buen trato como un elemento clave de Humanización e integrándolo en el proceso de gestión de RRHH: perfiles de puestos, planes de capacitación, evaluación de desempeño y sistema de reconocimiento.
- 1.12 El sistema tiene diseñados los canales de coordinación con otros sistemas relacionados tales como el social o sociosanitario para asegurar la continuidad de la atención.
- 1.13 El sistema participa en la formación de futuros profesionales mediante la coordinación con los ámbitos académicos que sean oportunos.
- 1.14 La organización evalúa cuáles son sus responsabilidades sociales hacia la comunidad en la que está inserta, y diseña, ejecuta y evalúa planes específicos para cumplirlas.
- 1.15 La organización cuenta con políticas y estrategias para el uso de los recursos basado en criterios de equidad, calidad, justicia, necesidad, eficiencia y cuidado del medioambiente.

Dimensión 2: Procesos humanizados

Criterios:

- 2.1 Los procesos asistenciales integran en su diseño y desarrollo el cuidado de la intimidad, la individualidad, la singularidad y la libertad de elección de la persona.
- 2.2 Los procesos asistenciales integran aspectos relacionados con la comunicación y buen trato, así como de información adecuada y suficiente al usuario, garantizando la privacidad visual y auditiva.
- 2.3 Los procesos asistenciales tienen en cuenta la atención a las diversas dimensiones de la persona: física, intelectual, emocional, social y valórica/espiritual.
- 2.4 Los procesos asistenciales contemplan el valor de la interdisciplinariedad y la desarrollan de manera efectiva en beneficio de la persona.
- 2.5 Los procesos asistenciales contemplan los potenciales problemas éticos derivados de cada actuación de salud y de la toma de decisiones asociada.
- 2.6 La organización cuenta con mecanismos que permiten recoger las voluntades anticipadas/consentimiento informado de las personas y son tomadas en cuenta cuando la persona no puede manifestar su voluntad.
- 2.7 El uso del lenguaje en los ambientes de trabajo, así como en la documentación utilizada para el cuidado asistencial tiene en cuenta aspectos como la perspectiva de género, la interdisciplinariedad, el lenguaje humanizado y la protección de la intimidad de las personas.

- 2.8 Existen mecanismos que aseguran la confidencialidad de las historias clínicas tanto en formato digital como físico, así como el derecho de la persona a acceder a información sobre la misma en los términos recogidos en la legislación vigente.
- 2.9 Los procesos se orientan a la atención al usuario, considerando aspectos como la accesibilidad, legibilidad, adaptación a colectivos variados.
- 2.10 La organización tiene identificados los posibles riesgos que puedan afectar a la salud de los usuarios o los profesionales como consecuencia de la prestación de salud y desarrolla procesos para promover la seguridad.
- 2.11 Existen programas específicos para la atención a personas en el final de la vida y los cuidados paliativos.
- 2.12 Existen programas específicos para la atención a personas en situación de duelo por diversas causas.
- 2.13 Existen programas específicos para la atención a personas mayores vulnerables.
- 2.14 Se ha diseñado el modo en que personas voluntarias pueden apoyar los procesos de información y acompañamiento a personas y familiares.
- 2.15 Existen espacios específicos que son conocidos y utilizados para la deliberación ética y la consulta (tales como Comités de ética asistencial) por parte de usuarios y profesionales.

Dimensión 3: Resultados de Humanización

Dada la diversidad de organizaciones a las que se dirige el presente protocolo, en ese apartado de resultados, nos abstenemos de proponer fórmulas de medición, dado el elevado número de ellas que podrían realizarse para los diversos escenarios. La propuesta es que cada organización pueda tomar cada uno de estos criterios y tenerlos presentes en la medición de resultados, pudiendo cada organización adecuar la fórmula de medición a cada sistema a evaluar.

Criterios:

- 3.1 Resultados relacionados con la accesibilidad de los usuarios al sistema de salud, listas de espera, personas que fallecen mientras se encuentran en lista de espera, etc.
- 3.2 Alcance de las estrategias de atención al final de la vida y Cuidados Paliativos y el duelo.
- 3.3 Alcance de las estrategias dirigidas a la atención específica de personas mayores vulnerables.
- 3.4 Experiencias de integración de la multiculturalidad realizadas y alcance de las mismas.
- 3.5 Experiencias de Buenas prácticas referidas a la continuidad asistencial.

- 3.6 Memoria de actividades y Buenas prácticas en Humanización.
- 3.7 Buenas prácticas de participación activa de ligas de usuarios, voluntarios, grupos de la comunidad, etc. en procesos asistenciales y no asistenciales.
- 3.8 Nº casos consultados, recomendaciones éticas y protocolos emitidos por parte de los Comités de ética asistencial.
- 3.9 Documentos de información y consentimiento informado que han sido revisados en clave de lenguaje asequible y humanizado.
- 3.10 Resultados de los planes de capacitación a profesionales, con diferenciación entre líderes/personal sanitario/personal no sanitario que permita analizar el Nº horas/profesionales de capacitación en competencias blandas al año.
- 3.11 Indicadores de rendimiento (participación en formación y grupos de mejora, absentismo, bajas por estrés, etc.) de los profesionales relacionados con la Humanización.
- 3.12 Percepción de los profesionales en relación al cuidado humanizado que recibe por el sistema, contemplando: comunicación, empatía, atención a las necesidades de capacitación, prevención y cuidado del estrés, participación.
- 3.13 Percepción del usuario en relación al buen trato de los profesionales y la comunicación.
- 3.14 Estudio del número de reclamaciones recibidas relacionadas con elementos de la Humanización (trato, espacios, señalización, información, accesibilidad, etc.)
- 3.15 Participación de voluntariado en procesos de atención y acompañamiento. Capacitación y satisfacción del voluntariado.
- 3.16 Experiencias de integración de la Humanización en los planes de acogida y fomento de la formación de futuros profesionales a través de prácticas formativas y colaboración con el mundo académico.
- 3.17 Nº de estudios o trabajos de investigación realizados que están relacionados con la estrategia en Humanización.
- 3.18 Espacios que se han revisado y adecuados con el fin de preservar la privacidad, confortabilidad y acompañamiento familiar.
- 3.19 Nuevas tecnologías incorporadas que facilitan la estrategia de Humanización.
- 3.20 Adecuación de estructuras y dispositivos a las necesidades específicas de personas con diversidad funcional.

Bibliografía

- ACNUDH. (S.f.). Qué son los derechos humanos. Recuperado 29 de noviembre de 2020, de <https://www.ohchr.org/sp/issues/pages/whatarehumanrights.aspx>
- Aristoteles, Lledó, E., & Palli Bonet, J. (1985). *Etica nicomáquea; Etica eudemia*. Gredos.
- Baquero Villamil, H. (2013). La atención humanizada: Un enfoque hacia la búsqueda de la mejor atención centrada en el usuario. *Revista Vía Salud*, 17(4), 10–14.
- Bermejo Higuera, J., & Villaceros Durbán, M. (2003). El Compromiso de la Humanización en las Instituciones Socio sanitarias. En Fundación Caser para la dependencia. https://www.humanizar.es/fileadmin/media/documentos/Investigacion/Humanizacion/articulosrevistas/El_compromiso_de_la_humanizacion_en_las_Instituciones_Sociosanitarias_-_ACTAS_DEPENDENCIA_01.pdf
- Bermejo, J. C. (2003). *Qué es humanizar la salud: Por una asistencia sanitaria más humana*. San Pablo.
- Bermejo, J. C., & Centro de Humanización de la Salud. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria: Aproximación al concepto*. Desclee De Brouwer.
- Bermejo, J. C., & Muñoz, C. (2014). *Humanizar la gestión de la calidad: Reflexiones desde el Centro San Camilo*. Centro de Humanización de la Salud (Religiosos Camilos) ; Sal Terrae.
- Chávez Carapia, J. del Carmen. (2004). *Perspectiva de género*. Escuela Nacional de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México: Plaza y Valdés; /z-wcorg/.
- Feito, L. (2018). ¿Qué significa humanizar la medicina? En J. A. Sacristán, J. Millán Níñez-Cortés, & J. A. Gutiérrez Fuentes (Eds.), *Medicina centrada en la persona: Reflexiones a la carta* (pp. 49–54). Unión Editorial. Fundacion Lilly.
- Ferrater Mora, J. (2001). *Diccionario de filosofía abreviado*. EDHASA.

- Ferrer Aguarales, J. L., & Molina Alén (Eds.). (2007). Plan de humanización de la atención sanitaria del sistema sanitario público de Extremadura, 2007-2013. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.
- Gafo, J. (1994). 10 palabras clave en bioética. Verbo Divino.
- González Valenzuela, J. (2008). Dignidad Humana. En J. C. Tealdi (Ed.), Diccionario latinoamericano de bioética. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/8.-Diccionariolatinoamericano-de-Bioética-UNESCO.pdf>
- Herreros Ruiz-Valdepeñas, B. (2015). Escuelas, tendencias, corrientes. Belmont y mucho más. En F. Bandrés Moya & B. Herreros Ruiz-Valdepeñas (Eds.), Historia ilustrada de la bioética (pp. 169-184). Ademas.
- Kant, I. (2001). Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Espasa Calpe.
- León Correa, F. J. (2009). Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica*, 15(1). <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100009>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Una Política con Valor y Sentido Humano. 8. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
- Reyes López, M. de los, & Sánchez Jacob, M. (Eds.). (2010). Bioética y pediatría: Proyectos de vida plena. Ediciones Ergon.
- Salas Astraín, R. (2008). Pensamiento crítico latinoamericano. En J. C. Tealdi (Ed.), Diccionario latinoamericano de bioética (pp. 3-5). Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/8.-Diccionariolatinoamericano-de-Bioética-UNESCO.pdf>
- Sánchez-Caro, J., & Abellán, F. (Eds.). (2012). Aspectos bioéticos, jurídicos y médicos de la discapacidad. Fundación Salud 2000.

Simón, P. (2002). La ética de las organizaciones sanitarias: El segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(4), 247-259.

Simón, P. (2005). *Ética de las organizaciones sanitarias: Nuevos modelos de calidad*. Triacastela.

Subdirección General de Calidad y Cohesión Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

(s. f.). Procedimiento para recogida de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud.

[https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/PROC_IDE
NT_BBPP_MSSSI.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/PROC_IDE_NT_BBPP_MSSSI.pdf)

WHO. (2014). Gender, Women and Health. <https://www.legal-tools.org/doc/a33dc3/pdf/>

WHO. (2018). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Zapateiro, Y. (s. f.). Glosario de términos sobre calidad. Recuperado 29 de noviembre de 2020, de <https://es.slideshare.net/yasminzapateiro/glosario-de-terminos-sobre-calidad>.

Referencias

Estrategia Trato para un Buen Trato. IESSTE, México. <https://ww1.issa.int/es/gp/162535> Trato para un buen trato (decálogo para los profesionales)

<https://es.scribd.com/document/317835220/Trato-Para-Un-Buen-Trato-24-de-Mayo-2016>

Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria Madrid. España (2016-2019):

<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>

Plan de Humanización de la asistencia hospitalaria. Instituto Nacional de la Salud. España 1984

https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf

Plan de Humanización de la Atención Sanitaria. Servicio Extremeño de salud 2007/2013. España

<http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/714003.pdf>

Plan Dignifica. Castilla la Mancha. España. <https://sanidad.castillalamancha.es/plan-dehumanizacion/plan-dignifica>

Política de buen Trato Costa Rica: <https://rrhh.ccss.sa.cr/funcionarios/politica-buentrato.pdf>

Ministerios de Salud. Chile. Orientaciones técnicas para la estrategia de Buen trato:

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Orientaciones-T%C3%A9cnicas-BuenTrato-2.pdf>



OISS

**ORGANIZACIÓN
IBEROAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL**

Secretaría General

c/Velázquez, 105. 1.ª planta

28006 Madrid - España

Correo electrónico: sec.general@oiss.org

www.oiss.org

Con el apoyo de



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES, UNIÓN EUROPEA
Y COOPERACIÓN

