

TALLER PARA LA
IMPLEMENTACIÓN DEL
PROTOCOLO
IBEROAMERICANO
DE **HUMANIZACIÓN**
DE LA **SALUD**

CON EL APOYO DE:





Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Madrid, junio de 2025.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en la obra incumbe exclusivamente a sus autores/ras y su publicación, en ningún caso, puede considerarse como reflejo de la opinión de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) ni de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Prohibido el uso de esta obra con fines comerciales.

Este documento se publica como contribución a los gobiernos nacionales de los países iberoamericanos, al sistema de cooperación Internacional y a la sociedad civil en general. Por lo tanto, se autoriza su reproducción siempre que se cite la fuente y se realice sin ánimo de lucro.

Esta publicación debe citarse como: OISS. (2025). Taller para la implementación del Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Madrid.

Para cualquier consulta, se puede poner en contacto con la Secretaría General de OISS:

Teléfono: (34) 91 561 17 47

Direcciones corporativas de contacto: www.oiss.org / sec.general@oiss.org

Con el apoyo de:



Contenidos.



■ PRESENTACIÓN	7
■ PROTOCOLO IBEROAMERICANO DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD	8
Criterios que inspiran el Protocolo	8
Principios del protocolo	9
Dimensiones y criterios para la evaluación de la humanización de la atención sanitaria	10
A. Cultura de la Humanización y liderazgo (15 criterios de evaluación)	10
B. Procesos humanizados (15 criterios de evaluación)	11
C. Resultados en humanización (20 criterios de evaluación)	13
■ ESCALAS DE EVALUACIÓN	15
Atributos para la evaluación cualitativa de las dimensiones de Cultura de la humanización y liderazgo y de Procesos humanizados	15
Escala para la medición cuantitativa de los criterios asociados a las dimensiones de Cultura de la humanización y liderazgo y de Procesos humanizados	16
Atributos para la evaluación cualitativa de la dimensión de Resultados de humanización	17
Escala para la medición cuantitativa de los criterios asociados a la dimensión de Resultados de humanización	17
■ PROCESO DE EVALUACIÓN Y RESULTADO	18
Proceso de evaluación	18
Resultado de la evaluación	19
Interpretación de la puntuación	19
Aplicabilidad de los resultados	20
■ GUÍA PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PLANES DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN IBEROAMÉRICA	21
Finalidad	21
Marco contextual	22
¿Qué es la humanización?	22
Características de la asistencia sanitaria humanizada	23
Qué es planificar	23

Elaboración de un Plan de Humanización de la Salud	24
Análisis de situación	25
Formulación estratégica	28
Estructuración del plan: La transversalidad	29
Formulación y priorización de objetivos	30
Planificación de acciones y actividades	31
Comunicación y difusión	32
 ■ FLUJOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA PARA LA ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PLANES DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN IBEROAMÉRICA EN EL MARCO DEL PROTOCOLO IBEROAMERICANO DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD	 33
Herramientas de Inteligencia Artificial	33
Recomendaciones de privacidad	34
Metodología	35
Preparación de insumos	36
FLUJO 1. investigación sobre la situación de salud de la población atendida	37
FLUJO 2. Investigación sobre demandas y opiniones de los grupos de interés (con enfoque en la Institución)	37
FLUJO 3. Investigación sobre demandas y opiniones de los grupos de interés (con enfoque local/nacional)	38
FLUJO 4. Consolidación y análisis interno de demandas y opiniones de los grupos de interés	38
FLUJO 5. Identificación de patrones y tendencias en las opiniones de los grupos de interés	39
FLUJO 6. Consolidación y evaluación de ideas (grupo nominal/Metaplan)	40
FLUJO 7. Matriz DAFO	41
FLUJO 8. Matriz CAME	43
Equidad de género	43
 ■ BUENAS PRÁCTICAS	 44
El Salvador. Estrategia Integral para la Mejora Continua de la Calidad de la Atención para los afiliados del ISSS, mediante la implementación de la Guía de Cambio Cultural Centrado en la Persona y la Medición del Índice de Satisfacción de los afiliados.	44

Bolivia. La humanización en el Plan Quinquenal de la Caja Nacional de Salud de Bolivia	46
Otros ejemplos de buena práctica referidos por los participantes en el taller	47
Colombia. TOXMEDICAL, un cuidado humano y digno en la atención en salud.	47
Costa Rica. Promoción de servicios de salud humanizados e inclusivos para personas con discapacidad desde un enfoque de derechos humanos	48
Costa Rica. Humanización y calidad en los cuidados paliativos: Experiencia del Centro Nacional y la Red de Apoyo	49
Guatemala. Modelo de gestión estratégica con enfoque humanizado del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	50
Honduras. Experiencia en atención al paciente en el área de consulta Externa y Hospitalización y en otras áreas del Hospital Militar	51
Perú. Estrategia “Cuidando con el Corazón”, de EsSalud	51
Uruguay. Humanización de los Cuidados	52
 ■ CONCLUSIONES	 53
 ■ INFORMACIÓN ADICIONAL	 55



Presentación.

Los días 24 y 25 de junio de 2025 se celebró el taller para la implementación del Protocolo Iberoamericano de Humanización de la salud, organizado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Holman Jiménez, Director de Programas, dio la bienvenida a este taller que, en formato virtual sincrónico, contó con la participación de 137 personas, incluyendo un importante número de profesionales de instituciones de salud públicas y privadas de 15 países de Iberoamérica, y tuvo como objetivo promover el conocimiento e impulsar la aplicación del **Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud¹ y la Guía para la elaboración y actualización de Planes de Humanización de la Salud en Iberoamérica²**, herramientas clave para avanzar hacia sistemas de salud centrados en la dignidad humana, los derechos y la calidad en la atención. Dentro de sus objetivos específicos destacan el análisis y reflexión en torno a la cultura y liderazgo de la humanización en la gestión sanitaria; el análisis de los criterios para la humanización de los procesos en la respuesta sanitaria, así como aprender a evaluar el nivel de humanización de las entidades sanitarias.

En la primera sesión, Antonio Jiménez Lara presentó el Protocolo de Humanización de la Salud (en adelante, el Protocolo) y la Guía para la elaboración y actualización de Planes de Humanización de la Salud en Iberoamérica (en adelante, la Guía). También se presentaron buenas prácticas en este ámbito en El Salvador y Bolivia.

La segunda sesión, a cargo de Alberto Solano, tuvo como propósito mostrar paso a paso el uso de la inteligencia artificial (IA) para la elaboración y actualización de planes de humanización, de acuerdo con los contenidos de la Guía. El uso de esta herramienta innovadora busca facilitar la adopción e implementación efectiva del Protocolo, brindando a los gestores sanitarios una metodología práctica y moderna para avanzar hacia una atención más cercana, empática y de calidad.

¹ Disponible en: <https://oiss.org/protocolo-iberoamericano-de-humanizacion-de-la-salud/>

² Disponible en: <https://oiss.org/guia-para-la-elaboracion-y-actualizacion-de-planes-de-humanizacion-de-la-salud-en-iberoamerica/>

Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud.

En la sesión del día 24 de junio, Antonio Jiménez Lara dedicó la primera parte de su ponencia al Protocolo Iberoamericano de Humanización de la salud, publicado por la OISS en 2022. El Protocolo se elaboró como contribución de la OISS al cumplimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número 3, “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Su propósito es **ofrecer herramientas para el análisis y la valoración del nivel de humanización** de un ámbito determinado, que permita la planificación posterior. Como objetivos específicos se plantea:

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

El Protocolo está especialmente dirigido a personas con capacidad de decisión, visión global y alto conocimiento de la organización, preferentemente gestores, directivos, responsables de calidad, o puestos similares. Puede aplicarse tanto en sistemas amplios de gestión, como un Ministerio de Salud, como en otros más concretos (entidades prestadoras de salud, hospitales, residenciales de personas mayores o centros de atención primaria en salud, entre otros).

Criterios que inspiran el Protocolo

- Principios y valores universalizables.
- Modelo no prescriptivo, basado fundamentalmente en la autoevaluación, integrable a los planes de calidad y estratégicos de las organizaciones. No es una herramienta de planificación sino de análisis y evaluación.
- Propuesta de evaluación realizada por el equipo interno de las instituciones, con vocación de mejora continua.

- Apoyo en escalas de evaluación basadas en el enfoque PDCA-REDER (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) - (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación-Revisión) que permite enfatizar la importancia de definir claramente los objetivos y la dirección del cambio antes de la implementación, dentro del contexto del Modelo de Excelencia EFQM.
- Informe: puntos fuertes, áreas de desarrollo. Puntuación de acuerdo a una escala numérica.

Principios del protocolo

- **DIGNIDAD.** Es un concepto directamente ligado a la esencia del ser humano. La dignidad nos viene dada por nuestra condición, es algo intrínseco y a lo que no se puede renunciar. La dignidad lleva considerar al "otro" como igual en cuanto a consideración y respeto, y de ella emanan derechos universalizables.
- **JUSTICIA Y ACCESIBILIDAD.** El principio de justicia, aplicado al Protocolo, pretende poner la mirada en la necesidad de proponer modelos de atención universal, mejorar la accesibilidad a los servicios, paliar los efectos de la fragmentación en los sistemas y servicios, asegurar la prestación de salud a las personas en mayor situación de vulnerabilidad, adecuar los modelos y procesos para hacerlos inclusivos a las poblaciones de todas las etnias, religiones o culturas.
- **ÉTICA.** Se trata de colocar el referente de los valores en la práctica de la gestión, en la realización de los procedimientos sanitarios, en el cuidado al otro. Enfoque de la ética del cuidado.
- **INTEGRALIDAD.** En el Protocolo se propone la consideración de la persona en sus dimensiones física, intelectual, emocional, social y valórica/espiritual, desde la convicción de que una medicina humanizada debe ser capaz no solo de desarrollar sistemas adaptados a los pacientes, sino que también ha de dar respuesta a los determinantes sociales de salud, es decir, a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.
- **CALIDAD Y ORIENTACIÓN A RESULTADOS.** No hay búsqueda de la excelencia sin perseguir la humanización de los servicios de salud, al igual que no puede darse humanización sin una suficiente gestión de la calidad

asistencial entendida en su sentido amplio. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que la humanización también tiene resultados que han de medirse y evaluarse.

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

Dimensiones y criterios para la evaluación de la humanización de la atención sanitaria

El protocolo considera distintos criterios que agrupan la evaluación de la humanización de la atención sanitaria en tres grandes dimensiones:

- A.** Cultura de la humanización y liderazgo: 15 criterios de evaluación.
- B.** Procesos humanizados: 15 criterios de evaluación.
- C.** Resultados en humanización: 20 criterios de evaluación.

Los criterios incluidos en cada dimensión son los siguientes:

A. Cultura de la Humanización y liderazgo (15 criterios de evaluación)

- 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. 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**.

B. Procesos humanizados (15 criterios de evaluación)

1. Los procesos asistenciales integran en su diseño y desarrollo el **cuidado de la intimidad, la individualidad y la singularidad de la persona**.
2. Los procesos asistenciales integran aspectos relacionados con la **comunicación y buen trato**, así como de **información adecuada y suficiente al usuario**.
3. Los procesos asistenciales tienen en cuenta la **atención a las diversas dimensiones de la persona**: física, intelectual, emocional, social y valórica/espiritual.
4. Los procesos asistenciales contemplan el **valor de la interdisciplinariedad** y la desarrollan de manera efectiva en beneficio del paciente.
5. Los procesos asistenciales contemplan los **potenciales problemas éticos** derivados de cada actuación de salud y de la toma de decisiones asociada.
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 ellas 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.

C. Resultados en humanización (20 criterios de evaluación)

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, de cuidados paliativos y de acompañamiento en el proceso de 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 de **humanización**.

7. Buenas prácticas de incorporación de la perspectiva y **participación activa de pacientes** en procesos asistenciales y no asistenciales.
8. **Número de 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 y personal no sanitario, que permita analizar el número horas/profesional 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 con el cuidado humanizado que reciben del sistema, contemplando: comunicación, empatía, atención a las necesidades de capacitación, prevención y cuidado del estrés, participación, etc.
13. Percepción del usuario en relación con el **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 del mundo académico**.
17. Número de **estudios o trabajos de investigación** realizados que están relacionados con la estrategia de 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 discapacidad.**

Escalas de evaluación.

El Protocolo 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:

Atributos para la evaluación cualitativa de las dimensiones de Cultura de la humanización y liderazgo y de Procesos humanizados

- ▶ **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 de Procesos humanizados

El Protocolo propone una escala de 1 a 10, de acuerdo con la situación observada en cada criterio de evaluación de estas dimensiones. El valor numérico de la puntuación y las posibles situaciones observadas son los siguientes:

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

Atributos para la evaluación cualitativa de la dimensión de Resultados de humanización

- **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 de humanización

También en este caso, se propone una escala de 1 a 10, de acuerdo con la situación observada en cada criterio de evaluación. El valor numérico de la puntuación y las posibles situaciones observadas en los criterios de esta dimensión son los siguientes:

1. No se miden resultados confiables y válidos de este parámetro.
2. Se miden algunos resultados, pero de manera poco sistemática como para poder tener una valoración suficiente del criterio.
3. Se miden resultados sistemáticamente pero no se establecen objetivos a conseguir.
4. Se establecen objetivos y estos se cumplen en más del 25% de los casos. Los resultados se analizan y se ponen en marcha planes de mejora.
5. Los objetivos se logran en aproximadamente un 50% de los casos. Los resultados son analizados y se ponen en marcha planes de mejora para lograr los objetivos.
6. Los objetivos se logran en aproximadamente un 75% de los casos. Los resultados son analizados y se ponen en marcha planes de mejora para lograr los objetivos.

7. Se cumplen los objetivos marcados en todos los casos.
8. Los objetivos conseguidos en su totalidad muestran tendencia positiva y buen rendimiento en más del 25% de los casos durante al menos 3 años.
9. Los objetivos conseguidos muestran tendencia positiva y buen rendimiento en más del 75% de los casos durante al menos 3 años.
10. Las tendencias conseguidas y buenos resultados son compartidos y reconocidos por entidades referentes en Humanización en el sector.

Proceso de evaluación y resultado.

Proceso de evaluación

El proceso de evaluación que propone el Protocolo es el siguiente:

- **Creación del grupo o equipo evaluador** de carácter multidisciplinar y diverso. Es deseable que en el grupo participen personas con roles de mando en las organizaciones, a la vez que otras con roles operativos asistenciales o administrativos. También puede ser oportuno incluir la voz de algún usuario, representante de asociaciones de enfermos, así como de voluntariado.
- **Información a la Organización.** Es importante comunicar a todos los sectores implicados de la realización de la evaluación, favoreciendo la transparencia, colaboración y sensibilización hacia el proceso.
- **Capacitación del grupo evaluador** en aspectos relacionados con la Humanización y la aplicación del protocolo.
- **Planificación de la evaluación** con tiempos definidos y distribución de criterios entre evaluadores.
- Realización de la **evaluación individual** por parte de cada miembro del equipo.

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

Resultado de la evaluación

La evaluación dará como resultado un **informe de consenso** realizado a partir de las valoraciones realizadas por el equipo evaluador. El informe contendrá **puntos fuertes** y **oportunidades de mejora** para cada uno de los criterios, así como una **puntuación numérica** obtenida mediante el uso de una escala atribuida a los mismos.

Es deseable que las oportunidades de mejora detectadas se acompañen de acciones e indicadores de medición para su consecución.

Interpretación de la puntuación

La escala de medición cuantitativa proporciona un nivel rápido de valoración, comparación y medición de tendencias. No tiene valor si no va unida a la valoración cualitativa.

La puntuación máxima del protocolo es de 500 puntos (un máximo de 10 en cada uno de los 50 criterios de evaluación planteados). La interpretación de la puntuación obtenida se considera de manera provisional de esta manera:

- ▶ **Más de 150 puntos.** El sistema muestra un compromiso con la humanización y dispone de potencial para avanzar.
- ▶ **Más de 250 puntos.** El sistema muestra buenas prácticas significativas en humanización y un planteamiento sólido de la misma.
- ▶ **Más de 350 puntos.** El sistema puede ser considerado referente en humanización.

Estas valoraciones son, como se ha indicado, provisionales, y deberán ser calibradas tras la realización de un pilotaje.

Aplicabilidad de los resultados

Los resultados de la evaluación se pueden aplicar en los siguientes ámbitos:

- ▶ Definición de planes de humanización.
- ▶ Integración en planes estratégicos.
- ▶ Integración en planes de calidad.
- ▶ Otros (revisión de políticas, planes de formación).



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

Finalidad

La segunda parte de la ponencia de Antonio Jiménez estuvo dedicada a la Guía para la elaboración y actualización de Planes de Humanización de la Salud en Iberoamérica.

La Guía 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.

La Guía está estructurada en dos secciones:

1. En la primera sección se precisa brevemente el marco conceptual de referencia, especificando qué se entiende por humanización y cuáles son las características de una asistencia sanitaria humanizada. En esta sección también se considera brevemente lo que supone e implica la planificación.
2. 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.

En cada uno de los apartados de la guía 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.

Marco contextual

¿Qué es la humanización?

La humanización supone generar **políticas institucionales que pongan en el centro a las personas**. Supone dar una **respuesta individualizada e integral** a las necesidades de las personas teniendo en cuenta su **dignidad y unicidad**.

Humanizar la salud pasa por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que den respuesta a las **necesidades materiales**, sino 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 y en el potenciamiento de la **autopercepción**.

Humanizar supone un **compromiso ético** no solo con la **persona**, sino también con su **entorno y ambiente**.

Una medicina humanizada debe desarrollar **sistemas adaptados a los pacientes**, escuchando sus necesidades desde una perspectiva global. Y también **formar profesionales comprometidos** con **relaciones clínicas basadas en la comunicación** y con una **toma de decisiones compartida**, encontrando un **equilibrio entre la información y el conocimiento técnico, y los valores y preferencias** de los pacientes.

Humanización y calidad son dos conceptos íntimamente relacionados. 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**. Por su parte, **la atención humanizada es un requisito para alcanzar la calidad asistencial** en un servicio de salud centrado en las necesidades de las personas. Puede afirmarse, por ello, que **la humanización es la máxima expresión de la calidad asistencial**.

Características de la asistencia sanitaria humanizada

Una asistencia sanitaria humanizada ha de reunir las siguientes características:

Accesibilidad (justicia, equidad, igualdad)

Personalización (autonomía, singularidad, adaptación)

Compromiso con la calidad (profesionalidad, seguridad)

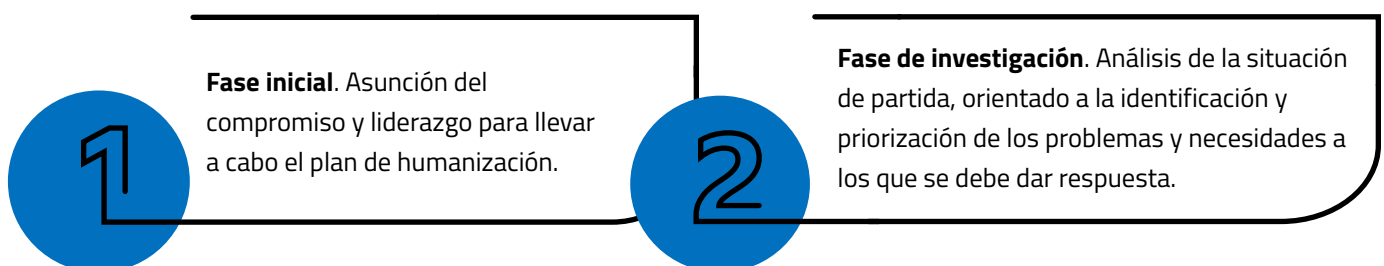
Corresponsabilidad (colaboración de todos los grupos de interés, alianzas)

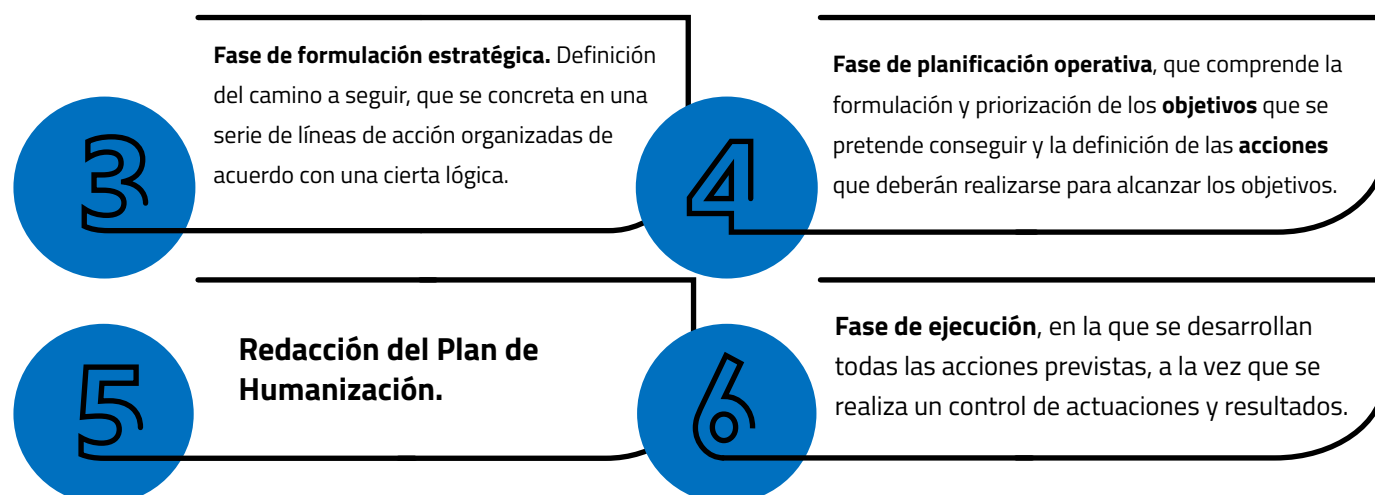
Cultura de humanización (compromiso, transparencia)

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.

La Guía aporta información sobre el **Enfoque de Marco Lógico**, una herramienta analítica para la planificación de proyectos orientada al cumplimiento de objetivos, y sobre las **fases del proceso de planificación**.





A lo largo de todo el proceso de planificación se debe realizar un **seguimiento y evaluación continua y de mejora**, que concluirá con una **evaluación final** de todo el proceso. Asimismo, se deberá diseñar una **estrategia de comunicación** a fin de garantizar la máxima difusión y transparencia del proceso.

Elaboración de un Plan de Humanización de la Salud

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.
- **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.
- **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.

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.

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.
- **RESPECTO:** 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 evitando las diferencias por razón social, económica, género, cultura y etnia.

Expresar los valores que guían y los rasgos que se quiere que distingan a una organización ayuda a aclarar 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.

Los planes de humanización suelen recoger, asimismo, una serie de principios que orientan y regulan las actuaciones que contemplan. Entre estos **principios rectores** suelen figurar el **bienestar**, la **inclusión**, la **participación**, el **respeto**, el **acompañamiento**, la **empatía**, la **actuación integral**, la **equidad**, la **autonomía** y la **accesibilidad**.

Análisis de situación

El análisis de situación 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.

Las demandas 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 Metaplan.

Técnica del grupo nominal

Esta técnica aprovecha la capacidad creativa del grupo para **generar ideas, descomponer problemas y proponer soluciones**. Para 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, 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**.

La técnica del grupo nominal **permite llegar a consensos minimizando enfrentamientos, facilita la interacción** grupal y una **participación equilibrada**, es **productiva** 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.

Técnica del Metaplan

Metaplan es un método que permite la recogida, visualización, clasificación y valoración rápida de ideas. 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.

La **secuencia metodológica** de una sesión de Metaplan 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).
- ▶ 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.

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.

La **matriz DAFO** separa el análisis interno (debilidades y fortalezas) del análisis externo (amenazas y oportunidades), y permite analizar 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.

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.

La formulación estratégica se concreta en una serie de líneas de actuación que es conveniente organizar de acuerdo con una cierta lógica.

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**.
- La mejora de la **accesibilidad y amigabilidad de los entornos y espacios**.

- Garantizar unas **condiciones de trabajo y una formación adecuadas** de los y las profesionales, que son los principales agentes de humanización.
- El 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.

Estructuración del plan: La transversalidad

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.

Por ello, es habitual que los planes de humanización se estructuren no tanto por ámbitos temáticos o de especialización, sino por **áreas transversales**. Así, por ejemplo, el Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía organiza las acciones de humanización en las siguientes áreas transversales:

ÁREA ORGANIZACIONAL

(Cultura de humanización) Generar una cultura de humanización 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.

Formulación y priorización de objetivos

Jerarquía de objetivos. En 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.

Objetivos SMART. Una forma 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).

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.

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 Metaplan.

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).

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

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. 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 su descripción y objetivos, los responsables de realizar la acción, la audiencia objetivo, el cronograma, las posibles dependencias y condicionantes, los canales de comunicación que se utilizarán y los medios humanos y técnicos necesarios para el correcto desarrollo de la acción.



Flujos de inteligencia artificial para la implementación de la Guía para la elaboración y actualización de Planes de Humanización de la Salud en Iberoamérica en el marco del Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud.

En la sesión del día 25 de junio, Alberto Solano presentó los flujos de inteligencia artificial para la implementación de la Guía, con el propósito de mostrar paso a paso cómo aprovechar la inteligencia artificial (IA) para la elaboración y actualización de planes de humanización, brindando a los gestores sanitarios una metodología práctica y moderna para avanzar hacia una atención más cercana, empática y de calidad.

Herramientas de Inteligencia Artificial

En primer lugar, Alberto Solano hizo referencia a algunas herramientas IA que pueden ser útiles para la implementación de la Guía, destacando entre ellas las siguientes:

ChatGPT. Es una herramienta de IA desarrollada por OpenAI que permite resolver dudas, escribir documentos y analizar datos, entre otras tareas. Se puede acceder a ChatGPT a través del enlace <https://chatgpt.com/>. Para su uso es necesario crear una cuenta a través de un mail y contraseña o bien, si se cuenta con un correo de Gmail, se puede acceder directamente a través de esta opción. ChatGPT tiene una versión gratuita y versiones de pago³ y cuenta con la función “realizar una investigación profunda” (*Deep Research*) que permite el análisis de múltiples fuentes, sintetizar datos y ofrecer conclusiones. En la versión gratuita existe un límite en el uso de esta función (5 consultas).

Para garantizar la privacidad, ChatGPT ofrece, en su configuración de “controles de datos”, la opción de desactivar el botón “mejora el modelo para todos” (recopilación de los contenidos e información subidos para mejorar los modelos de Open AI). En todo caso, la recomendación es no subir datos personales y/o sensibles.

³ En el momento de realización del taller el coste en España para usuarios individuales de la versión Plus (acceso ampliado) era de 23 euros al mes, y el de la versión Pro (acceso ilimitado sujeto a barreras de protección contra el abuso), 229 euros al mes. Hay también una versión para equipos de trabajo con modelos avanzados y conectores para fuentes internas, denominada Teams, cuyo costo mensual por usuario es de 29 euros si se factura anualmente (34 euros si se factura mensualmente), y una versión para empresas con ventajas adicionales, denominada Enterprise, cuyo precio está disponible bajo petición.

Perplexity. Es una herramienta de IA que también puede usarse de forma gratuita, y en la que también es necesario crear una cuenta. Al igual que ChatGPT, dispone de la función *Deep Research*, que en su versión gratuita permite hasta 3 consultas.

Se puede acceder a esta herramienta de IA a través del enlace <https://www.perplexity.ai/>

Otras herramientas de Inteligencia Artificial citadas por Alberto Solano fueron las siguientes:

- ▶ Claude. <https://claude.ai/new>
- ▶ Deepseek <https://deepseek.es/>
- ▶ Grok <https://grok.com/>
- ▶ NotebookLM <https://notebooklm.google.com/>

Recomendaciones de privacidad

En el uso de herramientas de IA es muy importante seguir las siguientes recomendaciones de privacidad:

- 1. PRINCIPIOS CLAVE.** Contar con una Política institucional de Protección de Datos Personales, alineada con la ley de cada país.
- 2. ANTES DE USAR IA.** Es imprescindible que los datos que se usen estén anonimizados o agregados. No deben aparecer datos personales como nombres, teléfonos, direcciones, correos electrónicos, ni datos médicos. Deben filtrarse todos los datos sensibles, no esenciales para el análisis. No deben subirse a las herramientas de inteligencia artificial bases de datos o cualquier tipo de archivo que contenga datos personales.
- 3. ELECCIÓN DE HERRAMIENTAS DE IA.** Verificar políticas de uso de datos y evitar herramientas que retengan información. Se recomienda usar herramientas en versiones de pago y/o de ejecución local.

- 4. PROTOCOLOS INTERNOS.** Capacitar al personal en materia de privacidad y uso responsable de la IA. Es necesario establecer reglas claras, acceso controlado y trazabilidad de uso.
- 5. SUPERVISIÓN HUMANA.** Verificar SIEMPRE los resultados de la IA. La regla respecto al uso de la IA es 10 - 80 - 10, es decir, el usuario debe poner el 10% inicial del trabajo (las instrucciones que entregamos a la inteligencia artificial), la IA ejecuta un 80% del trabajo, y el 10% restante corresponde a la verificación por parte del usuario de los resultados que genera la IA, el ajuste y refinamiento y la agregación del toque humano a esos resultados.

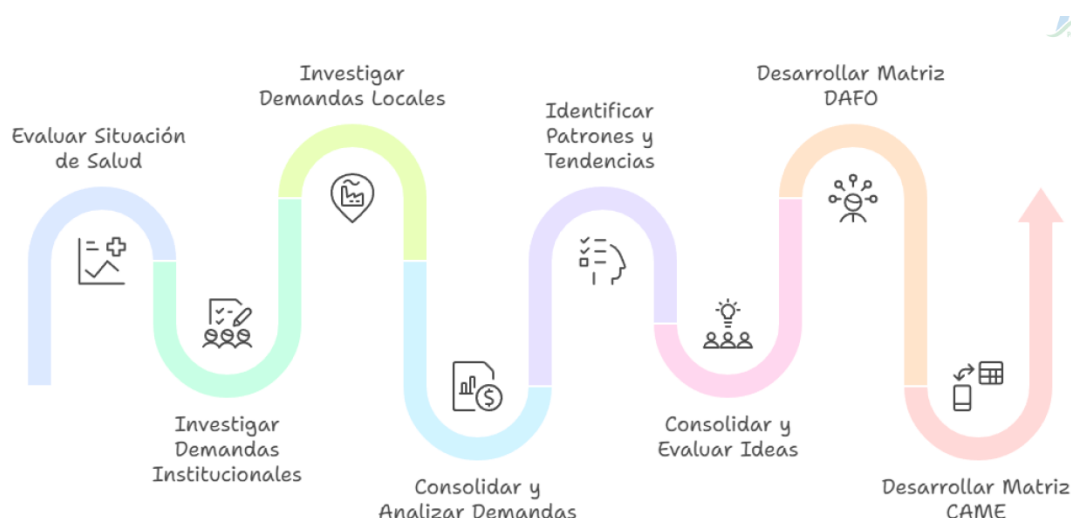
Metodología

En la interacción con la IA se debe usar un enfoque iterativo: a través del uso de la IA se genera un primer resultado; este primer resultado se aplica después al siguiente proceso, es decir, se convierte en un insumo que permite generar un nuevo resultado, y así sucesivamente.

Figura 1. Flujo general de trabajo (metodología)



Figura 2 Secuencia de los flujos de IA para la implementación de un plan de humanización



La secuencia de los flujos de IA se lleva a cabo a partir de **prompts detallados** (instrucciones detalladas) para la elaboración del plan de humanización de salud. El punto de partida es pedir a la IA que se comporte como experto en:

- ▶ La evaluación de la **situación de salud** de la población atendida.
- ▶ La **evaluación de demandas y opiniones** de los *stakeholders* en tanto en relación con una institución de salud concreta como en el sector sanitario respecto a la humanización de la salud.
- ▶ El **análisis de datos** de la humanización sanitaria.

Preparación de insumos

- 1. CARPETAS.** Se recomienda crear una carpeta por cada uno de los flujos de IA. (ejemplo: flujo 1, flujo 2).
- 2. ARCHIVOS.** Por cada resultado, se debe almacenar el archivo en formato .pdf (para texto), y en formato Excel (.xls) o .csv (para hojas de cálculo), en la carpeta correspondiente.

3. NOMBRES DE ARCHIVOS. Se recomienda utilizar nombres cortos que faciliten la identificación de los archivos según su contenido.

4. PLANTILLAS. Se facilitarán plantillas para los archivos de los flujos 4 (demandas y opiniones) y 6 (grupo nominal/Metaplan).

■ **FLUJO 1. Investigación sobre la situación de salud de la población atendida**

OBJETIVO. Comprender el contexto de salud de la población objetivo para el plan de humanización. Esta investigación será útil para complementar la información con la que ya cuenta la institución.

RESULTADO. Documento sobre situación de salud de la población atendida.

El prompt debe considerar en su exploración para la elaboración del documento:

- Fuentes de información relevantes (ministerios de salud, organizaciones de salud regionales, OPS/OMS, instituciones académicas y sistemas de información de salud).
- Identificación de características de la situación de salud (enfermedades prevalentes, causas de mortalidad, determinantes sociales de la salud, estilos de vida, salud materno-infantil y condiciones de grupos vulnerables).
- Estructura de los grupos de datos (indicadores de salud, grupo poblacional, ubicación geográfica, periodo de tiempo, fuente del dato y valor del indicador).

■ **FLUJO 2. Investigación sobre demandas y opiniones de los grupos de interés (con enfoque en la Institución)**

OBJETIVO. Recopilar las percepciones de los *Stakeholders* internos (grupos de interés) sobre la humanización en la Institución.

RESULTADO. Documento sobre demandas y opiniones de los grupos de interés (con enfoque en la Institución).

El prompt debe considerar en su exploración para la elaboración del documento, enfocados en la Institución:

- Fuentes relevantes (encuestas de satisfacción, buzones de sugerencias, comentarios en redes sociales y estudios de opinión).
- Se deben identificar demandas sobre calidad de atención, trato y comunicación, accesibilidad, infraestructura, información, participación y costos.
- La estructura de datos debe incluir el grupo de interés, aspecto evaluado, tipo de manifestación, contenido de la opinión, valoración y canal de expresión.

■ **FLUJO 3. Investigación sobre demandas y opiniones de los grupos de interés (con enfoque local/nacional)**

OBJETIVO. Identificar tendencias y expectativas externas sobre humanización en el sector.

RESULTADO. Documento sobre demandas y opiniones de los grupos de interés (con enfoque local/nacional).

El prompt debe considerar en su exploración para la elaboración del documento los mismos aspectos que en el flujo 2, pero referidos al contexto local o nacional.

■ **FLUJO 4. Consolidación y análisis interno de demandas y opiniones de los grupos de interés**

OBJETIVO. Consolidar, analizar e identificar patrones y tendencias a partir de las demandas y opiniones de los *stakeholders*, disponibles en los insumos con los que ya cuenta la institución.

INSUMOS. Base de datos de demandas y opiniones de los grupos de Interés (información interna) en formato Excel.

RESULTADO. Documento detallado sobre tendencias y áreas clave de mejora en relación con la humanización de la atención, basado en las demandas y opiniones internas de los grupos de interés.

El prompt debe seguir en su exploración las siguientes instrucciones:

- Limpieza y estandarización: Unificar términos y valores en columnas clave como "Aspecto_Humanización" y "Valoración".
- Análisis de frecuencias: Identificar los aspectos y focos específicos más mencionados por cada tipo de actor, tanto en valoraciones positivas como negativas.
- Análisis de sentimientos: Analizar la proporción de valoraciones negativas o de mejora necesaria por aspecto y tipo de actor.
- Comparación entre grupos: Detectar diferencias significativas en percepciones entre pacientes, familiares, profesionales, etc.
- Temas emergentes: Identificar temas recurrentes no explícitamente cubiertos en las categorías existentes.
- Visualización de resultados. Proponer gráficos o tablas para representar frecuencias, tendencias y áreas prioritarias.

■ **FLUJO 5. Identificación de patrones y tendencias en las opiniones de los grupos de interés**

OBJETIVO. Identificar patrones y tendencias entre la investigación con enfoque en la institución, la investigación con enfoque nacional, y los insumos con los que ya cuenta la institución.

INSUMOS.

- Documento sobre demandas y opiniones de los grupos de interés (con enfoque en la Institución). Flujo 2.

- Documento sobre demandas y opiniones de los grupos de interés (con enfoque local/nacional) Flujo 3.
- Documento sobre tendencias y áreas clave de mejora en relación con la humanización de la atención, basado en las demandas y opiniones internas de los grupos de interés (Información Interna). Flujo 4.

RESULTADO. Documento consolidado con patrones y tendencias en las opiniones de los grupos de Interés.

El prompt busca identificar patrones y tendencias en las demandas y opiniones de los *stakeholders* a partir de tres conjuntos de datos: investigación con enfoque institucional, investigación con enfoque local/nacional e información interna.

- Se deben identificar temas comunes y divergentes entre los conjuntos de datos, así como tendencias emergentes en las demandas a lo largo del tiempo.
- Se generarán *insights* sobre las necesidades y expectativas de los *stakeholders*, identificando áreas de fortaleza y mejora para la institución.
- Se buscarán aspectos relevantes adicionales, como diferencias en la terminología y factores contextuales que influyen en las demandas.

■ **FLUJO 6. Consolidación y evaluación de ideas (grupo nominal/ Metaplan)**

OBJETIVO. Evaluar, ordenar, agrupar ideas por similitud, generadas durante la sesión del grupo nominal o Metaplan.

INSUMOS. Archivos que incluyen listado de ideas, resultados de votaciones y actas de discusión en formato Excel o .csv para permitir el análisis por parte de la IA.

El prompt debe permitir:

- Comparar votaciones preliminares y finales para identificar cambios en prioridades.

- Categorizar ideas en problemas/necesidades y posibles soluciones.
- Identificar temas y prioridades en relación con la humanización de la salud.
- Vincular problemas y soluciones con principios de humanización.
- Proporcionar implicaciones para la formulación estratégica y definición de objetivos SMART (Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes, con límite de Tiempo).

■ FLUJO 7. Matriz DAFO

▪ Matriz DAFO (PRELIMINAR)

OBJETIVO. Identificar información inicial relevante del entorno externo (cambios normativos, tendencias socio-económico-políticas e iniciativas gubernamentales y de otras instituciones) que pueda impactar la humanización de la asistencia sanitaria.

RESULTADO. Documento Matriz DAFO (Preliminar).

▪ Matriz DAFO (PARTE 1)

OBJETIVO. Construir una matriz DAFO inicial que recoja las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades preliminares para la humanización de la asistencia sanitaria, basándose en la información de la Investigación Preliminar (Perspectiva Institucional).

▪ Matriz DAFO (PARTE 2)

OBJETIVO. Realizar un análisis más profundo y ampliar la matriz DAFO inicial, incorporando un análisis detallado de los factores internos y una evaluación más exhaustiva de los factores externos, posiblemente a través de técnicas como el grupo nominal o Metaplan para recoger diversas perspectivas.

▪ Matriz DAFO (PARTE 3)

OBJETIVO. Integrar y consolidar toda la información y los análisis de las etapas anteriores en una matriz DAFO final y depurada, que sirva de base para la formulación estratégica del Plan de Humanización.

Tabla 1. Insumos para la elaboración de la Matriz DAFO

DAFO	Insumos
Preliminar	Ninguno
Parte 1	▪ [Características del Centro/Institución] ▪ [Situación de Salud de la Población Atendida] ▪ [Antecedentes de Humanización] ▪ [Demandas y Opiniones de Stakeholders Internos] ▪ [Problemas y Necesidades Priorizados Internamente] ▪ [Demandas y Opiniones de Stakeholders Externos (vinculados directamente a la institución)] ▪ [Resultado Parte 1-DAFO]
Parte 2	▪ [Tendencias del Sector (Investigación Externa)] ▪ [Cambios Normativos (Investigación Detallada)] ▪ [Actuaciones y Estrategias de Otras Instituciones (Benchmarking)] ▪ [Demandas y Expectativas de la Sociedad y Pacientes (Visión Amplia)]
Parte 3 (Consolidado)	▪ [Características del Centro/Institución] ▪ [Antecedentes de Humanización] ▪ [Demandas y Opiniones de Stakeholders Internos] ▪ [Problemas y Necesidades Priorizados Internamente] ▪ [Situación de Salud de la Población Atendida] ▪ [Demandas y Opiniones de Stakeholders Externos (vinculados directamente a la institución)] ▪ [Tendencias del Sector Percibidas Internamente] ▪ [Cambios Normativos Conocidos Internamente]

■ FLUJO 8. Matriz CAME

OBJETIVO. Definir las acciones para Corregir, Afrontar, Mantener y Explotar con base en el análisis DAFO.

INSUMOS.

- Resultado DAFO preliminar
- Resultado DAFO 1
- Resultado DAFO 2
- Resultado DAFO completo

RESULTADO. Documento Matriz CAME

Equidad de género

Se han definido prompts específicos para asegurar que en cada uno de los flujos se tenga en cuenta la perspectiva de género.



Buenas prácticas.

En la parte final de la sesión del día 24 de junio se presentaron ejemplos de buena práctica en materia de humanización por parte de asistentes al taller de El Salvador y Bolivia. También se han recibido ejemplos de buena práctica de otros países.

El Salvador. Estrategia Integral para la Mejora Continua de la Calidad de la Atención para los afiliados del ISSS, mediante la implementación de la Guía de Cambio Cultural Centrado en la Persona y la Medición del Índice de Satisfacción de los afiliados.

La ingeniera Xenia Menjívar, Jefa del Departamento de Desarrollo Humano del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), presentó la Guía de Cambio Cultural Centrado en la Persona, un instrumento técnico diseñado en el marco de la Política Institucional de Humanización del ISSS, orientado a facilitar la transformación organizacional hacia un modelo de atención basado en el respeto, la dignidad y centrado en la persona usuaria. La buena práctica ha sido referida, junto a Xenia Menjívar, por los doctores Guillermo Valdés y Nahum Somoza, que también intervino en la sesión.

Esta guía aporta un marco metodológico e institucional para integrar la humanización como eje transversal en la gestión de la calidad en los servicios de salud. Su aplicación permite a cada centro de atención, formular e implementar un Plan de Intervención en Humanización mediante una metodología estructurada, con enfoque participativo y adaptable al contexto local. La guía articula sus acciones en torno a cuatro ejes estratégicos:

- 1. CULTURA:** Reconfiguración de valores, prácticas y comportamientos institucionales hacia una cultura del cuidado humanizado, a través del liderazgo centrado en la persona y mejoramiento del clima laboral.
- 2. COMUNICACIÓN:** Implementación de mecanismos para fortalecer la comunicación efectiva, empática y centrada en las necesidades del usuario.

- 3. LINEAMIENTOS:** Definición y/o actualización de procesos, criterios técnicos y normativos que garanticen la coherencia y sostenibilidad de las acciones de humanización y aseguren la efectiva implementación de la Política Institucional de Humanización.
- 4. IDENTIDAD:** Reafirmación de los principios institucionales que fortalecen el sentido de pertenencia y el compromiso con la atención centrada en la persona.

Los Planes de Intervención en Humanización, formulados a partir de la Guía de Cambio Cultural Centrado en la Persona, tienen un alcance institucional a nivel nacional, abarcando todos los niveles de atención y unidades operativas. Están diseñados para adaptarse a las particularidades de cada centro de salud, garantizando pertinencia y aplicabilidad local y para ser evaluados periódicamente, con vigencia temporal definida por ciclos anuales o bianuales, según la planificación estratégica institucional.

En complemento a lo anterior, en el mes de octubre de 2024, por Acuerdo de Consejo Directivo del ISSS, se creó la Oficialía para la Defensa de los Derechos del Afiliado (ODDA), cuya función principal se enfoca en velar por el cumplimiento de los derechos y deberes de los afiliados del ISSS, mediante el monitoreo de los servicios tanto asistenciales como administrativos.

A partir del mes de enero 2025, el ISSS se constituye en integrante y usuario natural de la plataforma de la Dirección de Monitoreo Estratégico de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud, en la que mediante un código de respuesta rápida (QR) ubicado en lugares estratégicos de todas las dependencias institucionales que brindan servicios (administrativos o asistenciales) a los afiliados, se captan en tiempo real, las opiniones de los usuarios externos de los mismos así como de sus acompañantes, cuando aplica. El análisis de los datos proporcionados por esta plataforma ha permitido la construcción de indicadores que contribuyen a mejorar la atención al afiliado.

El primer informe de resultados enero-abril 2025, ha sido presentado en el recién pasado mes de mayo, derivándose los siguientes resultados intermedios:

1. Determinación de la línea basal del índice de satisfacción de los usuarios de los servicios administrativos y asistenciales de las dependencias del Instituto Salvadoreño del Seguro Social para el período enero-abril 2025.
2. Plan de intervención en Humanización como parte de la Guía de Cambio Cultural Centrado en la Persona en el marco de la Política Institucional de Humanización del ISSS, desde la perspectiva de la Unidad de Recursos Humanos y la ODDA.
3. Plan de incentivos a dependencias y equipos de trabajo con mayor número de opiniones satisfactorias en el período.
4. Presentación de informe integral a las autoridades de la Gerencia de Salud como parte de las estrategias para la identificación de estrategias y ejecución de intervenciones tendientes a impulsar la mejora de la medición basal relacionada en el numeral uno.
5. Mediciones de seguimiento trimestrales para medición de impacto de las intervenciones a implementar por parte de la Gerencia de Salud en las diferentes dependencias institucionales, según resultados de línea basal.

Bolivia. La humanización en el Plan Quinquenal de la Caja Nacional de Salud de Bolivia

Por parte de Bolivia intervino en la sesión del día 24 el doctor Luis Alan Gutiérrez, auditor médico del Departamento de Gestión de Calidad de la Caja Nacional de Salud (CNS). Expresó su satisfacción por haber podido constatar a lo largo de la sesión que la labor que están desarrollando en la CNS en materia de humanización (incorporación del concepto de atención compasiva, trabajo para cambiar determinados usos y costumbres en el personal sanitario, evaluación de la satisfacción del usuario interno y externo, canales de quejas, protocolos específicos para la atención a pacientes en situación de duelo y a pacientes con discapacidad) está muy alineada con el Protocolo, y su convencimiento de que el Protocolo les será muy útil en el futuro.

Otros ejemplos de buena práctica referidos por los participantes en el taller

Colombia. TOXMEDICAL, un cuidado humano y digno en la atención en salud.

Este ejemplo de buena práctica, referido por los doctores Camilo Uribe Granja, Marcela Preciado y Carlos Alfonso Romero Daza, describió cómo en el proceso de diseño e implementación de TOXMEDICAL, una institución prestadora de servicios de salud en el campo de la Toxicología, se determinó como pilar principal un servicio humanizado bajo el criterio de atención centrado en la persona y basado en la evidencia para mejorar el compromiso del paciente y su familia.

Se tomó como piloto el área de adicciones, donde lamentablemente en nuestro medio se cometen múltiples atropellos contra el paciente que sufre trastornos producidos por consumo de sustancias psicoactivas y contra sus familias. Los componentes del piloto incluyeron:

- 1)** Capacitación del nivel directivo en liderazgo ejecutivo para la creación del comité directivo de la atención centrada en la persona.
- 2)** Capacitación del personal asistencial y administrativo que incluyó presentación de la estrategia, talleres de comunicación y empatía, técnicas para escuchar activamente, formación en sensibilización cultural y diversidad.
- 3)** Protocolos de atención humanizada que incluye una bienvenida clara y cordial al paciente y sus acudientes, la explicación por parte de los profesionales de diagnósticos y tratamientos debe ser clara, sencilla, completa y en lenguaje comprensible, así como estar abiertos a responder cualquier inquietud o duda. En todo momento deben existir espacios para la expresión de dudas y miedos no solo por parte de pacientes y acudientes sino también por parte del equipo de trabajo.
- 4)** Ambientes amigables, desde el propio diseño de la infraestructura de la institución prestadora de servicios de salud, concebido para que fuese mucho más cálida, hasta la elaboración de material audiovisual sencillo y entendible para toda la población objeto.

- 5) Participación del paciente y sus acudientes: siempre incluir el paciente y su familia en la toma de decisiones.
- 6) Seguimiento y retroalimentación: Diseño e implementación de encuestas de satisfacción.
- 7) Análisis continuos y ajustes basados en retroalimentación.

Desarrollándose el piloto en el Servicio de adicciones, que está compuesto por un grupo inter y transdisciplinario, y dadas las características de esta patología, se decidió incluir en el programa de humanización el concepto amplio de Psiquiatría de enlace, de tal manera que el psiquiatra participa activamente en toda la cadena de humanización tanto con paciente y su acudiente, como con la totalidad del cliente interno de la institución, sobre la premisa que sin una adecuada higiene mental no es posible prestar o recibir un servicio de salud humanizado.

Costa Rica. Promoción de servicios de salud humanizados e inclusivos para personas con discapacidad desde un enfoque de derechos humanos

Bilbia González Ulate ha referido la experiencia del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS) en Costa Rica, que se centra en la promoción de servicios de salud humanizados e inclusivos, basados en un enfoque de derechos humanos. Mediante procesos de articulación institucional con diversas entidades públicas, se han impulsado acciones orientadas a garantizar una atención digna, respetuosa y accesible para las personas con discapacidad.

Entre las principales iniciativas destacan la sensibilización y capacitación del personal de salud, la promoción del uso del certificado de discapacidad como herramienta para brindar una atención diferenciada, la mejora en los canales de comunicación accesible y el acompañamiento en casos de denuncia por maltrato o discriminación.

Se trata de una experiencia que aporta un enfoque integral de atención que sitúa a la persona con discapacidad en el centro del sistema de salud, promoviendo el respeto por la dignidad humana, la no discriminación y la participación activa en las decisiones que afectan su bienestar. Desde esta perspectiva, se incorporan criterios concretos de accesibilidad universal,

se fortalecen los procesos de atención humanizada y se fomenta una cultura institucional basada en la empatía, el respeto y la sensibilidad del personal sanitario.

Costa Rica. Humanización y calidad en los cuidados paliativos: Experiencia del Centro Nacional y la Red de Apoyo

También desde Costa Rica, las doctoras Indira Zecca Escalante, Carolina Méndez Monge y Mariana Herrera Quesada, del Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos (CNCDYCP), de la Caja Costarricense de Seguro Social, comentaron el trabajo que el CNCDYCP y la Red de 62 Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos de la Caja Costarricense de Seguro Social realizan en materia de atención integral, interdisciplinaria y humanizada, orientada al alivio del sufrimiento de personas con enfermedades crónicas avanzadas o en condición terminal. Esta práctica se articula mediante el cumplimiento del Decreto Ejecutivo N.º 29561-S, Ley N.º 10245, los manuales técnicos de la CCSS, y los procesos de habilitación y acreditación establecidos por el Ministerio de Salud.

La experiencia promueve la autonomía del paciente mediante la Ley de Voluntades Anticipadas, y se complementa con el trabajo colaborativo de equipos interdisciplinarios en la atención presencial, domiciliar y por teleconsulta. Aporta un modelo técnico y legalmente respaldado para la atención de personas en condición de sufrimiento, integrando el respeto a la dignidad humana como eje fundamental del cuidado. La normativa nacional —especialmente las Leyes N.º 10245 y 10231, así como el Manual de Normas de la CCSS— permite estructurar servicios eficientes, seguros y centrados en la persona. El CNCDYCP y la Red Nacional contribuyen a la mejora de la calidad institucional al operar conforme a criterios definidos de habilitación (Decreto N.º 34560-S) y avanzar hacia la acreditación sanitaria (Decreto N.º 43854-S).

Guatemala. Modelo de gestión estratégica con enfoque humanizado del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

El doctor Otto Miranda, especialista en Salud Pública en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), planteó el modelo de gestión estratégica con enfoque humanizado desarrollado por el IGSS, que está orientado a mejorar la calidad, eficiencia y accesibilidad de los servicios de salud. Esta experiencia incorpora la creación de Clínicas de Medicina Familiar, acciones de prevención y promoción, fortalecimiento del primer nivel de atención y ampliación de cobertura en territorios clave como Escuintla, Alta Verapaz y Petén. A través de inversiones en infraestructura, equipamiento, procesos de supervisión técnica y estrategias intersectoriales, el IGSS ha consolidado una respuesta integral y centrada en la persona, con criterios de equidad y sostenibilidad.

Esta experiencia fortalece la calidad mediante la reorganización de servicios, la implementación del modelo de salud familiar y comunitaria y la institucionalización de prácticas basadas en evidencia, incluyendo auditorías clínicas, guías de atención y formación continua.

El plan de humanización desarrollado por el IGSS se articula con la estrategia nacional, y ha demostrado sostenibilidad y evolución progresiva desde 2021, destacando en 2024–2025 su alineación con la Agenda 2030 y con el modelo APS-RISS. Su vigencia ha permitido mejorar la percepción del usuario y la integración de acciones clínicas y comunitarias bajo un mismo marco ético y operativo.

Entre sus resultados destacan el aumento en cobertura de consultas de medicina familiar, la mejora de indicadores de oportunidad en entrega de medicamentos, la ampliación del número de servicios clínicos y diagnósticos en zonas con brechas históricas, y la formación de más de 200 profesionales en atención centrada en la persona. Estos avances han generado impactos positivos en la satisfacción de pacientes y familiares, reducción de quejas formales, y mayor motivación del personal sanitario involucrado.

Honduras. Experiencia en atención al paciente en el área de consulta Externa y Hospitalización y en otras áreas del Hospital Militar

Erika Darleny Meléndez Molina, Daniela Alejandra Cruz Núñez y Karen Leticia Castillo Mateo refirió que el Hospital Militar de Honduras cuenta con un área especializada en Gestión de la Atención al Paciente, la cual lidera acciones orientadas a fortalecer una atención médica con enfoque humanizado. Como parte de esta estrategia, se imparten charlas formativas y de sensibilización dirigidas tanto al personal de salud como al personal administrativo, con el objetivo de promover un trato digno, empático y centrado en el paciente. Asimismo, se aplican encuestas de satisfacción para evaluar la percepción de los usuarios respecto a la calidad de la atención recibida durante su estancia hospitalaria, lo cual permite identificar áreas de mejora y fortalecer la experiencia del paciente.

Perú. Estrategia "Cuidando con el Corazón", de EsSalud

Isaac Villafuerte, analista administrativo, indicó que con el objetivo de fomentar una cultura organizacional y asistencial centrada en la humanización, el Seguro Social de Salud (EsSalud), ha elaborado la estrategia "Cuidando con el Corazón" para fortalecer la cultura de humanización en sus centros asistenciales a nivel nacional. La estrategia está centrada en la persona, incluyendo a usuarios internos, externos y familiares acompañantes.

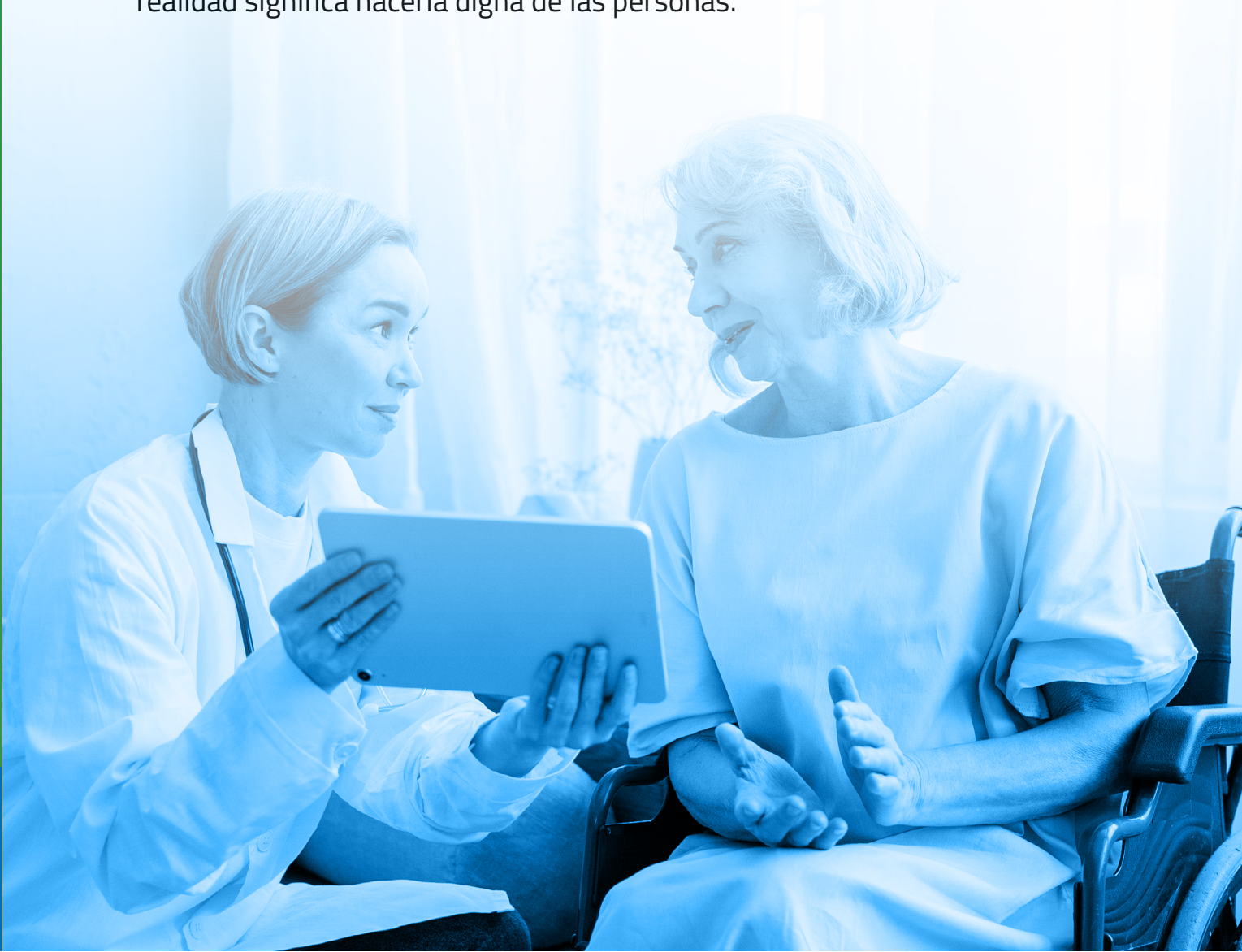
La estrategia de humanización EsSalud está basado en cinco ejes funcionales:

- ▶ Comunicación Efectiva, que busca fortalecer la comunicación en el ámbito médico para mejorar la experiencia del paciente y su cuidador.
- ▶ Formando Cuidadores, que reconoce el papel crucial de los cuidadores en el proceso de atención, por ello se implementará un programa de capacitación para ellos.
- ▶ Volviendo a Casa, garantizará la continuidad de la atención desde el entorno hospitalario hasta el hogar del paciente.

- ▶ 24/7 Sin Dolor, que consiste en el control del dolor del paciente, utilizando herramientas como la escala visual analógica para abordarlo adecuadamente.
- ▶ Mejorando tu entorno, que consiste en utilizar la colorimetría y generar un espacio más acogedor para el paciente.

Uruguay. Humanización de los Cuidados

Natalia Lizet Durán Tambasco, de la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (Ministerio de Desarrollo Social) de Uruguay refirió que humanizar los cuidados implica apostar por una atención más amable y centrada en las personas. Supone personalizar la atención y escuchar qué necesitan las personas que reciben los cuidados y sus familias, no lo que el cuidador cree que necesitan. Cuidar requiere competencia profesional y formación, pero también individualidad, emoción, solidaridad, sensibilidad y ética. Precisa de dotes de comunicación y habilidades para relacionarse tales como empatía, escucha activa, respeto y compasión. Humanizar una realidad significa hacerla digna de las personas.



Conclusiones.

El taller para la implementación del Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud, organizado por la OISS en junio de 2025 con el apoyo de la AECID, tuvo como propósito promover el conocimiento e impulsar la aplicación del Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud y la Guía para la elaboración y actualización de Planes de Humanización de la Salud en Iberoamérica. Ambas herramientas son fundamentales para avanzar hacia sistemas de salud centrados en la dignidad humana, los derechos y la calidad en la atención. El taller también destacó el papel innovador de la inteligencia artificial como apoyo para diseñar y actualizar planes de humanización de forma más ágil y eficiente.

Durante el encuentro, Antonio Jiménez Lara presentó ambas herramientas (Protocolo y Guía) y se compartieron buenas prácticas de El Salvador, Bolivia Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras y Perú. En la segunda sesión, Alberto Solano abordó el uso de la Inteligencia Artificial (IA) en la elaboración y actualización de planes de humanización. Se presentaron herramientas de IA como *ChatGPT* y *Perplexity*. Se subrayó la importancia de garantizar la protección de datos, la ética y la supervisión humana en su uso.

El Taller se consolidó como un espacio de reflexión, aprendizaje e intercambio orientado a fortalecer la cultura de la humanización en los sistemas de salud de Iberoamérica. La participación de profesionales de diversos países reafirmó la convicción compartida de que la calidad en la atención solo se alcanza plenamente cuando se sitúa a la persona en el centro del sistema, reconociendo su dignidad, derechos y singularidad.

El Protocolo y la Guía se consolidan como instrumentos esenciales para avanzar hacia modelos de atención integrales, equitativos y respetuosos de los valores humanos. Ofrecen un marco metodológico que integra la evaluación, planificación y mejora continua, articulando calidad y humanización como ejes inseparables para alcanzar altos estándares asistenciales.

Por otra parte, la incorporación de la Inteligencia Artificial en los procesos de planificación representa un avance significativo hacia la modernización y eficiencia de la gestión sanitaria. Su aplicación, conforme a los principios y contenidos de la Guía, permite optimizar la recopilación y análisis de información, fortalecer la toma de decisiones basadas en evidencia y facilitar la adaptación dinámica de los planes institucionales, siempre

bajo la supervisión humana, la ética y la protección de la privacidad como pilares irrenunciables en su uso.

El impacto potencial del Protocolo y de la Guía trasciende el ámbito técnico: promueve un cambio cultural profundo, posicionando la humanización como principio estructurante de la salud pública y privada en Iberoamérica. Su implementación impulsa la justicia, la accesibilidad, la empatía y el compromiso con la mejora continua, fortaleciendo la confianza entre la ciudadanía y las instituciones sanitarias.

En definitiva, este taller reafirma que la humanización de la salud no es un complemento de la calidad, sino su máxima expresión. La integración del Protocolo y la Guía, junto con el uso ético e inteligente de la Inteligencia Artificial, permitirá a los sistemas de salud iberoamericanos avanzar hacia una atención más digna, cercana, eficiente y sostenible, en la que el respeto por la persona y la búsqueda de la excelencia se conviertan en el núcleo de toda acción sanitaria.



Información adicional.

Tanto la Guía como el Protocolo están disponibles para consulta y descarga en la web del [Observatorio Iberoamericano de Humanización de la Salud \(OIHS\)](#), una iniciativa de la OISS que tiene como propósito impulsar la humanización y el fortalecimiento de los sistemas de salud a través de la puesta a disposición de información de especial relevancia en la materia para que los países e instituciones sanitarias de la región puedan conocer, presentar y acceder a la información relevante sobre buenas prácticas existentes en este ámbito. Los enlaces específicos son los siguientes:

- ▶ [Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud](#)
- ▶ [Guía para la elaboración y actualización de Planes de Humanización de la Salud en Iberoamérica](#)

Por otro lado, las sesiones de este taller se pueden visualizar a través del [Canal de YouTube de la OISS](#). Los enlaces específicos son los siguientes:

- ▶ [Primera sesión del taller](#)
- ▶ [Segunda sesión del taller](#)





Con el apoyo de:



Secretaría General
c/Velázquez, 105. 1.ª planta
28006 Madrid - España
Correo electrónico: sec.general@oiss.org
www.oiss.org