

Estudio

Los retos de
la calidad y la
humanización
de la salud en
Iberoamérica
en tiempo de
pandemia

Los retos de la calidad y la humanización de la salud en Iberoamérica en tiempo de pandemia

Antonio Jiménez Lara · Martha Yolanda Quezada García

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

Teléfono: (34) 91 561 17 47 / 91 561 19 55

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.

Autor: Antonio Jiménez Lara · Martha Yolanda Quezada García

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Madrid, 2022.

Con el apoyo de:



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES, UNIÓN EUROPEA
Y COOPERACIÓN



ÍNDICE

6 **Presentación**

8 **Introducción**

10 **1. Contextualización de la temática**

- 11 1.1. Calidad y humanización, dos conceptos relacionados
- 12 1.2. Características y requisitos de una atención sanitaria de calidad
- 15 1.3. La humanización de los servicios de salud en Iberoamérica antes de la pandemia
- 18 1.4. Estrategias y planes de la Organización Panamericana de la Salud para la mejora de la calidad y la cobertura en salud

24 **2. Estrategias, políticas, protocolos y planes sobre calidad y humanización existentes en la región**

- 25 2.1. Argentina
- 26 2.2. Brasil
- 28 2.3. Chile
- 29 2.4. Colombia
- 34 2.5. España
 - 35 2.5.1. Andalucía
 - 36 2.5.2. Aragón
 - 37 2.5.3. Asturias
 - 38 2.5.4. Castilla y León
 - 40 2.5.5. Castilla-La Mancha
 - 41 2.5.6. Extremadura
 - 42 2.5.7. Galicia

- 42 2.5.8. Comunidad de Madrid
- 44 2.5.9. Región de Murcia
- 44 2.5.10. Navarra
- 44 2.5.11. Comunidad Valenciana
- 45 2.5.12. Otras comunidades autónomas
- 46 2.6. México
- 48 2.7. Paraguay
- 49 2.8. Uruguay

52 **3. Servicios asistenciales con enfoque de calidad y humanización**

56 **4. Determinantes de la humanización**

- 57 4.1. Comunicación e información
- 58 4.2. Dotación de personal
- 58 4.3. Condiciones de trabajo y satisfacción laboral del personal
- 58 4.4. Formación del personal
- 58 4.5. Factores organizativos
- 59 4.6. Infraestructuras, equipamientos y recursos

60 **5. Retos de calidad y humanización**

62 **6. Ejemplos de buenas prácticas**

74 **7. Conclusiones y recomendaciones**

80 **8. Referencias bibliográficas**

PRESENTACIÓN

La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto significativo en los sistemas de salud, que se han visto desbordados debido al aumento del número de personas que han necesitado atención médica. También ha tenido un impacto en la forma en que los sistemas de salud han brindado atención a los pacientes. Muchos dispositivos de atención han tenido que adoptar medidas de contención del virus, como el aislamiento de los pacientes con COVID-19 y la limitación del acceso al edificio, que han reducido su capacidad operativa. La implementación de medidas de distanciamiento social ha llevado a un aumento en el uso de la telemedicina y la atención a distancia, lo que ha cambiado la forma en que los profesionales de la salud interactúan con sus pacientes.

Por otra parte, la pandemia ha llevado a una disminución en el número de personas que acuden a los dispositivos de atención por temor a contraer el virus o por las restricciones de movilidad impuestas por las autoridades sanitarias. Esto ha tenido un impacto negativo en la atención de otros problemas de salud, como enfermedades crónicas que requieren seguimiento regular.

Uno de los principales desafíos que ha habido que enfrentar ha sido garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud para todos los miembros de la sociedad. La pandemia ha puesto en evidencia la desigualdad en el acceso a los servicios de salud en muchos países iberoamericanos. Muchas personas, especialmente aquellas que viven en zonas rurales o en comunidades marginadas, han tenido dificultades para acceder a pruebas de detección, tratamientos y otros servicios de salud esenciales.

La pandemia generada por el COVID-19 ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de las personas y las debilidades del sistema sanitario, lo que ha impulsado la necesidad de abordar la atención sanitaria con una mirada renovada y de implementar

acciones que permitan prestar servicios de calidad plenamente humanizados que den una adecuada respuesta a las necesidades de los pacientes, de sus familias y del personal sanitario.

Para avanzar en la mejora de la calidad y en la humanización de la asistencia sanitaria, se debe poner el foco en un abordaje integral que tenga en cuenta las diferentes dimensiones del ser humano y en una asistencia verdaderamente centrada en la persona. Esta es una de las principales conclusiones de este estudio, elaborado expresamente para el Primer Congreso Iberoamericano sobre “Calidad y Humanización de la Salud”, organizado por la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

La humanización es la máxima expresión de la calidad asistencial. Es fundamental identificar los elementos clave para la humanización de los servicios de salud y fomentar el desarrollo y puesta en práctica de planes, programas y estrategias para la calidad y humanización de la atención sanitaria. En ese sentido, iniciativas como la realización de este estudio y la elaboración por parte de la OISS, con el apoyo técnico del Centro de Humanización de la Salud, del Protocolo Iberoamericano sobre Humanización de la Salud, pueden aportar herramientas útiles para la generación de estrategias institucionales de humanización basadas en la evidencia, que permitan seguir avanzando hacia unos sistemas de salud más incluyentes, más equitativos, más humanizados y con más altos estándares de calidad, que contribuyan a una mayor cohesión social en la región.

Gina Magnolia Riaño Barón
Secretaria General

Organización Iberoamericana de Seguridad Social

INTRODUCCIÓN

La pandemia generada por el COVID-19 ha puesto de manifiesto, de una forma abrupta y desgarradora, la vulnerabilidad de las personas y las debilidades del sistema sanitario, la necesidad de abordar con una mirada renovada la atención sanitaria y la urgencia de implementar acciones que permitan prestar servicios de calidad plenamente humanizados que den una adecuada respuesta a las necesidades de los pacientes, de sus familias y del personal sanitario.

Los sistemas sanitarios han tenido que hacer frente a sucesivas e interminables olas de pacientes que acudían a los centros sanitarios en busca de diagnóstico, curación o soporte vital. Durante la primera oleada de la pandemia muchos centros de atención primaria cerraron sus puertas, y los que permanecieron abiertos limitaron el acceso a los pacientes y redujeron drásticamente la atención presencial. Los hospitales se colapsaron, las unidades de cuidado intensivo se sobresaturaron y los profesionales tuvieron que dar respuesta a las necesidades de asistencia sanitaria en un contexto de gran precariedad de medios, caos organizativo y desconocimiento clínico del compartimiento del virus, mientras que los pacientes (tanto los afectados por la COVID-19 como los que necesitaban atención debido a otras patologías) tuvieron que soportar situaciones de deshumanización, soledad, abandono, falta o insuficiencia de atención y carencia de información. Muchos pacientes en fase terminal se vieron privados del derecho al acompañamiento familiar y al apoyo emocional y espiritual que tan necesarios son en los momentos previos al fallecimiento, y muchos familiares tuvieron que experimentar el dolor de saber que sus seres queridos habían muerto sin su compañía. También se han visto afectados por estas situaciones muchos profesionales sanitarios, que han sido testigos de la dura situación de desconsuelo vivida tanto por los pacientes durante su agonía como por sus familiares.

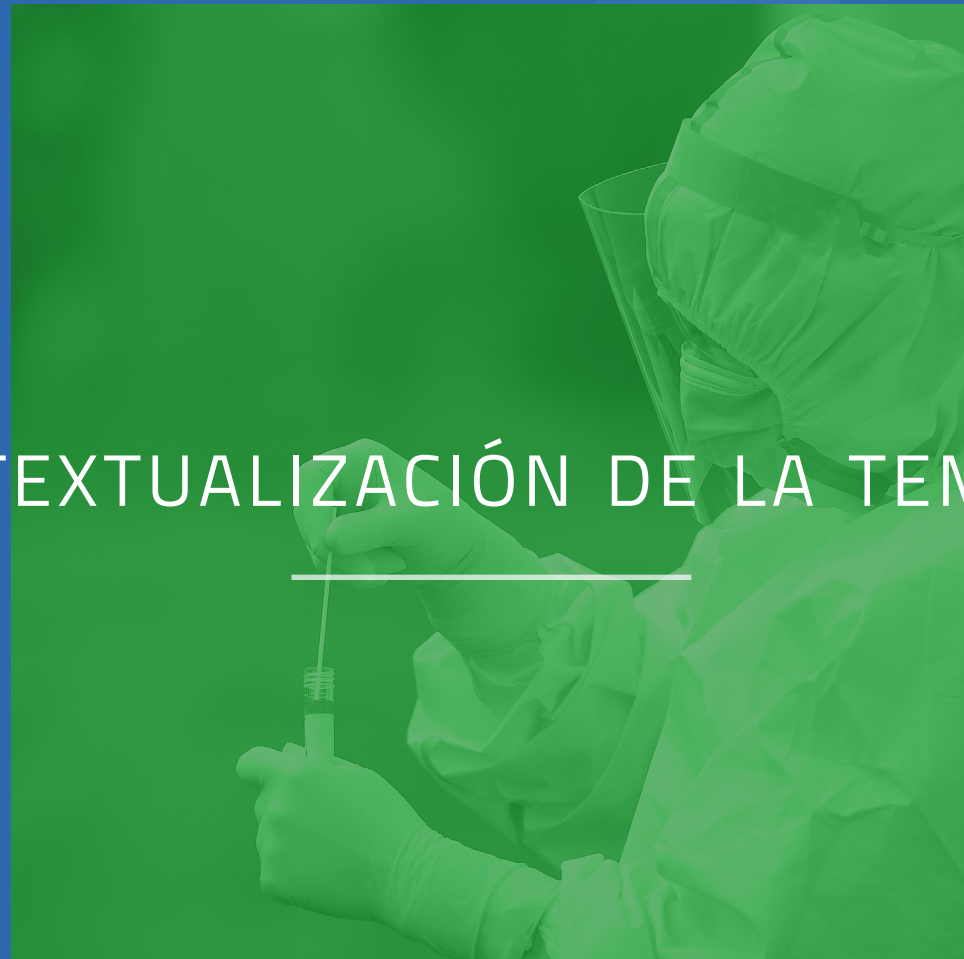
En las oleadas sucesivas de la pandemia algunas de esas situaciones se reprodujeron. Las medidas de contención que ha sido necesario aplicar han seguido provocando situaciones de aislamiento, desconexión, descoordinación, saturación de servicios, falta de atención y agotamiento del personal sanitario. Los sistemas sanitarios se han visto saturados no solo por el elevado número de contagios, sino también por la falta, en

muchos casos, de orientaciones y esquemas de calidad bien estructurados. En ese contexto, se ha intensificado la preocupación por la mejora de la calidad y la humanización de los procesos asistenciales a pacientes, familiares y profesionales sanitarios, y se ha hecho aún más evidente que la calidad y la humanización de la asistencia sanitaria forman un binomio inseparable.

Para avanzar en la mejora de la calidad y en la humanización, es necesario poner el foco en una asistencia sanitaria centrada en la persona y en un abordaje integral que tenga en cuenta sus diferentes dimensiones (biológica, psicológica, social y conductual). Humanizar la asistencia significa hacerla digna del ser humano y coherente con los valores, los derechos y la dignidad de la persona. Significa apostar por un trato amable; por una asistencia que, además de curar y cuidar, escuche y acompañe; por una gestión que avance en su compromiso y responsabilidad social, en diálogo permanente con la ciudadanía. Implica humanizar no solo las relaciones entre profesionales, pacientes y familias, sino también la gestión de los servicios, las instituciones en su conjunto, los espacios y los tiempos.

Este estudio, que se ha elaborado expresamente para el Primer Congreso Iberoamericano sobre “Calidad y Humanización de la Salud”, organizado por la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, trata de aportar datos sobre calidad y humanización de la salud en la región iberoamericana, desagregados en la medida de lo posible por países e incluyendo transversalmente las perspectivas de no discriminación, generacional, de género y de multiculturalidad. Recoge información sobre los diferentes planes, programas, protocolos, políticas y estrategias de humanización existentes, así como sobre las acciones en materia de calidad y humanización de la asistencia sanitaria que están implementando los sistemas de salud y de cuidados de la región. Ha identificado algunos ejemplos de buena práctica que pueden servir como referencia a aquellas instituciones que deseen avanzar en esta materia y aborda, asimismo, las situaciones de deshumanización vividas por los pacientes, sus familias y los profesionales sanitarios durante la pandemia y las respuestas que los sistemas de salud y de cuidados han dado para evitar o paliar estas situaciones.

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA TEMÁTICA



1.1. Calidad y humanización, dos conceptos relacionados

La Organización Mundial de la Salud estableció, hace ya casi cuatro décadas, que la calidad de la asistencia sanitaria consiste en “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (OMS, 1985).

La anterior definición, acuñada en el seno de un grupo de trabajo convocado por la Oficina Regional de la OMS para Europa que se reunió del 17 al 19 de mayo de 1983 en el Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau (Barcelona), incorporó las preferencias y la visión de los pacientes como un criterio de calidad, algo que suponía una novedad en un momento en que las definiciones de calidad de la atención médica respondían casi exclusivamente a la perspectiva de los profesionales de la salud y de los investigadores de servicios de salud. Este concepto de calidad fue recogido en las metas de salud para todos definidas por la Oficina Regional para Europa de la OMS en apoyo a la Estrategia Regional Europea de Salud para Todos en el Año 2000 (OMS, 1985b), en concreto en la meta 31, que instaba a crear mecanismos eficaces para garantizar la calidad de la atención de los pacientes, la mejora continua de la calidad de la atención de la salud y el desarrollo y uso adecuado de las nuevas tecnologías.

En la formulación de esta meta, la OMS dejaba claro que evaluar la calidad de los servicios de salud implica mucho más que la medición de los desarrollos técnicos o de las capacidades de los expertos, y que también debían medirse la eficacia, la seguridad, la eficiencia, la adecuación de los métodos de cuidado a las necesidades de la población, la aceptabilidad de los servicios por aquellos a los que se les proporcionan, la satisfacción de los pacientes y la contribución de la atención de la salud al desarrollo socioeconómico. La OMS señalaba también que no solo debía asegurarse que cada paciente recibiera el nivel de atención requerido, sino también que se le protegiera contra el uso innecesario de procedimientos o productos farmacéuticos costosos, desagradables, in-

vasivos y potencialmente peligrosos, y que se asegurara que pudiera tomar decisiones informadas sobre los procedimientos que se le propusieran, y concluía resaltando que debía ponerse más atención a la humanización de los servicios de salud, especialmente en la atención de los eventos más importantes del ciclo vital, como son el nacimiento y la muerte (OMS, 1985b, págs. 116-119).

El concepto de humanización había sido relanzado pocos años antes por el Superior General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, hermano Pierluigi Marchesi, en un documento que, aunque inicialmente estaba dirigido a su orden, fue ampliamente difundido en todo el ámbito de la salud (Marchesi, 1981). Marchesi señalaba en ese documento que la deshumanización se había convertido en una de las principales carencias del proceso terapéutico, en un contexto de fragmentación y especialización cada vez mayor, y destacaba la necesidad de transformar las instituciones de salud para reducir la distancia entre las prestaciones ofrecidas y las expectativas de los pacientes, desde el convencimiento de que la mejora de la calidad no podía lograrse solo con la redacción de reglamentos y protocolos, sino que debía implicar la renovación y adecuación de estructuras, personal y dinámicas operativas y relacionales para responder a las necesidades de los usuarios.

Humanización y calidad son, pues, dos conceptos íntimamente relacionados. Hablar de humanización implica hablar de calidad asistencial, pues la calidad de la atención sanitaria contempla una serie de dimensiones como la accesibilidad, la oportunidad, la pertinencia, la continuidad de la atención, la adecuación a las necesidades de las personas y la satisfacción del paciente que están íntimamente relacionadas con el concepto de humanización. La atención humanizada es un requisito para alcanzar la calidad asistencial en un servicio de salud centrado en las necesidades de las personas.

1.2. Características y requisitos de una atención sanitaria de calidad

Actualmente, en la comunidad científica existe un consenso sobre las características que debe reunir una atención sanitaria de calidad, que según se recoge en un docu-

mento publicado conjuntamente por la OMS, la OCDE y el Banco Mundial (2020, págs. 31-33), son las siguientes:

- **Eficacia:** Capacidad de proporcionar servicios de salud basados en la evidencia a quienes los necesiten.
- **Seguridad:** Minimización de la posibilidad de lesionar o dañar a las personas a las que se dispensa atención.
- **Centralidad en las personas:** Provisión de una atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales en el marco de servicios sanitarios organizados en torno a las necesidades de las personas.
- **Oportunidad:** Reducción de los tiempos de espera y las demoras.
- **Equidad:** Una atención cuya calidad no varíe por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política.
- **Integración:** Logro de una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores, que facilite toda la gama de servicios sanitarios que se necesitan durante el curso de la vida.
- **Eficiencia:** Maximización de los beneficios de los recursos disponibles, evitando el despilfarro.

Dos de esas características, la integración de los servicios y la centralidad de la persona, habían sido destacadas unos años antes por la OMS (2016) como imprescindibles para contar con servicios de salud capaces de responder a los nuevos retos en materia de salud derivados de fenómenos como la urbanización, el envejecimiento de las poblaciones, la doble carga de morbilidad que suponen las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, la multimorbilidad, el aumento de los costos sanitarios, las crisis derivadas de brotes infecciosos y otras crisis de atención sanitaria. Para la OMS, el desarrollo de sistemas de atención más integrados y centrados en la persona tiene el potencial de generar beneficios significativos para la salud y la atención sanitaria de todas las personas, mejorando tanto el acceso a la atención y la cobertura de salud como la situación de salud y los resultados sanitarios, la educación sanitaria y la capacidad de las personas para corresponsabilizarse del cuidado de su propia

salud, aumentando la eficiencia de los servicios, la satisfacción de los usuarios con la atención y la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud, y reduciendo los costos generales.

La OMS, la OCDE y el Banco Mundial (2020) han propuesto una serie de medidas para que los gobiernos, los sistemas de salud, los ciudadanos, los pacientes, y el personal sanitario puedan lograr, mediante el trabajo conjunto, una prestación de servicios sanitarios de alta calidad, a partir de las siguientes líneas de trabajo:

- **Cobertura sanitaria universal y calidad:** El desarrollo de unos servicios de salud integrados y centrados en la persona no solo es un requisito imprescindible para mejorar la calidad de la atención y los resultados sanitarios, sino también para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal, que constituye una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades). El objetivo general de la cobertura sanitaria universal es que todas las personas reciban la atención de salud que necesitan, con la calidad suficiente, sin exponerse a dificultades financieras. Los servicios sanitarios de calidad son un requisito para la cobertura sanitaria universal, pues incluso con un mayor acceso a los servicios, podrían no producirse mejoras de la salud si los servicios no tienen calidad suficiente para ser eficaces.
- **Orientación estratégica nacional en materia de calidad:** las políticas y estrategias nacionales destinadas a mejorar la calidad de la atención proporcionan una base sólida para aumentar la calidad en todo el sistema de salud.
- **Calidad en todo el sistema de salud:** para prestar servicios de calidad, hace falta una buena gobernanza, un personal sanitario cualificado y competente que cuente con apoyo y esté motivado, así como mecanismos de financiación que posibiliten y fomenten una atención de calidad, además de sistemas de información que continuamente realicen labores de vigilancia y aprendan a impulsar una atención mejor, así como medicamentos, dispositivos y tecnologías que estén disponibles, sean inocuos y estén debidamente regulados, aparte de centros sanitarios accesibles y bien equipados.

- **Sistemas de salud resilientes de calidad:** la calidad y la resiliencia son conceptos estrechamente relacionados, ya que los sistemas de salud para ser resilientes necesitan prestar servicios de salud de calidad antes de una emergencia de salud pública, y mantenerlos durante el desarrollo de la misma, aparte de mejorarlos tras su finalización.

1.3. La humanización de los servicios de salud en Iberoamérica antes de la pandemia

A finales de 2019 se publicó una revisión sistemática de literatura sobre la humanización de los servicios de salud en Iberoamérica, realizada por seis investigadores de la Universidad de Nariño (Carlosama et al. 2019), centrada en el abordaje de la humanización de la salud en artículos de revistas científicas en el período comprendido entre 2008 y 2017. La revisión, acotada a los países iberoamericanos de América, ha permitido concluir que existe un interés creciente en el tema de la humanización (el 70% de los estudios incluidos en la revisión se habían publicado en los cinco últimos años del período analizado), que hay una tendencia muy marcada a realizar los estudios de la humanización desde la perspectiva de la enfermería (el 83% de los estudios analizados se referían a esta disciplina) y que la mayoría de los estudios incluidos en la revisión habían sido publicados en Brasil (73%), aunque también se incluyeron estudios publicados en Colombia, Chile, Perú y México.

Las definiciones de humanización recogidas por los estudios (entre las que destacan la del Ministerio de Salud de Brasil, que se enfoca en la atención segura y acogedora, así como en el respeto por los derechos y la individualidad del paciente, y la de la Organización Mundial de la Salud, que se centra en la comunicación adecuada y la empatía entre profesionales, pacientes y cuidadores, con el fin de dar soluciones rápidas y oportunas a las necesidades de salud) inciden en los siguientes aspectos: los fundamentos bioéticos y los valores necesarios para brindar una atención segura y acogedora, teniendo en cuenta la dignidad, la calidad de vida, el respeto, la integralidad y la autonomía; la importancia de brindar información adecuada frente a los procedimientos que se

realicen; la consideración de la humanización como la forma de integrar tecnología y cuidado para el paciente; la importancia de las condiciones físicas y organizativas de los centros hospitalarios (destacando elementos como las condiciones laborales, los espacios dentro de las instituciones que legitimen la atención humanizada en salud y la interacción entre usuarios, trabajadores y cargos gerenciales), que propicien ambientes adecuados y un cambio en la cultura organizacional orientado a la humanización.

Se destaca una evolución en el énfasis de los estudios, que han pasado de centrarse en la ausencia de humanización dentro de la atención sanitaria a interesarse cada vez más por el estudio de este concepto y su puesta en práctica en los contextos sanitarios. Los estudios analizados resaltan la importancia de salvaguardar los principios propios del paradigma de la bioética, especialmente la dignidad humana como eje transversal en todo proceso de humanización, en las diferentes poblaciones y en todos los momentos del ciclo vital, aunque con mayor énfasis al inicio y al final de la vida, cuando la vulnerabilidad humana es mayor. También consideran aspectos relacionados con la ética del cuidado, con el reconocimiento del otro y con la empatía frente al sufrimiento y el dolor. Se otorga especial importancia a los aspectos humanos y relacionales que caracterizan una atención humanizada, tales como la comunicación, la actitud de escucha y el respeto por los derechos, deseos y preferencias del paciente en torno al cuidado de su salud, reivindicando su papel activo como sujeto de la atención.

Los revisores resaltan que la mayor parte de los estudios analizados son descriptivos y se orientan a la percepción que tienen los usuarios sobre la atención en salud o consideran aspectos de los programas y estrategias implementados, como el respeto por la autonomía del paciente, el fomento de la comunicación entre el personal de salud y el paciente o su familia o la mejora de las competencias y de la calidad de vida laboral de los profesionales, y señalan la ausencia de estudios que aborden la evaluación de la eficacia de los programas o de las estrategias desarrolladas. También resaltan que los estudios incluidos en la revisión se centran en poblaciones con alguna condición de vulnerabilidad, como mujeres gestantes en proceso de parto y posparto, pacientes de servicios de alta complejidad o niños y adolescentes, y señalan la necesidad de ampliar

la mirada hacia la población en general y a aspectos como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los estudios referidos a mujeres gestantes mencionan la importancia de individualizar el proceso de parto, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de cada mujer, valorando su historia de vida y los aspectos sociales, psicológicos y emocionales que pueden influir en su experiencia.

Los estudios que analizan la humanización en niños y adolescentes señalan que en la hospitalización infantil y pediatría se debe construir un ambiente capaz de generar tranquilidad y esperanza mediante la articulación del uso de la tecnología, los procedimientos médicos y el cuidado humanizado, para lo cual es fundamental tratar de disminuir los efectos adversos de la hospitalización. Entre las dificultades para implementar estrategias de humanización con niños y adolescentes se destacan la baja motivación y falta de compromiso e iniciativa de los profesionales de la salud, así como la falta de recursos.

En los estudios que se centran en pacientes hospitalizados en cuidados intensivos y cuidados paliativos, además de señalar la importancia de la comunicación entre el profesional y el paciente, se destaca que la humanización implica comprender al ser humano de forma holística, más allá de tratar su patología, y que la lógica de humanización y los diferentes avances médicos no deben entenderse como fenómenos opuestos, sino como procesos que se complementan y potencian.

Los estudios analizados también abordan aspectos como la necesidad que las instituciones y los profesionales de la salud fundamenten su actuación en valores éticos, y utilicen los desarrollos tecnológicos en armonía con las necesidades del ser humano. Destacan, asimismo, que la capacitación y la formación son fundamentales para un desempeño profesional coherente con las pautas de humanización en la atención de la salud. Algunos estudios señalan que los intereses económicos y mercantilistas y la visión de la salud desde una perspectiva de negocio actúa en contra de la atención

humanizada, porque se presta más atención a la forma de aumentar los ingresos que a las necesidades de los pacientes.

Los autores concluyen que los principales avances en humanización en Iberoamérica entre 2008 y 2017 apuntan fundamentalmente a la comprensión del fenómeno desde un enfoque descriptivo y a la implementación de programas o estrategias centrados en necesidades particulares de poblaciones vulnerables, y que es necesario seguir profundizando en los aspectos teóricos y prácticos de la humanización, con una mirada amplia basada en una visión global de la salud y no solo en las necesidades específicas o inmediatas de determinadas poblaciones.

1.4. Estrategias y planes de la Organización Panamericana de la Salud para la mejora de la calidad y la cobertura en salud

En el año 2007, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (en adelante, OPS) aprobaron la Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente (documento CSP27/16 y resolución CSP27.R10), en la que se reconocía con preocupación el bajo nivel de calidad de los servicios de salud en la Región (OPS 2007a, 2007b). En 2009, la OPS instó a los Estados Miembros a tomar conciencia del problema de la fragmentación de los servicios de salud y a impulsar el establecimiento de redes integradas de servicios de salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud (OPS, 2009a). A partir de entonces, se ha impulsado la mejora de la calidad de la atención a través de numerosas resoluciones y mandatos, entre los que cabe destacar los relacionados con la disponibilidad de servicios, su organización y su gestión (OPS 2014c, 2016a), los recursos humanos (OPS 2017a, 2018a), el acceso y uso de las tecnologías de salud (OPS, 2012), y la atención a la diversidad y las poblaciones en situación de vulnerabilidad (OPS 2009b, 2009c, 2009d, 2013b, 2016b, 2017b, 2018b). Adicionalmente, la seguridad del paciente permanece como una prioridad clave para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud (OMS 2019^a, 2019b, 2019c).

La OPS ha impulsado asimismo la extensión de la protección social en salud en la región de las Américas como requisito fundamental para la construcción de sistemas de salud integrados, equitativos, solidarios y centrados en las necesidades concretas y las demandas legítimas de las personas, capaces de garantizar no sólo el acceso efectivo, sino también la oportunidad y la calidad de los servicios de atención de salud, superando la fragmentación y segmentación que todavía los caracterizan (OPS, 2013a).

En 2014, la OPS aprobó la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (OPD, 2014a, 2014b), en la que se establecen líneas estratégicas que constituyen el fundamento sobre el cual los países de la región formulan planes e implementan acciones para fortalecer los sistemas y servicios de salud con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Un año después, expertos en temas de calidad reunidos en el Foro regional “Salud Universal: sistemas de salud y calidad en la atención” (Washington, D.C., 4 y 5 de noviembre del 2015) debatieron la necesidad de un cambio de paradigma en el abordaje de la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud para avanzar hacia la salud universal, identificando como principales retos la fragmentación en el abordaje de la calidad, con predominio de programas verticales en detrimento de un abordaje integral y sistémico; un enfoque de acceso y cobertura de los servicios de salud sin énfasis en la calidad; baja capacidad resolutoria de los servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención; dificultades en la implementación y el control de normas de calidad; contextos que no favorecen la cultura de calidad; inadecuada disponibilidad, capacidades y formación continua de los recursos humanos de salud; limitado acceso a medicamentos y otras tecnologías de salud, y financiamiento insuficiente e inadecuado. Ante esta situación, concluyeron que era necesario proponer intervenciones para el fortalecimiento del primer nivel de atención y su articulación con el resto de los niveles; el empoderamiento y la participación de las personas, incluidos los trabajadores de la salud, en las acciones para mejorar la calidad de la atención, y la orientación a los resultados en salud y a mejorar la experiencia y la confianza de las personas, las familias y las comunidades en los servicios de salud, más allá de la mera optimización de los procesos.

Los sistemas de salud de la región siguen caracterizándose por sus altos niveles de fragmentación, que ocasiona dificultades en el acceso a servicios de salud de calidad y favorece un uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles y la baja insatisfacción de las personas con los servicios de salud que reciben. Pese a las iniciativas de mejora de la calidad que se han desarrollado en los países de la región, La región sigue manteniendo una alta tasa de mortalidad atribuible a la baja calidad de la atención y déficits importantes en materia de seguridad del paciente. Hay deficiencias en la calidad técnica y en la eficacia del primer nivel de atención que hace que muchos problemas de salud que podrían ser tratados en establecimientos ambulatorios lo sean en hospitales, y la oferta de recursos humanos no está armonizada con las necesidades de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud con redes integradas de servicios de salud. El gasto público en salud está aún lejos del 6% propuesto en la estrategia para la salud universal de la OPS (2014a) como referencia para avanzar en las mejoras de equidad y eficiencia que hagan posible la sostenibilidad de largo plazo de los sistemas de salud. El pago directo del servicio (o gasto de bolsillo), que continúa siendo una fuente importante de recursos, aumenta el riesgo de los hogares de caer o profundizar en la pobreza y la segmentación del financiamiento aumenta la inequidad y produce ineficiencias evitables en la gestión de los recursos. Adicionalmente, la corrupción en la salud y desvía recursos que son necesarios para la atención de salud, con perjuicios que habitualmente afectan más a las personas en situación de vulnerabilidad.

En este contexto, la OPS ha plantado la Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025 (OPS, 2019^a, 2019b) que propone tres líneas estratégicas para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud, de acuerdo con el contexto, las necesidades, las vulnerabilidades y las prioridades a nivel nacional. Cada una de estas líneas plantea objetivos específicos y metas a conseguir en 2025.

1. Implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención a las personas, las familias y las comunidades en la prestación de servicios integrales de salud.

- 1.1. Fortalecer la calidad de la atención que se brinda a las personas, las familias y las comunidades.
- 1.2. Avanzar en la calidad de los servicios integrales de salud mediante el fortalecimiento del primer nivel de atención.
- 1.3. Incrementar las intervenciones dirigidas a monitorear y evaluar la calidad de la atención.

2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud para **desarrollar una cultura de calidad** y promover la mejora sostenida en la prestación de servicios integrales de salud.

- 2.1. Desarrollar capacidades para la implementación de políticas y estrategias para la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud.
- 2.2. Fortalecer la capacidad regulatoria para mejorar la calidad de los servicios integrales de salud.

3. Establecer estrategias de financiamiento que promuevan la mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud.

- 3.1. Implementar acciones orientadas a proveer la disponibilidad oportuna de los recursos necesarios para la calidad.
- 3.2. Implementar acciones orientadas a promover la mejora de la calidad, la equidad y la eficiencia en los servicios de salud.

La Organización Panamericana de la Salud ha instado a los Estados Miembros, teniendo en cuenta sus contextos, necesidades, vulnerabilidades y prioridades, a:

- Implementar planes de acción nacionales, tomando como marco de referencia los objetivos contenidos en la estrategia y plan de acción, y establezcan mecanismos de monitoreo utilizando los indicadores propuestos.
- Establecer mecanismos formales de participación y diálogo en la elaboración y ejecución de políticas y estrategias nacionales de calidad, así como de transparencia y rendición de cuentas en los servicios de salud.
- Identificar e implementar procesos permanentes de calidad en los servicios de salud, orientados por la seguridad y los derechos de las personas, promoviendo

el empoderamiento de las personas y las comunidades mediante la capacitación, la participación y el acceso a la información.

- Establecer mecanismos formales para fortalecer la rectoría en el desarrollo de políticas y estrategias nacionales para la calidad, incluyendo la colaboración y la coordinación de las altas autoridades para promover sinergias en la regulación, la planificación estratégica y la toma de decisiones basadas en el análisis de situación.
- Promover dentro de las redes de servicios, el desarrollo de equipos interprofesionales responsables del monitoreo y la evaluación de la calidad, que dispongan de sistemas de información que permitan facilitar su trabajo.
- Desarrollar estrategias de educación permanente para los recursos humanos de salud, incorporando las nuevas tecnologías de la información y comunicación, la telesalud, la educación en línea y las redes de aprendizaje, para mejorar la capacidad resolutive y la calidad del desempeño, con un especial énfasis en el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud;
- Aumentar la eficiencia y el financiamiento público necesario para proporcionar los recursos adecuados para la calidad de los servicios integrales de salud, con especial atención a las personas y comunidades en situación de vulnerabilidad.

ESTRATEGIAS, POLÍTICAS, PROTOCOLOS Y PLANES SOBRE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN EXISTENTES EN LA REGIÓN

2.1. Argentina

Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica

Argentina cuenta con el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, que fue creado por Resolución Secretarial n° 432 del año 1992 y refrendado por el Decreto n° 1424 del año 1997. La vigencia del programa fue ratificada por Decreto PEN N° 178 del año 2017, con el fin de promover el desarrollo de procesos para asegurar la calidad de los servicios de salud para toda la población y garantizar la equidad en la atención médica.

Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud

En 2021 a través de la Resolución 1738/2021, se ha creado el Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad en Salud que tiene como objetivos:

- Promover la evaluación de la calidad en los establecimientos, servicios, sistemas informáticos, datos, herramientas y procesos digitales, administradores de servicios de salud, tecnologías, dispositivos y demás actores del Sistema de Salud de la República Argentina, en base a los estándares que se establezcan.
- Evaluar y registrar las entidades de evaluación externa en salud en sus diversas modalidades, incluyendo salud digital y telesalud.
- Promover crecientes niveles de calidad, seguridad y excelencia de los diferentes actores, tecnologías y dispositivos digitales del sistema de Salud.
- Promover estrategias de autoevaluación, autocontrol institucional y acreditación de la calidad, seguridad y seguridad informática.
- Promover el desarrollo de la cultura de la calidad en los integrantes de todos los niveles del sistema sanitario de la República Argentina.
- Generar procesos que garanticen los derechos del paciente, su participación en el sistema de salud, y promuevan la transparencia y el desarrollo de la información sanitaria.
- Establecer mecanismos que garanticen la protección y salvaguarda de datos sensibles tanto en registros digitales como en registros no informatizados.

- h. Diseñar e implementar indicadores de calidad vinculados a los procesos, gestión de datos, herramientas digitales y resultados producidos en los Servicios y Establecimientos de Salud teniendo en cuenta los criterios de universalidad, equidad, efectividad, eficacia, eficiencia, oportuna y centrada en la persona.
- i. Generar procesos de reconocimiento a nivel federal e internacional de las diferentes formas de evaluación de la calidad en salud y en tecnologías digitales asociadas.

Plan Nacional de Calidad en Salud 2021-2024

También en 2021, mediante la Resolución 2546/2021 se ha aprobado el Plan Nacional de Calidad en Salud 2021-2024, cuyas líneas estratégicas son las siguientes:

- **Línea estratégica 1:** Fortalecer la rectoría y la gobernanza en calidad y seguridad de pacientes para disminuir las inequidades en el sistema de salud.
- **Línea estratégica 2:** Implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención de salud con enfoque de derechos, centrada en las personas, las familias y las comunidades.
- **Línea estratégica 3:** Implementar procesos permanentes que promuevan la seguridad de los pacientes en la atención de la salud.
- **Línea estratégica 4:** Establecer estrategias para el equipo de salud que promuevan la calidad y la seguridad en la gestión del trabajo, la formación y la educación permanente en salud y la protección de la salud de trabajadores y trabajadoras.

2.2. Brasil

Política Nacional de Humanización

Brasil cuenta desde 2003 con una Política Nacional de Humanización (PNH), conocida también como HumanizaSUS, basada en los principios de transversalidad, indisociabilidad de atención y gestión y protagonismo, corresponsabilidad y autonomía de las personas y colectivos. La Política Nacional de Humanización opera con base en lineamientos clínicos, éticos y políticos, que se traducen en las siguientes directrices: acogida; gestión participativa y cogestión; creación de espacios saludables, acogedores

y saludables que respeten la privacidad, propicien cambios y sean lugares de encuentro entre las personas, un abordaje clínico de la enfermedad y el sufrimiento que considera la singularidad del sujeto y la complejidad del proceso salud/enfermedad, valorización de los trabajadores, defensa de los derechos de los usuarios, formación e intervención.

La PNH cuenta con la Red Humaniza SUS (RHS), una red de personas interesadas y/o ya involucradas en los procesos de humanización de la gestión y del cuidado en el SUS, cuyo objetivo es crear una red colaborativa que permita el encuentro, el intercambio, el conocimiento, el aprendizaje, la expresión libre, la escucha sensible, la acogida, la multiplicidad de puntos de vista, el arte de la conversación y la participación de todas las personas.

Se trata de un espacio abierto por la Política Nacional de Humanización para ampliar el diálogo en torno a sus principios, métodos, directrices y dispositivos. Una apuesta por la inteligencia colectiva con el propósito de aumentar el poder colectivo para afrontar los grandes y complejos retos de la humanización en el Sistema Único de Salud.

Uno de los resultados más significativos de esta Red es la Colección Digital de Humanización que reúne documentos, artículos, videos, fotografías. Todo este acervo documental es de consulta y descarga gratuita. Cabe destacar el siguiente material disponible:

- **Publicaciones de la PNH.** Publicaciones producidas por el Núcleo Técnico de Humanización del Ministerio de Salud que cubren los lineamientos y disposiciones de la Política Nacional de Humanización, desde su creación en 2003 y las diversas reediciones y actualizaciones de la misma. Incluye desde cuadernillos hasta los cuadernos HumanizaSUS y sus volúmenes temáticos con varios artículos sobre un tema central.
- **Videos de interés para la humanización.** Videos que abordan desde un glosario de humanización hasta entrevistas, películas sobre instituciones que aplican la PNH en su gestión y en los procesos de atención a la salud.

- **Artículos.** Artículos publicados en revistas o en sitios indexados. Entre las diversas publicaciones, se puede encontrar producciones académicas, investigación cualitativa y debate sobre los grandes temas de la salud colectiva, la humanización y el SUS en general. Todos los artículos están disponibles para descargar y también para su lectura y comentarios.

2.3. Chile

Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030

El Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) ha abordado la formulación de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030 y la elaboración de una estrategia para su cumplimiento. La formulación de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030 considera los lineamientos provenientes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, en base a los cuales adopta como principios rectores asegurar los derechos en salud, alcanzar la cobertura universal y reducir las inequidades en salud.

Uno de los ejes de la Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030 (MINSAL Chile, 2022) es el de “Gestión, calidad e innovación”. En este eje se priorizaron los siguientes temas: infraestructura y equipamiento, participación social, calidad de la atención, tecnología e información en salud, donación y trasplantes de órganos y tejidos, gestión del personal, financiamiento del sector y salud digital. En lo que se refiere a calidad de la atención, el objetivo de impacto para la década 2021-2030 es fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida.

A continuación se detallan algunos de los temas relacionados con la calidad y la humanización de la atención sanitaria que se establecen en la Estrategia:

- **EJE 1:** Medio Ambiente y entornos saludables.
 - Salud familiar y comunitaria. Objetivo de impacto. Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal.

- **EJE 2:** Estilos de vida.
 - Salud Mental. Objetivo de impacto. Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo.
 - Salud sexual y salud reproductiva. Objetivo de impacto. Abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y Reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.
- **EJE 4:** enfermedades crónicas no transmisibles y violencia
 - Trastornos mentales. Objetivo de impacto. Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad.
 - Violencia. Objetivo de impacto. Disminuir la prevalencia de violencias que afectan a las personas, familias y comunidades de manera diferenciada, según su género, curso de vida, etnia, nacionalidad, entre otros.
- **EJE 7:** Gestión, calidad e innovación
 - Participación social. Objetivo de Impacto. Fortalecer un modelo de gestión participativa en el área de la salud.
 - Calidad de la atención. Objetivo de Impacto. Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida.
Resultados esperados:
 - Fortalecer el modelo biopsicosocial con perspectiva de derechos humanos en todo el sistema sanitario.
 - Fortalecer la incorporación de la empatía, trato digno, escucha activa y comunicación asertiva en la atención de salud.

2.4. Colombia

Política Nacional de Humanización en Salud

La Política Nacional de Humanización en Salud, difundida con el lema “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana” (Minsalud Colombia, 2020), pretende instaurar la humanización como principio transversal en las diferentes políticas nacio-

nales, territoriales e institucionales, privadas, públicas y mixtas, constituyéndola en un imperativo del Sector Salud. Ello implica, centrar los esfuerzos en el ser humano, fortalecer la relación empática entre los agentes del sector, otros sectores relacionados y la ciudadanía, y cualificar la experiencia de interacción entre las personas y el sector salud, de manera que se favorezca el surgimiento de una cultura de humanización, el goce efectivo del derecho a la salud, y la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas.

Junto a la Política Nacional de Humanización en Salud, Minsalud Colombia ha publicado un documento titulado “Propuesta de metodología para la cultura colaborativa de humanización en salud”, en el que propone un abordaje metodológico que favorezca la transformación cultural colaborativa de humanización en salud, que oriente la gestión de las organizaciones a mejorar la experiencia de las personas, el desarrollo y establecimiento de alianzas estratégicas con sectores relacionados como entidades educativas, entre los agentes del sector salud y ciudadanía en general.

Plan de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2022-2027

Recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social ha dado a conocer en un proyecto de resolución, las líneas de acción que sobre las cuales se concentrará el Plan de Mejoramiento de la Calidad en Salud – PNMCS 2022-2027, denominado “Salud con Calidad para todos” (Minsalud Colombia, 2022).

El propósito del este Plan Nacional es mejorar y preservar el estado de salud de la población, mediante la excelencia de la gestión y la articulación de los agentes del Sistema de Salud. El plan tiene la humanización como principio orientador: “el PNMCS reconoce a la humanización como fundamento esencial del Sistema de Salud. Esto implica, centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general”. Por otra parte, el PNMCS se propone tres directrices de calidad: seguridad, coordinación y transparencia.

Los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud son los siguientes:

1. Centrar los esfuerzos del Sistema de Salud en las personas (usuarios y trabajadores).
2. Fomentar la cultura de la autoevaluación para el mejoramiento continuo del Sistema de Salud.
3. Enfocar la gestión al logro de resultados en salud y la generación de valor social.

Pendiente aún de aprobación, este nuevo plan se propone ocho líneas estratégicas:

1. **Atención Primaria en Salud con Calidad.** Tiene como propósito lograr una mayor integralidad de la atención intersectorial y el empoderamiento de los usuarios y pacientes en el cuidado de su propia salud, desde la salud pública y la promoción de la salud, con una gestión preventiva y actuación anticipatoria durante el ciclo de atención, en todos los niveles de complejidad y en el entorno cotidiano de las personas, con el reconocimiento de sus necesidades y expectativas, respeto a sus derechos y trato digno; mediante el fortalecimiento de enfoques como el familiar y comunitario.
2. **Seguridad del Paciente y Atención segura.** Apuesta por el fortalecimiento de estrategias tendientes a mejorar los entornos de seguridad de la atención, el conocimiento y habilidades a nivel individual e institucional reforzando el uso e implementación de las herramientas existentes, actualizaciones normativas y uso de nuevas tecnologías, así como el diseño de actividades dirigidas a empoderar y comprometer a los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y poder así, contar efectivamente con instituciones seguras y competitivas a nivel nacional e internacional.
3. **La Mejora de la calidad desde las competencias y el desempeño del Talento Humano en Salud.** Con el diseño e implementación de estrategias y acciones que impulsen la calidad en salud y desde el reconocimiento del talento humano como factor crítico para mejorar la salud de la población y lograr los objetivos del Sistema de Salud; el fortalecimiento de capacidades en la mejora de la calidad y el intercambio de conocimientos.

4. **Excelencia en la Atención.** A través del incremento de los niveles de calidad en la atención, eliminando riesgos, promoviendo el uso eficiente de los recursos, mejorando la articulación y el desempeño de todos los agentes del sistema y el impacto en los resultados de salud.
5. **Atención centrada en las personas, familia y comunidad.** Que promueva el reconocimiento del punto de vista de las personas dentro de los procesos de planificación y gestión de la salud, en su propio contexto de vida y de cara a la configuración de las políticas de salud y prestación de los servicios.
6. **Fomento de la Equidad con Calidad.** Mediante la implementación de estrategias que conduzcan a la eliminación de las diferencias evitables en el acceso a los servicios de salud, llegando a zonas de difícil acceso - regionalizando la salud- a través de la optimización de infraestructura y del talento humano en salud con el uso de métodos, tecnologías y prácticas avaladas en los procesos de atención, disminuyendo brechas de oportunidad, acceso y seguridad entre los diferentes territorios del país fomentando la equidad social, de género y de grupos vulnerables en los servicios de salud, para aportar en la adhesión y satisfacción de las personas, familia y comunidad.
7. **Fortalecimiento de la capacidad regulatoria para mejora en la gestión de Calidad en Salud.** Con la promoción de procesos de autocontrol desde el alcance de los diferentes agentes, con el centro en las personas y la identificación permanente de aspectos que sean susceptibles de mejoramiento a fin de superar las expectativas de usuarios, familias y comunidades; suscitando esfuerzos armonizados con la promoción de actitudes y actuaciones de las personas y uso de elementos de evaluación y metodologías cuantitativas y cualitativas.
8. **Gestión de la información de Calidad en Salud.** Consiste en contar con información objetiva que garantice a los usuarios el derecho a la libre elección de los prestadores de servicios de salud y aseguradores y estimular la competencia y referenciación por calidad entre los agentes del sector mediante acciones sistemáticas de monitoreo, evaluación, comunicación del desempeño y resultados de los agentes del SGSSS.

Observatorio de Calidad en Salud

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia cuenta asimismo con el Observatorio de Calidad en Salud, un sistema inteligente que estructura, organiza y dispone la información sobre la calidad de la atención en salud a la población colombiana, así mismo, brinda un conjunto de herramientas que facilitan la difusión, la estandarización de indicadores y la disponibilidad de canales de acceso para el seguimiento y evaluación del sistema de salud en términos de los atributos de calidad, humanización y resultados en salud de los diferentes agentes del sector.

Las finalidades del Observatorio son las siguientes:

- **Gestionar** la información en conocimiento e indicadores disponibles de calidad en la atención en salud que permitan comprender las condiciones y contexto en salud.
- **Impulsar** la intersectorialidad, articulación y colaboración entre actores, para la administración e integración de fuentes al Sistema de Información en Salud, con datos que permitan realizar seguimiento a la calidad en salud.
- **Realizar** el monitoreo permanente en las condiciones de calidad en la atención en salud y sus tendencias.
- **Seguir** el comportamiento de la salud y en general la efectividad de la misma, para disponer al Sector de la Salud, insumos que permitan orientar políticas encaminadas a reducir los principales problemas de salud pública de forma íntegra, humana, segura, oportuna y equitativa.
- **Desarrollar e implementar** modelos predictivos y de alertas tempranas teniendo en cuenta el comportamiento y evolución de las condiciones de calidad en la atención en salud.
- **Difundir y comunicar** la evidencia sobre evaluación de actores en salud y sistemas de calidad, generada de forma eficiente, para que oriente políticas públicas en una implementación sistemática y efectiva de la calidad, humanización y seguridad en los diferentes niveles de acción de la salud pública.
- **Promover** la producción de conocimiento sobre la calidad en la atención en salud a partir de la conformación de redes de expertos soportadas en las tecnologías de la comunicación y la información.

- **Poner a disposición** de los diferentes agentes del Sector Salud, la información y el conocimiento disponible sobre la calidad en la atención en salud.

Junto con los Planes de mejoramiento de la calidad, el Observatorio elabora, entre otros documentos, el Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las Entidades Promotoras de Salud. Recopila también experiencias exitosas de calidad y humanización con el fin de promover la excelencia, la innovación y el aprendizaje colaborativo en el sistema de salud.

2.5. España

En España, el Instituto Nacional de la Salud puso en marcha, en 1984, el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria (INSALUD, 1984), uno de cuyos elementos centrales fue la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, una declaración de principios para llevar a la práctica la necesidad de armonizar las relaciones entre los diversos elementos del sistema sanitario y sus pacientes, conjugando la irrenunciabilidad de cualquier derecho con la responsabilidad sobre la propia salud y sobre los recursos sanitarios (Gutiérrez, 2017). Esa Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes constituye un antecedente de lo que posteriormente sería la formulación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regula aspectos como la información y el consentimiento informado, el derecho a la intimidad, las instrucciones previas y la historia clínica.

La participación ciudadana y las actuaciones de las asociaciones de pacientes se entienden como un elemento clave de la política sanitaria en España, junto con la transparencia y la rendición de cuentas. En el año 2003, treinta y siete asociaciones de pacientes aprobaron la Declaración de Barcelona y, para dar cohesión a estas asociaciones, que estaban organizadas por patologías y no tenían un vínculo común, se constituyó en el año 2004 el Foro Español de Pacientes (FEP), con la finalidad de promover la participación de los afectados por la enfermedad en los procesos de toma

de decisiones que les afectan y trasladar la democracia formal a las políticas públicas y al gobierno de los centros sanitarios. Esta iniciativa precursora del movimiento asociativo de los pacientes fue continuada por la constitución de nuevas organizaciones transversales como la Alianza General de Pacientes (AGP) o la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).

Cuando entró en vigor el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria 1984 se había iniciado ya el proceso de transferencias de las competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas, que se completaría en 2002. En 2003 se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que estableció el marco legal para el desarrollo de las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, garantizándose la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, a la vez que la colaboración activa de este en la reducción de las desigualdades en salud. El artículo 28.1 de esta Ley disponía que las comunidades autónomas debían abordar actuaciones para la humanización de la asistencia y para la mejora de la accesibilidad administrativa y de su confortabilidad.

Las iniciativas de humanización de la asistencia sanitaria, a partir de entonces, se han producido en el seno de la administración autonómica. A continuación se recogen las principales:

2.5.1. Andalucía

Uno de los planes de humanización más recientes es el del Sistema Sanitario Público de Andalucía, SSPA (Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, 2021). El Plan de Humanización del SSPA se ha gestado en un contexto marcado por la pandemia originada por COVID-19, que ha ocasionado dificultades importantes para la atención sanitaria a todos los niveles. Tiene como objetivo impulsar el desarrollo de estrategias de humanización que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente, que velen por la dignidad y derechos de las personas y por el cuidado de los profesionales,

que fomenten el respeto, la escucha y la participación, en un entorno confortable y en un marco ético, de equidad y de excelencia en la atención.

Las características y elementos esenciales del Plan son la accesibilidad, la personalización, el compromiso con la calidad, la corresponsabilidad y la cultura de humanización. El Plan se organiza en cuatro áreas transversales (organizacional, estructural, asistencial y relacional) y en las cuatro líneas estratégicas siguientes:

1. **Generar** una cultura de humanización en el SSPA que impregne a toda la Organización Sanitaria.
2. **Promover** espacios, recursos e innovaciones tecnológicas que garanticen el respeto por la dignidad del paciente en el SSPA.
3. **Potenciar** una atención de calidad, personalizada, que contemple todas las dimensiones de la persona y aporte resultados tangibles para el paciente.
4. **Centrar** la atención sanitaria en un marco de escucha activa, comunicación, decisiones compartidas y corresponsabilidad con el SSPA.

Con anterioridad a la aprobación de este plan, en Andalucía se han desarrollado otras iniciativas en materia de humanización de la atención sanitaria, entre las que cabe destacar el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, que se desarrolla desde 2007, el denominado Plan de las pequeñas cosas, el Plan de Intimidad, el Plan de Participación Ciudadana en el SSPA, el Plan de Atención a Cuidadoras Andaluzas y la Escuela de Pacientes, que viene funcionando desde 2008.

2.5.2. Aragón

En Aragón se creó la Escuela de Salud, una iniciativa del Departamento de Sanidad orientada a incrementar la información, formación y habilidades de pacientes, cuidadores y usuarios para conseguir mejorar los conocimientos sobre la enfermedad y sus cuidados, y fomentar la autonomía y participación en la toma de decisiones. La Escuela de Salud está regulada por la Orden SAN/1744/2017.

Durante el año 2020 se llevaron a cabo diversas reuniones del grupo de técnicos de Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios (DGDGU) del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón (actual Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios) encargado de elaborar un “Plan de humanización”. Los resultados de esas reuniones, cuyo objetivo era establecer las bases para un futuro Plan estratégico de humanización del Sistema sanitario de Aragón, han quedado recogidos en el documento titulado “Estudio para el impulso de la mejora de la experiencia de paciente en el Sistema Sanitario de Aragón”, que fue publicado en febrero de 2021.

2.5.3. Asturias

En Asturias durante el periodo de 2004-2007 se implementó el Plan de confortabilidad del servicio de salud (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2004), que respondía al reto de humanizar los servicios sanitarios. Este plan contemplaba las siguientes líneas estratégicas:

- Humanización de los servicios sanitarios y calidad de trato, con el objetivo de dar una atención lo más personalizada posible, mediante el establecimiento de un “plan de los pequeños detalles” a fin de incrementar la calidad percibida por los usuarios y mejorar la satisfacción de los mismos con los servicios sanitarios.
- Mejora de la accesibilidad externa e interna a los centros y servicios sanitarios como elemento básico del principio de equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, eliminando barreras y creando circuitos de fácil acceso y facilidad de comunicación entre niveles de atención.
- Mejora en el confort de las condiciones hosteleras y de uso de que disfrutaran los pacientes y ciudadanos en los centros sanitarios, ya que las mismas constituyen unos elementos esenciales de la calidad percibida por éstos en la atención recibida.
- Espacios libres de humo: Aire saludable. En este aspecto, el plan pretendía actuar sobre el hábito de fumar en los centros sanitarios para responder a una demanda legal y social de aire limpio en sus instalaciones.

La Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud del Principado de Asturias dedica su artículo 62 a los derechos relacionados con la prestación de servicios sanitarios y la humanización de la atención por el Sistema Sanitario del Principado de Asturias. Se reconoce el derecho de los ciudadanos a la continuidad asistencial; a la incorporación a la asistencia sanitaria de las innovaciones científicas que hayan demostrado su eficacia, a la obtención de los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, según la evidencia científica; a obtener la información adecuada y la educación sanitaria pertinente que propicien la adopción de hábitos y estilos de vida saludables; a recibir la asistencia sanitaria dentro de los plazos máximos que se establezcan reglamentariamente; a recibir la asistencia sanitaria en las mismas condiciones con independencia de que sea prestada en centros públicos o en centros vinculados a la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias o a la Red Sanitaria de Utilización Pública del Principado de Asturias, y a la eliminación de barreras físicas, funcionales y de comunicación, en el acceso a la atención sanitaria.

En relación con una atención sanitaria centrada en la persona prestada por el Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias, además de los derechos antes relacionados, los ciudadanos tienen derecho a que se le asigne facultativo responsable, quien será su interlocutor principal, y, en su caso, otras personas responsables de su seguimiento y plan de cuidados, a recibir una atención y cuidados basados en la calidez y la empatía, a que se respeten sus valores y creencias, a conocer e identificar a quienes intervienen en su proceso asistencial, y a la elaboración un plan personalizado de parto, en el caso de mujeres gestantes. Todos esos derechos estarán incluidos en un Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias, que se elaborará y revisará con carácter plurianual.

2.5.4. Castilla y León

En Castilla y León, la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, estableció en su artículo 4.2 que “las actuaciones del Sistema de Salud de Castilla y León se orientarán a la humanización de la asistencia,

a ofrecer una atención individual y personalizada y a promover la comodidad, el bienestar físico y psíquico, la comprensión y el trato adecuado del paciente y de sus familiares o personas vinculadas”. Tras la entrada en vigor de esta ley se aprobó la Orden SBS/1325/2003, de 3 de septiembre, por la que se publican las cartas de derechos y deberes de las Guías de información al usuario.

Por otra parte, la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del sistema de salud de Castilla y León estableció como uno de los principios rectores del Sistema de Salud “la humanización de la asistencia sanitaria y la atención personalizada al paciente”.

En el año 2007, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León puso en marcha el Plan de Garantía de los derechos de las personas en relación con la salud, con el que pretendía potenciar los aspectos humanos de la atención sanitaria y propiciar una atención de calidad en todas sus dimensiones.

Desde hace unos años, la Consejería de Sanidad ha venido promoviendo de forma transversal los procesos de humanización y la práctica afectiva en sus diferentes estrategias de salud, tal y como queda reflejado en la Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León, una de cuyas líneas estratégicas estaba dedicada a la participación ciudadana y a la humanización, y en el Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León 2017-2020, cuya línea estratégica relativa a la atención integral de la unidad paciente/familia-persona cuidadora con necesidad de cuidados paliativos, plantea una valoración de dicha unidad contemplando todas las dimensiones del ser humano.

A finales de marzo de 2020, en los momentos más críticos de la Pandemia, la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Gerencia regional de Salud de Castilla y León puso en marcha el Plan de Humanización ante la Pandemia COVID-19 con medidas destinadas a paliar la soledad de los pacientes ingresados por las restricciones de visitas y acompañamiento. Entre estas medidas, se contemplaba que en el caso de aquellos pacientes para los que se previese su fallecimiento próximo, se garantizase el

acceso de un familiar que le pudiera acompañar en sus últimos momentos de vida. En versiones más actuales del Plan se ha permitido el acompañamiento en estos últimos momentos por los familiares de primer grado, siendo un objetivo de la propia Consejería de Sanidad que ningún paciente, en la medida de lo posible, falleciera en soledad (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2021).

En el año 2021, se ha aprobado el Plan Persona. Centrando la asistencia sanitaria en ti (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, 2021), que pretende desarrollar la armonización entre las necesidades físicas, psíquicas y sociales de las personas y las competencias de los profesionales, avanzando en un trato más personalizado y cercano, mediante una comunicación asertiva, teniendo en cuenta en el proceso asistencial, las creencias, los valores y el principio de autonomía desde una relación de mutuo respeto y confianza. Los objetivos específicos de este plan son los siguientes:

- **Promover** el modelo de relación centrado en la persona.
- **Fomentar** la participación del paciente en el cuidado de la salud y la toma de decisiones compartidas.
- **Desarrollar** líneas de trabajo orientadas a la formación y actualización de profesionales en el ámbito de humanización.
- **Consolidar** las buenas prácticas y desarrollar nuevas iniciativas de valor a nivel autonómico.
- **Planificar** entornos accesibles, afectivos y de trato amable.

2.5.5. Castilla-La Mancha

En Castilla-La Mancha existe desde 2017 el Plan Dignifica, un plan de humanización que se materializa en un catálogo de 25 medidas agrupadas en torno a cinco líneas estratégicas: comunicación e información; asistencia sanitaria integral; profesionales como parte activa de la humanización; servicios generales, espacios y confort; y por último, participación ciudadana. El Plan Dignifica es uno de los componentes del Plan de humanización de la asistencia sanitaria, un plan específico integrado en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025, Los otros componentes son las Redes de Expertos y Profe-

sionales, que, con carácter consultivo y composición multidisciplinar, orientan el diseño, implementación y desarrollo de las políticas de humanización, y la Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha, un espacio dirigido a facilitar el acceso a la información y formación en materia de salud, que favorecerá la participación de los pacientes, familiares, ciudadanía, asociaciones y profesionales de la salud de la región. Las actuaciones del Plan de Humanización se van a desarrollar en los siguientes ámbitos:

- Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia.
- Humanización en la urgencia.
- Humanización en la hospitalización.
- Humanización en las unidades de cuidados intensivos.
- Humanización en la atención de la salud mental.
- Humanización y el paciente oncológico.
- Humanización ante el final de la vida.
- Humanización y enfermedades raras.
- Humanización y colectivos vulnerables.

2.5.6. Extremadura

En la comunidad de Extremadura se desarrolló el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura (PHAS) 2007-2013, que tenía los siguientes objetivos generales:

- a. Consolidar y mejorar la humanización de los servicios sanitarios del conjunto del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- b. Desarrollar un marco y enfoque comunes para guiar y asegurar esta mejora de la humanización de los servicios sanitarios.
- c. Aumentar la corresponsabilidad de todos los grupos de interés (ciudadanos, directivos y profesionales) en las acciones de mejora continua de la humanización.

El PHAS identificó como áreas de mejora y desarrollo de la humanización del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE) la atención e información al usuario/paciente;

la formación en humanización de los profesionales; los aspectos de infraestructuras y hostelería; la asistencia sanitaria integral; los programas claves de atención humanizada y la implicación y participación ciudadanas.

Tras la finalización del PHAS, el Plan Estratégico de Calidad de SSPE 2015-2021 dio continuidad al esfuerzo de mejora de la calidad y la humanización. Más recientemente, el Plan de Salud de Extremadura 2021-2028 ha incorporado la calidad, la humanización de atención y la seguridad del paciente como una de sus áreas de intervención para la mejora del Sistema Sanitario Público de Extremadura. Uno de sus objetivos específicos es impulsar las estrategias para la mejora de la humanización de la atención y dar continuidad a las mismas incluyéndolas como un eje estratégico y prioritario del nuevo Plan Estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

2.5.7. Galicia

La Estrategia de Humanización de la Asistencia Sanitaria (Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, 2019) reúne una serie de actuaciones encaminadas a fomentar las buenas relaciones entre las personas, mejorar las instalaciones con espacios más amables, agilizar los trámites administrativos, actuar en zonas especialmente sensibles, obtener un clima laboral satisfactorio y mejorar la relación con los usuarios. Para ello, se estructura en cuatro grandes ejes estratégicos: relación entre las personas, procesos de atención integrales y centrados en las personas, espacios y servicios de apoyo a las personas y relación con la sociedad.

2.5.8. Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid está actualmente en vigor el II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2022), cuyo propósito es seguir avanzando en la estrategia de mejora de la humanización de la asistencia sanitaria mediante un total de quince líneas de actuación

agrupadas en cuatro ejes estratégicos que ponen el foco en la persona como centro de la atención, en las infraestructuras, entornos y espacios donde se desarrolla esta atención, en los profesionales como agentes clave de humanización, así como, en el impulso del liderazgo y de una organización humanizada.

Anteriormente se llevó a cabo, entre 2016 y 2019, el Plan de humanización asistencia sanitaria (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2016). Este plan abarcó diez líneas estratégicas con sus correspondientes programas de actuación. Dos de las líneas estratégicas fueron transversales, y estuvieron dedicadas respectivamente a la cultura de la humanización y a la información personalizada y acompañamiento. Otras siete líneas estratégicas hacían referencia a la humanización de la asistencia en distintos ámbitos y etapas, a saber: las primeras etapas de la vida, la infancia y la adolescencia; la atención de urgencias; la hospitalización; las unidades de cuidados intensivos; la salud mental; el paciente oncológico y el final de la vida. Una décima línea estratégica contemplaba la creación de la Escuela Madrileña de Salud, concebida como un espacio de participación ciudadana con el objetivo de promover la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y fomentar la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud y en la autogestión de su enfermedad. Los programas de actuación incluidos en cada línea estratégica abarcaron dimensiones como la información, comunicación, formación, trato, entorno y relación, así como el fomento de la autonomía y el autocuidado de las personas.

La Escuela Madrileña de Salud (EMS) fue inaugurada el 25 de octubre de 2017. En ella se ofertan actividades, cursos y talleres gratuitos dirigidos a los ciudadanos, a los pacientes, a las personas que cuidan y a los profesionales, que impulsan la capacidad de las personas de cuidar de su salud, de su bienestar y de su vida. También promueve la alfabetización sanitaria y la cultura de salud, proporcionando a la ciudadanía información básica sanitaria actualizada, contrastada y veraz que pretende servir de apoyo para la toma de decisiones dirigidas a promover y mantener una buena salud.

2.5.9. Región de Murcia

La Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia establece en su artículo 8 que las actuaciones sanitarias destinadas a los ciudadanos deberán ofrecer una atención y trato individualizado, adecuado a las condiciones personales y familiares de los usuarios, y da a la Administración Sanitaria el mandato de impulsar acciones que profundicen en la humanización de la atención y asistencia sanitaria, en especial fomentando entre profesionales sanitarios y pacientes un espacio de confianza, respeto mutuo y comprensión.

En 2015 la Consejería de Sanidad anunció el diseño de un Plan Regional de Humanización de la Asistencia Sanitaria, cuyo primer paso fue la creación de una Subdirección General de Humanización de la Asistencia en el Servicio Murciano de Salud. No consta que, hasta la fecha, ese plan haya sido aprobado.

2.5.10. Navarra

En el año 2018, el gobierno Foral de Navarra implementó la Estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra (Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 2018), que cuenta con cinco líneas estratégicas: cultura de la humanización, calidez en el trato, información y comunicación, adecuación del entorno y directrices para la gestión. Dentro de la línea de calidez en el trato se encuentra el proyecto “Sueño” para promover el respeto del sueño y descanso de los pacientes.

2.5.11. Comunidad Valenciana

La Comunidad Valenciana elaboró hace más de dos décadas el Plan de humanización de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana (Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, 2000). Este plan creó los Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP), regulados por Decreto 2/2002, de 8 de enero, del Gobierno Valenciano. La Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, incluyó

la humanización de la asistencia como uno de los requisitos del sistema sanitario (art. 7), y reafirmó, en su artículo 17, el compromiso de impulsar políticas para la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria y sociosanitaria en las que el ciudadano constituyera el centro de los objetivos y el eje de las actividades.

Posteriormente, en el marco del plan de Calidad Total, se desarrolló el Plan de Humanización de la Atención sanitaria en la Comunidad Valenciana 2004, cuyo objetivo más importante fue lograr la confianza de los ciudadanos en el sistema sanitario, en los servicios asistenciales y en los profesionales. Pensando en los pacientes se impulsaron actividades para mejorar la calidad percibida y la satisfacción con la atención recibida en los centros sanitarios. Del desarrollo de este plan derivan la Carta al Paciente, los programas de acogida y despedida del paciente en régimen hospitalario, la regulación de la Comisión de Consentimiento Informado, el Consejo Asesor de Bioética, los Comités de Bioética Asistencial y la Comisión de Reproducción Humana Asistida, así como la creación del registro y documento de voluntades anticipadas de la Comunidad Valenciana.

El 28 de noviembre de 2017 se presentó el Plan de Mejora de la Humanización en las Unidades Asistenciales de Pacientes Críticos (MH+UAC) de la Comunidad Valenciana, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial basada en un modelo de atención integral del paciente en tres esferas interrelacionadas, pacientes, familiares y profesionales.

2.5.12. Otras comunidades autónomas

En las demás comunidades autónomas, aunque no esté en vigor un plan estratégico específico, la humanización forma parte sus planes de salud, y diversos colectivos y asociaciones profesionales realizan iniciativas y proyectos en esta materia. Existen órganos administrativos con competencias en materia de humanización como, por ejemplo, la Subdirección de Humanización, Atención al Usuario y Formación del Servicio de Salud de las Islas Baleares o la Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia de La Rioja.

2.6. México

El Programa Sectorial de Salud 2020 - 2024 (PSS) es un programa derivado del Programa Nacional de Desarrollo del Gobierno de México que establece los objetivos, estrategias y acciones a los que deberán ajustarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud. La Secretaría de Salud es la responsable de coordinar la publicación, ejecución y seguimiento de este Programa Sectorial.

El primer objetivo prioritario del Programa es garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud. Entre otras acciones, este objetivo se propone:

- **Asegurar** el acceso a Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos para la población sin seguridad social laboral y dando prioridad a la población de las regiones de muy alta o alta marginación.
- **Mejorar** la atención especializada de la población no derechohabiente priorizando a grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.
- **Fomentar** la participación de comunidades en la implementación de programas y acciones, bajo un enfoque de salud comunitaria para salvaguardar los derechos de niñas, niños, jóvenes, personas adultas mayores, mujeres, comunidad LGBTI, personas con discapacidad, comunidades indígenas y afro mexicanas.

El segundo objetivo prioritario del Plan Sectorial es el de mejorar la organización y los procesos de Sistema Nacional de Salud para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que priorice a los grupos históricamente discriminados, en desventaja en el ejercicio de sus derechos o en territorios con alta marginación. Acciones específicas previstas dentro de este objetivo que cabe destacar:

- **Fortalecer** un modelo de atención integral y asistencia social para la optimización de los recursos, eficiencia en los procesos y ampliar la cobertura de los servicios de salud y asistencia social.
 - Proponer y actualizar la normatividad que rija la prestación de servicios en materia de asistencia social a partir de la incorporación de protocolos que propicien la

humanización de los servicios de atención o que deriven de la investigación en el Sistema Nacional de Salud.

- Mejorar los esquemas de operación y fortalecimiento de los Comités Hospitalarios de Bioética, Comités de Ética en Investigación y Comisiones Estatales de Bioética
- **Consolidar** un sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas que determine el impacto real en las condiciones de salud, particularmente de la población en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.
- **Consolidar** los mecanismos y procedimientos, orientados a la atención, bajo un enfoque de interculturalidad y sin discriminación para proporcionar atención adecuada y digna a mujeres víctimas de violencia, las comunidades indígenas y otros grupos históricamente discriminados.

El tercer objetivo prioritario está relacionado con la capacidad y calidad del Sistema Nacional de Salud cuyo propósito es el de garantizar a la población servicios de salud y asistencia social con capacidad técnica, habilidad profesional y calidad médica bajo los principios de pertinencia cultural y trato no discriminatorio. Entre las acciones específicas que se apuntan dentro de este objetivo, cabe mencionar las siguientes:

- **Desarrollar e implementar** estrategias integrales para garantizar la suficiencia, formación y profesionalización del personal encargado de otorgar los servicios de salud y asistencia social, bajo un enfoque humanista, multicultural y sensible al ciclo de vida de la población atendida.

El cuarto objetivo prioritario hace referencia a la vigilancia epidemiológica; el quinto está dedicado a la salud y bienestar y tiene como propósito el fomentar condiciones que procuren la calidad de vida de la población bajo un enfoque integral, a partir de la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud, así como el tratamiento y control de las enfermedades, especialmente los de mayor impacto en la población

Modelo de Unidad de Parto Humanizado

La Secretaría de Salud del Gobierno de México editó en 2018 el Modelo de Unidad de Parto Humanizado que tiene como propósito proporcionar un referente institucional

para la definición de los recursos humanos, infraestructura y equipamiento médico básico necesario para la operación de la Unidad de Parto Humanizado.

La Unidad de Parto Humanizado es la ampliación de un hospital que responde a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de considerar el embarazo y parto eutócico, como eventos fisiológicos y no como enfermedades, promoviendo su atención con modelos sin medicamentos y seguros fuera de los hospitales. Es un espacio destinado a ofrecer hospedaje a embarazadas y puérperas (con camas no censables), durante el proceso del parto normal con un enfoque humanizado, intercultural y seguro.

2.7. Paraguay

Política Nacional de Salud 2015-2030

Entre los valores que orientan la Política Nacional de Salud del Paraguay están: el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad y el respeto a la diversidad. Entre los principios que la rigen destacan la universalidad, la eficiencia, la transparencia, la participación social y la calidad y humanización en los servicios:

“La humanización de los servicios de salud busca orientar la actuación del personal de la salud hacia el servicio del usuario, considerando a este en su globalidad personal, ofreciéndole una asistencia integral que incluya una relación empática centrada en la persona y favorezca el buen trato mutuo entre todo”.

El objetivo principal de esta Política es avanzar hacia el acceso universal a la salud y lograr la cobertura universal de salud al mayor nivel posible para reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de la población en el marco de un desarrollo humano sostenible.

Para alcanzar este objetivo se proponen siete líneas estratégicas:

1. Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza;

2. Fortalecimiento de la atención primaria de la salud articulada en redes integradas;
3. Fortalecimiento de las acciones intersectoriales e interinstitucionales para el abordaje de los determinantes sociales;
4. Mejora de la eficiencia del sistema de salud, mediante el aumento, la optimización del uso y la debida preservación de los recursos;
5. Fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud;
6. El desarrollo y fortalecimiento de la Salud Pública en las Fronteras;
7. Garantizar el acceso, la calidad, la seguridad, la eficacia y el uso racional de los medicamentos, así como promover el acceso e innovación a tecnología sanitaria.

En el marco de esta Política se desarrolla la Política Nacional de Calidad en Salud para el período 2017–2030 cuya finalidad es impulsar una atención en salud de excelencia centrada en las personas y sus necesidades, apoyando al personal de salud en el fomento de la excelencia clínica y también en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

2.8. Uruguay

Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020

El Ministerio de Salud de Uruguay fijó en 2015 cuatro grandes objetivos sanitarios para 2020.

- Alcanzar mejoras en la situación de salud de la población.
- Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud.
- Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud.
- Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

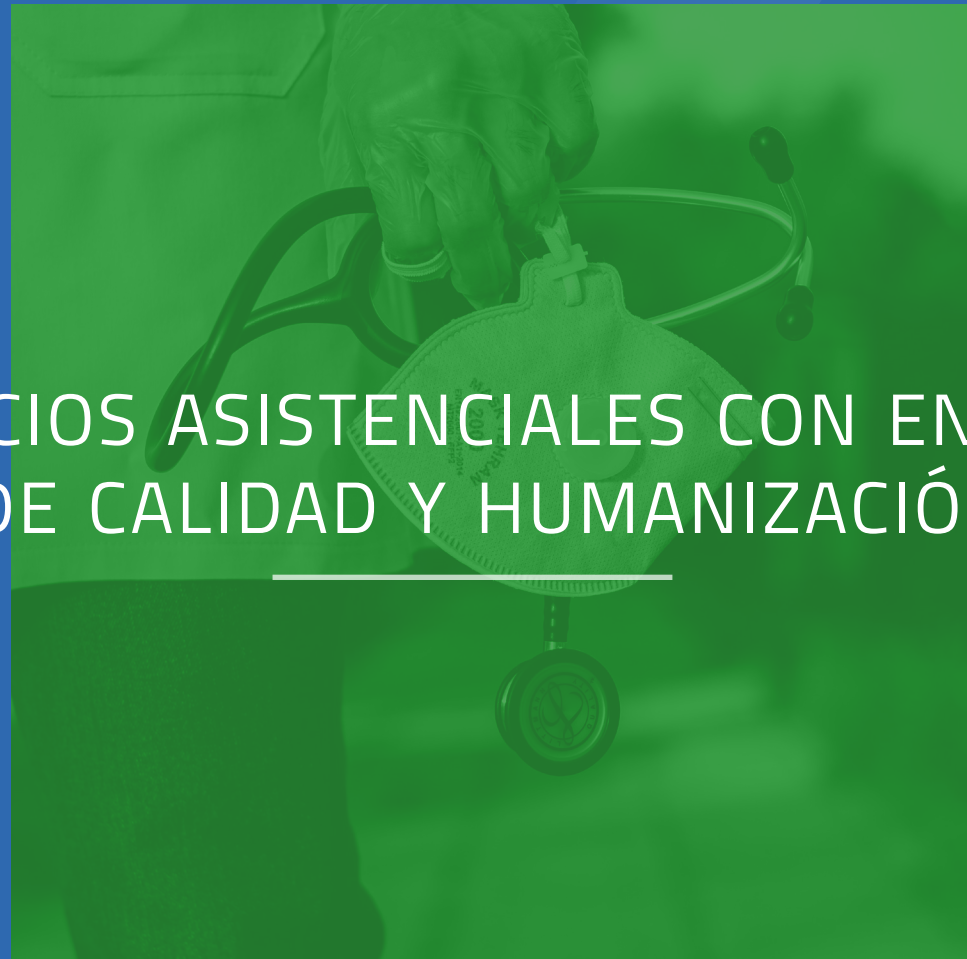
El diagnóstico en que se basó la formulación de los OSN 2020 identificaba 15 problemas de salud prioritarios a atender entre los que están los embarazos no deseados en adolescentes; el elevado índice de cesáreas; la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT), cardiovasculares, diabetes y patología respiratoria crónica;

la morbilidad por cáncer; la incidencia de suicidio y problemas vinculados a la salud mental; las dificultades de acceso a servicios en personas con discapacidad y atención a adultos mayores vulnerables, y la persistencia de brechas en la calidad de atención sanitaria.

Recomendaciones para la notificación humanizada de diagnósticos prenatales y al nacimiento.

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay publicó en el año de 2020, en el marco del proyecto “el derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad”, el documento “Recomendaciones para la notificación humanizada de diagnósticos prenatales y al nacimiento” con el objetivo de proponer una serie de herramientas y pautas a seguir por profesionales de la salud que se encuentren trabajando en contacto directo con familias que esperan o acaban de tener un niño/a con condiciones asociadas a la discapacidad.

SERVICIOS ASISTENCIALES CON ENFOQUE DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN



Modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona

El modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP), promovido por la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, busca crear las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. En este modelo se integran y complementan tanto los servicios y programas de intervención y atención como las características del ambiente (diseño arquitectónico, ubicación en el medio, utilización de productos de apoyo, etc.).

Las dos bases del modelo AICP son la integralidad y la atención centrada en la persona.

- **La integralidad** es la necesidad de contemplar, tanto a la hora de planificar como a la de intervenir, todos los ámbitos que nos constituyen como personas: no sólo los aspectos relacionados con el cuerpo (biomédicos), sino también los que tienen que ver con nuestro funcionamiento psicológico y social y los que atañen al entorno medioambiental en el que nos desenvolvemos. La perspectiva de integralidad requiere de intervenciones globales e integradas. En este sentido, es necesario que se consigan avances reales y consolidados en la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, para que las personas que requieren atención de ambos sectores la reciban de manera conjunta y continuada. Pero la exigencia de integralidad va más allá el ámbito de lo sociosanitario, porque igualmente es necesario desarrollar actuaciones coordinadas tanto entre niveles de los servicios sociales (primaria y secundaria) como con otros sectores diferentes (vivienda, cultura, educación, empleo, participación social, etc.).
- **La atención centrada** en la persona se produce cuando los y las profesionales de la intervención, así como el sistema organizativo de centros, programas y servicios, ponen como eje de su actuación a la persona, reconocen y respetan su dignidad y sus derechos y, en consecuencia, tienen en cuenta y se apoyan en su opinión y sus preferencias a la hora de planificar y de intervenir para favorecer que la persona pueda ver reducida o minimizada su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia y encuentre los apoyos precisos para desarrollar su autonomía personal en el transcurso de su propio plan de vida.

En coherencia con lo anterior, es fundamental conocer e integrar en las intervenciones la biografía de cada persona, sus hábitos, gustos y deseos, e identificar las capacidades personales, incluso cuando se trate de casos con importante grado de deterioro. Sobre esta base, se aplican las técnicas y apoyos basados en evidencia científica y se desarrollan planes personalizados mediante los que promover las condiciones tendentes al logro de la mayor independencia posible y el ejercicio de la autonomía personal para el desarrollo de sus planes de vida y el mantenimiento del control sobre las actividades de su vida cotidiana.

Desde el modelo AICP, las condiciones ambientales, la tecnología, los servicios formales y las relaciones e intervenciones profesionales se conciben y se constituyen como apoyos para incrementar la calidad de vida y el bienestar de las personas y para favorecer la continuidad de sus proyectos de vida.

El modelo AICP se fundamenta en los principios de autonomía, individualidad, independencia, integralidad, participación, inclusión social y continuidad de la atención.

Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Portugal)

La Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) es un modelo organizacional creado por los Ministerios de Trabajo y Solidaridad y Seguridad Social (MTSSS) y de Salud (MS). La RNCCI está conformada por un conjunto de instituciones públicas y privadas que brindan atención y apoyo continuo en salud social.

Los objetivos del RNCCI son proporcionar atención sanitaria y apoyo social continuo e integrado a las personas que, independientemente de su edad, se encuentren en situación de dependencia, tras un episodio de enfermedad aguda o necesiten prevenir el empeoramiento de una enfermedad crónica.

La Atención Continuada Integrada está enfocada a la recuperación integral de la persona, favoreciendo su rehabilitación, autonomía y mejorando su funcionalidad, en el contexto de la situación de dependencia en la que se encuentra, con vistas a su reinserción sociofamiliar.

Los principios que inspiran la RNCCI son los siguientes:

- Atención individualizada y humanizada.
- Garantía de articulación y continuidad de la atención entre los diferentes servicios, sectores y niveles de rendimiento.
- Equidad en el acceso y movilidad entre tipologías y equipos de la red.
- Proximidad a la prestación de cuidados, a través de la potenciación de los servicios integrados en la comunidad.
- Multidisciplinariedad e interdisciplinariedad en la prestación de cuidados.
- Valoración integral de las necesidades de la persona en situación de dependencia y definición y revisión periódica de los objetivos de funcionalidad y autonomía.
- Promoción, recuperación continua o mantenimiento de la funcionalidad y autonomía.
- Participación del usuario y sus familiares o representante legal, en la elaboración del plan intervención individual y corresponsabilidad en la prestación de los cuidados.
- Eficiencia y calidad en la prestación de la atención.

Existe una Comisión Coordinadora Nacional de la RNCCI, integrada por representantes del MTSSS y del MS.

A nivel regional, la coordinación la llevan a cabo cinco Equipos Coordinadores Regionales (ECR), con base en las Administraciones Regionales de Salud Norte, Centro, Lisboa y Vale do Tejo, Alentejo y Algarve, compuestos de forma multidisciplinar por representantes de la Seguridad Social y Salud. Los ECR se articulan con la coordinación, a nivel nacional y local, y aseguran la planificación, gestión, seguimiento, monitoreo y evaluación de los RNCCI.

A nivel local, la coordinación la realizan los Equipos Coordinadores Locales (ECL) con base en las Unidades de Salud de las Agrupaciones de Centros de Salud (ACES), integrados por equipos multidisciplinarios, con representantes de la Seguridad Social y de la Salud. Las ECL se articulan con las ECR de la respectiva región, así como con los diversos equipos y unidades de la respectiva área geográfica.

DETERMINANTES DE LA HUMANIZACIÓN



La deshumanización de la salud es un fenómeno complejo, en el que los factores de tipo sociológico, los atribuibles a la organización y al funcionamiento de las estructuras sanitarias, los imputables al personal sanitario, y los relativos al paciente y su medio, así como aquellos originados por la aplicación inadecuada de los avances de la tecnología se encuentran conectados e interaccionan unos con otros. Existe cierta sinergia entre los factores deshumanizantes y, en consecuencia, también entre los factores sobre los que es necesario actuar para humanizar la salud, pues la humanización es un proceso complejo que debe comprender ámbitos que van desde la política hasta la cultura, pasando por la organización sanitaria, la mejora de la relación entre usuarios y profesionales y la formación de los profesionales (March, 2017).

Entendemos como determinantes de la humanización el conjunto de factores que influyen en el logro de una atención de la salud humanizada y de calidad. Entre estos factores se deben considerar no solo los directamente ligados a la atención que recibe la persona enferma y su entorno, sino también los relacionados con la dotación de personal sanitario, sus condiciones de trabajo y su formación, y los que tienen que ver con los aspectos organizativos, administrativos y estructurales del sistema de salud y cuidados.

4.1. Comunicación e información

Una de las cuestiones que a los pacientes les genera inseguridad y contribuye a su insatisfacción, es la falta de explicaciones sobre las medidas o tratamientos a los que se le está sometiendo. Proporcionar información oportuna, adecuada y comprensible sobre el diagnóstico, el pronóstico y el plan de tratamiento al paciente y a sus acompañantes es fundamental para el logro de una atención humanizada. Es importante que los sanitarios dediquen tiempo a comunicarse con los pacientes, pero lo es más aún que esta comunicación sea de calidad. La información y la comunicación con el paciente y con su familia deberá basarse en la empatía y el buen trato. En paralelo a la comunicación y la transmisión de información objetiva, los pacientes requieren de apoyo emocional por parte del personal que les está tratando, y necesitan sentirse escuchados y entendidos.

4.2. Dotación de personal

Una adecuada dotación de personal, que permita dedicar a cada paciente el tiempo necesario, es fundamental para una atención de calidad y plenamente humana. La percepción por parte del paciente de que la dedicación de los sanitarios es alta y el tiempo que destinan para proporcionarle cuidados es el adecuado es uno de los factores que más influyen en su satisfacción con la atención recibida.

4.3. Condiciones de trabajo y satisfacción laboral del personal

Los profesionales sanitarios motivados y con deseos de autorrealización laboral proporcionarán mejores cuidados y estarán más sensibilizados con la importancia de la calidez y humanidad en el trato con los pacientes. Por el contrario, unos sanitarios con altos niveles de estrés e insatisfacción difícilmente podrán proporcionar unos cuidados integrales, completos y de calidad.

4.4. Formación del personal

Una formación insuficiente del personal repercute negativamente en los enfermos y en sus derechos. Además de las competencias técnicas, es necesario el desarrollo de competencias emocionales y de habilidades para la interacción. Los pacientes y acompañantes percibirán y valorarán el buen desempeño profesional y la competencia de los sanitarios, proporcionándoles una mayor seguridad que se reflejará en su grado de satisfacción.

4.5. Factores organizativos

La fragmentación de los servicios de salud, la inexistencia de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de salud centrados en la persona, o la excesiva burocratización, junto con la anteposición, en algunas instituciones sanitarias, de los objetivos empresariales a las necesidades del enfermo, son importantes factores de deshumanización.

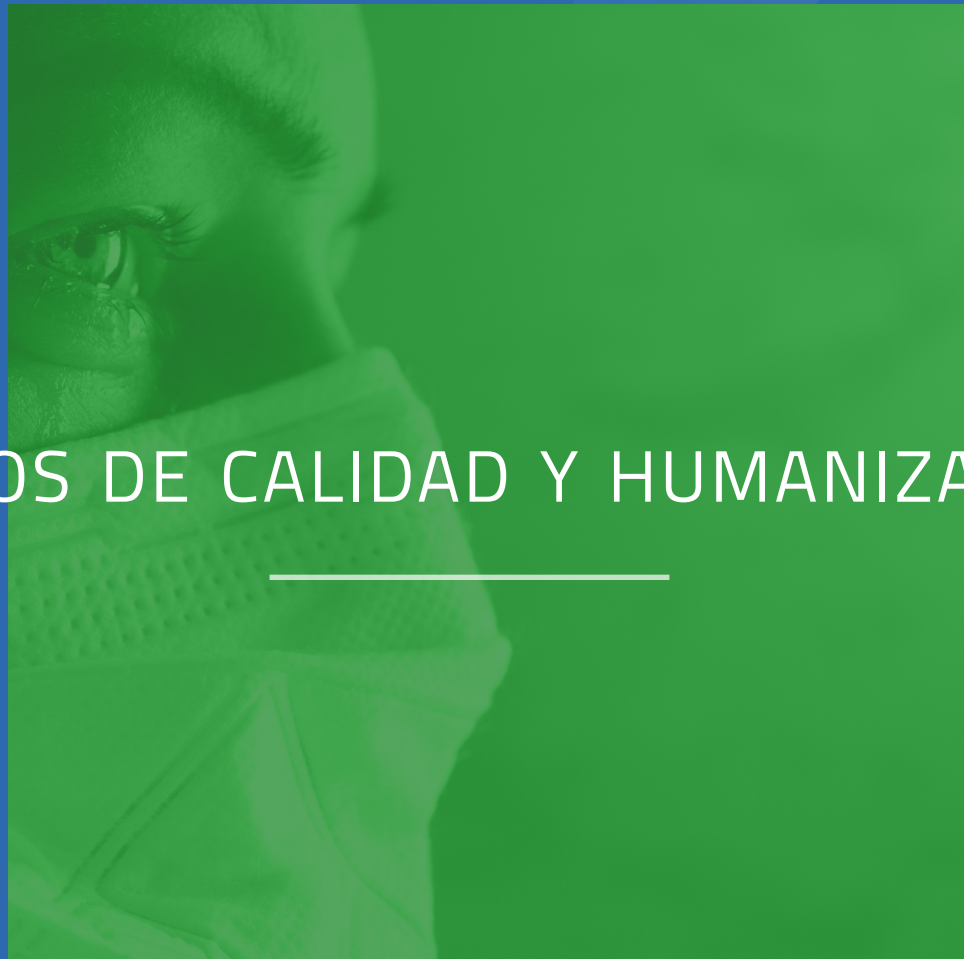
El cuidado humanizado no es solo una obligación individual del personal médico, sino que también ha de ser un imperativo para quienes administran el sistema de salud y toman decisiones sobre su organización y funcionamiento. Una gobernanza basada en los principios de transparencia, participación, rendición de cuentas, integridad y capacidad de transformar las ideas en políticas viables y bien diseñadas, que estén alineadas con los objetivos de mejor salud poblacional, mejores servicios de salud y una mayor eficiencia en el uso de los recursos, es esencial para crear las condiciones que permitan una atención humanizada y de calidad.

Una respuesta organizativa eficiente generará el sentimiento en el paciente de que está siendo tratado de forma adecuada, y este sentimiento repercutirá positivamente en la respuesta al tratamiento y en su recuperación. Los tiempos de respuesta, la coordinación de los equipos y la existencia de protocolos de priorización (triaje) y de actuación son algunos de los aspectos esenciales para el logro de una atención humanizada y de calidad.

4.6. Infraestructuras, equipamientos y recursos

La cantidad y calidad de las infraestructuras, equipamientos y recursos que el sistema de salud y cuidados tiene a su disposición, así como su accesibilidad y disponibilidad, son factores clave para mejorar la calidad de la atención y el confort del paciente, reducir los tiempos de espera, la saturación y la carga asistencial de los equipos, y constituyen un requisito para poder aplicar con éxito las medidas humanizadoras basadas en la comunicación y el trato por parte de los sanitarios. El diseño arquitectónico, la amplitud y polivalencia de los espacios, la existencia de espacios que favorezcan la privacidad, la señalización, el mobiliario, la climatización y la insonorización son también fundamentales para lograr una atención humanizada y de calidad.

RETOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN



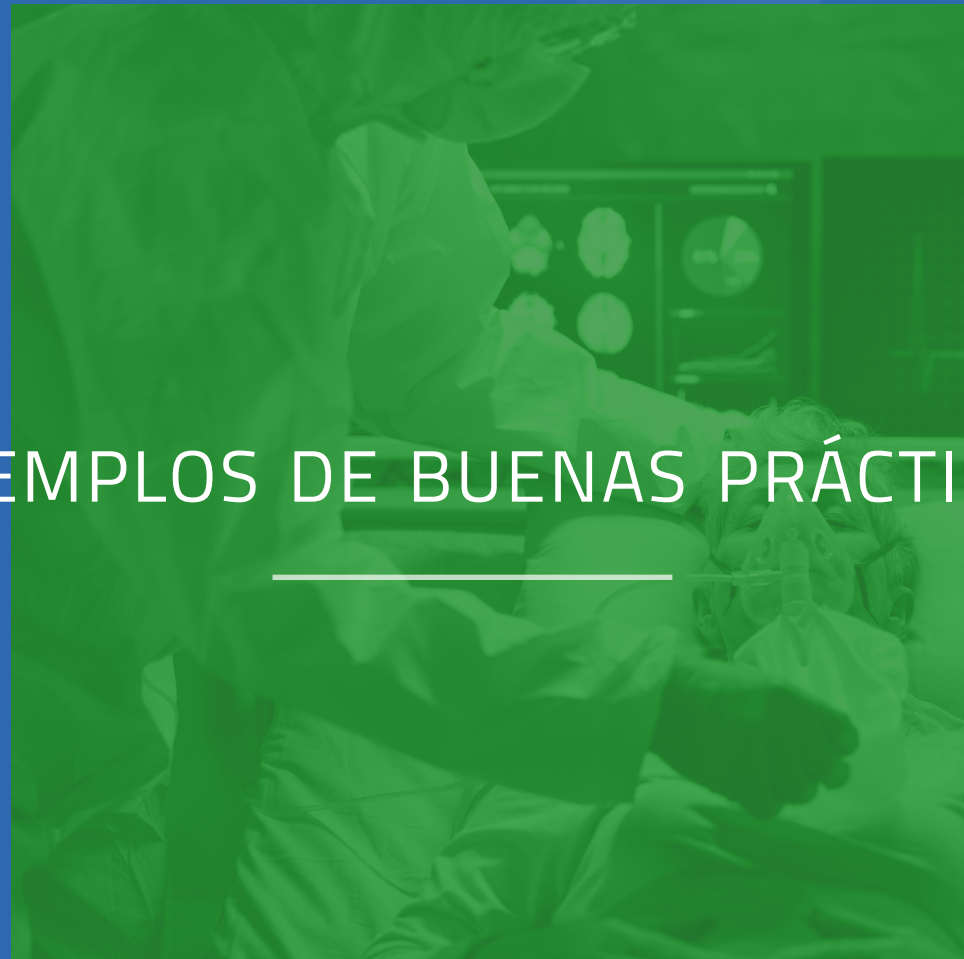
La pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de la comunicación y la atención integral a los pacientes, del acompañamiento y participación de los familiares y del trabajo en equipo. Ha recordado el valor que, junto a las competencias científicas y técnicas, tienen las competencias relacionales, emocionales, éticas, espirituales y culturales en el personal de salud. Ha resaltado la necesidad de cuidar a los profesionales sanitarios, prestándoles apoyo material y psicológico y creando espacios de cuidado y descarga emocional. Ha puesto de relieve la necesidad de invertir en salud para contar con servicios de salud robustos, universales y equitativos, y la necesidad de reflexionar sobre la organización de los servicios de salud y de reorientarla para que realmente esté al servicio de una atención centrada en el paciente, los miembros de su familia y los profesionales sanitarios. La pandemia ha supuesto también una oportunidad para realizar cambios que eran muy necesarios, como los relacionados con la modernización y la transformación digital de los servicios de salud, y ha proporcionado múltiples enseñanzas para reorientar los sistema de salud y cuidado.

La humanización y la mejora continua de la calidad en la salud y los cuidados es una tarea que se debe llevar a cabo en múltiples ámbitos (el cultural, el político-económico, el ético, el estructural, el asistencial, el relacional y el de la formación de profesionales). Se necesitan estrategias integrales que contemplen actuaciones coherentes y coordinadas en todos esos ámbitos, y que incorporen los aprendizajes adquiridos durante la pandemia.

Es necesario mejorar el sistema y su gobernanza, dotándolo de los recursos necesarios, fortaleciendo la atención primaria y comunitaria con un abordaje desde los determinantes sociales de la salud, potenciando la resiliencia de los servicios de salud frente a situaciones de crisis, mejorando la cultura organizacional y potenciando el liderazgo. Se deben reforzar los marcos legales que faciliten la participación ciudadana y el empoderamiento de los profesionales de la salud, y dignificar las condiciones laborales de quienes trabajan en la atención de la salud y en el cuidado.

Hay que promover una mirada humanizada de la atención de la salud, un cuidado que respete los valores, las creencias y las elecciones del paciente, y que permita a la familia ser parte del cuidado.

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS



Proyecto Internacional de Investigación para la Humanización de los Cuidados Intensivos (Proyecto HU-CI)

HU-CI es un proyecto internacional de investigación creado en España en 2014, al que se han ido sumando profesionales de diferentes partes del mundo. Los objetivos que se propone son humanizar los cuidados intensivos, servir de foro y punto de encuentro de pacientes, familiares y profesionales sanitarios, difundir los cuidados intensivos y fomentar la formación de habilidades de humanización. En él trabaja un equipo multidisciplinar que pretenden abordar la salud de manera integral.

HU-CI ha publicado un Manual de Buenas Prácticas en Humanización de los Cuidados Intensivos (Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI, 2019), y un Manual de Buenas Prácticas en Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias del Proyecto HU-CI, 2020) ambos de acceso libre y gratuito, y ha diseñado un proceso de certificación en buenas prácticas en humanización para las Unidades de Cuidados Intensivos y Hospitales interesados.

El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Este Marco proporciona una hoja de ruta para la acción basada en la más reciente evidencia, y muestra la manera en que las políticas y los servicios pueden apoyar a los padres, familias, otros cuidadores y a las comunidades para entregar un cuidado cariñoso y sensible a las necesidades de los niños pequeños. Hace un llamado a poner especial atención a las comunidades y familias donde los niños enfrentan mayores riesgos de quedarse atrás. El Marco para el cuidado cariñoso y sensible describe una serie de mejores prácticas basadas en los programas que han demostrado ser efectivos en mejorar el desarrollo de los niños pequeños en los países de ingresos altos, medianos y bajos.

El marco se basa en la cobertura universal de salud, considerando la atención primaria como un elemento esencial para el crecimiento y el desarrollo sostenibles. Define el

importante papel que deben desempeñar todos los sectores, incluido el sector de la salud, para apoyar el desarrollo sano de cada niño o niña en condiciones óptimas, y obtener los máximos beneficios de la enseñanza preescolar y escolar.

Humanización en el Hospital Universitario San Ignacio, HUSI (Bogotá, Colombia)

Las prácticas de calidad y humanización desarrolladas en el Hospital Universitario San Ignacio, HUSI (Bogotá, Colombia) durante la pandemia han estado articuladas en cuatro ejes: fortalecimiento de la comunicación y la información, seguimiento empático de las necesidades de los pacientes, desarrollo de estrategias para crear emociones positivas y acompañamiento en momentos difíciles.

Cuentos que sanan: una estrategia de conexión con los pacientes y los colaboradores fruto de la cocreación basada en el pensamiento de diseño.

Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja – La Casa del Niño (Cartagena, Colombia)

“Cuentos que sanan” es una experiencia desarrollada en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja – La Casa del Niño (Cartagena, Colombia). La construcción de historias a partir de las vivencias de los niños permite no solo que la interacción y comunicación mejoren, sino que hacen posible crear un mundo en donde los niños son protagonistas y aprender a entender que la enfermedad es un proceso pasajero. La construcción colectiva de la historia o relato genera riqueza emocional y permite hacer posible la experiencia de la atención desde la perspectiva del niño.

Diseño e implementación de metodologías creativas y lúdicas en el servicio de hospitalización con enfoque de Atención Centrada en la Persona. Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja – La Casa del Niño (Cartagena, Colombia)

Con el fin de mejorar la experiencia en la atención en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja – La Casa del Niño, se vienen implementando estrategias metodológicas creativas y lúdicas tendientes a mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus cuidadores y equipo de salud durante su permanencia en la institución. El uso de herramientas de diseño con base en la perspectiva del paciente y su familia ha permitido comprender de forma diferente la forma de rediseñar la ruta de la atención, buscando que sea una

experiencia basada en las necesidades, lenguaje y preferencias de los pacientes. De igual manera, al implementar este tipo de metodologías innovadoras, los colaboradores pudieron aportar, desde lo lúdico y el juego, elementos valiosos que han permitido al Hospital desarrollar acciones más específicas y simples en busca que la atención esté realmente centrada en la persona.

Música en Vena (España)

Música en Vena (MeV) es una asociación sin ánimo de lucro dedicada a humanizar los entornos sanitarios a través de la música en directo, mejorando las estancias hospitalarias de pacientes, familiares y personal sanitario.

Desde 2012 colaboran con varios hospitales de la Comunidad de Madrid, a través de un convenio suscrito con el Servicio Madrileño de Salud, y de Cataluña, a través de un convenio suscrito con el Institut Català de la Salut y el Institut Català d’Oncología.

“Abrazando corazones”. Mejora de la calidad de los cuidados psico-emocionales en la UCI Polivalente del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (España)

Un ejemplo de los muchos proyectos que se desarrollaron en los hospitales españoles para hacer posible la comunicación entre los pacientes y sus familias durante la pandemia es “Abrazando corazones”, una iniciativa que se llevó a cabo en la UCI Polivalente del Hospital Miguel Servet de Zaragoza con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados psico-emocionales del paciente y su familia. La razón que motivó este proyecto fue la detección de una falta de apoyo emocional al paciente, que repercutió psicológicamente sobre los profesionales, causada por el aislamiento estricto que requerían los enfermos y por la falta de material y de recursos para poder facilitar las visitas.

El proyecto se puso en marcha con el apoyo de las nuevas tecnologías: se solicitó a los familiares un e-mail de contacto y se les envió un vídeo de presentación del proyecto, mostrando el trabajo que se desarrollaba en la UVI y en qué consistía el plan. Los profesionales de enfermería del servicio apoyaron a las familias facilitando información

telefónica sobre los cuidados proporcionados diariamente a los pacientes. El espacio se personalizó con fotos de los familiares, mensajes de cariño y dibujos de los pequeños de la familia. Los pacientes que estaban despiertos podían comunicarse con sus seres queridos manteniendo el contacto visual y auditivo utilizando su teléfono móvil o una Tablet proporcionada por el servicio. Los enfermos más graves, sometidos a ventilación mecánica y que precisaban sedación, escuchaban la música y los audios grabados por sus familiares. Los que fallecieron fueron acompañados en su viaje final por profesionales de enfermería que les daban la mano y leyeron después a sus familiares sus mensajes de despedida. En definitiva, se proporcionó consuelo a los pacientes y a sus familias.

Coordina Salud, servicios de atención psicológica ante pandemia por Covid-19 (México)

En México, buscan atención especializada dos de cada diez personas que tienen un problema de salud mental y lo hacen en un lapso de entre cuatro y doce años después de manifestar síntomas. Esto se debe a que la estigmatización frena a las personas para recibir tratamiento profesional y es un reto de salud pública.

El sector Salud, con el apoyo de otras instituciones educativas, reforzó la atención a la salud mental durante la pandemia por Covid-19 a través de servicios de apoyo como la Línea de la Vida para brindar, vía telefónica, apoyo psicológico y orientación a los usuarios de los 442 establecimientos de salud mental y adicciones de la Secretaría de Salud Federal y estatales existentes en el país, de los cuales 341 son Centros de Atención Primaria de las Adicciones; 66 son Centros Integrales de Salud Mental y 35 son hospitales psiquiátricos.

También fueron habilitados otros servicios como las líneas de atención de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y de Organizaciones de la Sociedad Civil para canalizar a quienes lo requieran con personas expertas en la materia.

Igualmente, fue creado el apartado “Salud Mental” en el sitio <https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>, que contiene material audiovisual y didáctico para entender problemas de salud mental y facilitar herramientas básicas ante una crisis. Además, incluye datos de contacto de una red interinstitucional para atender este tipo de afectaciones. Se editaron distintos documentos con recomendaciones para la atención de la salud mental de colectivos específicos (adultos mayores, personas con discapacidad, familiares en duelo...). El sitio <https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/> cuenta también con material gráfico y audiovisual dirigido a niños y niñas. Así como un espacio con material e información para prevenir la violencia machista.

Igualdad desde la casa. Creando espacios colaborativos en la vida diaria y durante la cuarentena (México)

El Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) y ONU Mujeres México, en el marco de la campaña *HeForShe* (ÉlPorElla), publicó la guía: “ayudarnos a crear espacios colaborativos en nuestra vida diaria y durante esta cuarentena por el Covid-19” y otros materiales gráficos para invitar a los hombres a crear y compartir espacios armoniosos, libres de violencia y colaborativos.

Junto con este material, el Gobierno de México lanzó la campaña nacional “Hombres en Sana Convivencia: en esta contingencia, cuidar hace la diferencia” con el propósito de promover la salud mental, el buen trato y la corresponsabilidad de los hombres mexicanos durante la emergencia sanitaria.

Proyecto “Harley El Tuerto” (México)

“Harley El Tuerto” es un protocolo de intervención original e innovador que surge en el contexto de la crisis sanitaria de la COVID. Este protocolo tiene como propósito brindar apoyo emocional y aliviar el estrés del personal sanitario.

En la búsqueda de actuaciones dirigidas a minimizar el fuerte impacto psicológico y emocional que la pandemia ha tenido en los profesionales de salud (trastornos depresivos, adaptativos, ansiedad, estrés postraumático, crisis de angustia...), una de las vías

que se ha utilizado es la terapia asistida por animales, una intervención dirigida por un profesional de la salud que tiene el propósito de mejorar los aspectos sociales, físicos, emocionales y cognitivos de las personas involucradas. Existen antecedentes del uso de perros de asistencia en circunstancias de guerra.

El proyecto “Harley El Tuerto” ha tenido más de 8.500 intervenciones terapéuticas. Los resultados han sido contundentes, pues más del 90 por ciento de los profesionales que han participado en el protocolo expresaron mejora del estrés psicológico. “Harley El Tuerto” (la mascota de apoyo emocional) se ha convertido en un símbolo de solidaridad, de compasión, de resiliencia.

Junto al protocolo de apoyo emocional y humanitario propiamente dicho, se han desarrollado otras iniciativas, como la edición del cómic “Harley el Tuerto”, la publicación de guías de desarrollo emocional que se aplican en las escuelas del país, la puesta en marcha del programa de autocuidado y salud mental “Harley y sus amigos”, la publicación de una plataforma web de orientación y consejería para profesionales de salud, la incorporación en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” de la coterapeuta *Lucchi robotina*, el primer robot humanoide en México y Latinoamérica para la atención psicológica de pacientes en áreas Covid19, y la publicación de la guía operativa para el manejo integral de urgencias en salud mental “Código Morado”, cuyo objetivo es instaurar lineamientos para brindar atención al paciente psiquiátricamente descompensado.

Atención Primaria a la salud a través de la estrategia “ECOS para el Bienestar” en la Clínica Hospital Dr. Roberto Nettel Flores, del ISSSTE. (Tapachula, México)

La Estrategia “ECOS para el Bienestar” tiene como objetivo el fortalecimiento de la calidad y humanización de los servicios de salud. Impulsa un modelo de salud preventivo a través del fortalecimiento en el trato entre el personal médico y los derechohabientes, con el propósito de hacer partícipe a la población de la importancia en el cuidado de su salud.

“ECOS para el Bienestar” es una estrategia que promueve temas y acciones de salud preventiva en grupos comunitarios, que integra a profesionales de la salud, volun-

tarios, líderes comunitarios, maestros, artistas plásticos, jubilados, ecologistas y grupos de jóvenes para sensibilizar en diferentes temas con el objetivo de contribuir a alcanzar el bienestar bio-psico-social de los individuos, capacitar y otorgar herramientas a la población atendida, promover una cultura preventiva de salud, empoderar a los usuarios y promover la toma de decisiones para la mejora de la salud familiar.

Intercambio de experiencias, historias y buenas prácticas en Atención Primaria de Salud para enfrentar la pandemia de la COVID-19 (Perú)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha recopilado doce experiencias de respuesta al COVID- 19 en Atención Primaria en Salud en Perú. El propósito de esta recopilación ha sido generar un espacio para el intercambio de experiencias en APS en respuesta al COVID-19; así como para incentivar y reconocer en el Perú el esfuerzo en su implementación, que tenga un potencial impacto sanitario, y que mejore el bienestar y la calidad de vida de las personas y la generación de entornos saludables.

Se recogen a continuación el nombre de las experiencias y los resúmenes que describen las mismas, según apuntan los propios autores.

1. **Articulación multisectorial local con participación comunitaria en el contexto de la pandemia COVID-19 -IRS Pachacamac.** La pandemia COVID 19 en el distrito de Pachacamac generó en la población: temor, discriminación, indiferencia, estigmatización de los primeros pacientes infectados en la comunidad este proceder cambio a solidaridad y apoyo luego de las acciones realizadas por el equipo multisectorial. Los determinantes sociales de la salud en el distrito son pobreza, con carencias de servicios básicos, bajo nivel educativo de la población, alta tasa de migración y poco acceso a los medios de comunicación podríamos ubicarnos en el peor escenario de la pandemia si no se realizaba ninguna acción al respecto. Primero se sensibilizo al alcalde y se conformó el equipo multisectorial COVID 19 que definió las primeras acciones a seguir: capacitar a los representantes del gobierno local, las instituciones del distrito y dirigentes comunales para trabajar en la difusión de medidas preventivas,

reconocer puntos críticos del distrito, resolver las situaciones de apoyo social para las personas vulnerables y con discapacidad, asegurar tratamiento oportuno, el aislamiento con responsabilidad y el cerco epidemiológico comunitario. Con las acciones emprendidas se consiguió tener el menor porcentaje de casos y muertos por COVID 19 de todo Lima Sur. Se resalta la importancia del trabajo multisectorial y con liderazgo informado y monitoreo permanente.

2. **Atención Domiciliaria Integral (ADI). Más allá de la visita domiciliaria.** El Programa ADI oncológica tiene su espacio físico en un Hospital de Tercer Nivel y surge de la necesidad de cuidados paliativos a pacientes con Cáncer atendidos en el Servicio de oncología bajo la orientación de la Unidad de Salud comunitaria de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Este equipo realiza actividades asistenciales intramuros (consulta externa y urgencias paliativas) y extramuros (atenciones domiciliarias), de gestión, de docencia, asistencia técnica y educación continua para el entrenamiento de centros y puestos de salud del primer nivel de atención, en coordinación con Dirección de redes integradas de su jurisdicción.
3. **Corona Móvil.** La necesidad de pruebas rápidas y moleculares para el diagnóstico oportuno de Covid 19 para los vecinos de la Municipalidad de San Borja, logró que el Instituto Nacional de Salud (INS) capacitara a nuestro personal y se formara el primer equipo de respuesta rápida municipal, a raíz de los altos costos de equipo de protección personal y el tiempo que demandaba ir casa por casa se buscó una alternativa para optimizar nuestra operación. El vehículo que se adaptó para esta innovación fue puesto en marcha durante junio con el personal municipal y luego de un convenio con el Ministerio de Salud y contando con el stock constante de las pruebas se presentó el 8 de julio de 2020. En los primeros 20 días se logró realizar 1193 pruebas rápidas a casos sospechosos de COVID-19 en el Corona Móvil.
4. **Cuidado Integral de la salud por Telemedicina para adolescentes.** La experiencia, desarrollada por el Hospital Cayetano Heredia de Lima, consistió en elaborar e implementar un plan de cuidado integral de la salud para el adolescente por telemedicina a través de un equipo multidisciplinario de salud

(EMS) en constante telecapacitación. Los adolescentes muchas veces son una población olvidada, por lo que iniciamos la búsqueda de herramientas para acercarnos a ellos y a sus familias y brindarles cuidado integral. Se han creado instrumentos virtuales para obtener la información necesaria para una adecuada atención.

5. **Delivery de la salud.** El objetivo de este proyecto fue hacer llegar al domicilio de los pacientes vulnerables del distrito de San Miguel (Lima) los medicamentos o insumos necesarios para no incrementar su morbilidad durante la pandemia por Covid-19.
6. **Estrategia Comunitaria TANI para la Primera Infancia.** El estado de emergencia por la pandemia en el Perú dejó a muchos bebés, niños y niñas sin atenciones de crecimiento y desarrollo, acceso a vacunas, atenciones en salud y espacios de aprendizaje sobre Desarrollo Infantil Temprano. Desde marzo de 2020, la Asociación Taller de los Niños (TANI) de San Juan de Lurigancho desarrolló una estrategia comunitaria para asegurar el mantenimiento del monitoreo del crecimiento y desarrollo de los niños, el fortalecimiento de habilidades de las familias, la identificación de riesgos para la salud y el acompañamiento en psicología, nutrición y desarrollo infantil temprano.
7. **Experiencia de los equipos de respuesta rápida y seguimiento clínico (ERSC) en la detección, control y seguimiento de casos sospechoso o confirmados de SARS-Cov-2, en la reducción de la mortalidad y hospitalización en la Red Asistencial de Lambayeque.** Se realizó una investigación retrospectiva sobre los casos COVID-19 sospechosos y confirmados durante el periodo abril-diciembre 2020, atendidos en la Red Asistencial de Lambayeque. El proceso de captación y tamizaje inicial de los pacientes se realizó mediante tres procesos: tamizaje diferenciado, "call center" y vigilancia de rumores. Tras el tamizaje, se categorizaba al paciente en base a la atención que requería. Los casos eran asignados a los ERSC, quienes acudían al domicilio del paciente para realizar las actividades indicadas de acuerdo al tipo de brigada. Las brigadas eran cuatro: brigadas de evaluación clínica domiciliaría, de diagnóstico o laboratorio a domicilio, de seguimiento clínico y brigada topo. La estrategia implementada y

ejecutada redujo significativamente la letalidad por COVID-19 en la población atendida.

8. **Observatorio de Salud de la Municipalidad de San Borja.** El Observatorio de Salud de la Municipalidad de San Borja es el primero en un gobierno local del país y cuenta con herramientas tecnológicas para la geolocalización de casos confirmados de Covid-19 en el distrito. Su implementación facilita el seguimiento clínico, cerco epidemiológico y obtener información útil para el manejo de residuos sólidos biocontaminados domiciliarios. Funciona desde el Centro de Operaciones de San Borja (COSB), trabajando en base al software GeoServer Leaflet, permite la gestión y análisis de datos geoespaciales, para conocer las ubicaciones exactas de los domicilios de las personas contagiadas.
9. **Red de monitoreo y soporte para adultos mayores y persona con discapacidad durante la pandemia COVID-19 en EsSalud.** La experiencia consistió en el acompañamiento para el cuidado integral de las personas adultas mayores y de las personas con discapacidad, logrando la permanencia dentro de sus hogares, el autocuidado de su salud, la prevención de COVID-19 y la inclusión de esta población a las prestaciones sociales ofertadas por EsSalud bajo la modalidad virtual, tales como “CAM en CASA” y “Rehabilitación Online”, logrando con ello un mayor acercamiento a esta población vulnerable y complementar el cuidado de salud, a través de intervenciones en las esferas social y emocional.
10. **Telesalud. Haciendo accesible los servicios de salud en tiempos de Covid-19 con articulación intersectorial: “Salud en El Tambo de Curilcas-Pacaipampa-Piura”.** El objetivo de esta experiencia ha sido implementar estrategias para hacer posible que los servicios de salud sean accesibles a grupos vulnerables de pobreza y pobreza extrema que tienen brechas de servicios públicos, haciendo uso de las TIC. La población beneficiaria ha sido la adscrita a la Plataforma de atención Tambo de Curilcas (distrito de Pacaipampa, departamento de Piura), un centro poblado que tiene una población adscrita directa de 484 habitantes, de los cuales el 7% son niños menores de 5 años y el 53% adultos de 20 a 59 años. Antes de esta intervención, la población ubicada en zonas de difícil accesibilidad geográfica no accedía a los servicios de salud, por temor

a contagiarse. Al implementar el uso de Tecnologías de Información (teleconsultas, teleorientación y telemonitoreo), pudieron acceder a los servicios de consulta externa especializada y participar en sesiones demostrativas del uso correcto del lavado de manos, el distanciamiento social, el tamizajes de pruebas rápidas, los métodos de planificación familiar, etc.

11. **Telemedicina en MINSA: “Acercando la salud a más peruanos en tiempos de COVID-19 con ayuda de la tecnología”.** El servicio de Telemedicina del MINSA ha logrado expandirse a nivel nacional, evolucionar, fortalecerse e implementar nuevos servicios para la población que permiten la continuidad de la atención de salud en el marco de las medidas dispuestas por el gobierno para reducir el contagio por COVID-19 en la población y en el personal de salud: aislamiento social obligatorio y suspensión temporal del servicio de consulta externa.
12. **Utilidad de kit de telemedicina de primer nivel de atención para control de pacientes en zonas alejadas del país.** La experiencia se desarrolló en Huasta, un pueblo de la provincia de Bolognesi-Ancash ubicado a 3.350 metros sobre el nivel del mar, con difícil acceso por carretera y que no cuenta con transporte público, que tiene un centro de salud de atención primaria atendido por un médico y cuyo centro hospitalario de referencia está a 125 km de distancia (aproximadamente tres horas de recorrido). Estas circunstancias hicieron que no se pudiera atender presencialmente en el hospital a pacientes con casos complejos (muchos de ellos vulnerables, como ancianos y embarazadas). Ante esta situación se realizó atención utilizando un kit de telemedicina que consta con un estetoscopio electrónico, pulsioxímetro digital, glucómetro, cámara digital y una laptop para teleconsultas con médicos especialistas quienes brindaron su apoyo ante las consultas en tiempo real o diferido del médico del centro médico de Huasta. Se atendieron a pacientes vulnerables que presentaban casos complejos, incluso se llegaron a atender en casa a pacientes que no podían desplazarse de sus viviendas, ofreciendo una respuesta y posible solución temprana a su problema y evitando su desplazamiento innecesario hacia su centro hospitalario de referencia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- No existe humanización sin calidad, al igual que no es posible la calidad sin humanización.
 - La OMS define la calidad de la atención como el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad debe ser eficaces (proporcionar atención basada en la evidencia a quienes la necesitan), seguros (evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado) y centrados en las personas (proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales de los usuarios). A estas notas cabe añadir las de universalidad (atender a todos los que lo necesitan) oportunidad (hacerlo sin espera innecesarias), equidad (proporcionar una atención cuya calidad no varíe en función del género, la etnia, la ubicación geográfica o la situación socioeconómica), integralidad (poner a disposición de las personas toda la gama de servicios de salud que necesitan a lo largo del curso de la vida) y eficiencia (maximizar el beneficio de los recursos disponibles y evitar el despilfarro), que permiten a los servicios de salud aprovechar los beneficios de una atención médica de calidad.
 - La humanización se relaciona con aspectos éticos (el respeto a la dignidad de la persona), relacionales (buen trato, amabilidad, empatía, compasión y comprensión) y con el entorno en el que se presta la asistencia sanitaria (privacidad, intimidad, confort de las instalaciones), pero significa mucho más que eso, pues incluye además otras dimensiones clave como la información, la participación de los pacientes, la seguridad, la confianza, la accesibilidad, la personalización de las intervenciones, la comprensión de las necesidades y expectativas de los pacientes y sus familias, y el respeto a la autonomía de la persona. Todas estas dimensiones definen lo que se viene denominando “atención centrada en la persona”, y constituyen un rasgo esencial de lo que se entiende como una atención de calidad.

- La calidad de la atención sanitaria contempla una serie de dimensiones como la accesibilidad, la oportunidad, la pertinencia, la continuidad de la atención, la adecuación a las necesidades de las personas y la satisfacción del paciente que están íntimamente relacionadas con el concepto de humanización. La atención humanizada es un requisito para alcanzar la calidad asistencial en un servicio de salud centrado en las necesidades de las personas.
- Es necesario promover el fortalecimiento de los sistemas de salud de Iberoamérica para que se enfoquen hacia la cobertura universal con altos estándares de calidad. Ese fortalecimiento requiere, en especial tras la pandemia, de la adopción de una óptica humanizadora basada en el respeto a la dignidad humana, los derechos humanos, la atención centrada en la persona y los principios de buena gobernanza en el marco de altos estándares de calidad.
- La humanización supone un compromiso ético, debe llevar no solo a un trato más cálido y cercano, sino también a generar políticas institucionales que pongan en el centro a las personas, y ha de basarse en la comunicación y en una toma de decisiones compartida que encuentre un equilibrio entre la información y el conocimiento técnico, y los valores y preferencias de los pacientes.
- La base de la humanización es la dignidad humana, entendida como el valor que todo ser humano tiene en sí mismo con independencia de cualquier otro factor o circunstancia, que le hace merecedor de un respeto incondicionado. Sobre ese valor, entendido como un principio moral de convivencia, se fundamenta una ética basada en los siguientes principios:
 - La **reciprocidad** ("trata a los demás como te gustaría que te trataran a ti").
 - La **solidaridad** (ayudar a los otros de manera desinteresada).
 - La **fraternidad** (reconocer a los otros como miembros de la "familia humana").
 - La **empatía** (capacidad de ponernos en el lugar del otro y de vibrar afectivamente ante su situación, alegrándonos con su felicidad y afligiéndonos con su desventura).
 - La **cordialidad** (una ética que incluye las emociones que brotan del corazón del ser humano, en la que el reconocimiento cordial es la auténtica fuente y fundamento de la obligación moral).
- Reconocer la dignidad humana implica aceptar la igualdad esencial entre los miembros de la especie humana, e implica también la exigencia ética de no instrumentalización del ser humano y la necesidad de defender su primacía frente a cualquier tipo de interés social o económico, pues sólo de este modo el ser humano deja de ser un medio para transformarse en un fin en sí mismo.
- El principio de la dignidad está estrechamente conectado con el principio del libre desarrollo de la personalidad, que remite a la exigencia de garantizar las condiciones que permiten la realización integral del ser humano: autonomía moral, libertad de elección y unas condiciones de vida dignas.
- El análisis de la literatura científica sobre la humanización de los servicios de salud en Iberoamérica resaltan la importancia de salvaguardar los principios propios del paradigma de la bioética, especialmente la dignidad humana como eje transversal en todo proceso de humanización, en las diferentes poblaciones y en todos los momentos del ciclo vital, aunque con mayor énfasis al inicio y al final de la vida, cuando la vulnerabilidad humana es mayor. También consideran aspectos relacionados con la ética del cuidado, con el reconocimiento del otro y con la empatía frente al sufrimiento y el dolor. Se otorga especial importancia a los aspectos humanos y relacionales que caracterizan una atención humanizada, tales como la comunicación, la actitud de escucha y el respeto por los derechos, deseos y preferencias del paciente en torno al cuidado de su salud, reivindicando su papel activo como sujeto de la atención.
- Los principales avances en humanización en Iberoamérica apuntan fundamentalmente a la comprensión del fenómeno desde un enfoque descriptivo y a la implementación de programas o estrategias centrados en necesidades particulares de poblaciones vulnerables. Es necesario seguir profundizando en los aspectos teóricos y prácticos de la humanización, con una mirada amplia basada en una visión global de la salud y no solo en las necesidades específicas o inmediatas de determinadas poblaciones.
- La extensión de la protección social en salud es un requisito fundamental para la construcción de sistemas de salud integrados, equitativos, solidarios y centrados en las necesidades concretas y las demandas legítimas de las personas, capaces

de garantizar no sólo el acceso efectivo, sino también la oportunidad y la calidad de los servicios de atención de salud, superando la fragmentación y segmentación que todavía los caracterizan.

- Se necesita un cambio de paradigma en el abordaje de la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud para avanzar hacia la salud universal, superando la fragmentación en el abordaje de la calidad y afrontando desafíos como la baja capacidad resolutoria de los servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención, las dificultades en la implementación y el control de normas de calidad, la existencia de contextos que no favorecen la cultura de calidad, la inadecuada disponibilidad, capacidades y formación continua de los recursos humanos de salud, el limitado acceso a medicamentos y otras tecnologías de salud, y las insuficiencias en la financiación. Es particularmente necesario el fortalecimiento del primer nivel de atención y su articulación con el resto de los niveles; el empoderamiento y la participación de las personas, incluidos los trabajadores de la salud, en las acciones para mejorar la calidad de la atención; y la orientación a los resultados en salud y a mejorar la experiencia y la confianza de las personas, las familias y las comunidades en los servicios de salud, más allá de la mera optimización de los procesos. Para ello deben implementarse procesos permanentes dirigidos a mejorar la calidad de la atención, fortalecer la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud para desarrollar una cultura de calidad y promover la mejora continua, y establecer estrategias de financiamiento que promuevan la mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud.
- Son muchos los factores que determinan la humanización. Entre ellos, cabe destacar los siguientes:
 - Factores relacionales: comunicación, información, empatía.
 - Dotación de personal, formación, condiciones laborales y satisfacción laboral del personal sanitario.
 - Factores organizativos; fragmentación, hiperespecialización, burocratización, liderazgo, cultura organizacional.
 - Infraestructuras, equipamientos y recursos.

- También son muchas las lecciones que la pandemia nos ha dado la oportunidad de aprender, y que es muy importante que no olvidemos:
 - Todo desafío ofrece una oportunidad. Es necesario aprovechar la que nos ha brindado la pandemia.
 - Son necesarias estrategias integrales para abordar los retos. En particular hay que avanzar en la atención integrada, lo que implica una mayor coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios.
 - También es necesario invertir en salud. Sin una inversión suficiente no es posible una atención de calidad.
 - Un sistema de protección social en salud solo será humanizado en la medida en que se universalice su cobertura.
 - Los servicios de salud y de cuidado no deben verse solo como una oportunidad de negocio.
 - La humanización debe ser transversal. Ha de darse en todas las etapas y en todos los niveles.
 - Es necesario empoderar al usuario para que se corresponsabilice de su propia salud.
 - Se necesitan mejores sistemas de información y de gestión del conocimiento.
- La humanización es la máxima expresión de la calidad asistencial. Es fundamental identificar los elementos clave para la humanización de los servicios de salud y fomentar el desarrollo y puesta en práctica de planes, programas y estrategias para la calidad y humanización de la atención sanitaria. En ese sentido, iniciativas como la elaboración por parte de la OISS, con el apoyo técnico del Centro de Humanización de la Salud, del Protocolo Iberoamericano sobre Humanización de la Salud, pueden aportar herramientas útiles para la generación de estrategias institucionales de humanización basadas en la evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carlosama, D. M., Villota, N. G., Benavides, V. K., Villalobos, F. H., Hernández, E. L. y Matabanchoy, S. M. (2019): "Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura". *Persona y Bioética*, 23 (2). <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>
- Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (2021): *Plan de humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía: estrategia de humanización compartida*. Sevilla: Consejería de Salud y Familias. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanización%20SSPA_v12042021.pdf
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2016): *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019*. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2022): *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025*. Madrid: Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050581.pdf>
- Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha (2017): *Plan Dignifica. Humanizando la asistencia*. Toledo: Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf
- Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha (2021): *Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025*. Toledo: Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20210831/plan_de_salud_de_castilla-la_mancha.pdf
- Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia (2019): *Estrategia de Humanización de la Asistencia Sanitaria* [Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. <https://www.sergas.es/Humanizacion/Documents/18/Estratexia%20da%20Humanización.pdf>

Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (2000): *Plan de humanización de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana* [Pla d'humanització de l'atenció sanitària a la Comunitat Valenciana]. Valencia: Conselleria de Sanitat.

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana (2018): *Mh+UAC: Plan de mejora de la humanización en las unidades asistenciales de pacientes crónicos* [Pla de millora de la humanització en les unitats assistencials de pacients crònics]. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (2018): *Estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra*. Pamplona: Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2021): *Plan Persona. Centrando la asistencia sanitaria en ti*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona.ficheros/2007708-Plan%20Persona.pdf>

Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2022): *Plan de Humanización Pandemia COVID-19. Versión 12, 23/03/2022*. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Consejería de Sanidad. <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-hospitalaria.ficheros/1936195-PLAN%20HUMANIZACION%20PANDEMIA%20COVID-19-V12.pdf>

Gobierno de Aragón. Dirección General de Transformación Digital, Innovación y Derechos de los Usuarios (2021): *Estudio para el impulso de la mejora de la experiencia de paciente en el Sistema Sanitario de Aragón*. Zaragoza: Gobierno de Aragón. https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/10891/analisis_impulso_exp_paciente.pdf/7c220f9d-7562-44e2-9b4b-326943d3c54d

Gobierno de Extremadura. Consejería de Salud y Política Sociosanitaria (2015): *Plan Estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2015-2021*. Mérida: Gobierno de Extremadura. <https://saludextremadura.ses.es/>

[filesCMS/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20CALIDAD%20DEL%20SPE%202015-2021.pdf](https://www.saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20CALIDAD%20DEL%20SPE%202015-2021.pdf)

Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI (2019). *Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos*. Madrid: Proyecto HU-CI. <https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>

Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias del Proyecto HU-CI (2020): *Manual de Buenas Prácticas en Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias*. Madrid: Proyecto HU-CI. <https://proyctohuci.com/wp-content/uploads/2020/09/ManHURgHosp.pdf>

Gutiérrez Fernández, Rodrigo (2017): "La humanización de (en) la Atención Primaria". *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10 (1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&Ing=es&tIng=es

Instituto Nacional de la Salud de España, INSALUD (1984): *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. https://ingesa.sanidad.gob.es/ca/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf

Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia (2007): *Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013*. Mérida: Junta de Extremadura. <http://www.areasaludplasia.es/wasp/pdfs/7/714003.pdf>

Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (2021): *Plan de Salud de Extremadura 2021-2028*. Mérida: Junta de Extremadura. [https://saludextremadura.ses.es/filesCMS/web/uploaded_files/CustomContentResources/PLAN%20SALUD%20EXTREMADURA%202021-2028.pdf](https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/PLAN%20SALUD%20EXTREMADURA%202021-2028.pdf)

March, J.C. (2017). "Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios". *Revista de Calidad Asistencial*, 32 (5), págs. 245-247. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-humanizar-sanidad-mejorar-calidad-sus-S1134282X17300696>

Marchesi, Pierluigi (1981). *Per umanizzare l'ospedale* [Humanizar el hospital]. Roma: Centro Stampa Fatebenefratelli.

- Ministerio de Salud de Chile, MINSAL Chile (2022): *Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030*. Santiago: MINSAL. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
- Ministerio de Salud de Uruguay (2015): *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Montevideo: Ministerio de Salud. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/BAJA_Ojetivos.pdf
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2020). *Recomendaciones para la notificación humanizada de diagnósticos prenatales y al nacimiento*. (Ordenanza MSP 179/2020). https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/2da%20edicion_Recomendacion%20para%20la%20notificacion%20humanizada_noviembre%202020.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Minsalud Colombia (2020): *Política Nacional de Humanización en Salud "Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana"*. Bogotá, D.C.: Minsalud Colombia. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2021/09/Proyecto-en-borrador-Politica-de-Humanizacion-en-Salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Minsalud Colombia (2022): *Proyecto de Resolución por la cual se define el "Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud - PNMCS 2022 - 2027"*. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/01/Plan-Nacional-de-Mejoramiento-de-la-Calidad-en-Salud-PNMCS-2022-%E2%80%93-2027.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1985a): *The principles of quality assurance, report on a WHO meeting. Barcelona, 17-19 May 1983* [Los principios de la garantía de calidad, informe sobre una reunión de la OMS. Barcelona, 17-19 de mayo de 1983]. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS (Euro Reports and Studies Series, n° 94).
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1985b): *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all* [Metas de salud para

- todos. Metas en apoyo de la estrategia regional europea de salud para todos]. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2016): *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la Secretaría*. (Documento A69/39 presentada a la 69 Asamblea Mundial de la Salud), Ginebra: OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2019a): *Seguridad del paciente. Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente*. 144ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (documento EB144/29). Ginebra: OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2019b): *Seguridad del paciente. Agua, saneamiento e higiene en los centros sanitarios*. 144ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (documento EB144/30). Ginebra: OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_30-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2019c). *Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente*. 144ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (resolución EB144.R12). Ginebra: OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_R12-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS; Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, OCDE y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (2020): *Prestación de servicios de salud de calidad. Un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. [Delivering quality health services: a global imperative for universal Health coverage]. Ginebra: OMS, OCDE y Banco Mundial. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340027/9789240016033-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2007a): *Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente*. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CSP27/16). Washington, DC: OPS. <https://www3.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-16-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2007b): *Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente*. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CSP27.R10). Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3760/csp27.r10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2009a): *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud*. 49º Consejo Directivo de la OPS, 61ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CD49.R22). Washington, DC: OPS. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Esp.\).pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf)

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2009b): *Plan de acción sobre la salud de los adolescentes y los jóvenes*. 49º Consejo Directivo de la OPS, 61ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas (resolución CD49.R14). Washington, DC: OPS. https://www.paho.org/es/file/22546/download?token=o_kJoJRO

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2009c): *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable*. 49º Consejo Directivo de la OPS, 61ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas (resolución CD49.R15). Washington, DC: OPS. <https://www.paho.org/es/file/22547/download?token=O2iwBVpC>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2009d): *Estrategia y plan de acción sobre salud mental*. 49º Consejo Directivo de la OPS, 61ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas (resolución CD49.R17). Washington, DC: OPS. <https://www.paho.org/es/file/34112/download?token=RSvAzmoI>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2012): *Evaluación e incorporación de las tecnologías sanitarias en los sistemas de salud*. 28º Conferencia Sanitaria Panamericana, 64ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CSP28.R9). Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3684/CSP28.R9-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2013a): *Protección social en salud. Documento conceptual*. 52º Consejo Directivo de la OPS, 65ª sesión del Comi-

té Regional de la OMS para las Américas (documento CD52/5). Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3061/CD52-5-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2013b): *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*. 52º Consejo Directivo de la OPS, 65ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas (resolución CD52.R6). Washington, DC: OPS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-R6-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2014a): *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53º Consejo Directivo de la OPS, 66ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CD53/5). Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD53-5-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2014b): *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53º Consejo Directivo de la OPS, 66ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CD53.R14). Washington, DC: OPS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2014c): *Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria*. 53º Consejo Directivo de la OPS, 66ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CD53.R9). Washington, DC: OPS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R9-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2016a): *Los sistemas de salud resilientes*. 55º Consejo Directivo de la OPS, 68ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CD55.R8). Washington, DC: OPS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R8-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2016b): *La salud de los migrantes*. 55º Consejo Directivo de la OPS, 68ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CD55.R13). Washington, DC: OPS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-R13-s.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2017a): *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CSP29.R15). Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34413/CSP29.R15-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2017b): *Política sobre etnicidad y salud*, 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 69ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CSP29.R3). Washington, DC: OPS. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42298-csp29-r3-s-298&Itemid=270&lang=en
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2018a): *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023*. 56º Consejo Directivo de la OPS, 70ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CD56.R5). Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49716/CD56-R5-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2018b): *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes*. 56º Consejo Directivo de la OPS, 70ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (resolución CD56.R8). Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49719/CD56-R8-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2019a): *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025*. 57º Consejo Directivo de la OPS, 71ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas (documento CD57/12). Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51621/CD57-12-e.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2019b): *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025*. 57º Consejo Directivo de la OPS, 71ª sesión del Comité Regional de la

OMS para las Américas (resolución CD57.R13). Washington, DC: OPS. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50642-cd57-r13-s-strategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es

Rodríguez del Río, Leticia (2019): "Cuidados enfermeros y humanización de la asistencia sanitaria". *Revista Enfermería CyL*, 11 (1). <http://www.revistaenfermeria-cyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/download/238/206>

Servicio de Salud del Principado de Asturias (2004): *Plan de Confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias*. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias. <https://bit.ly/3vKWFcY>



Organización Iberoamericana de Seguridad Social

Secretaría General
C/Velázquez 105. 1ª planta
28006 Madrid · España
sec.general@oiss.org
www.oiss.org

Con el apoyo de:

