

# Guía para la elaboración y actualización de Planes de Humanización de la Salud en Iberoamérica



Con el apoyo de



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](http://www.oiss.org)

**Secretaría general:** [sec.general@oiss.org](mailto: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

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Madrid, 2024.

# Guía para la elaboración y actualización de Planes de Humanización de la Salud en Iberoamérica

---

Antonio Jiménez Lara

Con el apoyo de



## Índice de contenidos

Presentación .....	6
Introducción.....	8
Sección Primera. Marco conceptual de referencia .....	10
1. <b>Qué es la Humanización</b> .....	11
1.1. Características de la asistencia humanizada.....	12
2. <b>Qué es planificar</b> .....	14
2.1. El Enfoque del Marco Lógico .....	14
2.2. Las fases del proceso de planificación .....	15
Sección Segunda. Elaboración de un Plan de Humanización de la Salud .....	18
3. <b>Fundamentación</b> .....	19
3.1. Misión, visión y valores.....	19
3.2. Principios rectores.....	22
4. <b>Análisis de situación</b> .....	25
4.1. La técnica del grupo nominal .....	25
4.2. La técnica Metaplán.....	27
5. <b>Formulación estratégica</b> .....	32
5.1. Matriz DAFO .....	32
5.2. Matriz CAME .....	33
6. <b>Definición de la estructura del plan</b> .....	35
6.1. Ejes y líneas estratégicas .....	35
6.2. La transversalidad .....	42
7. <b>Formulación y priorización de objetivos</b> .....	44
7.1. Jerarquía de objetivos.....	44
7.2. Objetivos SMART .....	44
7.3. Ejemplos de posibles objetivos para Planes de Humanización de la Salud.....	46
7.4. Recomendaciones para la priorización de objetivos.....	58
8. <b>Planificación de acciones y actividades</b> .....	59
8.1. Ejemplos de posibles Acciones.....	60
9. <b>Evaluación del Plan</b> .....	66
10. <b>Comunicación y Difusión</b> .....	67
Anexo. Resumen del Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud.....	68
Objetivos específicos.....	69
Criterios.....	69

<b>Principios</b> .....	<b>69</b>
<b>Indicadores</b> .....	<b>69</b>
Cultura de la Humanización y liderazgo (15 indicadores).....	69
Procesos humanizados (15 indicadores).....	71
Resultados en Humanización (20 indicadores).....	72
<b>Escalas de evaluación</b> .....	<b>73</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>77</b>

## Presentación

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social ha venido apoyando el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y protección social, promoviendo la cobertura universal, el acceso a servicios de salud de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todas las personas, en especial, en el contexto de la pandemia de la Covid-19 y de la crisis económica y social derivada de ésta. La XVI Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud, reunida de forma virtual el 28 de octubre de 2021, reconoció esa labor y solicitó a la OISS que continuara su apoyo a las instituciones a través de acciones formativas y de promoción de políticas públicas de salud que impulsen la mejora de estándares de calidad en los servicios de salud y la efectividad, eficiencia y oportunidad de los tratamientos y de los servicios prestados, con criterios de seguridad y de equidad y con una perspectiva de atención integral centrada en las personas y la comunidad.

Una de esas acciones fue la celebración del I Congreso Iberoamericano sobre Calidad y Humanización de la Salud, que se desarrolló de forma virtual los días 26, 27 y 28 de abril de 2022, en el que se concluyó que el fortalecimiento de los sistemas de salud de Iberoamericana 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. En este contexto, se acordó:

- Promover el fortalecimiento de los sistemas de salud de Iberoamérica con el propósito de que se enfoquen hacia la cobertura universal con atención integral, integrada y continuada, que incluya la atención familiar y comunitaria en el marco de los servicios de salud con altos estándares de calidad.
- Alentar a las instituciones sanitarias de la región a impulsar acciones que se dirijan a una mayor cobertura en salud, mayor equidad y solidaridad para hacer frente a los retos sanitarios que ha planteado la pandemia en el marco de la prestación de servicios de salud de calidad, el suministro adecuado de medicamentos, la promoción del derecho universal a la salud, la protección de los trabajadores de la salud y la movilización intersectorial.
- Continuar desde la OISS con el apoyo a los órganos de inspección, vigilancia y control de los sistemas de protección social para avanzar en la prevención de riesgos e impulsar la cumplimentación de los indicadores de calidad de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social de Iberoamérica como instrumento fundamental para mejorar la calidad de la atención de salud.

- Impulsar en la región iberoamericana el fortalecimiento de la calidad y humanización de los espacios sociosanitarios para mejorar la atención del cuidado a la dependencia, al tiempo de promover una cultura paliativa que mitigue el sufrimiento en el cuidado al final de la vida.

En coherencia con esos acuerdos se publica esta guía, que está concebida como una herramienta para la buena gestión de los sistemas de salud que permita mejorar los estándares de calidad en los servicios de atención a la salud en el actual contexto Iberoamericano de la postpandemia por el COVID-19, respetando criterios de seguridad y de equidad, y con una perspectiva de atención integral centrada en las personas y la comunidad. Su propósito es facilitar la elaboración o actualización de Planes de Humanización de la Salud en centros, servicios e instituciones, y está dirigida a los y las profesionales, gestores/as y ciudadanía que se implican en el proceso de elaborar o actualizar dichos planes.

Gina Magnolia Riaño Barón

Secretaria General

*Organización Iberoamericana de Seguridad Social*

## Introducción

La Guía para la elaboración y actualización de Planes de Humanización de la Salud en Iberoamérica nace como fruto del curso sobre calidad y humanización de la asistencia sanitaria que ha realizado la OISS en 2023 con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Se basa en los materiales docentes y en el trabajo realizado en ese curso y tiene en cuenta las aportaciones, reflexiones, aprendizajes y experiencias que se compartieron en el *Primer Congreso Iberoamericano sobre Calidad y Humanización de la Salud*, celebrado de forma virtual los días 26, 27 y 28 de abril de 2022, organizado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). También se incorporan materiales y enfoques procedentes de la guía metodológica *¿Cómo elaborar o actualizar un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Centros/Distritos/AGS?*, editada por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, y ejemplos tomados de diversos planes y estrategias de humanización de la asistencia sanitaria adoptados recientemente por diversas comunidades autónomas españolas.

En particular, fundamentan esta guía el Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud, el estudio “Los retos de la calidad y la humanización de la salud en Iberoamérica en tiempo de pandemia” y la Declaración del Primer Congreso Iberoamericano sobre Calidad y Humanización de la Salud, en la que se resalta la necesidad de que los sistemas de salud de Iberoamérica adopten 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 presente Guía está estructurada en dos secciones. En la primera se precisa de forma breve **el marco conceptual de referencia**, especificando qué se entiende por humanización y cuáles son las características que ha de tener una asistencia sanitaria humanizada. En esta sección también se considera brevemente lo que supone e implica la planificación.

La segunda sección, más extensa, proporciona ideas y recursos útiles para abordar la **elaboración de un Plan de Humanización de la Salud**. Esta segunda sección se organiza de acuerdo con la secuencia lógica que habitualmente se sigue al elaborar un plan de humanización en un centro, servicio o institución de salud:

- La **fundamentación**, que implica la revisión y actualización en su caso de la definición de la misión, de la visión y de los valores de la organización en relación con la humanización de la atención sanitaria y la identificación de los principios rectores que han de seguirse en la elaboración del plan.

- El **análisis de la situación de partida**, que debe tener en cuenta las características del centro, servicio o institución, el contexto en el que opera, los antecedentes en materia de diseño y desarrollo de acciones de humanización, la situación de salud de la población atendida y las principales demandas y opiniones relacionadas con la humanización de la asistencia sanitaria expresadas por la ciudadanía, los pacientes y familiares atendidos, y los profesionales que los atienden.
- La **formulación estratégica**, en la que con ayuda de técnicas como las matrices DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) y CAME (corregir, afrontar, mantener y explotar) se identifican las líneas estratégicas que definan el camino a seguir para alcanzar la visión formulada.
- La **definición de la estructura** del plan, que permitirá organizar los objetivos y acciones en diferentes áreas o ámbitos de actuación de acuerdo con las líneas estratégicas identificadas en la fase anterior.
- La **formulación y priorización de los objetivos** que han de perseguir los Planes de Humanización de la Salud, distinguiendo entre el objetivo general o global, los objetivos estratégicos de cada una de las áreas o ámbitos del plan y los objetivos específicos u operativos en los que se desglosan los objetivos estratégicos.
- La **planificación de las acciones y actividades** que se desplegarán para dar cumplimiento a cada uno de los objetivos específicos.
- La definición de cómo se llevará a cabo la **evaluación del plan**, en la que se concreta qué y cómo se va a evaluar, los criterios, herramientas, indicadores y fuentes de información que se utilizarán.
- El diseño de una estrategia de **comunicación y difusión**, que incluya la planificación de las acciones de comunicación ligadas al desarrollo del Plan de Humanización de la Salud que permitan garantizar la difusión y transparencia del proceso.

En cada uno de esos apartados se ofrecen recomendaciones, ideas clave, listas de comprobación y recursos que puedan ser de utilidad para quienes afrontan la tarea de diseñar, implementar, evaluar o actualizar un Plan de Humanización de la Salud en sus entornos de trabajo. Se incluye, además, una bibliografía de referencia con ejemplos concretos de planes de humanización y recursos complementarios.

The background of the page is a close-up photograph of water droplets on a dark, reflective surface. The droplets are of various sizes and are arranged in a dense, somewhat chaotic pattern. The lighting creates highlights on the top of the droplets and shadows on the surface below them, giving a three-dimensional effect. The overall color palette is dark, with shades of black, dark blue, and grey, punctuated by the white highlights of the water droplets.

Sección Primera.  
Marco conceptual de referencia

## 1. Qué es la Humanización

La Humanización supone generar políticas institucionales que pongan en el centro a las personas. Supone personalizar la atención, dar una respuesta individualizada e integral a las necesidades (tanto físicas como emocionales, sociales o espirituales) de las personas (fundamentalmente del o la paciente, pero también de los miembros de su familia y otras personas significativas, y de las personas que cuidan, así como de los y las profesionales de la salud, en su consideración como personas y como agentes fundamentales de la humanización), teniendo en cuenta su dignidad y unicidad.

Humanizar implica tener en cuenta los valores que llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano. Humanizar el mundo de la salud pasa por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que den respuesta a las necesidades materiales, sino por incidir también en la salud y autonomía de las relaciones, en el respeto de los valores, en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en el potenciamiento de la autopercepción... Constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención holística, global e integral (Bermejo y Villacieros, 2013).

Humanizar supone un compromiso ético no solo con la persona, sino también con su entorno y ambiente. Por ello no solo tiene en cuenta aspectos relacionados con la calidad de atención y el buen trato, y se extiende también al diseño de espacios que fomenten el confort, la accesibilidad y la calidez, al cuidado del medio ambiente, a la relación de los servicios de salud con la comunidad y a la participación de la misma.

Una medicina humanizada será la que logre desarrollar sistemas adaptados a los pacientes, escuchando sus necesidades desde una perspectiva global. Y también la que forme e impulse profesionales comprometidos con relaciones clínicas basadas en la comunicación y en la búsqueda de una toma de decisiones compartida, encontrando un equilibrio entre la información y el conocimiento técnico, y los valores y preferencias de los pacientes (Feito, 2018).

Humanización y calidad son 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. No es, por lo tanto, aventurado afirmar que la humanización es la máxima expresión de la calidad asistencial.

## 1.1. Características de la asistencia humanizada

Se recogen a continuación las características de la asistencia humanizada tal y como han sido definidas en el *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía* (Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. 2021).

<i>Características</i>	<i>Hacen referencia a una atención sanitaria:</i>
<b>ACCESIBILIDAD</b> (justicia, equidad, igualdad)	Al alcance de todos y todas. Con acceso garantizado cuando se necesite. Sin tiempos de espera innecesarios. Con atención preferente a la vulnerabilidad. Que garantiza la no discriminación y la igualdad de oportunidades.
<b>PERSONALIZACIÓN</b> (autonomía, singularidad, adaptación)	Centrada en el respeto y la escucha. Que respeta la dignidad. Que tiene en cuenta a la persona, sus capacidades, sus intereses, sus motivaciones y sus necesidades y presta una atención en base a ellas. Basada en el valor para pacientes. Con enfoque de género y con enfoque multicultural. Con reconocimiento de la diversidad.
<b>COMPROMISO CON LA CALIDAD</b> (profesionalidad, seguridad)	Con visión global de la persona. Con calidad científico-técnica. Que ofrece una atención profesionalizada. Que trabaja por una atención segura y eficiente. Con un enfoque preventivo y de promoción de la salud. Donde se incorporan tecnologías e innovación para la asistencia y comunicación. A través de equipos de trabajo multidisciplinares.

<i>Características</i>	<i>Hacen referencia a una atención sanitaria:</i>
<b>CORRESPONSABILIDAD</b> <b>(colaboración de todos los grupos de interés, alianzas)</b>	<p>Que genera alianzas.</p> <p>Que facilita información y favorece la comunicación.</p> <p>Que potencia la relación de colaboración.</p> <p>Que apuesta por la promoción de la ayuda mutua en salud.</p> <p>Que potencia el voluntariado.</p> <p>Que contribuye a la mejora de la sostenibilidad del sistema de salud.</p> <p>Que busca la eficiencia en la gestión de los recursos disponibles.</p>
<b>CULTURA DE HUMANIZACIÓN</b> <b>(compromiso, transparencia)</b>	<p>Que persigue una transformación cultural hacia una Organización más Humanizada.</p> <p>Que utiliza la sensibilización y formación como instrumento de transformación.</p> <p>Que cree en el compromiso profesional y organizacional con la Humanización de la atención.</p> <p>Que considera la transparencia un elemento esencial para la credibilidad.</p> <p>Que sitúa el respeto como marco de relación con todos los grupos de interés (Ética organizacional).</p>

## 2. Qué es planificar

La planificación es el proceso sistematizado y coherente de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado. En un sentido amplio, implica formular uno o varios objetivos y establecer las acciones requeridas para lograrlos exitosamente, teniendo en cuenta la situación actual, la situación deseada de llegada y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos planteados. Planificar también es establecer prioridades y asignar recursos humanos y materiales.

Dentro de los instrumentos de planificación suele distinguirse entre plan, programa y proyecto. Según Alfonso Ayala Sánchez (1982), un plan puede definirse como un conjunto coherente de metas e instrumentos que tiene como fin orientar una actividad humana en cierta dirección anticipada. Ezequiel Ander Egg (1991), por su parte, define el plan como el parámetro técnico-político dentro del cual se enmarcan los programas o proyectos y precisa que el plan hace referencia a las decisiones de carácter general que expresan lineamientos, prioridades, estrategias de acción, asignación de recursos y el conjunto de medios o instrumentos (técnicas) que se han de utilizar para alcanzar las metas y objetivos propuestos.

Un plan engloba programas y proyectos, pero, como acertadamente señala Ander Egg (1991), su formulación se deriva de propósitos más amplios que la mera suma de programas y proyectos. Un programa, en sentido amplio, es “un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios y procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre sí que son de similar naturaleza (...) que operacionaliza un plan mediante la realización de acciones orientadas a alcanzar las metas y objetivos propuestos dentro de un período determinado”, mientras que un proyecto es “un conjunto de actividades concretas, interrelacionadas y coordinadas entre sí, que se realizan con el fin de producir determinados bienes o servicios capaces de satisfacer necesidades o resolver problemas” (Ander Egg, 1991, págs. 63 y 64).

### 2.1. El Enfoque del Marco Lógico

El Enfoque de Marco Lógico es una herramienta analítica para la planificación de proyectos orientada al cumplimiento de objetivos. Fue desarrollado originalmente por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a principios de los años 70 y posteriormente adoptado, con algunas modificaciones, por la agencia de cooperación alemana GTZ y por otros organismos de cooperación internacional, como la Agencia Australiana para el Desarrollo Internacional (AusAID) o la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Se trata de un instrumento útil para que el equipo involucrado en la planificación llegue a un consenso sobre la concepción general del proyecto o programa.

En el Enfoque del Marco Lógico se considera que la ejecución de un proyecto es consecuencia de un conjunto de elementos con una relación causal interna: insumos, actividades, resultados, objetivos específicos y objetivo global. En cada uno de estos niveles, se especifican las condiciones o factores externos no controlables por el equipo ejecutor (supuestos) que deben darse para garantizar el éxito del proyecto.

La metodología del Marco Lógico contempla dos etapas, la etapa de identificación del problema y de las alternativas para su solución, en la que se analiza la situación existente para crear una visión de la situación deseada y seleccionar las estrategias que se aplicarán para conseguirla, y la etapa de planificación, en la que la idea del proyecto se convierte en un plan operativo práctico para la ejecución que se resume en una matriz de planificación que recoge los aspectos más importantes del proyecto. Esta matriz consta de cuatro columnas que incluyen, respectivamente, un resumen narrativo de los objetivos y actividades, los indicadores, los medios de verificación y los supuestos (factores externos que implican riesgos), y cuatro filas que se corresponden con el fin al que proyecto se espera que contribuya positivamente, el efecto directo que se logrará cuando el proyecto haya sido ejecutado, los resultados (obras, estudios, servicios, capacitación...) que se completarán en el transcurso de la ejecución del proyecto y las actividades requeridas para producir esos resultados.

En la etapa de identificación del problema y de las alternativas para su solución se construye el denominado "árbol de problemas", que incluye el problema central identificado, sus causas y sus efectos, y el "árbol de objetivos", en el que los estados negativos representados en el árbol de problemas se convierten en soluciones expresadas en forma de estados positivos: las causas de los problemas se formulan positivamente como medios para lograr la situación deseada (resultados), sus efectos como los fines que se espera lograr (objetivos específicos), y la situación problemática como el objetivo general del proyecto.

## 2.2. Las fases del proceso de planificación

El proceso de la planificación comprende una serie de fases, entre las que es posible identificar las siguientes:

- Una fase inicial en la que se asume el compromiso y liderazgo para llevar a cabo el plan de humanización, que incluye la revisión y, en su caso, actualización de la misión, visión y valores del centro, servicio o institución en relación con la humanización de la atención sanitaria.
- Una fase de investigación (análisis o diagnóstico) de la situación de partida, orientada a la identificación y priorización de los problemas y necesidades a los que se debe dar respuesta.

- Una fase de formulación estratégica, en la que se define el camino a seguir para alcanzar la situación de llegada deseada, que se concreta en una serie de líneas de acción organizadas de acuerdo con una cierta lógica.
- La fase de planificación operativa, que comprende los siguientes aspectos:
  - La formulación y priorización de los objetivos que se pretende conseguir. Es conveniente formular un solo objetivo general que exprese de forma sintética el resultado final que quiere alcanzarse y varios objetivos estratégicos que describan la situación esperada como consecuencia de la aplicación de cada una de las líneas de acción en las que se ha concretado la formulación estratégica, que a su vez pueden desglosarse en una serie de objetivos específicos u operativos con mayor nivel de detalle, que han de ser concretos, medibles, alcanzables, relevantes, acotados temporalmente y alineadas con los objetivos generales y las líneas estratégicas del plan, y que deben enfocarse en logros, y no en procesos o actividades.
  - La definición de las acciones que deberán realizarse para alcanzar los objetivos, con especificación de cómo se van a ejecutar, a quienes van dirigidas, quienes son los responsables de aplicarlas, qué recursos son necesarios para llevarlas a cabo, cuál es su calendario de ejecución y cómo se medirá su cumplimiento.

Concluidas las fases anteriormente descritas, se debe redactar el Plan de Humanización, que quedará plasmado en un documento en el que se describa brevemente su proceso de elaboración; se especifique su ámbito institucional, territorial y temporal; se enumeren los valores y principios en los que se inspira; se resuman los principales resultados del análisis de situación y de la formulación estratégica; se detallen los objetivos que persigue; se describan las medidas y acciones establecidas para cada área de actuación, especificando para cada una de ellas los resultados que pretende alcanzar, los medios y recursos necesarios, los responsables de su aplicación, los indicadores de seguimiento y el plazo de ejecución. El Plan de Humanización de la Salud así redactado deberá aprobarse formalmente, de acuerdo con los procedimientos y por los órganos que, en cada caso, sean pertinentes.

Tras la aprobación del plan, comienza la fase de ejecución, en la que se deben desarrollar todas las acciones previstas, a la vez que se realiza un control de actuaciones y resultados, que permita verificar los avances en la consecución de los objetivos establecidos en el plan, obtener información sobre el proceso de ejecución de las medidas previstas (nivel de ejecución, adecuación de recursos empleados, cumplimiento del cronograma...), detectar posibles

obstáculos o dificultades en la implantación y realizar los ajustes pertinentes o adoptar medidas correctoras, si fuera necesario.

A lo largo de todo el proceso de planificación se debe establecer para su control un seguimiento y evaluación continua y de mejora, que concluirá con una evaluación final de todo el proceso. Los resultados de esta evaluación final son un insumo fundamental para un nuevo ciclo de planificación.

Asimismo, se deberá diseñar una estrategia de comunicación o acciones de comunicación ligadas al desarrollo del Plan de Humanización a fin de garantizar la máxima difusión y transparencia del proceso.



Sección Segunda.  
Elaboración de un Plan de Humanización de la Salud

## 3. Fundamentación

### 3.1. Misión, visión y valores

Una estrategia establece la dirección general y el enfoque para lograr objetivos a largo plazo, mientras que un plan describe los pasos, las tareas y los plazos específicos necesarios para ejecutar los objetivos. Para basar su estrategia de humanización, los centros, servicios e instituciones deben revisar y actualizar en su caso la definición de su misión, de su visión y de sus valores en relación con la humanización de la atención sanitaria.

La **misión** es el propósito de una organización, la finalidad que la distingue de otras organizaciones similares. Describe por qué existe y qué quiere lograr.

En la definición de la misión debe constar el propósito de curar, cuidar y acompañar a las personas a lo largo del proceso asistencial, teniendo en cuenta sus necesidades y circunstancias, mediante un abordaje personalizado y holístico. Debe dejar claro que la atención ha de estar centrada en la persona, ha de contemplar a la persona en su globalidad, y ha de dar una respuesta integral a sus necesidades de salud que se distinga por la forma de hacer y de ser (calidad, calidez, humanidad, cercanía). El trato humano, desde el respeto profundo a la autonomía y la dignidad de la persona, debe ser un elemento central de la misión.

La **visión** es una formulación de lo que una organización quiere conseguir a largo plazo, una imagen que muestra qué quiere ser en el futuro.

En la definición de la visión debe quedar claro que el centro, servicio o institución quiere alcanzar la excelencia en humanización, desarrollando una atención centrada en las personas que sea un referente para otras organizaciones y servicios sanitarios.

Los **valores** son los principios éticos sobre los que se asienta la cultura de una organización. Son los ideales y principios que guían la actuación de la organización y definen su manera de hacer las cosas.

Cada organización debe identificar sus principios y creencias fundamentales, lo que para ella es importante en relación con la humanización, y debe plasmarlos en términos simples y concisos.

**Figura 1. Valores definidos en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha.**



Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Horizonte 25.*

Un valor esencial ha de ser 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. 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 la primacía del ser humano 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.

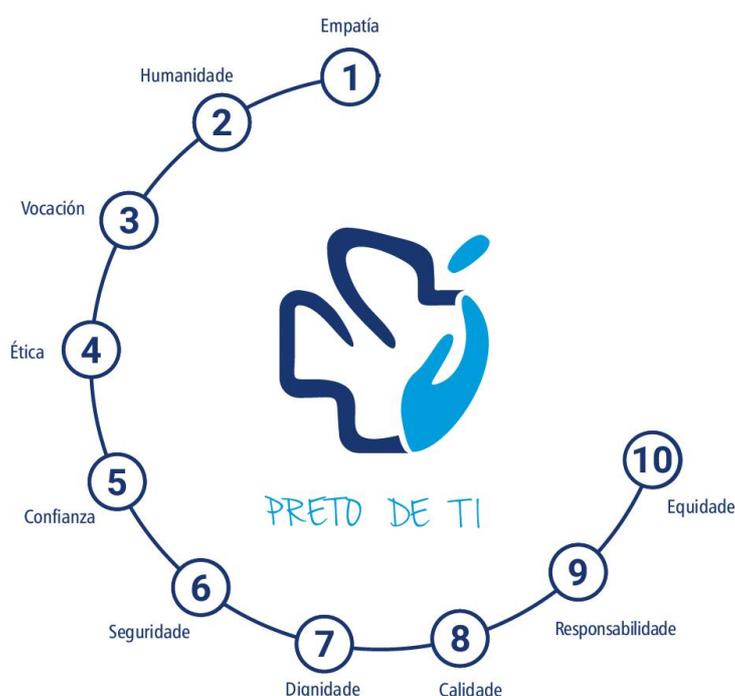
Cada centro, servicio o institución de salud debe tener un estilo propio, reconocible, coherente con los valores en los que cree, que lo identifique y lo distinga. Entre los rasgos distintivos que son importantes desde la perspectiva de la humanización de la salud se encuentran los siguientes:

- **Compromiso:** Cumplimiento responsable de la labor profesional desarrollando al máximo las capacidades y las actitudes, tanto en aspectos científico-técnicos como en las relaciones interpersonales.
- **Trato excelente:** Conducta de respeto e interacción humanizada con las personas.
- **Respeto:** Reconocimiento, consideración y tolerancia hacia todas las personas
- **Compasión:** Percepción y comprensión del sufrimiento de las personas.
- **Empatía:** Comprensión del universo emocional de las personas, escuchando y aceptando su situación sin juzgarla.

- **Honestidad:** Comportamiento íntegro, honrado, ético, justo y sincero.
- **Solidaridad:** Poner las capacidades individuales al servicio de los demás.
- **Equidad:** Compromiso para facilitar el acceso a los distintos recursos, potenciando la escucha y atendiendo a las necesidades de las personas, evitando las diferencias por razón social, económica, género, cultura y etnia.

Junto a estos, pueden incorporarse otros valores como la vocación, la confianza, la seguridad, el profesionalismo, la cercanía o la creatividad, por citar solo algunos. A veces, como ocurre en el caso de la *Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria* de Galicia, los valores se expresan como un decálogo.

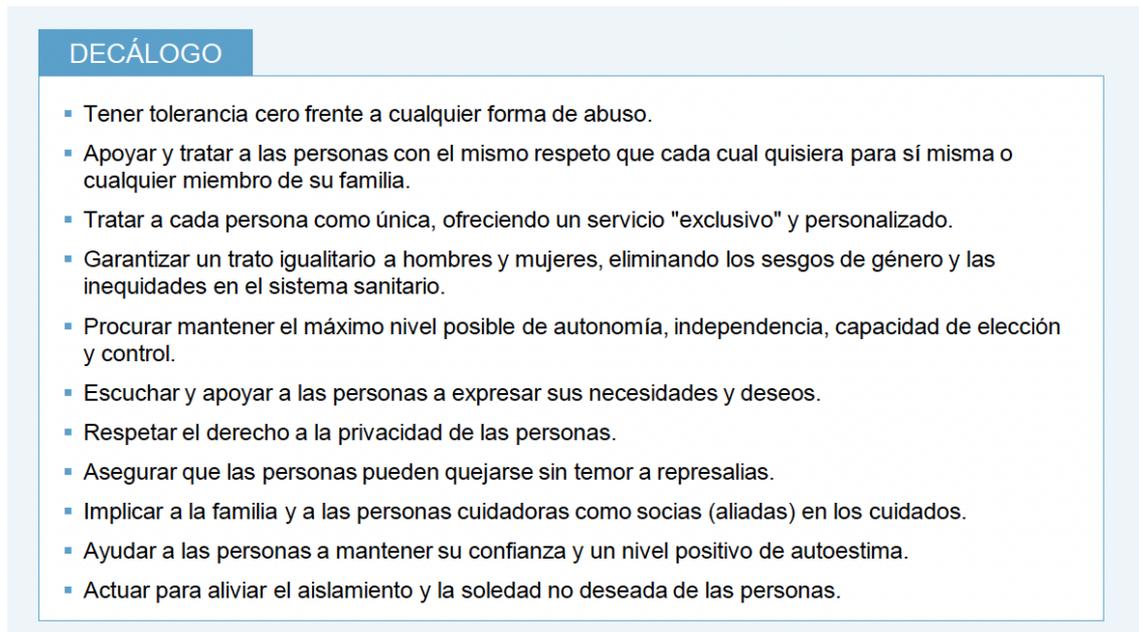
*Figura 2. Decálogo de valores que guían la relación entre las personas en el Servicio Gallego de Salud.*



Fuente: Xunta de Galicia. *Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria 'Preto de ti'*.

El *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha* también expresa en forma de decálogo los comportamientos que deben poner en práctica unos servicios sociosanitarios de alta calidad que respeten la dignidad de las personas y presten una asistencia más humanizada:

*Figura 3. Decálogo de comportamiento de los servicios de salud recogido en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha.*



Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Horizonte 25.*

Expresar los valores que guían y los rasgos que se quiere que distingan a una organización ayuda a aclarar cuáles han de ser las pautas de comportamiento (cómo se deben hacer las cosas). En coherencia con los valores que inspiran una atención humanizada, pueden identificarse, entre otros, los siguientes criterios de actuación:

- Transparencia para facilitar el compromiso.
- Respeto de la privacidad y de la intimidad.
- Valoración y reconocimiento de lo que se hace.
- Defensa de los derechos de los usuarios.
- Colaboración con las familias y con otros agentes.
- Modelo de comunicación ágil.
- Toma de decisiones participativa.

### 3.2. Principios rectores

Los planes de humanización suelen recoger una serie de principios que orientan y regulan las actuaciones que contemplan. Así, por ejemplo, el Gobierno del Principado de Asturias (2021)

ha definido los siguientes principios rectores para el Plan de Humanización de su Sistema Sanitario Público:

### **BIENESTAR**

Organizar las actividades asistenciales teniendo en cuenta las necesidades de las personas: pacientes, familiares, profesionales; facilitando los medios necesarios para favorecer el bienestar de todas.

### **INCLUSIÓN**

Garantizar los derechos de todas las personas, así como su cuidado inclusivo, sin ningún tipo de discriminación por razón de discapacidad u otra condición humana, etnia, religión, género, nivel educativo, edad, ideología política y sin tomar en consideración cualquier otra circunstancia de índole subjetiva.

### **PARTICIPACIÓN**

Integrar la Cultura de Humanización en la definición de procesos asistenciales, en programas y servicios de Salud, desarrollando espacios de diálogo y participación plena y significativa de pacientes, familiares, profesionales y ciudadanía.

### **RESPETO**

Respetar la dignidad de las personas que acuden a los centros sanitarios: pacientes, familiares y profesionales.

### **ACOMPañAMIENTO**

Permitir el acompañamiento y confortar siempre, sin discriminación ni emisión de juicios de valor.

### **EMPATÍA**

Ofrecer una atención y cuidados equitativos a todas las personas, basados en la calidez, la empatía y la compasión.

### **INTEGRACIÓN**

Incorporar una visión integral de lo científico y humano en las actividades asistenciales.

### **EQUIDAD**

Proporcionar un trato equitativo a las personas en situación de discapacidad y /o vulnerabilidad.

### **AUTONOMÍA**

Respetar la confidencialidad, autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones de naturaleza clínica y terapéutica.

### **ACCESIBILIDAD**

Garantizar la accesibilidad de todas las personas a los servicios y recursos para alcanzar su mayor potencial de Salud.

## 4. Análisis de situación

Este análisis debe tener en cuenta las características del centro, servicio o institución, el contexto en el que opera, los antecedentes en materia de diseño y desarrollo de acciones de humanización, la situación de salud de la población atendida (enfermedades más prevalentes, determinantes y principales problemas de salud) y las principales demandas y opiniones relacionadas con la humanización de la asistencia sanitaria expresadas por la ciudadanía, los pacientes y familiares atendidos, y los profesionales que los atienden.

Las demandas de la ciudadanía, pacientes y familiares y su opinión en relación con la atención recibida, y en particular con los elementos más directamente relacionados con la asistencia humanizada, como la infraestructura, la información, la comunicación, la personalización, la accesibilidad, el trato, etc., pueden identificarse mediante el análisis de las reclamaciones, quejas, sugerencias y propuestas formuladas por la ciudadanía y por las organizaciones de la sociedad civil, la realización de encuestas de satisfacción, la revisión de comentarios en redes sociales o la aplicación de técnicas participativas como el grupo nominal o el Metaplán. Cabe destacar que las reclamaciones de los ciudadanos son una fuente importante de información espontánea para medir el grado de conformidad y conocer su percepción con los servicios prestados por los servicios sanitarios.

La opinión y percepciones de los profesionales en relación con aspectos que inciden en la humanización, como los entornos de trabajo, la conciliación, la formación, la promoción y los reconocimientos profesionales, los liderazgos, etc., se puede recoger a través de los órganos de participación existentes (comisiones profesionales, etc.) o mediante actuaciones *ad hoc*, como encuestas, consultas o reuniones específicas.

### 4.1. La técnica del grupo nominal

Esta técnica para el análisis de problemas fue desarrollada originalmente por Andre L. Delbecq y Andrew H. Van de Ven a finales de los años sesenta del siglo XX con objeto de mejorar el desarrollo y la productividad de las reuniones de trabajo, y tiene el propósito de combinar opiniones individuales para permitir la toma de decisiones. Aprovecha la capacidad creativa del grupo para generar ideas, descomponer problemas y proponer soluciones. Tiene conexiones con otras técnicas cualitativas empleadas en el ámbito de las ciencias sociales como los Grupos de Discusión (Ibáñez, J. 1986); la Técnica Delphi, desarrollada en los primeros años cincuenta del siglo XX por Olaf Helmer, Theodore Jay Gordon, Norman Dalkey y otros colegas de The Rand Corporation, un *think tank* creado para ofrecer asesoramiento predictivo a las fuerzas armadas norteamericanas ante una eventual catástrofe nuclear; la Tormenta de Ideas (Brainstorming), técnica formulada a finales de la década de los años treinta del siglo XX por

Alex Osborn y desarrollada posteriormente por Charles Hutchison Clark, y la dinámica conocida como Phillips 6/6, atribuida a John Donald Phillips, profesor de la Universidad de Michigan.

La técnica del grupo nominal procura asegurar que todos tengan la oportunidad de expresar sus ideas, evitando que todos intervengan a la vez o que unos quiten la palabra a otros, y para ello separa las fases de generación de ideas y de evaluación de las mismas. La técnica comienza con una fase de reflexión individual, en la que se generan las ideas, tras de la cual se realiza una puesta en común y se discuten las ideas, para proceder posteriormente a su evaluación y ordenamiento.

Antes de aplicar esta técnica es necesario definir con claridad qué información se pretende obtener del grupo, seleccionar los participantes asegurando que exista una variedad de puntos de vista y diseñar la pregunta que se va a plantear, que debe ser clara, sencilla y abierta. También hay que decidir si será suficiente con un grupo o es mejor convocar a varios, teniendo en cuenta que para un desarrollo óptimo cada grupo debe tener entre cinco y nueve personas, y es mejor que su número sea impar, para evitar empates en las votaciones.

Es importante realizar la sesión en un espacio cómodo y tranquilo, y asegurar que se dispone de suficiente tiempo para el desarrollo de la reunión, que dependiendo del tamaño del grupo y de la complejidad de los temas tratados puede durar entre dos y tres horas.

Debe haber una persona que se encargue de dirigir la sesión, crear un adecuado clima de relación, resolver posibles situaciones conflictivas y propiciar la participación.

El grupo nominal es una técnica altamente estructurada pero también bastante flexible, por lo que su secuencia metodológica puede configurarse en función de cada situación concreta. Habitualmente su desarrollo comprende los siguientes momentos:

- Generación silenciosa de ideas, donde los participantes anotarán sus impresiones sobre el tema planteado como resultado de su reflexión individual.
- Manifestación secuencial de ideas, en la que cada uno de los participantes enunciará públicamente sus comentarios.
- Discusión de ideas. En esta fase se introduce el debate y la posibilidad de descartar ideas, redefinirlas, reubicarlas, agruparlas, descomponerlas, etc.
- Votación preliminar y secreta sobre la importancia de las propuestas trazadas, con el objetivo de materializar las preferencias de los participantes en un ranking que jerarquice su importancia.

- Pausa. Es una parada que busca la “oxigenación” del grupo para más tarde reabrir el proceso discursivo.
- Discusión de los resultados obtenidos en la primera votación o examen de posibles inconsistencias y reflexión entre los asistentes. En esta fase pueden descartarse las ideas sobre las que haya habido menos consenso, producirse nuevas reagrupaciones y reconstruirse propuestas.
- Votación final, también secreta.
- Listado y acuerdo sobre la propuesta y las prioridades reconstruidas.

La técnica del grupo nominal permite llegar a consensos minimizando enfrentamientos, facilita la interacción grupal y una participación equilibrada, es productiva (genera un importante número de ideas en un tiempo no demasiado largo y de una forma relativamente sencilla) y favorece la toma de decisiones. Entre sus desventajas, una de las más importantes es que, al minimizar el debate, no permite el pleno desarrollo y la matización de las ideas.

## 4.2. La técnica Metaplán

Metaplán es un método de moderación grupal que permite la reflexión, el intercambio de opiniones y la construcción colectiva de decisiones o conclusiones comunes. Fue desarrollado en Hamburgo (Alemania), en los años setenta del siglo XX por Eberhard Schnelle, quien también fundó la empresa de consultoría *Metaplan Gesellschaft für Planung und Organisation* (Compañía Metaplán para Planeamiento y Organización). La palabra “metaplán” se ha convertido en un término genérico para designar la técnica de moderación con tarjetas como mecanismo que posibilita la detección de componentes de una situación o problema específico o emergente.

De acuerdo con Amezcua y Jiménez (1996), de quienes se ha extraído este resumen, Metaplán es un método que permite la recogida, visualización, clasificación y valoración rápida de ideas. Se utiliza en grupos pequeños para recoger ideas de todos los participantes, evitando los efectos negativos de las diferencias jerárquicas, del monopolio en el uso de la palabra o de la timidez u otros rasgos de personalidad, que pueden bloquear el proceso creativo individual. Facilita que todos participen por igual en el ejercicio, hace más eficiente el proceso de discusión y de consenso, permite levantar un registro de la discusión y hace posible que, si se desea, se mantenga el anonimato sobre las ideas emitidas.

## Aplicación de la técnica

El grupo no debe ser muy numeroso (se recomienda que esté constituido por entre seis y diez personas, aunque la técnica puede aplicarse en grupos con más componentes).

Se requiere un moderador con dotes de animador y motivador, cuya función es formular las preguntas sobre las que va a trabajar el grupo, mantener el diálogo y el dinamismo de la participación, ordenar el debate y ceder la palabra a quienes deseen hacer aclaraciones o presentar comentarios.

Se utilizan tarjetas rectangulares de cartulina para escribir las respuestas a las preguntas, blancas o de un color claro para facilitar la legibilidad (pueden ser de un solo color, aunque si las respuestas pueden referirse a aspectos positivos o negativos pueden utilizarse colores diferentes para diferenciar esos aspectos, usando colores fríos para respuestas de contenido crítico o negativo y cálidos para las respuestas de contenido constructivo o positivo); tarjetas circulares pequeñas para expresar dudas o desacuerdos con las respuestas emitidas; tarjetas circulares grandes para titular las agrupaciones de respuestas; rotuladores (mejor que sean todos del mismo color, para proteger el anonimato de las respuestas si así se desea), y un panel de corcho, poliestireno expandido, papel de embalar o cualquier otro tipo de superficie en la que sea posible adherir o fijar (mediante espray adhesivo, pegatinas, alfileres, chinchetas, imanes o cualquier otro procedimiento que permita recolocarlas) las cartulinas. El espacio debe permitir que las personas puedan levantarse y acercarse al panel, y que tengan una buena visibilidad del panel desde sus asientos.

Se comienza planteando al grupo una pregunta muy concreta como, por ejemplo, ¿Qué se necesitaría mejorar para que la asistencia sanitaria fuese verdaderamente humanizada? La pregunta se escribe con rotulador grueso sobre una tarjeta rectangular grande y se fija en la parte superior del panel.

Se reparten varias tarjetas a cada participante, para que escriban una idea en cada una, respondiendo a la pregunta planteada. Hay que tener en cuenta que el número de tarjetas por panel, para que sean claramente visibles y manejables, no debe ser demasiado elevado. Si los participantes son menos de seis, pueden repartirse cuatro o más tarjetas por participante; si son entre seis y diez, tres tarjetas; si son más de diez, menos de tres tarjetas.

La fijación de las tarjetas puede hacerse de dos formas, según si se desea o no proteger el anonimato de las respuestas:

- Los participantes se levantan y fijan espontáneamente las tarjetas en el panel. Después el moderador pide a los participantes que lean en voz alta sus tarjetas o lo hace él mismo, si se desea mantener el anonimato de las respuestas.

- El que anima la sesión recoge las tarjetas, que se entregan boca abajo; las baraja, para mantener el anonimato, y las va fijando en el panel, al mismo tiempo que las lee en voz alta.

Los participantes pueden expresar sus dudas u oposición a las ideas emitidas de la forma siguiente:

- Si tienen dudas sobre la idea, escriben una interrogación en una tarjeta circular pequeña (10 cm).
- Si están en desacuerdo con la idea, dibujan un rayo en una tarjeta circular pequeña (10 cm).
- En una tarjeta rectangular escriben sus argumentos.
- A continuación, se levantan y colocan las nuevas tarjetas junto a la tarjeta objeto de oposición o duda.

Acto seguido, el animador de la reunión invita ordenadamente a los autores de las tarjetas criticadas a que aclaren las dudas o argumenten sobre las objeciones expresadas. Si el autor prefiere mantener el anonimato, puede no contestar. La duda quedará sin resolver o algún otro miembro del grupo puede exponer su opinión como si fuera el autor.

En el Metaplan no se establece debate. Si se hacen intervenciones, estas deben ser muy breves y de tipo aclaratorio. Como resultado de estas aclaraciones, se pueden volver a reformular la tarjeta, si de esa forma recoge mejor el sentir común. En ese caso se sustituirá la tarjeta por la nueva y la anterior se fijará en alguno de los extremos inferiores del panel. No será tenida en cuenta, pero queda recogida como parte de la producción del grupo.

Cuando se ha clarificado todo, se agrupan las ideas por su coincidencia o su homogeneidad. Cada grupo de tarjetas se rodea con un trazo de rotulador grueso, para destacar más la agrupación. Si hay tarjetas que no se pueden agrupar con otras, se mantienen independientes.

Luego se le pone título a cada grupo, utilizando las tarjetas circulares grandes (si no se dispone de tarjetas circulares, pueden usarse tarjetas rectangulares de otro color).

A continuación, si se desea, se puede proceder a una votación para establecer la importancia o prioridad de las ideas expuestas. Una forma simple de hacerlo es la siguiente:

- Cada participante recibe seis puntos adhesivos de color.

- Se levanta y vota, distribuyendo los puntos entre las agrupaciones que se han formado: tres puntos al grupo que considere más importante o prioritario, según el criterio que se establezca; dos al siguiente y uno al tercero.
- Se suman los puntos de todos los participantes y se anota el resultado junto al bloque correspondiente.

El proceso se puede repetir tantas veces como se quiera, planteando nuevas preguntas para ir profundizando en los temas expuestos o para buscar las causas de los problemas identificados o plantear posibles soluciones para resolverlos.

### Secuencia metodológica

La secuencia metodológica de una sesión de Metaplán es la siguiente:

- Identificación, descripción y contextualización del tema sobre el que se va a trabajar.
- Propuesta de una pregunta que facilite y oriente la discusión.
- Lluvia de ideas: los participantes visualizan sus opiniones e ideas escribiéndolas en tarjetas (5-10 minutos).
  - Una idea por tarjeta.
  - Tres líneas por tarjeta como máximo.
  - Letra grande y legible.
- Lectura en voz alta de las tarjetas. Los autores pueden explicar brevemente sus ideas.
- Agrupación de las tarjetas que traten ideas relacionadas.
- Creación de títulos o ideas generales que contengan y representen a todas las ideas de cada agrupación.
- Aprobación de los resultados.

### Reglas básicas del Metaplan.

Para que sean efectivas, las sesiones de Metaplán deben ajustarse a una serie de reglas básicas, que se resumen a continuación:

- Escribir solamente una idea por tarjeta.

- Usar frases cortas (no más de siete palabras por tarjeta) evitando palabras genéricas que requieran posterior explicación (la tarjeta debe hablar por sí misma; lo que plantea debe poder ser comprendido por todos).
- Escribir con letras grandes y legibles, para que todos puedan leer con facilidad.
- Utilizar mayúsculas y minúsculas, pues usar solo mayúsculas dificulta la lectura.
- Explicar y argumentar sin descalificar; cada idea expresada debe respetarse.
- Al tomar la palabra, tratar de no hacerlo durante más de 30 segundos.

## 5. Formulación estratégica

El resultado del análisis de situación se puede concretar en las matrices DAFO y CAME, que permiten identificar una serie de líneas estratégicas que definan el camino a seguir para alcanzar la visión formulada.

### 5.1. Matriz DAFO

El nombre de la matriz DAFO responde a los cuatro conceptos definidos en sus siglas: debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.

- **Debilidades:** Son aquellos factores o situaciones a nivel interno que suponen una desventaja a la hora de humanizar la asistencia. Pueden estar relacionados con infraestructura, capacidades técnicas, inversión, recursos humanos, cartera de servicios...
- **Amenazas:** son aquellas situaciones externas (culturales, políticas, económicas, sociales...) que comprometen nuestra actuación y pueden afectar negativamente a nuestros esfuerzos de humanización.
- **Fortalezas:** Son aquellos factores o situaciones a nivel interno que suponen una cierta ventaja de cara a lograr una asistencia sanitaria más humanizada. Pueden ser capacidades, habilidades especiales, protocolos, recursos...
- **Oportunidades:** son aquellas situaciones externas que favorecen o son positivas para el desarrollo del plan de humanización.

Estos cuatro elementos se desarrollan a lo largo de una matriz que separa el análisis interno (debilidades y fortalezas) del análisis externo (amenazas y oportunidades), en la que se analizan de manera crítica todos los aspectos que definen la situación actual de la humanización de la atención en el centro, servicio o institución para el que se formula el plan.

Figura 4. Ejemplo de matriz DAFO.

ANÁLISIS DAFO			
DEBILIDADES	Implantación cultura y liderazgo	Sobrecarga física y emocional por el impacto de la pandemia por COVID-19	AMENAZAS
	Reconocimiento de la labor de los profesionales	Situación de crisis socio-económica	
	Nivel de conocimiento del plan de humanización	Dificultad para la sostenibilidad del sistema sanitario	
	Participación en actividades de humanización	Impacto de los posibles cambios legislativos y estructurales	
	Formación en humanización	Tendencia a la despersonalización de la atención al paciente	
	Infraestructuras, entornos y espacios sanitarios	Priorización de aspectos científico-técnicos frente a los de humanización	
FORTALEZAS	Estructura organizativa humanización	Enfoque de la atención centrada en el paciente	OPORTUNIDADES
	Objetivos de humanización en los contratos de gestión	Planes y actuaciones estratégicas nacionales e internacionales	
	Creación y desarrollo de la Escuela Madrileña de Salud	Relevancia del papel de las asociaciones de pacientes	
	Modelo Excelencia en Humanización SER+HUMANO	Interés del paciente en toma de decisiones y corresponsabilidad en el cuidado de su salud	
	Mecanismos para escuchar la voz de pacientes y profesionales	Desarrollo tecnológico	
	Satisfacción con la humanización (índice de humanización y COVID-19)	Concepto humanización extendido a ámbitos no sanitarios	
ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	

Fuente: Comunidad de Madrid. *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025*.

Este tipo de análisis aporta una visión general de la situación del centro, servicio o institución respecto a la humanización de la asistencia, y ayuda a diseñar un plan de acción acorde a la situación resultante del análisis y a plantear un presupuesto tanto económico como de medios técnicos y humanos para afrontar la estrategia a seguir. Cuando se hace de forma compartida, con participación de los diferentes públicos implicados (equipo directivo, profesionales, pacientes, miembros de la comunidad, etc.) permite incorporar diferentes puntos de vista respecto la situación analizada.

## 5.2. Matriz CAME

La matriz CAME parte del análisis DAFO y con ella se plantea la estrategia a seguir. Las siglas CAME corresponden a cuatro tipos de acciones: corregir, afrontar, mantener y explotar:

- **Corregir** las debilidades internas, adoptando medidas para que dejen de existir o para que dejen de afectar negativamente a la humanización de la asistencia.
- **Afrontar** las amenazas externas para evitar que se conviertan en una debilidad. Se debe responder a cada una de ellas evitando que sucedan, o actuando para reducir su impacto.

- **Mantener** las fortalezas internas para seguir apoyándonos en ellas.
- **Explotar** las oportunidades externas, para convertirlas en futuras fortalezas.

Figura 5. Ejemplo de matriz CAME.

<p><b>ESTRATEGIA DEFENSIVA MANTENER FORTALEZAS</b></p>	<p><b>ESTRATEGIA OFENSIVA EXPLOTAR OPORTUNIDADES</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Consolidación de la estructura de humanización.</li> <li>■ Capacitación de los pacientes y ciudadanos.</li> <li>■ Desarrollo del Modelo de Excelencia en Humanización SER+HUMANO.</li> <li>■ Promoción de estudios de la percepción de los profesionales.</li> <li>■ Impulso del conocimiento de la Escuela Madrileña de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promoción de mecanismos de participación de pacientes y ciudadanía.</li> <li>■ Impulso de acciones para que el paciente exprese su voluntad y se favorezca la toma de decisiones compartida.</li> <li>■ Utilización de los avances tecnológicos en la mejora de la humanización.</li> <li>■ Estudios sobre la vivencia de los pacientes en relación con la humanización.</li> <li>■ Establecimiento de alianzas.</li> <li>■ Potenciación de una atención centrada en la persona.</li> </ul>
<p><b>ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA AFRONTAR AMENAZAS</b></p>	<p><b>ESTRATEGIA DE REORIENTACIÓN CORREGIR DEBILIDADES</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Impulso del cuidado de los profesionales como agentes de humanización.</li> <li>■ Fomento de una organización saludable.</li> <li>■ Formación y sensibilización de profesionales en humanización.</li> <li>■ Promoción de la mejora de la experiencia del paciente.</li> <li>■ Adaptación de los entornos sanitarios a las necesidades de las personas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promoción de la cultura de humanización en la organización.</li> <li>■ Fomento del liderazgo en humanización de los equipos directivos.</li> <li>■ Comunicación y difusión de las actividades de humanización.</li> <li>■ Establecimiento de sistemas de reconocimiento de iniciativas innovadoras y buenas prácticas.</li> <li>■ Mejora de la información y comunicación.</li> <li>■ Establecimiento de entornos humanizados.</li> </ul>

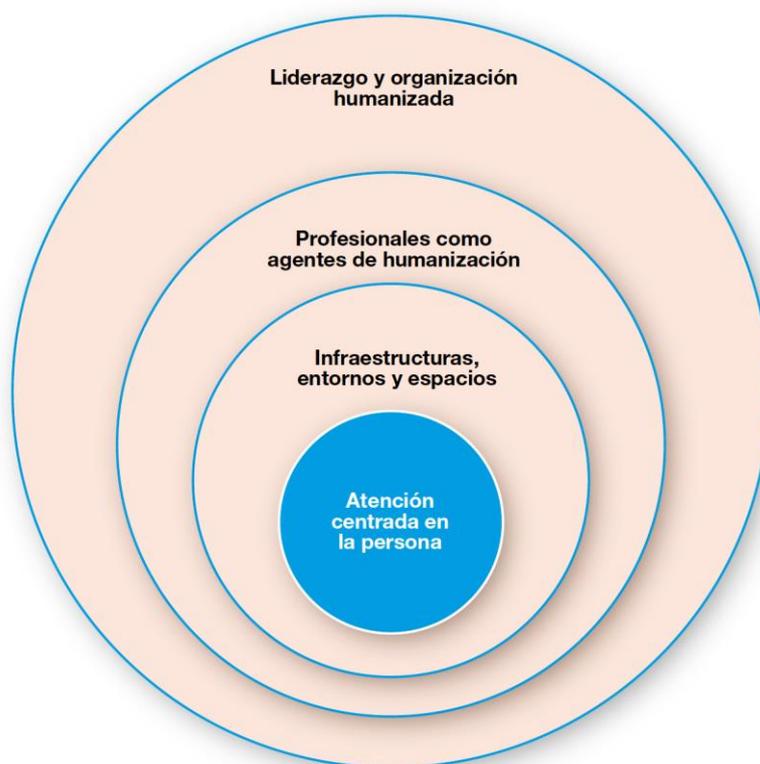
Fuente: Comunidad de Madrid. *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025*.

## 6. Definición de la estructura del plan

### 6.1. Ejes y líneas estratégicas

La formulación estratégica se concreta en una serie de líneas de actuación que es conveniente organizar de acuerdo con una cierta lógica. Así, por ejemplo, en el *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025* de la Comunidad de Madrid, las líneas de actuación identificadas se agrupan en cuatro ejes que se corresponden con lo que el citado plan denomina “círculos de la humanización”, una serie de esferas concéntricas o capas que comienzan con la más nuclear, centrada en la relación con las personas que atienden los servicios sanitarios, para pasar a continuación a una segunda, relativa a los entornos o espacios donde se realiza esa atención, a una tercera capa que tiene que ver con los profesionales como agentes básicos de las actuaciones, y una última esfera o capa más externa, que se refiere a los aspectos relacionados con la organización, incluyendo el liderazgo.

*Figura 6. Los “círculos de la humanización” en torno a los que se estructura el II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 de la Comunidad de Madrid.*



Fuente: Comunidad de Madrid. *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025*.

El Principado de Asturias, por su parte, definió en 2021 las siguientes líneas estratégicas para el *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias*:

1. **Humanización:** Calidez y Calidad en el Trato.
2. **Profesionales:** Piedra Angular para una Cultura de la Humanización.
3. **Participación Ciudadana.**
4. **Adecuación de los Entornos.** Espacios y Confort.

La Xunta de Galicia (2019) ha estructurado la *Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria* en cuatro grandes ejes estratégicos, organizados desde fuera hacia adentro, desde las personas hasta la sociedad. Estos ejes estratégicos son:

### **Eje estratégico 1. Relación entre las personas**

Este primer eje se centra en todos aquellos aspectos del sistema sanitario que tienen que ver con las relaciones entre las personas. Incluye cuatro líneas de trabajo dirigidas respectivamente al desarrollo de instrumentos de apoyo a la comunicación; la formación de profesionales en el campo de bioética, relación y trato; la implantación de medidas que den voz y capacidad de participar en la ciudadanía y el establecimiento de mecanismos ágiles para conocer y medir la satisfacción del usuario y dar respuestas sus inquietudes y demandas.

### **Eje estratégico 2: Procesos de atención integral y enfocados en las personas**

Este segundo eje estratégico está orientado a colocar a las personas en el centro de los procesos de atención y administrativos que se desarrollan en nuestra organización. Se trata de promover procesos de atención integral y centrados en las personas, con una extensa lista de acciones que se inicia con la implementación de proyectos de humanización en áreas sensibles, proyectos de mejora del servicio asistencial y medidas para mejorar procesos y protocolos transversales que tengan en cuenta las particularidades sociales y los aspectos personales y culturales de los pacientes. Se incluyen asimismo iniciativas encaminadas a la mejora de la información a los pacientes, conciliar horarios, mejorar la coordinación de citas, respetar periodos de sueño, realizar una atención más sensible al dolor, ofrecer atención emocional a las personas, facilitar y simplificar trámites administrativos y toda una serie de propuestas específicas para que los aspectos de humanización estén presentes en la gestión.

### **Eje estratégico 3: Espacios y servicios de apoyo a las personas**

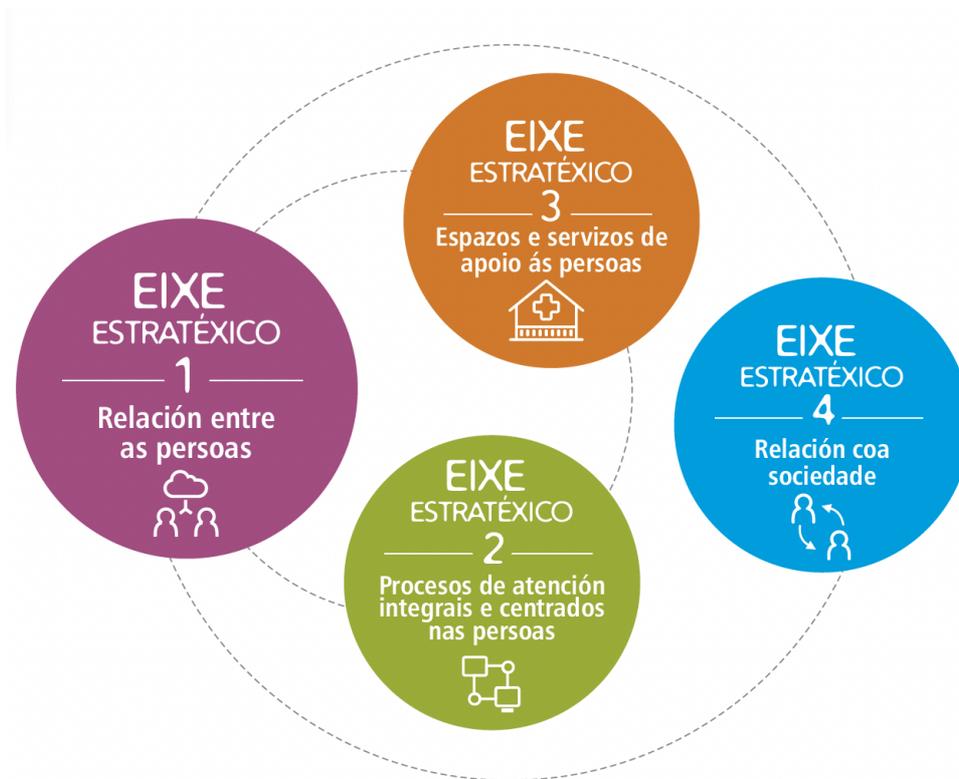
El tercer eje estratégico recoge todas aquellas medidas necesarias para que las instalaciones y los servicios que apoyan a las personas y los procesos de la organización

facilitan el desarrollo de las relaciones y acciones del día a día. Define las acciones que deben adoptarse para hacer más humanas y acogedoras las instalaciones de los centros de salud, junto con las acciones de apoyo que se deben establecer para hacer más cómodas y racionales las estancias, las esperas y los desplazamientos a través de los edificios asistenciales. Este gran capítulo cubre todo lo que hay que hacer para mejorar los espacios de información, las zonas de espera y la señalización, además de proponer la creación de zonas de ocio, potenciar el uso de sistemas de localización e información a través de nuevas tecnologías y otras acciones encaminado a hacer las instalaciones más cómodas, menos ruidosos y con mayor confort lumínico. También son objeto de este eje, entre otras propuestas, las medidas encaminado a garantizar la privacidad de los usuarios, una ropa adecuada y la calidad de los alimentos que se preparan para acompañantes y profesionales.

#### **Eje estratégico 4: Relación con la sociedad**

El cuarto de los grandes ejes se dedica a promover la interrelación y cooperación entre el sistema sanitario y la sociedad. Tiene una primera línea enfocada a promover dentro del sistema sanitario medidas de conciliación y promoción de la igualdad que mejoren la satisfacción del personal en el desempeño de sus actividades. También incluye la promoción de acciones de mejora y protección del medio ambiente, la promoción de acciones divulgativas sobre salud dirigidas a la ciudadanía a través de sus asociaciones y centros cívicos, la promoción del mecenazgo, la creación de órganos de participación social y toda una serie de sugerencias para mejorar las relaciones con las organizaciones de voluntariado y para facilitar el uso de las instalaciones de los centros sanitarios por las entidades que lo necesiten para el desarrollo de actos relacionados con la salud.

Figura 7. Ejes estratégicos definidos en la Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria de la Xunta de Galicia.



Fuente: Xunta de Galicia. *Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria 'Preto de ti'*.

La *Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra* (Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, 2017) establece cinco líneas estratégicas relacionadas con la cultura de la humanización, la calidez de trato, la información y comunicación, la adecuación del entorno y las directrices para una gestión humanizada, que presenta así:

### Línea 1. Cultura de la humanización

Se trata de extender la cultura de la humanización en el conjunto del sistema. Para ello se propone sensibilizar al conjunto de profesionales utilizando la formación como estrategia de sensibilización y la participación como mecanismo de implicación.

### Línea 2. Calidez de trato

Responde a la necesidad de dar el mismo trato que nos gustaría recibir, teniendo presente la vulnerabilidad de las personas en sus contactos con el sistema sanitario.

### **Línea 3. Información-Comunicación**

La mejora de información y comunicación son pasos necesarios para facilitar el empoderamiento para la salud, entendido este como el proceso mediante el que las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

### **Línea 4. Adecuación del entorno**

El desarrollo de una verdadera cultura de la humanización requiere que se den las condiciones en las que esta pueda desarrollarse, por lo que es necesario construir entornos facilitadores. Entre estos entornos se incluyen los cambios en las infraestructuras, los cambios organizativos, los servicios que es preciso contratar y la mejora del ambiente laboral.

### **Línea 5. Directrices para la gestión**

Los cambios en la cultura de la humanización requieren la implicación y el protagonismo de los estamentos directivos en impulsar activa y sostenidamente esta cultura, apoyando que en los espacios profesionales se incorporen a los objetivos de la práctica asistencial aquellos relacionados con la satisfacción de las personas atendidas, y utilizando para ello herramientas de gestión tales como gestión presupuestaria, docencia, gestión clínica, servicios de atención a pacientes o desarrollo de infraestructuras.

En las Islas Baleares, el *Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027* (Duro Robles, 2022) define las seis líneas siguientes:

#### **Línea 1. Potenciar la cultura y la estructura de humanización en la organización y cuidar al profesional.**

Para conseguir una atención humanizada es necesario crear y fomentar esta cultura en la organización, tener una estructura para impulsarla y ser capaces de formar, motivar y cuidar al personal.

#### **Línea 2. Incluir la participación.**

Es necesario buscar formas efectivas que garanticen la participación de la ciudadanía en la gestión de la salud para la atención humanizada.

**Línea 3. Fomentar los espacios y ambientes saludables.**

Un sistema sanitario humanizado ha de cuidar las infraestructuras por medio de la arquitectura para la salud, pues las características ambientales influyen en la salud de las personas.

**Línea 4. Asegurar el trato amable y la autonomía del paciente.**

Tal como se entiende la humanización de la asistencia en nuestro entorno, es imprescindible caminar hacia la autonomía y el empoderamiento de pacientes y proporcionarles un trato amable por medio de una relación profesional-paciente que siga el modelo centrado en la persona.

**Línea 5. Fomentar la equidad en el acceso al sistema sanitario y facilitar el tránsito de las personas por el sistema.**

Una atención humanizada no se entiende sin un sistema sanitario accesible y con facilidad para transitar por él garantizando la continuidad.

**Línea 6. Proporcionar información efectiva y crear cultura de humanización en la ciudadanía.**

Esta línea complementa el resto de las líneas y ayuda a cumplir el objetivo general y todos los específicos. Si no somos capaces de difundir lo que hacemos no llegará a ningún sitio. Y, por otro lado, si no informamos de forma efectiva, no conseguiremos que el mensaje llegue.

En Castilla-La Mancha, el *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Horizonte 25* (Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, 2021), agrupa sus líneas de acción en cinco grandes categorías, que denomina "vectores de desarrollo" y que presenta así:

**1. Participación e implicación de la sociedad.**

Fomentar y trabajar por la participación implica que organizaciones sanitarias y de pacientes generen lazos de confianza, transparencia y compromiso.

**2. Estructura y cultura de Humanización.**

Una cultura de humanización será fuerte y sostenible cuando nuestros valores y comportamientos sean coherentes. De otra forma, nos quedaremos en la implantación de medidas meramente cosméticas.

### 3. Cuidado y bienestar de las y los profesionales.

Una adecuada experiencia del empleado/a es la base para una adecuada experiencia del usuario/a de la sanidad. No hay sanidad humanizada sin que las y los profesionales de la salud perciban un trato humano en su entorno de trabajo.

### 4. Espacios físicos y confort.

Espacios acogedores y accesibles y la consecución de la comodidad de pacientes y profesionales para proporcionar bienestar físico y emocional.

### 5. Atención integral centrada en las personas.

Cuando situamos a las personas en su totalidad en el foco de nuestro pensamiento y nuestra acción, surgen oportunidades para mejorar la asistencia sanitaria.

Como puede verse en la figura siguiente, aunque todos los vectores de desarrollo se consideran igualmente relevantes, el quinto (Atención integral centrada en las personas), es hacia el que apuntan y convergen los otros cuatro.

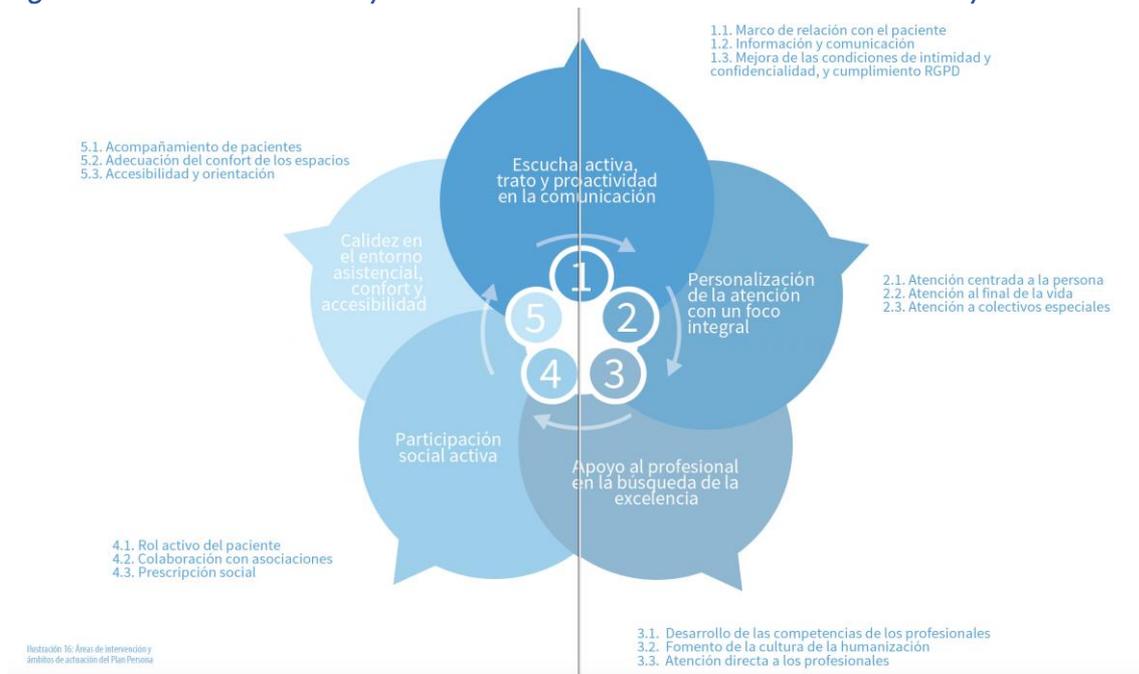
*Figura 8. Vectores de desarrollo en los que se agrupan las líneas de acción del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha.*



Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Horizonte 25.*

En Castilla y León, el *Plan Persona 'Centrando la asistencia sanitaria en ti'* (Consejería de Sanidad de Castilla y León, 2021) se articula en torno a cinco áreas de intervención que abarcan la escucha activa, el trato y la proactividad en la comunicación; la personalización de la atención con un foco integral; el apoyo al profesional en la búsqueda de la excelencia; la participación social activa y por último la calidez en el entorno asistencial.

Figura 9. Áreas de intervención y ámbitos de actuación del Plan Persona de Castilla y León.



Fuente: Consejería de Sanidad de Castilla y León. *Plan Persona 'Centrando la asistencia sanitaria en ti'*.

Como muestran estos ejemplos, en general, los planes de humanización centran en las personas sus estrategias y aunque el número y enunciado de sus ejes estratégicos es diverso, todos ellos tienen objetivos y acciones dirigidas a un avance en la **cultura de humanización**, a la mejora de la accesibilidad y amigabilidad de los **entornos y espacios**, a garantizar unas condiciones de trabajo y una formación adecuadas de los y las **profesionales**, que son los principales agentes de humanización, y al logro de una **atención sanitaria centrada en las personas**, de calidad e integral, en la que las relaciones con el paciente estén presididas por la escucha activa, el buen trato, la comunicación, las decisiones compartidas y la corresponsabilidad.

## 6.2. La transversalidad

Como apunta certeramente el Equipo Gestor de la *Campaña Innovación en Transversalidad del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz* (2008), la transversalidad es un concepto que asegura el compromiso efectivo de toda la organización para trabajar, desde cualquier especialización

sectorial, en un ámbito, visión, enfoque o problema que no se puede asumir por una sola de las estructuras organizativas sectoriales. La transversalidad es también un instrumento organizativo que pretende desarrollar estrategias, herramientas y procedimientos que, dentro de la estructura organizativa sectorial, permitan adaptarse mejor a las exigencias de una realidad compleja y multidimensional.

La transversalidad permite focalizar la atención de la organización en un tema e intensificar la actuación sobre él, y mejorar la consistencia y la coherencia de la estrategia y actuación de la organización en relación con el tema en cuestión.

Una respuesta integral a las necesidades de la persona debe contemplar todas sus facetas e interconexiones, pues las personas no son fragmentables. En este contexto, la transversalidad aparece como una estrategia fundamental de actuación para mejorar la respuesta a la compleja realidad multidimensional de las diferentes personas a las que atiende un centro, servicio o institución de salud, al permitir la convivencia de la necesaria especialización, que favorece la profundización en los conocimientos aplicados a los problemas, con el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad en su tratamiento.

En coherencia con todo ello, es habitual que los planes de humanización se estructuren no tanto por ámbitos temáticos o de especialización, sino por áreas transversales. Esta ha sido la opción adoptada por el *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía*, que organiza las acciones de humanización en las siguientes áreas transversales:

- **ÁREA ORGANIZACIONAL** (Cultura de humanización) Generar una cultura de humanización en que impregne a toda la organización.
- **ÁREA ESTRUCTURAL** (Infraestructura, recursos y tecnología) Promover espacios, recursos e innovaciones tecnológicas que garanticen el respeto a la dignidad de las personas.
- **ÁREA ASISTENCIAL** (Proceso de atención integral centrado en la persona) Potenciar una atención de calidad, personalizada, que contemple todas las dimensiones de la persona (enfoque holístico) teniendo en cuenta el contexto y que aporte resultados tangibles para el paciente.
- **ÁREA RELACIONAL** (Escucha, comunicación, participación, corresponsabilidad) Centrar la atención sanitaria en un marco de escucha activa, comunicación, decisiones compartidas y corresponsabilidad.

## 7. Formulación y priorización de objetivos

Un objetivo es la descripción o identificación de aquello que se pretende conseguir. Los objetivos facilitan el control y el seguimiento, así como la medición y valoración de los resultados conseguidos. Establecer los objetivos es una parte imprescindible del proceso de planificación, ya que sirven como guía de acción.

### 7.1. Jerarquía de objetivos

El cualquier plan o proyecto debe formularse un **objetivo general**, que es una declaración clara y concisa del propósito que se quiere lograr, tiene una dimensión estratégica y suele ser de consecución a largo plazo. También es conveniente desglosar el objetivo general en un conjunto limitado de **objetivos estratégicos**, que especifican cómo se va a alcanzar ese propósito, y que se suelen corresponder con cada uno de los grandes ejes o áreas de actuación en las que se ha concretado la formulación estratégica. A su vez, cada uno de los objetivos estratégicos puede desarrollarse en varios **objetivos específicos u operativos**, que describen de forma detallada y precisa las metas que se deben alcanzar para el logro del propósito del plan, y suelen plantearse para su consecución en el corto o medio plazo.

### 7.2. Objetivos SMART

Formular de forma adecuada los objetivos operativos es esencial para el éxito de un plan, pues afectará no solo a la definición de las acciones que deberán realizarse para alcanzarlos, sino también a todas las decisiones que se adopten en la etapa de ejecución. Una de las mejores formas de garantizar que los objetivos están bien definidos es emplear la metodología denominada SMART, cuyo nombre es un acrónimo en inglés que remite a las cinco características que debe cumplir un objetivo operativo: específico (*Specific*), medible (*Measurable*), alcanzable (*Attainable*), relevante (*Relevant*) y de duración limitada (*Time-bound*). Este acrónimo se utilizó por primera vez para describir las características deseables de los objetivos por George T. Doran en 1981, en un breve artículo publicado en *Management Review*, aunque en este artículo la A de SMART hacía alusión a la asignabilidad del objetivo a un responsable específico de su cumplimiento (*Assignable*) y la T a la conveniencia de especificar el plazo en el que el objetivo debía ser alcanzado (*Time-related*). Unos años después Paul J. Meyer (2003) describió con más detalle las características de los objetivos SMART en el libro *Attitude Is Everything: If You Want to Succeed Above and Beyond* utilizando los términos señalados más arriba. Teniendo en cuenta las aportaciones de Meyer, los objetivos SMART se deberían definir teniendo en cuenta las siguientes características:

## Específicos

Un objetivo específico es el que tiene como meta algo concreto y bien definido. Para que un objetivo se defina de manera específica, debería dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Quién está involucrado?
- ¿Qué quiero lograr?
- ¿Dónde y cuándo quiero conseguirlo?
- ¿Cuáles son los obstáculos y las limitaciones reales para alcanzar el objetivo?
- ¿Por qué quiero conseguirlo?

No especificar adecuadamente lo que se quiere lograr genera dudas y ambigüedades, y no contribuye ni a enfocar los esfuerzos ni a mantener la motivación.

## Medibles

Cuando un objetivo es medible permite establecer criterios concretos para evaluar el progreso con el fin de hacer las modificaciones necesarias. Por el contrario, si una meta no es mensurable, no es posible saber si se está progresando hacia su finalización exitosa. En este sentido, un objetivo medible responderá preguntas como:

- ¿Cuánto?
- ¿Cuántos?
- ¿Cómo sabré que lo he logrado?

## Alcanzables

Un objetivo alcanzable es realista. Al establecerlo es posible identificar oportunidades o recursos que tal vez no se habían considerado. Esto implica que hay que tener en cuenta tanto las posibilidades como las limitaciones para su consecución. Un objetivo alcanzable responderá a preguntas como las siguientes:

- ¿Cómo se puede alcanzar la meta?
- ¿Qué tan posible de lograr es el objetivo?

## Relevantes

Este criterio enfatiza la importancia de elegir objetivos que importen. Para ser relevante, un objetivo ha de respaldar o estar alineado con otras metas y tener sentido en el conjunto del proyecto. Los objetivos relevantes, cuando se cumplen, impulsan a la organización hacia adelante.

Para saber si un objetivo es relevante, es útil comprobar si se puede responder afirmativamente a estas preguntas:

- ¿Vale la pena?
- ¿Es este el momento adecuado?
- ¿Coincide esto con otros esfuerzos o necesidades?
- ¿Es aplicable en el entorno socioeconómico actual?

## Con límite de tiempo

Es importante establecer objetivos dentro de un marco de tiempo, fijando una fecha límite, ya que esto ayuda a concentrar todos los esfuerzos en completar la meta. Un objetivo con límite de tiempo generalmente responderá a las preguntas:

- ¿Cuándo deberá estar terminado?
- ¿Qué puedo hacer hoy, mañana, en seis semanas, en seis meses, etc.?

## 7.3. Ejemplos de posibles objetivos para Planes de Humanización de la Salud

Los objetivos de un plan deben ser el resultado de la reflexión estratégica realizada por el equipo de planificación, teniendo en cuenta la situación de partida, los condicionamientos externos y la situación de llegada deseada. Esto quiere decir que los objetivos de un Plan de Humanización de la Salud formulado para un determinado centro, servicio o institución en un momento y lugar concreto no tienen por qué ser los mismos que los de otro plan formulado para una organización y en un contexto diferente. No obstante, la revisión crítica de los objetivos de otros planes puede proporcionar interesantes pistas al equipo de planificación de cara a la formulación de los objetivos del propio plan, y por esa razón se incluyen en las páginas siguientes, a modo de ejemplo, algunos de los posibles objetivos que, convenientemente adaptados a la situación y el contexto concreto, podrían formar parte de un Plan de Humanización de la Salud.

## Objetivo general

Aunque no todos los planes de humanización de la salud examinados han formulado explícitamente un objetivo general, es conveniente hacerlo, porque resume el propósito global del plan, da sentido al conjunto y sirve como punto de referencia permanente para solucionar dudas o conflictos.

A continuación se recogen los objetivos generales de algunos planes y estrategias de humanización de la asistencia sanitaria elaborados recientemente por diversas comunidades autónomas españolas. En el caso de planes o estrategias de humanización de la salud que no han definido explícitamente un objetivo general pero sí han formulado la misión desde la perspectiva de la humanización, se ha recogido esta formulación.

Impulsar el desarrollo de estrategias de humanización que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente, que velen por la dignidad de las personas y sus derechos, 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.

*(Adaptado del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía).*

Orientar el [centro, servicio o institución] a una asistencia sanitaria holística, integrando ciencia, tecnología y humanidad, centrada en las personas, sean profesionales, pacientes y/o ciudadanía.

*(Adaptado del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias).*

Mejorar la satisfacción de las personas usuarias del [centro, servicio o institución] con el trato humano que reciben.

*(Adaptado de la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra).*

Mejorar la salud y la experiencia de la población atendida en el [centro, servicio o institución] por medio de una asistencia humanizada.

*(Adaptado del Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027 de las Islas Baleares).*

Mejorar la atención en el ámbito de la asistencia sanitaria armonizando la calidad de la práctica asistencial, con los valores, creencias y necesidades de las personas.

*(Tomado literalmente del Plan Persona 'Centrando la asistencia sanitaria en ti', de Castilla y León).*

Curar, cuidar y acompañar a las personas a lo largo del proceso asistencial, teniendo en cuenta sus necesidades y circunstancias, mediante un abordaje personalizado y holístico.

*(Adaptado de la definición de la misión del II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 de la Comunidad de Madrid).*

Desarrollar un marco y enfoque común para orientar y asegurar la prestación de servicios sanitarios más cercanos, respetuosos y efectivos y aumentar la corresponsabilidad de todos los agentes implicados en el sistema.

*(Tomado de la información recogida en la web de la Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha sobre el objetivo del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha. Horizonte 25).*

## Objetivos estratégicos

Los objetivos estratégicos son objetivos de mediano y largo plazo, orientados al logro de la misión de la organización. Se suele definir un objetivo estratégico para cada una de las grandes líneas de acción, áreas transversales o ejes del plan, aunque algunos de los planes de humanización analizados, como el de Castilla-La Mancha, no vincula expresamente sus objetivos estratégicos a los "vectores de desarrollo" en los que agrupa sus líneas de acción, y algunos otros planes no explicitan objetivos estratégicos, sino que pasan directamente a formular objetivos específicos. También se observa que en algún caso, como ocurre con el *Plan Persona 'Centrando la asistencia sanitaria en tí'*, de Castilla y León, se denomina objetivos específicos a lo que en realidad podría encajar mejor en el concepto de objetivos estratégicos, tal y como aquí lo estamos utilizando.

En las páginas siguientes se recogen los objetivos estratégicos de algunos de los planes y estrategias de humanización de la salud elaborados recientemente en España.

La aplicación de un Plan de Humanización debe contribuir al logro de los siguientes objetivos estratégicos en cada una de las áreas transversales del plan:

- **Área organizacional:** Generar una cultura de humanización que impregne toda la actividad del centro, servicio o institución.
- **Área estructural:** Promover espacios, recursos e innovaciones tecnológicas que garanticen el respeto a la dignidad de las personas.

- **Área asistencial:** Potenciar una atención de calidad, personalizada e integral, que contemple todas las dimensiones de la persona y aporte resultados tangibles para el paciente.
- **Área relacional:** Desarrollar la atención sanitaria en un marco de escucha activa, comunicación, decisiones compartidas y corresponsabilidad.

*(Adaptado del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía).*

Los objetivos de cada una de las líneas estratégicas definidas en la Estrategia de Humanización son los siguientes:

- **Línea 1. Cultura de la humanización:** Reorientar el sistema sanitario hacia la atención a la persona.
- **Línea 2. Calidez de trato:** Dignificar el trato ofrecido a las personas atendidas.
- **Línea 3. Información-Comunicación:** Fomentar la cultura de la humanización dentro del sistema sanitario.
- **Línea 4. Adecuación del entorno:** Proveer de las condiciones necesarias para que esta cultura pueda desarrollarse.
- **Línea 5. Directrices para la gestión:** Ofrecer apoyo al conjunto de profesionales en aspectos formativos, organizativos u otros para facilitar su trabajo en la mejora de la humanización de la atención.

*(Adaptado de la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra).*

El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria se concibe como una herramienta clave para el despliegue de la política de salud enfocado en la consecución de los siguientes objetivos estratégicos:

- Promover una atención centrada en las personas.
- Desarrollar de manera efectiva y sistemática los derechos y deberes de pacientes y profesionales del ámbito sanitario.
- Mejorar la capacidad de la organización.
- Fomentar la participación ciudadana y avanzar en la corresponsabilidad de las y los pacientes.
- Priorizar proyectos de humanización dirigidos a colectivos de población específicos y en situación de mayor vulnerabilidad.

- Desarrollar habilidades y competencias de las y los profesionales del ámbito sanitario.

*(Adaptado del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Castilla-La Mancha. Horizonte 25).*

La finalidad última del *Plan Persona* se recoge en el objetivo general, siendo necesario para su consecución avanzar en cada uno de los cinco objetivos específicos definidos:

- 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.

*(Adaptado del Plan Persona, 'Centrando la asistencia sanitaria en ti', de Castilla y León).*

## Objetivos específicos u operativos

Estos grandes objetivos estratégicos se deben desglosar en objetivos específicos, que son metas organizacionales a medio plazo, realistas, y alineadas con los objetivos generales y las líneas estratégicas del Plan.

En las páginas siguientes se recogen ejemplos de algunos de los posibles objetivos específicos de un plan de humanización de la salud, organizados en torno a las cuatro grandes áreas transversales (organizacional, estructural, asistencial y relacional) de acuerdo con las que se organiza el *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. En cada ejemplo se ha indicado, mediante la abreviatura de la comunidad autónoma correspondiente, el plan o estrategia de humanización de la salud de donde se ha extraído (Andalucía: AND, Castilla-La Mancha: CLM, Castilla y León: CLE, Comunidad de Madrid: CMA, Comunidad Valenciana: CVA, Galicia: GAL, Islas Baleares: IBA, Navarra: NAV, Principado de Asturias: PAS).

En función de las características del centro, servicio o institución, de los recursos disponibles y del análisis de situación realizado, podrán seleccionarse los objetivos específicos que se consideren más adecuados (téngase en cuenta que, al haber sido extraídos de diferentes

planes y estrategias, algunos pueden solaparse), reformularlos si se considera oportuno, o incluir otros objetivos que pudieran ser pertinentes. Como es obvio, también deben reorganizarse en caso de que la estructura que se haya decidido para el plan sea diferente a la que hemos utilizado para exponer estos ejemplos.

### *Área organizacional (cultura de la humanización)*

Una cultura humanizada es aquella que respeta la vida, que promueve estilos de vida sanos, que se interesa no solo por las enfermedades, sino también por la educación en salud y valores, que reconoce la dignidad y la autonomía de cada persona. Una cultura humanizada no niega la muerte y el dolor, pero lucha contra el sufrimiento injusto, trata de evitar el sufrimiento innecesario y de mitigar, en lo posible, el sufrimiento inevitable, y de integrar el sufrimiento que no se puede superar, haciendo lo posible por convertirlo en maestro de vida, en lugar de en fuente de hundimiento emocional o vacío existencial, y reconoce las distintas formas de afrontamiento de las personas.

(Bermejo, 2010).

En el proceso de humanización son esenciales las actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios que están en contacto con los pacientes y sus personas significativas en algún momento de su proceso asistencial, por lo que se debe organizar una oferta formativa continuada dirigida a dichos profesionales para fomentar una atención más personalizada. También se debe incorporar la formación en valores humanísticos y en habilidades relacionadas con la humanización en el currículo formativo de los futuros profesionales sanitarios.

Se debe, asimismo, dar visibilidad a las iniciativas y los proyectos que promueven e impulsan acciones creativas e innovadoras de humanización, para aumentar su valor y promover su transferencia a otras unidades asistenciales.

También es importante desarrollar una iniciativa de participación comunitaria y de aprendizaje compartido dirigida a los ciudadanos, con el objetivo de promover la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, fomentar la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud y en la autogestión de su enfermedad, favorecer el intercambio de conocimientos y experiencias y ofrecer a la población información de calidad y formación presencial y virtual relacionada con la salud.

Finalmente, se debe establecer un sistema de evaluación del cumplimiento del compromiso con la humanización, para lo cual pueden servir de referencias el Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud, cuyo resumen se incorpora como anexo a esta guía.

Como ejemplos de posibles objetivos específicos para esta área se han identificado los siguientes:

- Fomentar la cultura de la humanización en todos los ámbitos sanitarios. (IBA).
- Promover un mayor entendimiento, sensibilización y compromiso con la Humanización de la Asistencia Sanitaria. (CLM).
- Potenciar la capacitación y sensibilización de profesionales, gestores y ciudadanía en humanización. (AND).
- Promover prácticas administrativas y organizativas en los servicios sanitarios que favorezcan la accesibilidad, la equidad y la continuidad asistencial: facilitar a las familias un horario de información, desarrollar protocolos de apoyo emocional a los familiares, simplificar los trámites administrativos, hacer posible que las personas puedan agrupar todas sus citas en el mismo día. (AND).
- Incorporar en las decisiones de gestión criterios de responsabilidad social y economía circular. (GAL).
- Favorecer condiciones de trabajo adecuadas para los profesionales. (AND).
- Sensibilizar a los profesionales sobre aspectos de humanización. (MAD, NAV).
- Formar a los profesionales sobre aspectos de humanización y para mejorar competencias en la atención centrada en la persona. (MAD, NAV, CLM).
- Formar al futuro personal sanitario en valores humanísticos y en el desarrollo de habilidades relacionadas con la humanización. (CLM).
- Promover acciones de reconocimiento de los logros y esfuerzos de los profesionales en humanización. (MAD, CLM).
- Poner en valor el trabajo de las y los profesionales y la importancia de su cuidado. (PAS).
- Promocionar el bienestar profesional, integrando a las y los profesionales en sus centros de trabajo y favoreciendo su sentido de pertenencia. (CLM).
- Impulsar liderazgos cercanos que ayuden a la continuidad y cohesión de los equipos profesionales. (AND).
- Desarrollar y afianzar una estructura de liderazgo que asegure el compromiso con la humanización de la asistencia sanitaria en la organización. (CLM).

- Identificar y difundir buenas prácticas en humanización. (MAD).
- Recopilar las iniciativas de humanización ya instauradas, contribuir a difundirlas en todos los territorios y facilitar que sean visibles para población y profesionales de la salud. (IBA).
- Promover y facilitar el intercambio de experiencias y aprendizajes entre diferentes unidades y servicios. (CLM).
- Fomentar la transparencia y la responsabilidad social. (AND).
- Promover mecanismos de participación de los pacientes y la ciudadanía. (MAD).
- Garantizar la participación activa y la representatividad de la ciudadanía en la toma de decisiones sobre las políticas públicas sanitarias. (CLM).
- Incorporar a pacientes y ciudadanía como agentes activos de la humanización. (NAV).
- Potenciar entre pacientes, personas cuidadoras y ciudadanía en general, los conocimientos sobre salud y educación sanitaria que favorezcan su autonomía y capacidad de decisión. (GAL).
- Potenciar y promover la educación para la salud y dotar a la ciudadanía de capacidades para afrontar su enfermedad, aumentando y mejorando su autonomía personal y la toma de decisiones, a la vez que se fomenta la adecuada utilización de los recursos y servicios. (CLM).
- Recoger, analizar y, en su caso, implementar, las iniciativas o sugerencias formuladas por las personas usuarias. (PAS).
- Identificar de forma temprana fortalezas y oportunidades de mejora a través de herramientas de gestión de la experiencia de pacientes. (CLM).
- Favorecer la actividad investigadora en el ámbito de la humanización. (CLE).
- Potenciar la alfabetización en salud de las personas y su capacidad para autocuidarse. (MAD).

### *Área estructural (infraestructura, recursos y tecnología)*

Los objetivos de esta área se centran en lograr que las estructuras físicas de la organización sanitaria, los recursos materiales y humanos, el entorno de trabajo de los y las profesionales, así como las innovaciones tecnológicas, garanticen el respeto a la dignidad de las personas y sean elementos que faciliten y promuevan la humanización.

Las estructuras de salud y su accesibilidad y adaptación a las verdaderas necesidades de los destinatarios y de los profesionales son aspectos que pueden hacer sentir a una persona digna o indigna. No es lo mismo poder entrar por uno mismo en un centro de salud que tener que pedir ayuda para hacerlo, no es lo mismo estar en un hospital luminoso, limpio y recogido, con pasillos amplios y buen olor, que hacerlo en un hospital sucio, cerrado, con camas en los pasillos (Bermejo Higuera y Villacieros Durbán, 2013).

Como ejemplos de posibles objetivos específicos para esta área se han identificado los siguientes:

- Proveer de las condiciones necesarias para poder desarrollar la cultura de la humanización, adecuando espacios, accesibilidad y circuitos. (IBA).
- Impulsar una arquitectura humanizada con diseños basados en la evidencia, donde se favorezca la accesibilidad física y cognitiva de los espacios, la confortabilidad, la intimidad del paciente y su familia, la dignidad de las personas, la sostenibilidad de la construcción y entornos de trabajo humanizados. (AND).
- Mejorar el bienestar de pacientes, familiares y profesionales a través de la adecuación de espacios y del uso de recursos. (CLM).
- Mejorar la accesibilidad en los centros. (MAD, GAL).
- Facilitar el acceso a los servicios sanitarios y el desplazamiento hasta y desde los mismos en condiciones dignas (puntuales, confortables y adecuadas). (CLM).
- Adaptar los espacios de los centros a las necesidades de las personas. (MAD).
- Mejorar la información y orientación en el acceso a los centros. (MAD).
- Fomentar la orientación y movilidad interna de pacientes y familiares en los centros sanitarios. (CLM).
- Mejorar el confort ambiental. (MAD, GAL).
- Facilitar espacios y recursos para el entretenimiento, el ocio, la cultura y la continuidad de la vida académica y laboral del paciente durante el ingreso. (MAD, NAV).
- Adecuar espacios en el centro, servicio o unidad para facilitar la información clínica que garanticen la confidencialidad, intimidad, protección de datos y confort. (MAD).
- Planificar recursos humanos y materiales ajustados a las necesidades reales que favorezcan la cultura de humanización en los centros sanitarios. (AND).

- Incorporar los valores de humanización a los avances e innovaciones científico-técnicos y rentabilizarlos en favor de la asistencia y de la comunicación e información con pacientes y familia. (AND).
- Aplicar las tecnologías a la humanización. (MAD).
- Facilitar la realización de trámites y gestiones mediante o uso de TICS. (GAL).

### *Área asistencial (proceso de atención integral centrado en la persona)*

Los objetivos de esta área se centran en el logro de una atención personalizada desde una perspectiva integral de la persona (biopsicosocial y espiritual), que incorpore lo que tiene valor para pacientes y familiares en el proceso de atención y en la medición de los resultados, según sus necesidades y su condición clínica.

Como ejemplos de posibles objetivos específicos para esta área se han identificado los siguientes:

- Ofrecer una respuesta personalizada a las necesidades y expectativas de los pacientes dentro de una perspectiva integral de la persona y de su singularidad e individualidad. (AND).
- Contribuir a reforzar derechos fundamentales de los y las pacientes (intimidad, autonomía, confidencialidad, acompañamiento, participación, acompañamiento al final de la vida, etc.) mediante la estrategia de Humanización. (AND).
- Preservar la intimidad de los pacientes. (MAD).
- Minimizar el sufrimiento de los pacientes. (NAV).
- Extender la cultura de limitación del esfuerzo terapéutico. (NAV).
- Establecer mecanismos para facilitar que el paciente pueda permanecer acompañado por la persona elegida, con las limitaciones propias de la actividad asistencial, permitiendo y facilitando el debido apoyo de su familia. (MAD).
- Enfocar la calidad de la práctica clínica, de la atención sanitaria y de sus resultados a lo que tiene valor para las personas en su proceso de atención. (AND).
- Contribuir que el centro, servicio o institución se configure como un espacio de valores éticos compartidos (desde la bioética y la ética profesional y organizacional), partiendo de acciones y valores de Humanización. (AND).

En función de la complejidad y de la cartera de prestaciones del centro, servicio o institución, puede ser adecuado definir objetivos específicos en relación con la humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia, en la atención de urgencias, en la hospitalización, en la atención de las enfermedades crónicas, en las unidades de cuidados intensivos, en la atención de la salud mental, en la atención al paciente oncológico, en los cuidados en el final de la vida y en la atención al duelo. También puede ser adecuado hacerlo en relación con determinadas poblaciones con necesidades especiales o especialmente vulnerables, como personas con dificultades de comunicación o déficits sensoriales, personas ancianas, menores, inmigrantes o minorías étnicas.

#### *Área relacional (escucha, comunicación, participación, corresponsabilidad)*

El área relacional abarca aspectos que influyen directamente en la relación personal entre profesionales y pacientes y sus familiares, entre los que cabe destacar el respeto a la dignidad, singularidad, individualidad y autonomía del paciente, la escucha activa, la empatía, las decisiones compartidas, la corresponsabilidad y una comunicación verbal y no verbal adecuada y respetuosa.

El plan debe de contemplar el desarrollo de procesos destinados a mejorar la asistencia personalizada en todos los ámbitos, a través de la humanización, potenciando una relación adecuada y respetuosa que refuerce tanto el papel activo del paciente y su familia, como el desempeño satisfactorio del profesional.

La transformación y el desarrollo tecnológico constituyen una oportunidad de mejora para que pacientes y profesionales se acerquen dentro del sistema sanitario. Ejemplos como las citas telefónicas y la incorporación de aplicaciones en dispositivos móviles y tabletas para gestión de citas y la visualización de la propia historia clínica, confirman que las nuevas tecnologías y las nuevas formas de realizar la actividad asistencial pueden ser facilitadores en la humanización de la asistencia sanitaria. En ese sentido, es importante identificar oportunidades de utilización de las tecnologías de la comunicación y en red para conectar a pacientes y profesionales sanitarios.

La información y la transparencia son esenciales. Así, por ejemplo, existen evidencias de que el acceso de los pacientes a su historia clínica mejora la toma de decisiones compartidas, el autocuidado y la satisfacción del paciente. Asimismo, cuando los pacientes reportan sus resultados de salud a los profesionales sanitarios se ha demostrado que mejora la relación, el diagnóstico, la calidad de la atención clínica y el manejo de las condiciones de salud.

Como ejemplos de posibles objetivos específicos para esta área se han identificado los siguientes:

- Garantizar un marco de relación basado en el respeto a la dignidad de las personas, mediante instrumentos y habilidades de escucha activa y comunicación que aumenten la capacidad de colaboración y de corresponsabilidad. (AND).
- Potenciar la cortesía y mejorar la calidez humana. (NAV).
- Disponer de un plan de acogida-recibimiento, así como de un protocolo de alta hospitalaria o plan de despedida normalizada para todos los centros asistenciales y que contemple listas de verificación. El protocolo de alta hospitalaria incluirá todos aquellos aspectos que el paciente y/o familia deben de tener en cuenta a su regreso al hogar: evolución y cuidados, tratamiento activo, trámites administrativos a realizar o acoplamiento socio familiar, entre otros aspectos. (CLE).
- Garantizar la privacidad en los procesos de información, atención y escucha del paciente, así como, asegurar las condiciones de confidencialidad e intimidad de los pacientes en las diferentes dependencias de los centros asistenciales. (CLE).
- Mejorar el funcionamiento democrático y la gobernanza en el centro, servicio o institución, mediante estructuras e instrumentos de participación que aseguren la colaboración y la toma de decisiones compartida, así como el desarrollo de mejoras realistas y ajustadas. (AND).
- Promover la autonomía efectiva del paciente. (MAD).
- Proporcionar información efectiva a pacientes, sus familias y/o personas significativas y personas que cuidan. (MAD).
- Facilitar a cada paciente la comprensión de su proceso de salud a través de instrumentos de comunicación. (CLM).
- Mejorar la calidad y utilidad de la información ofrecida a pacientes y familiares para incrementar la satisfacción con la atención recibida y hacer más efectiva su participación en la toma de decisiones. (NAV).
- Incorporar en la cultura de la organización la necesidad de adaptar la información y comunicación a las necesidades de pacientes y familiares. (NAV).
- Desarrollar instrumentos de apoyo a la comunicación y a la relación. (GAL).
- Facilitar el acceso a documentación de interés para la ciudadanía. (GAL).
- Mejorar la prestación de servicios sanitarios y el bienestar de la ciudadanía a través de la colaboración entre el sistema público de salud y las entidades sociales. (CLM).

- Promover la colaboración con las entidades de acción voluntaria y con las asociaciones de pacientes. (MAD).

#### 7.4. Recomendaciones para la priorización de objetivos

Una vez identificados, es importante decidir y priorizar cuáles son los objetivos y las líneas del Plan de Humanización del Centro/Distrito/Área.

En este punto es importante actuar con realismo y pragmatismo. Es importante recoger, priorizar y programar en el Plan aquellos objetivos que sean importantes y alcanzables en un período de tiempo determinado por parte de un equipo de trabajo concreto, con los recursos necesarios.

Entre los criterios para la priorización, cabe citar los siguientes: pertinencia, factibilidad, importancia, impacto y utilidad.

Para la priorización se pueden utilizar diferentes metodologías cualitativas que favorezcan la participación, como la tormenta de ideas, el grupo nominal o el metaplán.

## 8. Planificación de acciones y actividades

Una vez que sean identificados, definidos y priorizados los objetivos específicos, se planificarán acciones que den cumplimiento cada uno de ellos. Cada acción que se programe deberá ir ligada a un objetivo.

Hay una serie de preguntas clave cuya respuesta puede servir de guía en la planificación de acciones y actividades:

- ¿Qué se va a hacer y por qué? (acción o actividad).
- ¿Quién lo hará? (responsable y/o agentes, sectores y personas implicadas).
- ¿Cómo? (metodología de acciones y de evaluación).
- ¿Dónde? (lugar).
- ¿Cuándo? (cronograma).
- ¿Con qué? (recursos con los que contamos).
- ¿Cuánto? (con qué presupuesto).

Obviamente, estas preguntas se pueden ampliar, y cuanto mayor sea el número de preguntas y respuestas, mayor nivel de concreción tendrá la planificación. Por ejemplo, se puede especificar cuál será el rol de cada uno de los distintos actores implicados. También se pueden especificar los recursos necesarios, y cualquier otro elemento que sea de relevancia para la acción propuesta.

En la implementación de las acciones se debe asegurar la transparencia, el seguimiento y la posibilidad de adaptación de las acciones planificadas.

- La transparencia, en el sentido de que los aspectos significativos del proceso de implementación deben ser visibles para aquellos que son responsables del resultado.
- El seguimiento. Las partes implicadas en la implementación deben dar seguimiento a la aplicación del plan y monitorear su progreso, identificando si fuera necesario posibles desviaciones del objetivo.
- Y la adaptación. Ante cualquier desviación del progreso respecto del objetivo, se deben asegurar adaptaciones.

## 8.1. Ejemplos de posibles Acciones

### Área Organizacional

Algunas acciones que podrían tener cabida en este ámbito son, por ejemplo:

- Diseño y desarrollo de un Plan de formación en humanización para profesionales y gestores del centro, servicio o institución.
- Realización de talleres de formación en comunicación, autonomía y participación en las decisiones dirigido a pacientes y familiares.
- Rediseño de protocolos y circuitos adaptados a las personas, especialmente a colectivos más vulnerables o con necesidades especiales. Por ejemplo, circuito diferenciado para personas vulnerables en Urgencias, consultas de acto único, teleconsultas por videoconferencias o telefónicas, circuitos diferenciados y/o adaptados para personas con discapacidad, etc.
- Elaboración y difusión de recomendaciones sobre procedimientos de accesibilidad y acogida a pacientes y sus personas significativas en los distintos ámbitos asistenciales.
- Identificación y promoción de circuitos de atención prioritaria y acompañamiento para personas en situación de fragilidad, con discapacidad, necesidades especiales, o víctimas de agresión o violencia.
- Revisión y actualización de las guías institucionales de acogida, de información al alta y de atención al duelo, con adaptación para personas con capacidades diferentes.
- Identificación periódica de la necesidad de elaboración de nuevas guías institucionales.
- Adecuación de la planificación de la atención en el momento del alta.
- Revisión de protocolos de actuación que garanticen la integralidad en la atención y la continuidad asistencial.
- Análisis y adecuación de cargas de trabajo en los equipos.
- Revisión de entornos de trabajo seguros.
- Desarrollo de estrategias de conciliación para profesionales.
- Formación a gestores en liderazgo emocional (liderazgos cercanos y empáticos).
- Formación a gestores y profesionales en habilidades para el trabajo en equipo.

- Desarrollo de estructuras y procesos de trabajo que eviten la fragmentación de la atención.
- Elaboración y difusión de una guía de recomendaciones para la sensibilización de los profesionales sobre aspectos de humanización.
- Identificación de necesidades formativas en materia de humanización.
- Diseño de un itinerario formativo sobre aspectos de humanización.
- Desarrollo de acciones formativas sobre aspectos clave de la humanización.
- Desarrollo de acciones formativas para el autocuidado en los profesionales.
- Promoción de acciones de reconocimiento de los logros y esfuerzos de los profesionales, en humanización.
- Identificación y difusión de buenas prácticas en humanización.
- Habilitación de mecanismos de escucha de la voz de los profesionales para incorporar su perspectiva en el rediseño de los procesos y de los espacios.
- Creación de la figura del “referente de humanización de Servicio/Unidad”.
- Asignar la responsabilidad de la humanización dentro de la dirección de los centros.
- Impulso de acciones de responsabilidad social en el ámbito interno y externo del centro asistencial.
- Desarrollo de prácticas que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas a todos los niveles.
- Información y formación a las personas sobre autocuidado, hábitos saludables y autogestión de sus enfermedades.
- Establecimiento de alianzas con medios de comunicación para la educación en salud.
- Desarrollo de programas de autocuidados dirigidos a pacientes crónicas/os o que precisen cuidados prolongados,

### Área Estructural

Algunas acciones que podrían tener cabida en este ámbito son, por ejemplo:

- Diseño de espacios individuales para la realización de pruebas diagnósticas, consultas, comunicación de noticias, respetar el duelo.

- Adecuación de las infraestructuras a criterios de accesibilidad universal (accesibilidad física y cognitiva, señalización, etc.).
- Puesta en marcha de medidas para favorecer el confort térmico, lumínico y acústico en las distintas áreas y espacios.
- Previsión de habitaciones individuales en hospitalización siempre que sea necesario y especialmente para personas en situación vulnerable o con necesidades (personas con autismo, con demencias, con problemas de salud mental, situaciones al final de la vida, etc.)
- Habilitación de espacios físicos y actividades de ocio para menores ingresados, para personas cuidadoras, etc.
- Habilitación de espacios de comunicación humanizados
- Habilitación de espacios de descanso humanizados y adecuados para profesionales.
- Adecuación de espacios confortables para familiares y acompañantes en salas de espera o ingresos prolongados.
- Desarrollo de una guía de diseño de espacios centrada en las necesidades de pacientes y profesionales.
- Incorporar medidas de aislamiento acústico/eliminación de ruido, luminosidad y confort térmico en construcciones nuevas.
- Desarrollar mapas de ruido para cada centro y planes de acciones correctoras para minimizar la contaminación acústica.
- Eliminación del ruido en horario nocturno mediante la concienciación del personal, pacientes y familiares, la señalización de áreas de silencio nocturno y la modificación de horarios de tareas ruidosas.
- Instalación de sistemas de modulación lumínica y térmica en aquellas zonas que lo requieran.
- Dotación de recursos humanos bien planificados.
- Dotación suficiente de recursos materiales para garantizar el desarrollo de la estrategia de humanización.
- Establecimiento de condiciones laborales adecuadas para profesionales, un buen clima laboral y entornos laborales seguros y saludables.
- Identificación y desarrollo de buenas prácticas profesionales en humanización (que permitan generar un Banco de Buenas Prácticas a nivel autonómico).

- Inclusión de criterios de humanización en avances científico técnico que se desarrollen.
- Desarrollo de avances tecnológicos e innovaciones que favorezcan la humanización en la atención sanitaria, por ejemplo, wifi de acceso libre, bibliotecas virtuales.
- Fomento de investigación en humanización de la atención sanitaria y en la búsqueda de evidencias en humanización.
- Uso de la tecnología de la información y comunicación para acercar pacientes a sus familias y cuidadores (videollamadas, tablets, sistemas de comunicación con familiares y acompañantes por mensajería para facilitar su movilidad en el centro durante la estancia, etc.).
- Implementación de actuaciones de teleasistencia que favorezcan la accesibilidad y agilidad en la atención.

## Área Asistencial

Algunas acciones que podrían tener cabida en este ámbito son, por ejemplo:

- Incorporación en la historia clínica de valoraciones completas de los y las pacientes (valoración clínica, social, familiar, necesidades de cuidados o asociadas a creencias y cultura, etc.).
- Difundir y fomentar la recopilación y registro de determinantes personales, familiares, sociales y culturales de los pacientes.
- Adaptación del plan asistencial a las necesidades y expectativas de los y las pacientes, por ejemplo, la implantación de dietas personalizadas, etc.
- Rediseño de los circuitos asistenciales orientándolos al paciente. Siempre que sea posible se deberán concentrar en un mismo día las consultas de diferentes profesionales de la misma unidad, y en su caso las exploraciones complementarias, para evitar desplazamientos innecesarios a pacientes.
- Readecuación de los procesos de consentimiento informado, fomentando que su objetivo sea la adecuada información adaptada a las necesidades de cada paciente en cada situación, más allá de la obtención de un documento firmado aceptando un tratamiento o una prueba diagnóstica concreta.
- Identificación y presentación de profesionales que atienden a pacientes y familiares.
- Actualización del Plan de acogida a pacientes y familiares.

- Protocolización de horario de acompañamiento que respeten las necesidades de los y las pacientes.
- Adecuación de la lencería para que se preserve la intimidad del paciente y su comodidad.
- Establecimiento de medidas para asegurar el descanso de los y las pacientes, por ejemplo, en los horarios de extracción de analítica, toma de constantes a pacientes hospitalizados, etc.
- Proporcionar información sobre recursos que permitan a los familiares de personas ingresadas que no viven en zonas cercanas al centro, el descanso y la higiene personal mientras acompañan a la persona hospitalizada.
- Articulación de medidas para favorecer la autonomía y participación de pacientes y familias.
- Desarrollo de medidas para garantizar el acompañamiento al final de la vida en cualquier circunstancia.
- Desarrollo e implementación de un protocolo de atención emocional.
- Desarrollo e implementación de un protocolo de atención del dolor.
- Desarrollo e implementación de un protocolo de respeto a los periodos de sueño de los pacientes.
- Desarrollo e implementación de un protocolo de prevención, detección y atención de situaciones de acoso o discriminación.
- Incorporación de propuestas de mejora en base a los resultados de encuestas de satisfacción y análisis de las reclamaciones y sugerencias.
- Avance en el despliegue de la estrategia para la seguridad del paciente.

### Área Relacional

Algunas acciones que podrían tener cabida en este ámbito son, por ejemplo:

- Elaboración y/o seguimiento de un Plan de comunicación presencial y telefónica a pacientes y personas cuidadoras sobre la evolución de la situación clínica y no clínica de la persona.
- Desarrollo de actividades formativas para mejorar las habilidades de comunicación afectiva y efectiva, gestión de conflictos, comunicación de malas noticias,

acompañamiento en el duelo, etc. para profesionales del centro, servicio o institución. (Importancia de las competencias “blandas”: relacional, emocional, ética, espiritual, cultural).

- Habilitación de tiempos y canales de comunicación para la escucha activa, la generación de ideas creativas e innovación en la humanización de la asistencia sanitaria.
- Impulso de estrategias para referirse al paciente por su nombre que favorezca sentirse respetado y ser visto y considerado como una persona, más allá de su enfermedad.
- Utilización del lenguaje de manera que vele por el respeto y dignidad de las personas.
- Facilitación de ropa adecuada a los pacientes para respetar su intimidad.
- Creación de canales de información y comunicación adaptados a las necesidades de las personas.
- Implementación progresiva de medios telemáticos accesibles en el proceso de información de pacientes y sus personas significativas.
- Desarrollo de herramientas para eliminar las barreras idiomáticas y de comunicación.
- Constitución y/o consolidación de la comisión de humanización del centro, servicio o institución con participación multidisciplinar y de la ciudadanía.
- Impulso de espacios de participación ciudadana.
- Inclusión del paciente y su familia en la elaboración del Plan terapéutico.
- Integración del voluntariado como agente colaborador.
- Colaboración con organizaciones de voluntariado en el apoyo a pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- Desarrollo de sinergias con el tejido asociativo (por ejemplo, para favorecer el acompañamiento a pacientes sin red familiar).

## 9. Evaluación del Plan

La evaluación de los objetivos y acciones es un paso igualmente indispensable en el proceso de planificación de la Humanización, desde el momento de su diseño.

Es fundamental definir qué evaluamos dentro del amplio abanico de posibilidades que se pueden recoger en nuestro Plan de Humanización, y luego cómo lo evaluamos, los criterios y herramientas que se utilizarán, los indicadores de progreso y cumplimiento y las fuentes que facilitarán la información para cumplimentarlos.

A modo de ejemplo, se presenta a continuación una tipología de los indicadores que se pueden utilizar:

**Indicadores de realización:** son aquellos que miden el desarrollo de las acciones propuestas. Permiten valorar el progreso en la ejecución de las actuaciones del plan. Por ejemplo, número de profesionales formados en habilidades de comunicación.

**Indicadores de resultados:** son aquellos que miden los efectos directos de las actuaciones públicas. Permiten valorar en qué grado se ha mejorado la situación de partida. Por ejemplo, número de pacientes vulnerables atendidos en urgencias en un circuito diferenciado del total de pacientes vulnerables atendidos en urgencias en x periodo.

**Indicadores de impacto:** Son aquellos que miden la situación de la realidad en la que se quiere intervenir. Permiten valorar el impacto de las actuaciones públicas en la situación de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Por ejemplo, evolución del número de reclamaciones en el centro por falta de información al paciente/familiares.

## 10. Comunicación y Difusión

Es necesario diseñar una estrategia de comunicación o acciones de comunicación ligadas al desarrollo del Plan de Humanización a fin de garantizar la transparencia del proceso, de manera que todas las personas implicadas tengan conocimiento de la evolución de las diferentes acciones (o por lo menos de aquellas de las que forman parte activa). Por ello, es importante definir cómo y cuándo se va a difundir su contenido, a quiénes se va a difundir, a través de qué canal o herramienta de comunicación, qué mensajes se van a transmitir, quién se va a encargar de elaborar los mensajes y quién de difundirlos (puede ser conveniente que haya un portavoz), cómo se van a evaluar las acciones de comunicación definidas, etc.

Es importante identificar y definir cada una de las acciones de comunicación que se consideren necesarias llevar a cabo durante el ciclo de vida del Plan de Humanización de la Salud. Para cada una de las acciones de comunicación propuestas, se deberá especificar:

- Descripción y objetivos: principales propósitos y mensajes perseguidos con la acción propuesta.
- Responsable(s) de la realización de la acción.
- Audiencia objetivo: principales grupos de interés a los que va dirigida la acción.
- Cronograma: proyección en el tiempo de la acción propuesta.
- Dependencias y condicionantes: posibles dependencias con otras acciones dentro del plan y condicionantes necesarios para la realización de la acción propuesta.
- Canales de comunicación: herramientas y medios necesarios para llevar a cabo la acción.
- Recursos humanos y materiales: medios humanos y técnicos necesarios para el correcto desarrollo de la acción.

También es importante realizar actuaciones que permitan conocer la opinión de los destinatarios de las acciones de comunicación realizadas (encuestas, entrevistas, reuniones, etc.), a fin de determinar si estas acciones de comunicación están siendo lo suficientemente efectivas y si la información se está difundiendo correctamente (si llega al público objetivo adecuado, a través de los canales correctos, transmitiendo la información necesaria, etc.).

Anexo.  
Resumen del Protocolo Iberoamericano de  
Humanización de la Salud

## Objetivos específicos

- Identificar elementos clave para la humanización de los servicios de salud comunes a toda la región iberoamericana, de aplicación voluntaria por aquellas instituciones interesadas.
- Fomentar el desarrollo y puesta en práctica de planes nacionales para la “Calidad y Humanización de la atención sanitaria”.

## Criterios

- Principios universalizables.
- Modelo no prescriptivo, basado en la autoevaluación, integrable. No es una herramienta de planificación sino de análisis y evaluación.
- Propuesta de evaluación realizada por equipo interno, con vocación de mejora continua.
- Apoyo en escalas de evaluación basadas en el enfoque PDCA-REDER.
- Informe: puntos fuertes, áreas de desarrollo. Puntuación.

## Principios

- Dignidad
- Justicia y accesibilidad
- Ética
- Integralidad
- Calidad y orientación a resultados

## Indicadores

### Cultura de la Humanización y liderazgo (15 indicadores)

1. El modelo de asistencia está basado en un enfoque de Derechos Humanos y de atención a la salud atendiendo a la definición de la OMS de salud integral, lo que se traduce en planes medibles.
2. La organización tiene un conjunto de valores comunes establecidos de manera participativa, que se refleja en su misión y visión, con especial referencia al modelo asistencial centrado en la persona.

3. El sistema integra medidas que promueven la equidad en salud, asegurando la atención de la multiculturalidad y la perspectiva de género.
4. La organización atiende específicamente las necesidades de los usuarios o trabajadores con cualquier grado de discapacidad física o psíquica, optimizando los accesos al centro sanitario, la recepción y transmisión de información, y la adaptación de los puestos de trabajo
5. La organización cuenta con un código ético que es utilizado como marco referencial para la toma de decisiones en los distintos niveles.
6. El sistema establece los medios necesarios para dar participación a los diferentes agentes (usuarios, academia, profesionales, sociedad) en la definición de la misión y la estrategia.
7. El sistema cuenta con canales que permiten conocer las necesidades, preferencias y satisfacción de los pacientes y familias, así como de los profesionales para incorporarlos en la gestión.
8. El sistema se asegura de que los canales oficiales de información y comunicación con usuarios y profesionales son accesibles en formato, lenguaje, idioma y permiten la resolución de dudas de diversa naturaleza.
9. Los líderes están claramente identificados en la organización y son ejemplares en el desarrollo de competencias duras y blandas.
10. La política de recursos humanos tiene en cuenta aspectos como: salud laboral, condiciones laborales adecuadas, planes de igualdad, integración de personas con discapacidad, conciliación de la vida personal y laboral, cuidado del profesional.
11. El plan de recursos humanos integra el concepto de **competencias blandas** en todos sus elementos, considerando la dimensión de buen trato como un elemento clave de Humanización e integrándolo en el proceso de gestión de RRHH: perfiles de puestos, planes de capacitación, evaluación de desempeño y sistema de reconocimiento.
12. El sistema tiene diseñados los **canales de coordinación** con otros sistemas relacionados tales como el social o sociosanitario para asegurar la continuidad de la atención.
13. El sistema participa en la **formación de futuros profesionales** mediante la coordinación con los ámbitos académicos que sean oportunos.
14. La organización evalúa cuáles son sus **responsabilidades sociales** hacia la comunidad en la que está inserta, y diseña, ejecuta y evalúa planes específicos para cumplirlas.

15. La organización cuenta con políticas y estrategias para el **uso de los recursos** basado en criterios de equidad, calidad, justicia, necesidad, eficiencia y cuidado del medioambiente.

## Procesos humanizados (15 indicadores)

1. El plan de recursos humanos integra el concepto de competencias blandas en todos sus elementos, considerando la dimensión de buen trato como un elemento clave de Humanización e integrándolo en el proceso de gestión de RRHH: perfiles de puestos, planes de capacitación, evaluación de desempeño y sistema de reconocimiento.
2. El sistema tiene diseñados los canales de coordinación con otros sistemas relacionados tales como el social o sociosanitario para asegurar la continuidad de la atención.
3. El sistema participa en la formación de futuros profesionales mediante la coordinación con los ámbitos académicos que sean oportunos.
4. La organización evalúa cuáles son sus responsabilidades sociales hacia la comunidad en la que está inserta, y diseña, ejecuta y evalúa planes específicos para cumplirlas.
5. La organización cuenta con políticas y estrategias para el uso de los recursos basado en criterios de equidad, calidad, justicia, necesidad, eficiencia y cuidado del medioambiente.
6. La organización cuenta con mecanismos que permiten recoger las **voluntades anticipadas** de las personas y son tomadas en cuenta cuando la persona no puede manifestar su voluntad.
7. El **uso del lenguaje** en los ambientes de trabajo, así como en la documentación utilizada para el cuidado asistencial tiene en cuenta aspectos como la perspectiva de género, la interdisciplinariedad, el lenguaje humanizado y la protección de la intimidad de las personas.
8. Existen mecanismos que aseguran la **confidencialidad de las historias clínicas** tanto en formato digital como físico así como el derecho del paciente a acceder a información sobre la misma en los términos recogidos en la legislación vigente.
9. Los procesos se orientan a la atención al usuario, considerando aspectos como la **accesibilidad, legibilidad, adaptación a colectivos variados**.

10. La organización tiene identificados los posibles riesgos que puedan afectar a la salud de los usuarios o los profesionales como consecuencia de la prestación de salud y desarrolla procesos para promover **la seguridad**.
11. Existen programas específicos para la atención a personas en el **final de la vida y los cuidados paliativos**.
12. Existen programas específicos para la atención a personas en situación de **duelo** por diversas causas.
13. Existen programas específicos para la atención a **personas mayores vulnerables**.
14. Se ha diseñado el modo en que **personas voluntarias** pueden apoyar los procesos de información y acompañamiento a pacientes y familiares.
15. Existen espacios específicos para la deliberación ética y la consulta (tales como **Comités de ética asistencial**) por parte de usuarios y profesionales.

## Resultados en Humanización (20 indicadores)

1. Resultados relacionados con la **accesibilidad de los usuarios** al sistema de salud, listas de espera, personas que fallecen mientras se encuentran en lista de espera, etc.
2. Alcance de las estrategias de atención al final de la vida y **Cuidados Paliativos y el duelo**.
3. Alcance de las estrategias dirigidas a la atención específica de **personas mayores vulnerables**.
4. Experiencias de integración de la **multiculturalidad** realizadas y alcance de las mismas.
5. Experiencias de Buenas prácticas referidas a **la continuidad asistencial**.
6. Memoria de actividades y Buenas prácticas en **Humanización**.
7. Buenas prácticas de incorporación de la perspectiva y **participación activa de pacientes** en procesos asistenciales y no asistenciales.
8. **Nº casos consultados, recomendaciones éticas y protocolos** emitidos por parte de los Comités de ética asistencial.
9. **Documentos de información y consentimiento informado que han sido revisados** en clave de lenguaje asequible y humanizado.

10. Resultados de los **planes de capacitación** a profesionales, con diferenciación entre líderes/personal sanitario/personal no sanitario que permita analizar el N° horas/profesionales de capacitación en competencias blandas al año.
11. Indicadores de rendimiento (participación en formación y grupos de mejora, absentismo, bajas por estrés, etc.) de los profesionales **relacionados con la Humanización**.
12. **Percepción de los profesionales** en relación al cuidado humanizado que recibe por el sistema, contemplando: comunicación, empatía, atención a las necesidades de capacitación, prevención y cuidado del estrés, participación.
13. Percepción del usuario en relación al **buen trato de los profesionales** y la comunicación.
14. Estudio del número de **reclamaciones recibidas** relacionadas con elementos de la Humanización (trato, espacios, señalización, información, accesibilidad, etc.)
15. **Participación de voluntariado** en procesos de atención y acompañamiento. Capacitación y satisfacción del voluntariado.
16. Experiencias de integración de la Humanización en los planes de acogida y fomento de la formación de futuros profesionales a través de **prácticas formativas y colaboración con el mundo académico**.
17. N° de estudios o trabajos de **investigación** realizados que están relacionados con la estrategia en Humanización.
18. **Espacios** que se han revisado y adecuado con el fin de preservar la privacidad, confortabilidad y acompañamiento familiar.
19. Nuevas **tecnologías** incorporadas que facilitan la estrategia de Humanización.
20. Adecuación de estructuras y dispositivos a las necesidades específicas de personas con **diversidad funcional**.

## Escalas de evaluación

Se plantea una evaluación combinada de aspectos cualitativos y cuantitativos centrada en la identificación de puntos fuertes y oportunidades de mejora. La medición se realizará mediante las siguientes escalas de atributos:

### a) Cultura y procesos

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

**Escala para la medición cuantitativa de los criterios asociados a las dimensiones de Cultura de la Humanización y liderazgo y Procesos Humanizados.**

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

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

## b) Resultados

- **Revisión** de los resultados en base a objetivos planteados.
- **Tendencia** de los resultados a lo largo del tiempo.
- **Análisis de las causas** de los resultados, en clave de mejora.
- **Comparación** de los resultados.

### Escala para la medición cuantitativa de los criterios asociados a la dimensión de Resultados en Humanización.

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

Guía para la elaboración y actualización  
de Planes de Humanización de la Salud en Iberoamérica

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

## Bibliografía

Amezcu Viedma, Cesáreo y Jiménez Lara, Antonio. (1996): *Evaluación de Programas Sociales*. Madrid, Díaz de Santos.

Ander Egg, Ezequiel (1991): *Introducción a la planificación*. 13ª edición. Madrid, Siglo XXI.

Ayala Sánchez, Alfonso (1982): *Desarrollo regional. Primera aproximación al caso Guanajuato*. Editorial de la Delegación General de la Secretaría de Educación Pública en el estado de Guanajuato.

Bermejo Higuera, José Carlos (2010): "Humanizar el abordaje del dolor y del sufrimiento". *Revista de Enfermería Gerontológica*, N°. 14, 2010 (Ejemplar dedicado a: Convivir con el dolor), págs. 72-75.

Bermejo Higuera, José Carlos y Villacieros Durbán, Marta (2013): "*El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias*". Actas de la Dependencia, nº 9, noviembre de 2013.

<https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/bermejohumanizacionydependencia3.pdf>

Comunidad de Madrid (2022): *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025*. Consejería de Sanidad. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente.

Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía [Gómez Martínez, M<sup>a</sup> Eugenia y Martín Barato Amelia I. (coords.)] (2021): *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Estrategia de humanización compartida*. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

<https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanización%20SSPAV12042021.pdf>

Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha (2021): *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Horizonte 25*. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

<https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20230314/plandehumanizacionasistenciasanitariahorizonte25clmdefinteractivov4.pptx.pdf>

Consejería de Sanidad de Castilla y León (2021): *Plan Persona 'Centrando la asistencia sanitaria en ti'*. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona.ficheros/2007708-Plan%20Persona.pdf>

Dalkey, N. (1969): "An experimental study of group opinion: the Delphi method". *Futures*, septiembre de 1969, 408-426.

Delbecq, André; Van de Ven, Andrew and Gustafson, David (1975): *Group Techniques for Program Planning; a guide to nominal group and Delphi processes*. Glenview IL, Scott Foresman and Company.

Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (2017): *Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra*. Dirección General de Salud.

<https://www.navarra.es/NR/ronlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategiadehumanizaciondelsistemasanitariop.pdf>

Dirección del Plan de Humanización del SSPA y Escuela Andaluza de Salud Pública (2022): *¿Cómo elaborar o actualizar un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Centros/Distritos/AGS? Guía Metodológica*, Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

<https://humanizandalucia.es/wp-content/uploads/2022/05/GuiametodológicaPlanHumanizacion.pdf>

Doran, George T. (1981): "There's a S.M.A.R.T. Way to Write Management's Goals and Objectives". *Management Review*, 70, 35-36.

<https://community.mis.temple.edu/mis0855002fall2015/files/2015/10/S.M.A.R.T-Way-Management-Review.pdf>

Echebarria, Koldo (2001): "Capital social, cultura organizativa y transversalidad en la gestión pública". *VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Buenos Aires, Argentina, 5-9 noviembre 2001. Panel: La Modernización del Estado y de la Gestión Pública como Construcción e Incremento del Capital Social.

<http://158.69.186.129/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=33bd5e94e283a6e7779a591cd823c0aa>

Equipo Gestor de la Campaña Innovación en Transversalidad (2008): *La transversalidad como elemento de mejora en el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Resultados de una reflexión compartida*. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

<http://femp.femp.es/files/120-9-CampoFichero/Transversalidadvitoria.pdf>

Feito Grande, Lydia (2018): "¿Qué significa humanizar la medicina?", en Sacristán del Castillo, J.A., Millán NúñezCortés, J. y Gutiérrez Fuentes, J.A. (coords.), *Medicina centrada en el paciente: reflexiones a la carta*. Madrid, Unión Editorial, Fundación Lilly.

Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria (2021): *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias. Líneas Generales*. Consejería de Salud del Gobierno del Principado de Asturias.

<https://www.astursalud.es/documents/35439/800740/Líneas+Generales+Plan+humanización+21x21Ed23.pdf>

Jiménez Lara, Antonio y Quezada García, Martha Yolanda (2022): *Los retos de la calidad y la humanización de la salud en Iberoamérica en tiempo de pandemia*. Madrid, OISS.

<https://oiss.org/wp-content/uploads/2023/03/Estudio-Humanizacion-completo.pdf>

Ibáñez, Jesús (1986): "Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión" en García Ferrando, M.; Ibáñez, J; Alvira, F. (Coords.): *El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación Social*. Madrid, Alianza Universidad.

Meyer, Paul J. (2003). "What would you do if you knew you couldn't fail? Creating S.M.A.R.T. Goals". *Attitude Is Everything: If You Want to Succeed Above and Beyond*. Meyer Resource Group, Incorporated.

Hay un resumen de este artículo en:

<https://www.aallnet.org/allsis/wp-content/uploads/sites/4/2018/01/creating-s-m-a-r-t-goals.pdf>

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2022): *Protocolo Iberoamericano de humanización de la salud*. Madrid, OISS

[https://oiss.org/wp-content/uploads/2024/01/2022\\_Protocolo-Iberoamericano\\_V\\_completo-2.pdf](https://oiss.org/wp-content/uploads/2024/01/2022_Protocolo-Iberoamericano_V_completo-2.pdf)

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2022): *I Congreso Iberoamericano sobre Calidad y Humanización de la Salud "Los retos de la calidad y la humanización de la salud en Iberoamérica en tiempo de pandemia" (26-28 de abril de 2022)*. Madrid, OISS.

<https://oiss.org/wp-content/uploads/2024/01/Documento-Final-del-I-Congreso-Iberoamericano-Calidad-y-Humanización-de-la-Salud-Relato-V2.pdf>

Xunta de Galicia (2019): *Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria 'Preto de ti'*. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde.

<https://www.sergas.es/Humanizacion/Documents/18/Estratexia%20da%20Humanización.pdf>