

Octubre, 2024

Síntesis Rápida de Evidencia.

Experiencia internacional

¿Cuáles son las políticas de humanización en salud a nivel internacional?

La humanización de la salud tiene como objetivo central poner a las personas en el corazón del sistema sanitario, reconociendo su dignidad, autonomía y particularidades individuales (1,2). Este enfoque busca transformar las relaciones entre los profesionales de la salud y las personas usuarias, promoviendo interacciones más empáticas y respetuosas (1,2). Asimismo, se enfoca en mejorar el entorno de trabajo de los y las profesionales, reconociendo que la calidad de la atención también depende del bienestar de las personas que trabajan en el ámbito sanitario (1-3).

En Chile, actualmente se encuentra en desarrollo la elaboración de un Plan de Humanización de la Salud. Es en este contexto que el Gabinete de la Ministra de Salud ha solicitado esta síntesis sobre las políticas de humanización en salud a nivel internacional.

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia experiencias internacionales?

Es una recopilación de la evidencia disponible sobre una política, modo de organización u otras intervenciones.

✓ Esta síntesis incluye

- Contextualización del problema.
- Experiencia de países en el abordaje del problema analizado
- Consideraciones de implementación

✗ Esta síntesis no incluye:

- Recomendaciones explícitas de la decisión a tomar o modo de implementación.

Se incluyen 5 países

Mensajes claves

- Las experiencias de países como España, Brasil y Colombia integran el concepto de humanización en salud. Por otro lado, en los países de Reino Unido y Canadá aunque no se menciona explícitamente el término "humanización", se promueven estrategias centradas en la persona y la compasión en la atención de salud.
- Las políticas revisadas comparten componentes como: atención centrada en las personas y en las relaciones interpersonales, gestión y liderazgo, condiciones laborales y valoración del personal, acogida de las personas, destacando la relevancia de su participación.
- Los países cuentan con un marco legal que facilita la inclusión de políticas de humanización en la regulación existente, por lo que no se identificaron nuevas leyes para su implementación.
- En todos los países revisados, las iniciativas de humanización están integradas de manera transversal en los distintos niveles de atención. En el caso de Brasil, se destaca que sus primeras iniciativas de humanización se desarrollaron en el nivel hospitalario dentro de políticas previas.
- En cuanto a la evaluación, en los países revisados se utilizan o proponen sistemas de monitoreo y evaluación en lugar de un sistema formal de acreditación.
- En los casos de Chile y Colombia, aún no existe un plan nacional consolidado en esta materia. Sin embargo, en Chile se han identificado diversas regulaciones e iniciativas orientadas a favorecer la incorporación de la humanización en el sistema de salud. Por su parte, en Colombia se han propuesto planes nacionales para este fin, aunque aún no se ha confirmado su aprobación o inicio de implementación.

Tabla resumen de las principales características de Políticas en Humanización en Salud

Criterios revisados	 Chile	 Brasil	 Alberta, Canadá	 Colombia	 Madrid, España	 Reino Unido
Componentes que incorpora la política	No cuenta con una política nacional. Cuenta con normas y leyes sobre: derechos y protección de salud; atención integral y calidad de vida; y acompañamiento en procesos de salud	Acogida; clínica ampliada; cogestión; derechos; promoción de grupos; valoración de los y las trabajadores; y memoria	Promoción del respeto y la comunicación; enfoque basado en equipo; continuidad de cuidados	Relaciones interpersonales; participación colaborativa; empoderamiento; formación; investigación; condiciones laborales; gestión centrada en las personas	Atención centrada las personas; infraestructura y entornos; profesionales y liderazgo	Autonomía; experiencias positivas; calidad; liderazgo; staff correcto; experiencias positivas del staff
Leyes que respaldan la política	No cuenta con una política nacional, pero existe un marco regulatorio compuesto por la ley 20.584 y varias leyes orientadas a los derechos, protección y acompañamiento en la atención en salud	Se basa en la Ley Orgánica de Salud 8.080	La política está incluida en el plan sanitario y financiero de la provincia	Ley Estatutaria de Salud; Decreto 1011 de 2006	Leyes anteriores a la Política centradas en la autonomía y dignidad de las personas	Constitución del <i>National Health Service</i>
Nivel de atención	Las leyes implementadas a la fecha abarcan todos los niveles de atención	Todos los niveles de atención	Todos los niveles de atención	Todos los niveles de atención	Todos los niveles de atención	Todos los niveles. Centrado en profesionales de enfermería; obstetricia y personal de atención
Recursos Requeridos	No cuenta con una política nacional en humanización	No se reporta	No se reporta	Se señalan responsabilidades por nivel administrativo	Estructura organizativa creada para implementación y monitoreo	No se reporta
Acreditación	No cuenta con una política nacional en humanización	Propone sistema de monitoreo a través de indicadores	Propone sistema de monitoreo a través de indicadores	Sistema Único de Acreditación (SUA)	Sistema de evaluación a través de Índice de Satisfacción	Sistema de evaluación de las experiencias del personal a través de encuestas

Introducción

El concepto de humanización en la atención sanitaria ha cobrado gran relevancia en los últimos años, impulsado por un interés creciente en reconocer la individualidad de las personas y sus dimensiones emocionales y sociales, así como su derecho a expresar libremente sus sentimientos, percepciones y pensamientos sobre su salud (1,2). Humanizar la atención significa devolverles este espacio de expresión y respeto, acogiendo a las personas en su totalidad y brindándole un trato fundamentado en la solidaridad, la empatía, la compasión y el respeto por la vida(3). Este enfoque reconoce la singularidad de cada persona y le devuelve su rol central y protagonista en el proceso de atención (1,3).

En Chile, la humanización en salud ha sido abordada a través de diferentes iniciativas y normativas, entre ellas las orientaciones hacia un trato digno (4) y la Ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes (5). Estas medidas han buscado asegurar que la atención sanitaria respete la dignidad, autonomía y participación activa de las personas. En la actualidad se está discutiendo un plan de humanización, cuyo objetivo es integrar de manera más sistemática este enfoque en los distintos niveles del sistema de salud. Es en este contexto que el Gabinete de la Ministra de Salud ha solicitado esta síntesis sobre las políticas de Humanización en Salud a nivel Internacional.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron documentos en páginas gubernamentales, incluyendo conceptos: "Humanización en salud" "Compasión en salud" en los idiomas oficiales de cada país o territorio.

Los términos y estrategia de búsqueda se encuentran en el [Anexo 1](#).

¿Cómo se realizó selección de la evidencia?

Se priorizaron documentos elaborados por instituciones gubernamentales, y leyes regulatorias de cada país.

Información y países de interés

Para delimitar los alcances de este informe el Gabinete de la Ministra de Salud en conjunto con la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia (UPSIE), del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia (ETESA-SBE), definieron **información de interés sobre** las políticas de humanización en salud a nivel internacional.

1. ¿Qué componentes abordan las políticas de humanización en salud?
2. ¿Qué leyes respaldan la política de humanización en salud?
3. ¿Cómo se implementa la política de humanización en salud?
 - Recursos considerados.
 - Niveles de atención de salud en que se implementa el programa de humanización y en cual se inició el proceso de implementación.
 - Acreditación institucional o profesional para la atención humanizada en salud.

Para hacer la comparación de países, primero se describieron las condiciones o características de interés para Chile, de modo de establecer un parámetro de comparación. Como territorios de comparación se determinaron **5 países** en los cuales se quería explorar las políticas de humanización en salud a nivel internacional. Los países seleccionados fueron:

1. [Brasil](#)
2. [Canadá](#)
3. [Colombia](#)
4. [España](#)
5. [Reino Unido](#)

En los casos de países que poseían diferencias normativas a nivel territorial, contando con leyes autónomas según estados, provincias, entre otros, se definieron territorios específicos dentro de dichos países. Los territorios seleccionados fueron:

1. Madrid, España
2. Alberta, Canadá

El mapa de los países y territorios incluidos puede encontrarse en el [Anexo 2](#).

Hallazgos

A continuación, se presentan las condiciones de las políticas de humanización en salud según país o territorio explorado en esta síntesis.

Chile

En el contexto chileno, la Ley 20.584 (6), que establece deberes y derechos en la atención de salud, proporciona un marco general para la humanización de la salud. A partir de esta ley, se han desarrollado diversas normativas que complementan y amplían estos principios. Entre ellas se encuentran:

- Ley 21.030 (7): Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.
- Ley 21.168 (8): Establece el derecho a la atención preferente.
- Ley 21.258 (9): Crea la Ley Nacional del Cáncer.
- Ley 21.331(10): Reconoce y protege los derechos de las personas en la atención de salud mental.
- Ley 21.372 (11): Conocida como Ley Mila, establece medidas especiales en relación al acompañamiento de pacientes.
- Ley 21.371 (12): Conocida como Ley Dominga, establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal.
- Ley 21.545 (13): Conocida como Ley TEA, establece la promoción de la inclusión, la atención integral y la protección de los derechos de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- Ley 21.375 (14): Conocida como la Ley de Cuidados Paliativos Universales, que consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas con enfermedades terminales o graves, constituyéndose en un derecho universal para todas las personas que por su condición de salud lo requieran con el fin de mejorar su calidad de vida, así como también la de sus cuidadores y familias.
- Ley 21.541 (15) : Establece disposiciones sobre las atenciones mediante telemedicina.
- Ley 21.643 (16): Ley Karin, que modifica el Código del Trabajo y otros cuerpos legales en materia de prevención, investigación y sanción del acoso laboral, sexual o de violencia en el trabajo.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud implementa estrategias como el Programa Hospital Amigo y la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) en la APS, que aseguran la centralidad en la persona, la integralidad y continuidad del cuidado. Estas iniciativas, junto a políticas enfocadas en el desarrollo de la salud mental como prioridad ministerial y la agenda de humanización promovida por la Ministra de Salud, permiten una articulación robusta y coordinada de esfuerzos en este ámbito. Pese a todo lo anterior, no existe actualmente una política o estrategia nacional que articule estas iniciativas.

1. ¿Qué componentes abordan las políticas de humanización en salud?

Debido a la ausencia de una política nacional de humanización, no se han establecido componentes integrados en esta área. Sin embargo, existen algunas iniciativas relacionadas a lo largo de la red asistencial que buscan promover una atención más humanizada. Dentro de ellas destaca el Departamento de Humanización del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco (17,18), el cual tiene los objetivos (18):

- Implementar en forma progresiva la atención personalizada en los servicios clínicos.
- Promover en la institución el trato digno y humanizado al paciente y la familia.
- Impulsar la entrega de información y toma de decisiones compartidas.

- Avanzar en el proceso para asegurar la muerte digna de los pacientes y la elaboración positiva del duelo.
- Implementar estrategias para responder al derecho del acompañamiento.
- Desarrollar competencias humanizadoras y relacionales en los/as funcionarios/as.
- Promover el cuidado en los/as funcionarios/as del establecimiento.
- Humanizar los espacios físicos del establecimiento.
- Desarrollar y fortalecer las prácticas de medicina integrativa, tradicional y complementaria en el establecimiento.
- Impulsar y fortalecer la vinculación y participación de la comunidad en torno a la humanización de la salud en el establecimiento.

2. ¿Qué leyes respaldan la política de humanización en salud?

No existe una política nacional de humanización; sin embargo, existe un marco normativo orientado hacia la humanización de la atención en salud, reflejado en diversas leyes (7-16) que promueven el respeto y la dignidad en la interacción con los usuarios del sistema sanitario.

3. ¿Cómo se implementa la política de humanización en salud?

A la fecha no existe una política nacional de humanización.

Brasil

El sistema de salud de Brasil está basado en el Sistema Único de Salud (SUS), establecido por la Constitución Federal de 1988 (19). El SUS garantiza que la atención de salud sea un derecho universal de todos los ciudadanos brasileños. Este sistema se rige por principios de universalidad, integralidad y equidad (19).

La Política Nacional de Humanización (HumanizaSUS), creada en 2003, busca reforzar estos principios al promover una atención centrada en la persona, enfocada en una interacción caracterizada por el respeto y la dignidad tanto hacia quienes reciben los servicios de salud como hacia los profesionales que los brindan (19).

Los objetivos de HumanizaSUS son (20):

- Difundir a los trabajadores, gestores y usuarios del SUS los principios y directrices de la humanización;
- Fortalecer las iniciativas de humanización existentes;
- Desarrollar tecnologías relacionales y de intercambio para las prácticas de gestión y atención;
- Mejorar, ofrecer y difundir estrategias y metodologías para apoyar cambios sostenibles en los modelos de atención y gestión;
- Implementar procesos de seguimiento y evaluación, destacando los conocimientos generados en el SUS y las experiencias colectivas exitosas.

Esta política se rige por los siguientes principios (19):

- **Transversalidad:** Debe estar incluida en todas las políticas y programas del SUS; buscando transformar las relaciones laborales aumentando el grado de contacto y comunicación entre personas.
- **Inseparabilidad entre atención y gestión:** Los trabajadores y usuarios deben comprender cómo funciona la gestión de los servicios y la red de salud, así como participar activamente en el proceso de toma de decisiones en las organizaciones.
- **Protagonismo, corresponsabilidad, autonomía de sujetos y colectivos:** Ampliación de la autonomía y la voluntad de las personas involucradas, que comparten responsabilidades. Un SUS humanizado reconoce a cada persona como ciudadano legítimo, con derechos y valores, y estimula su papel en la salud.

1. ¿Qué componentes abordan las políticas de humanización en salud?

Tabla 1. Pautas, directrices, y parámetros de la Política Nacional de Humanización

Pautas generales de la política de Humanización en Salud
Valorar la dimensión subjetiva y colectiva en las prácticas de atención y gestión en el SUS , fortaleciendo el compromiso con los derechos de ciudadanía, destacando las necesidades específicas de género, étnico, y orientación sexual.
Fortalecer el trabajo en equipos multidisciplinarios , incentivando transversalidad y grupalidad.
Construcción de redes cooperativas , de apoyo y comprometidas con la salud.
Construcción de autonomía y protagonismo de sujetos y colectivos.
Corresponsabilidad en la gestión y atención.
Fortalecer participación social , en todos los órganos de gestión del SUS.
Compromiso con la democratización de las relaciones laborales y la valorización de los trabajadores de la salud, estimulando procesos permanentes de educación en salud.
Mejora del ambiente , con organización de los espacios de trabajo para que sean saludables y acogedores.
Directrices de la política de Humanización en Salud
Acogida
Una actitud acogedora, sensible a la diversidad cultural, racial y étnica . En la recepción todas las personas son acogidas, lo que implica escucha calificada, asistencia y, si es necesario, derivación responsable. La recepción no constituye una etapa de atención, ya que está presente en todas las acciones realizadas por el servicio de salud.
Clínica Ampliada
Significa que las personas son vistas de forma más amplia y que no se limitan a las expresiones de las enfermedades que padecen . Esto implica buscar ayuda en otros sectores, ya que un sector no puede, por sí sola, satisfacer todas las necesidades del usuario/a.
Co-gestión
La co-gestión significa la inclusión de nuevos sujetos en los procesos de gestión (análisis de contexto y problemas; proceso de toma de decisiones), ejercidos no por unos pocos, sino por un conjunto más amplio de sujetos que conforman la organización.
Defender los derechos de los/as usuarios/as
Se fundamentan en la Carta de Derechos y Deberes de los y las usuarias , lo que demuestra las formas en que la política contribuye con la garantía de los derechos de los usuarios de la salud. Entre estos derechos se menciona que toda persona tiene derecho a una atención humanizada y acogedora, proporcionada por profesionales calificados, en un ambiente limpio, confortable y accesible a todos. Así como el respeto a sus valores y cultura.
Promoción de grupos, colectivos y redes
Disponer de más servicios y más equipamientos . También es necesario asegurar que la ampliación de la cobertura de salud vaya acompañada de una ampliación de la comunicación entre los servicios para contar con procesos de atención y gestión más eficientes que construyan una atención integral.
Valorar el trabajo y los trabajadores
Promover la salud en el lugar de trabajo significa mejorar la capacidad de comprender y analizar el trabajo, creando espacios de debate colectivo.
Construcción de memoria SUS
Pensadas como herramientas analíticas, las nociones de memoria e historia se articulan para dar cuenta de procesos sociales relacionados con la interpretación del pasado . Por este motivo se planifica la construcción colectiva de una cartilla que contendrá informaciones teórico-metodológicas sobre formas de registro, foto documentación, entrevistas y narrativas del SUS.
Ejes de acción de la política de Humanización en Salud

Gestión del trabajo
Promover acciones que aseguren la participación de las y los trabajadores en los procesos de discusión y toma de decisiones, fortaleciendo y valorando a los trabajadores, su motivación, su desarrollo y su crecimiento profesional.
Financiamiento
Integrar recursos vinculados a programas específicos de humanización y otros recursos de apoyo a la atención, unificándolos y transfiriéndolos a través del compromiso de los gestores con la PNH.
Atención en salud
Se propone una política para incentivar acciones integrales, e intersectoriales en salud, innovando en procesos de trabajo que busquen mayor autonomía y protagonismo de los sujetos involucrados.
Educación continua en salud
Se busca que la política de humanización sea incluida como contenido curricular de cursos de pregrado, posgrado y extensión en salud, y orientar los procesos continuos de educación en salud de los trabajadores de los propios servicios de salud.
Información/comunicación
La inclusión de la política de humanización en el debate sobre salud a través de la acción de los medios.
Gestión de la política de humanización
Se proponen prácticas de planificación, seguimiento y evaluación, basadas en sus principios, directrices y dispositivos, midiendo sus resultados y generando conocimientos específicos desde la perspectiva de Humanización del SUS.

2. ¿Qué leyes respaldan la política de humanización en salud?

No se identificó una ley específica para el HumanizaSUS. Sin embargo, sus principios refuerzan lo ya establecido en la **Ley Orgánica de la Salud** (21) que regula las acciones y servicios de salud en el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. Esta ley establece los principios del SUS, como la **universalidad, integralidad y equidad** en la atención, los cuales son fundamentales para el enfoque de humanización.

3. ¿Cómo se implementa la política de humanización en salud?

○ Recursos requeridos para la implementación (humanos, físicos o financieros)

No se recuperó información específica sobre los recursos requeridos para la implementación de esta política.

Para poder implementar el HumanizaSUS se señalan las siguientes acciones para iniciar el proceso de manera local, como, por ejemplo (19):

- Acceder al sitio web del HumanizaSUS¹ y conocer sus folletos temáticos y el documento que presenta sus principios y directrices.
- Iniciar una discusión sobre los procesos de trabajo, ya sea en un grupo formado únicamente por trabajadores o que pueda incluir también la participación de las y los usuarios.
- Contactar a otros servicios que ya cuenten con experiencia en la implementación del HumanizaSUS.
- El HumanizaSUS cuenta además con un grupo de consultores que apoyan la implementación, a través de la presentación de la política, la participación en foros de debate y talleres de

¹ Sitio web de HumanizaSUS: www.saude.gov.br/humanizasus

capacitación. Este apoyo institucional se brinda en alianza con la institución que presentó la solicitud, para la construcción colectiva de la organización de servicios.

- **Niveles de atención de salud en que se implementa el programa de humanización**

La política de humanización en salud está diseñada para ser implementada en cualquier servicio de salud, como Centro de Salud, Unidad de Salud de la Familia, Servicio de Emergencia, hospital, nivel central de secretarías de salud. Sin embargo, el primer programa nacional de humanización en Brasil *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar* (22) fue implementado en el nivel terciario el año 2001.

- **Acreditación institucional o profesional para la atención humanizada en salud**

Aunque no se identificó un sistema de acreditación formal en el marco del programa HumanizaSUS, el documento *Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Atenção Básica e Hospitalar* (23) proporciona una serie de indicadores de referencia, tanto para hospitales como para centros de atención primaria de salud, clasificados por objetivo y dimensiones de planificación y evaluación, y si son para “evaluar infraestructura y procesos” o “desempeño y resultados”.

Canadá

Canadá tiene un sistema de salud con cobertura universal, administrado de manera descentralizada. La atención de salud es administrada principalmente por las 13 provincias y territorios del país (24). Los gobiernos de cada provincia tienen la responsabilidad principal de financiar, organizar y prestar los servicios de salud (24).

Se identificaron diversas estrategias a nivel provincial que posicionan en el centro de la atención a las personas usuarias y sus familias, tales como:

British Columbia: *Patient, family, caregiver and public engagement framework 2018* (25)

Ontario: *Patient First: Action Plan for Health Care* (26)

Alberta: *The Patient First Strategy* (27); *The Family Presence Policy Suite* (28)

De esta experiencia se optó por reportar las políticas de la provincia de Alberta, dado que era la experiencia que más comulgaba con los conceptos de humanización. Cuyo desarrollo involucró a los y las usuarios, sus familias y al personal de atención médica. Las características centrales de la atención incluyen(27):

- **Dignidad y respeto:** Los proveedores de atención médica escuchan, y respetan los valores, preferencias, necesidades expresadas y culturas de las personas usuarias y sus familiares. Y se utilizan para informar la planificación y prestación de la atención.
- **Intercambio de información:** Los proveedores de atención médica se comunican, y comparten información con las personas usuarias y familias de manera apropiada. Para mejorar la toma de decisiones informadas y garantizar que las personas y las familias sean participantes activos en la atención, se proporciona información completa y precisa.
- **Participación de familiares y amigos:** se anima y apoya a las personas y sus familias, para que participen en la planificación de la atención y la toma de decisiones.
- **Colaboración:** Los líderes y proveedores de atención médica establecen una asociación con las personas y familiares para colaborar en el desarrollo, implementación y evaluación de políticas y programas.

1. ¿Qué componentes abordan las políticas de humanización en salud?

Tabla 2. Componentes y objetivos de *The Patient First Strategy* (27)

Promover el respeto
La empatía como valor central, promover interacciones respetuosas entre las personas y los proveedores y administradores de atención médica, y entre los proveedores y sus colegas. Se promueve el respeto con el objetivo de crear una cultura de interacciones seguras y colaborativas entre las personas y el proveedor donde se puedan compartir los objetivos de la atención, respetar las opiniones sin juzgar, expresar las expectativas de manera clara y oportuna.
Enfoque en la persona se proporciona entornos, políticas y procedimientos que permiten a los proveedores de atención médica centrarse en la atención directa de las personas y familiares. Un ejemplo es contratar y reconocer activamente a personas que demuestren habilidades/características de atención centrada en la persona y la familia.
Fortalecer la comunicación

Proporcionar a las personas usuarias y familias, proveedores de atención médica capacitación y educación continuas centradas en las mejores prácticas de atención centradas en las personas usuarias y la familia, destacando formas de mejorar la comunicación.
Optimizar y maximizar la tecnología que respalda un sistema de información clínica al que puedan acceder fácilmente los proveedores de atención médica, las personas usuarias y las familias.
Apoyar un enfoque de atención basado en equipos
Las personas usuarias (y sus familiares/personas de apoyo principal) son socios plenos en la atención y colaboran como miembros esenciales con sus equipos de atención médica.
Apoyar la implementación de estándares de atención centrados en la persona y la familia en todos los puntos de atención que sean continuos durante todo el proceso de atención médica y brindar atención en equipo centrada en las necesidades y deseos de la persona usuaria y la familia.
La atención centrada en la persona y la familia debe mantenerse a la vanguardia de las prioridades de los Servicios de Salud de Alberta (AHS) con estrategias eficientes y eficaces , al mismo tiempo que cuenta con el respaldo de recursos adecuados (humanos, de desarrollo, de infraestructura y financieros).
Mejorar las transiciones en la atención
Facilitar el desarrollo de un proceso de transición provincial estandarizado que reconozca la singularidad de las personas usuarias y sus familias para brindar la más alta calidad de atención.
Establecer una responsabilidad compartida entre los proveedores de atención para el alta y las transiciones.

En el contexto de esta estrategia, el Servicio de Salud de Alberta elaboró la política *The Family Presence Policy Suite* (28) que busca apoyar la experiencia de las y los usuarios a través de una atención centrada en la persona y la familia de acuerdo con los principios establecidos por la *Patient First Strategy*. Este programa reconoce la necesidad de involucrar a familiares y personas de apoyo como colaboradores en la atención de salud, reforzando su presencia, al mismo tiempo que se resguarda la seguridad de todos y todas.

Tabla 3. Descripción de la política *The Family Presence Policy Suite* (28)

Personas o Familiares designados de apoyo
Contar con los sistemas de apoyo establecidos para garantizar que los familiares/personas de apoyo designadas participen como socios esenciales en la atención y sean bienvenidos a participar y colaborar con los proveedores de atención médica. Al iniciar una atención de salud el equipo de atención médica deberá documentar los nombres, la información de contacto y las funciones de la familia/personas de apoyo designadas que la persona usuaria identifica en su expediente médico. Estos roles incluyen: Con quién le gustaría que se compartiera la información de salud. - Con quién le gustaría colaborar en las decisiones de salud. - Con quién le gustaría estar acompañado durante las citas, visitas domiciliarias y pernoctaciones en entornos de la red de salud. - Con quién prefiere estar acompañado durante el deterioro clínico agudo y/o la reanimación. - El personal puede ofrecer información a una persona usuaria sobre su red de contactos, pero no tiene la autoridad legal para decidir sobre la elección de la persona de apoyo. - La familia/persona de apoyo designada tendrá acceso al recinto las 24 horas, los 7 días de la semana. Si no es posible que esté físicamente presente, el personal de AHS deberá brindar opciones para asociarse con el equipo de atención médica y apoyar a la persona usuaria (por ejemplo, conexiones virtuales).
Visitantes
Se reconoce que los visitantes tienen un papel único al brindar apoyo temporal a la persona usuaria, pero no son socios esenciales en la atención. Los visitantes son diferentes de los familiares/personas de apoyo designadas.
Responsabilidades para los proveedores de cuidados de salud
- Crear un ambiente acogedor y de apoyo para la presencia familiar. - Tratar a todos y todas con respeto, incluyendo ser sensible a la diversidad y las necesidades únicas de individuos y grupos. - Mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad de las personas y sus familiares/personas de apoyo y visitantes designados. - Informar a las personas usuarias y a sus familiares/personas de apoyo designadas y visitantes sobre el espacio y los recursos que pueden apoyar su presencia. - Escuchar y considerar las ideas, solicitudes y responder de manera compasiva y oportuna. - Informar cómo apoyar una cultura de seguridad y respeto en entornos de atención médica. - Compartir las oportunidades y recursos para apoyar las prácticas culturales, espirituales o religiosas de las personas usuarias. - Discutir las opciones disponibles que pueden mejorar la comunicación entre las personas y sus familiares/personas de apoyo y visitantes designados. - Compartir información transparente sobre los requisitos de acceso al sitio, incluidos los límites establecidos. - Informar y enseñar sobre los procesos de prevención y control de infecciones necesarios antes o mientras pasan tiempo con una persona usuaria.
Responsabilidades de los familiares
- Demostrar un comportamiento respetuoso hacia los proveedores de atención médica. - Ser sensible a la privacidad de los proveedores de atención médica y otras personas usuarias. - Mantener entornos de atención seguros y tranquilos para las personas, especialmente en espacios compartidos y durante los momentos de silencio designados. - Seguir todos los requisitos de acceso al sitio, incluidos, entre otros, usar equipo de protección personal (PPE). - Llevar una identificación de visitante o familiar/persona de apoyo designada. - Proporcionar información precisa, inquietudes o preguntas sobre el bienestar de la persona usuaria al equipo de atención médica.
Límites
Establecer los límites según lo establecido en la guía: <i>Managing limits to designated family / support person and visitor Access</i> (29).

2. ¿Qué leyes respaldan la política de humanización en salud?

Aunque no se encontró información sobre una ley específica que respalde directamente la *Patient First Strategy*, se puede señalar que la estrategia se sustenta en el *Health Plan and Business Plan 2017-2020: A Healthier Future. Together* (30). Este plan sanitario y económico de la provincia de Alberta establece los objetivos y prioridades del *Alberta Health Services* (AHS), enfocándose en mejorar la calidad de la atención médica, aumentar la participación y asegurar que los servicios de salud sean más accesibles y centrados en las necesidades de las personas (27).

3. ¿Cómo se implementa la política de humanización en salud?

○ Recursos requeridos para la implementación (humanos, físicos o financieros)

No se recuperó información específica sobre los recursos requeridos para la implementación de la política (27,28).

○ Niveles de atención de salud en que se implementa el programa de humanización

La política *Patient First Strategy* abarca todos los niveles de atención del servicio de Salud de Alberta (27). De igual forma, el programa de acompañamiento familiar o de personas de apoyo designadas está dirigida a todos los niveles del Servicio de Salud de Alberta (28).

○ Acreditación institucional o profesional para la atención humanizada en salud

Aunque no se ha identificado un sistema de acreditación en curso, la política revisada subraya la importancia de implementar un sistema de monitoreo y evaluación. Si bien este sistema aún no ha sido definido, la política sugiere las siguientes directrices (27):

- Mejora de la calidad y seguridad.
- Optimización de los resultados de salud.
- Fortalecimiento del ambiente de trabajo en equipo.
- Incremento en los niveles de satisfacción.
- Aumento en la satisfacción del personal, médicos y voluntarios.
- Retorno de la inversión en iniciativas centradas en las personas y la familia.
- Mejor evaluación mediante puntajes HCAHPS (*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) en áreas como la comunicación y el proceso de alta.
- Mayor participación de la ciudadanía y de las y los usuarios en la organización.

Colombia

El sistema de salud de Colombia se basa en un principio de universalidad (31). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen un paquete único de servicios definido por el Plan Obligatorio de Salud (POS) (31).

En el año 2020, en Colombia se elaboró la propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud “Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana”, la cual busca instaurar la Humanización como principio transversal en las diferentes políticas nacionales, territoriales e institucionales, tanto privadas como públicas (32).

El objetivo de la propuesta es mejorar la experiencia en salud de las personas teniendo en cuenta la diversidad, las **necesidades** y particularidades de los diferentes territorios, generando cambios en la gestión centrada en el ser humano al reconocer en cada persona su integralidad (32).

1. ¿Qué componentes abordan las políticas de humanización en salud?

Tabla 4. Ejes, estrategias y objetivos asociados del Plan de Humanización de Colombia (32)

EJE 1. Fortalecimiento de las relaciones interpersonales
Estrategia 1. Fortalecimiento de la atención humana, acogimiento y sentido de servicio de los agentes del sector
Potenciar capacidades en el personal de salud asistencial que favorezca el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y de escucha, el cuidado integral, la actitud de servicio, la empatía, el uso tecnológico teniendo en cuenta la adecuación de entornos que facilite la relación entre las personas.
Promover en las entidades equipos de colaboradores líderes en sus áreas que generen estrategias y fomenten la cultura en humanización.
Adecuar entornos que favorezcan a las personas y a sus familias, y el talento humano, en el proceso de atención y servicios frente a espacios saludables, acogedores y confortables.
Mejorar el uso de la tecnología de información, comunicación y en salud, que garantice la veracidad, interoperabilidad y resultados en la calidad.
EJE 2. Consolidación de escenarios que favorezcan la participación colaborativa y sistémica de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y ciudadanía
Estrategia 2. Conformación y activación de nodos Departamentales y Red Colaborativa de Humanización
Convocar a los diferentes agentes del sector salud, sectores relacionados como la academia y la ciudadanía, a fortalecer los vínculos en espacios de colaboración para abordar la humanización.
Adaptar instrumentos y herramientas que permitan abordar la conformación y activación de nodos a partir de alianzas estratégicas con la academia o laboratorios de innovación social.
Estrategia 3. Desarrollo de iniciativas que favorezcan la transferencia de conocimiento entre entidades de salud que favorezca avances significativos en humanización en salud
Generar acciones orientadas a incorporar conocimiento que facilite el abordaje de la humanización como cultura en los agentes del sector. Identificar instituciones acreditadas u otras instituciones en salud que desarrollen procesos de humanización, como referentes de conocimiento.

EJE 3. Empoderamiento colectivo de los agentes del sector, sectores relacionados como la academia y ciudadanía
Estrategia 4. Cumplimiento normativo en concordancia con las competencias y las responsabilidades de los diferentes agentes del sector salud que favorezca la humanización
Armonizar la normatividad en concordancia con las competencias y las responsabilidades que conlleven asumir decisiones e intervenciones por los diferentes agentes del sector salud.
Divulgar derechos y deberes de las personas y sus familias , en la atención y participación en el sector salud.
Estrategia 5. Impulsar lineamientos organizacionales o relacionados que fomente la cultura de Humanización en Salud
Incluir ajustes en el marco del buen gobierno institucional y estratégico que fortalezca la participación del personal en salud e impulse la cultura de humanización en salud.
Promover ajustes en la plataforma estratégica y procesos de transparencia financiera , y de apoyo en las entidades u organizaciones que impulsen la cultura de humanización.
Gestionar escenarios en las entidades del sector salud, que fortalezca la participación, autonomía, liderazgo , toma de decisión, para la implementación, evaluación y financiamiento de la propuesta.
Incorporar, articular y armonizar la propuesta de política pública con la normatividad vigente y en el desarrollo de lineamientos normativos, proyectos o programas.
Estrategia 6. Formación de Forjadores de Humanización en la construcción de la cultura organizacional
Motivar a los agentes del sector salud a reconocer la labor de líderes en humanización y en realizar programas, planes, políticas entre otros, en humanización.
Promover un programa de formador de formadores en humanización en salud.
EJE 4. Escenarios educativos de participación activa de agentes del sector salud que contribuya a la opinión pública y la formación de conocimiento, capacidades y habilidades en humanización en salud
Estrategia 7. Gestión de escenarios formativos en humanización
Fortalecer la capacidad formativa y la orientación vocacional del personal en salud humano en la construcción de una cultura colaborativa de humanización.
Promover la participación de la academia a través de la red colaborativa para generar alianzas, para repensar los currículos donde se promueva programas de formación en humanización.
Promover la formación teórico-práctica en humanización en instituciones de educación en salud.
EJE 5. Fomento de la creatividad, innovación e investigación en el desarrollo colaborativo de la humanización en salud
Estrategia 8. Practicas Inspiradoras, Creativas e Innovadoras Humanizadas
Impulsar a los diferentes agentes del sector , la inspiración creativa, innovadora e investigativa, que conlleve a la comprensión integral de sus territorios y transformar las condiciones de su entorno.
Reconocer, divulgar y evaluar las mejores prácticas humanizantes asistenciales, administrativas y financieras en los diferentes agentes del sector.
Fortalecer procesos de investigación en humanización como determinantes que intervienen en las prácticas humanizadas, servicios humanizados, dignidad humana, entre otras.
EJE 6. Formalización y dignificación de las condiciones laborales del talento humano en salud
Estrategia 9. Transformación de la humanización laboral del trabajador en general de la salud
Promover procesos de identificación de necesidades, distribución del talento humano a nivel nacional, gestión y planeación en la formación y actualización en prácticas humanizantes.
Conformar, participar y avanzar en mesas intersectoriales y multidisciplinaria territorial o nacional en donde la propuesta de política pública sea pilar en la armonización en los adelantos de la normatividad vigente frente a las necesidades del talento humano y su distribución.
EJE 7. Reorientación a modelos de gestión centrado en las personas, familias y comunidad
Estrategia 10. Gestión centrada en la persona y familia

Identificar las determinantes que interfieren en las prácticas humanizantes , seguras, coordinadas y transparentes en las entidades del sector salud que presenta efectos en la gestión en salud.
Desarrollar, consolidar y ejecutar planes de humanización institucional , planes territoriales encaminados a la adopción y co-creación de la Política Nacional de Humanización en Salud.
Estrategia 11. Organización de un sistema de registro de situaciones con identificación de causalidades y de agentes del sector salud relacionados
Disponer de un sistema de registro de situaciones que contribuya a definir líneas de investigación y procesos de Mejoramiento Continuo de la calidad que favorezca la humanización de la salud .

2. ¿Qué leyes respaldan la política de humanización en salud?

No se identificó una ley específica para establecer la **Propuesta de Política Nacional de Humanización de la Atención en Salud** (32), sin embargo, se declara que la propuesta se fundamenta en:

- Ley Estatutaria de Salud (33), que reconoce la salud como un derecho fundamental. Esta ley establece los principios esenciales, centrando el Sector Salud en las personas y su dignidad, lo que promueve una visión integral del ser humano, entendiendo a las personas como entidades holísticas. Además, fomenta la participación activa de las personas en la toma de decisiones sobre su salud.
- Decreto 1011 de 2006 el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) (34), para que las acciones estén orientadas a la mejora de los resultados de la atención en salud y centrados en el usuario. El SOGC está conformado por: El Sistema Único de Habilitación; La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud; El Sistema Único de Acreditación (SUA), y el Sistema de Información para la Calidad (SIC).

3. ¿Cómo se implementa la política de humanización en salud?

○ Recursos requeridos para la implementación (humanos, físicos o financieros)

Aunque no se recuperó información específica sobre los recursos necesarios para la implementación de la propuesta **Política Nacional de Humanización de la Atención en Salud** (32) se puede señalar que la realización de ésta requiere de diversas responsabilidades y recursos que deben ser considerados, tales como (32):

- **Ministerio de Salud y Protección Social:** Se requiere articular y coordinar la gestión de la propuesta de Política Nacional de Humanización, así como brindar asistencia técnica a las entidades territoriales departamentales. Para lograr esto, es necesario contar con personal capacitado y recursos financieros que permitan la ejecución efectiva de estas actividades.
- **Entidades Territoriales en Salud (Departamentos, Distritales y Municipales):** Estas entidades deben gestionar y garantizar la implementación de la propuesta de Política Nacional de Humanización, además de desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano en salud para contribuir a la humanización de la gestión en las organizaciones de salud en su territorio. Esto implica la necesidad de recursos para capacitación, así como la disponibilidad de información completa y oportuna para la ciudadanía sobre los avances en la implementación de la política.
- **Entidades Administradoras de Planes de Beneficio:** Estas entidades deben adoptar y aplicar la propuesta de Política Nacional de Humanización, así como socializarla con la red de

prestadores y proveedores. Para cumplir con esto, se requieren la capacidad de armonizar la política con las estrategias de gestión territorial y otros actores del sector salud, incluyendo la academia y la comunidad.

- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Estas instituciones deben adoptar, y aplicar la propuesta de Política Nacional de Humanización. Asimismo, se requiere su participación en la elaboración de metodologías, lineamientos e instrumentos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para el monitoreo de la política. Es necesario contar con recursos para integrar la propuesta de humanización en sus estrategias de gestión organizacional y para vincularse a escenarios colaborativos que fomenten el mejoramiento continuo en la gestión de la salud.

○ Niveles de atención de salud en que se implementa el programa de humanización

La propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud considera una implementación transversal en todos los niveles de atención (32). Sin embargo, a la fecha no se recuperó un documento oficial que refleje la aprobación o el inicio de ésta.

○ Acreditación institucional o profesional para la atención humanizada en salud

Si bien no se identificó un sistema específico de acreditación en atención humanizada, en Colombia cuentan con el Sistema Único de Acreditación el cual es un proceso voluntario, de autoevaluación interna periódica y con una revisión externa de procesos que garanticen la mejora de la calidad de la atención realizada por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) (32). En la actualidad Colombia cuenta con 51 instituciones prestadoras de salud acreditadas, algunas de las cuales cuentan con experiencias en humanización y que han generado cambios significativos de su cultura organizacional. Las siguientes experiencias provienen de instituciones acreditadas:

- El Hospital con Alma Pablo Tobón Uribe con enfoque de Humanización en la Institución para el Trabajador de la Salud y su Familia.
- El Hospital Universitario San Ignacio con el arte de humanizar Superhéroes de Radioterapia.
- La Secretaría Distrital de Salud, Subred Sur Occidente ESE con humanización pilar fundamental de la cultura institucional.
- El Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E con Lactoterapia Humanizando en la atención Materno-Perinatal.
- El Hospital Universitario la Samaritana con enfoque integral de Humanización SAMI "Calidad soy Yo".
- El Hospital Susana López de Valencia E.S.E, fortaleciendo del talento humano "SUSANITA" cultura organizacional "Pensando en ti, doy lo mejor de mí".
- El Instituto Roosevelt con "Terapia del Amor".
- El Hospital Infantil los Ángeles "Dignidad y Compasión" experiencia de transformación cultural en el proceso integral de Humanización.
- La Clínica Foscal "Humanizando los cuidados en la H-UCI".
- La Fundación Valle de Lili "Comprometidos con la Ciencia y el Arte del Cuidado Humanizado".
- La Fundación Santa Fe de Bogotá Cultura de Servicio Humanizado "Atención Centrada en la Persona".

Por otra parte, se reportaron también experiencias destacadas por su enfoque en el derecho fundamental de la salud y la dignidad humana provenientes de instituciones que aún no han sido acreditadas, tales como:

- La Fundación Participar de Armenia Quindío con el modelo en gestión del riesgo.
- La E.S.E Hospital de Gacheta de Cundinamarca.
- La Unidad de Salud de Ibagué (USI-ESE) Tolima con el programa de Parto Humanizado.
- El Instituto Nacional de Cancerología con el Plan de Humanización 2016 desde el enfoque biopsicosocial el cual considera al ser humano en sentido holístico en sus dimensiones física, emocional, intelectual, espiritual y social.
- La Alcaldía Mayor de Bogotá "Bogotá Humana" con el "Programa de Humanización de los Servicios en Entidades Públicas de Salud Humanizar 2012".
- La Secretaría de Salud de Cundinamarca con su Plan de Humanización promovido en la mayoría de sus municipios.

España

España cuenta con un sistema de salud descentralizado con coordinación nacional, el Sistema Nacional de Salud (SNS) (35). La red de salud brinda cobertura universal y se financia principalmente con impuestos (35). Si bien la planificación y regulación a nivel nacional son responsabilidad del Ministerio de Sanidad, la jurisdicción sobre la planificación operativa a nivel regional, están delegadas en las autoridades sanitarias regionales (35). Es por este motivo que se identificaron diversos programas de humanización de la salud organizados a nivel de las Comunidades Autónomas. Los programas identificados son los siguientes:

- Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Castilla-La Mancha (36).
- Plan de Humanización de la atención sanitaria del sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013 (37).
- Estrategia de Humanización del sistema sanitario público de Navarra (38).
- Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía (39).
- II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 de la Comunidad de Madrid (40).
- *Estrategia de Humanización da Asistencia Sanitaria de Galicia* (41).

De estas experiencias se optó por reportar la perteneciente a la comunidad de Madrid considerando que abarca el periodo de tiempo más actualizado. Una tabla resumen con los ejes contenidos en los programas de las otras comunidades puede revisarse en el [Anexo 4](#).

En la Comunidad de Madrid, el año 2016 se elaboró el primer Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Madrid (42) con el objetivo de visibilizar y potenciar la humanización de la asistencia sanitaria centrándose en la persona desde una perspectiva holística y con la participación de diversos grupos de interés en su elaboración, incluyendo representantes de asociaciones de pacientes y de la ciudadanía.

1. ¿Qué componentes abordan las políticas de humanización en salud?

El Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 de Madrid (40) presenta cuatro ejes, con sus líneas de acción y sus respectivos objetivos.

Tabla 5. Ejes, líneas de acción y objetivos asociados del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Madrid (40)

EJE 1. Atención centrada en la persona: Proporcionar atención desde una mirada holística, reconociendo el rol central de las personas en el proceso, implicándolas activamente.
Línea 1.1 Atención personalizada, adaptación del funcionamiento de la organización sanitaria a las características propias de las personas.
Mejorar la accesibilidad y la acogida en los centros.
Proporcionar información efectiva a las y los usuarios, y/o personas significativas.
Preservar la intimidad de las personas usuarias.
Mejorar la experiencia de las personas usuarias.
Línea 1.2. Capacitación en salud para que las personas dispongan de conocimientos que les ayuden en la corresponsabilidad y en la toma de decisiones que afectan a su salud.
Potenciar la alfabetización en salud y la capacidad para auto cuidarse.

Promover la autonomía efectiva de las y los usuarios.
Línea 1.3. Integración de la voz de la ciudadanía y de las y los usuarios: mecanismos para la promoción de estructuras que favorezcan su participación.
Promover mecanismos de participación.
Conocer la experiencia y percepción de los usuarios y la ciudadanía.
Línea 1.4. Recursos telemáticos y telemedicina para acercar el sistema sanitario a la ciudadanía, para agilizar procedimientos, y evitar desplazamientos innecesarios.
Formación y divulgación sobre habilidades y recursos telemáticos.
Aplicar las tecnologías a la humanización.
EJE 2. Infraestructuras, entornos y espacios: para organizar de forma más accesible y confortable su estructura y distribución.
Línea 2.1. Accesibilidad física, cognitiva y comunicativa, facilitando de manera práctica la accesibilidad física de los centros sanitarios por parte de personas con movilidad reducida o cualquier otra dificultad.
Avanzar en la accesibilidad de los centros sanitarios.
Línea 2.2. Información y señalización: revisión periódica, así como la verificación y detección de áreas de mejora.
Mejorar la información y orientación en el acceso a los centros.
Línea 2.3. Espacios humanizados: busca una transformación de los espacios con el fin de que resulten más amables, acogedores y confortables para las personas.
Adaptar los espacios de los centros a las necesidades de las personas.
Mejorar el confort ambiental.
Facilitar herramientas de ocio y continuidad de la vida académica y laboral durante el ingreso.
EJE 3. Profesionales como agentes de humanización: cuidado de los profesionales, promoviendo su formación y sensibilización.
Línea 3.1. Sensibilización y formación. En esta línea se incluye la sensibilización a los profesionales sobre las pautas de calidad y calidez en el trato y de respeto.
Sensibilizar a los profesionales sobre aspectos de humanización.
Formar a los profesionales sobre aspectos de humanización.
Línea 3.2. Acogida y reconocimiento. Vela por la integración de los profesionales en la organización como su proceso de acogida mediante planes de acogida efectivos que faciliten su adaptación.
Acoger a las personas en la organización.
Reconocer la labor de los profesionales.
Línea 3.3. Profesionales y equipos saludables. La organización facilita la existencia de canales, espacios o recursos que protejan a los profesionales de la salud y permitan abordar sus distintas situaciones emocionales.
Promover el cuidado del profesional.
Desarrollar equipos saludables.
EJE 4. Liderazgo y organización humanizada: líderes capaces de mostrar a través de sus acciones los avances en la transformación en una organización más humanizada con una base compartida de valores o competencias esenciales.
Línea 4.1. Cultura de humanización: alineada en su misión, visión y valores y busca motivar a todos los agentes de humanización para que estén comprometidos con ellos.
Fomentar una cultura de humanización.
Promover la comunicación.
Línea 4.2. Liderazgo en humanización: los líderes deben actuar como un modelo de referencia inspirador y motivador.
Promover el liderazgo en humanización.
Desarrollar el liderazgo en humanización.

Línea 4.3. Estructura organizativa para la humanización: Tales como las Comisiones de Humanización, para fortalecer el avance de la estrategia.
Fortalecer las Comisiones de humanización.
Desarrollar el Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
Potenciar una organización humanizada.
Modelo de excelencia en humanización.
Línea 4.4. La búsqueda de la excelencia en humanización supone el desarrollo de acciones de mejora continua. El Modelo de evaluación de criterios de excelencia en humanización SER+HUMANO permite el reconocimiento del grado de implantación de buenas prácticas en los centros y servicios sanitarios. Puede revisarse la tabla de componentes de este modelo en el Anexo 5 .
Actualizar y desplegar el Modelo SER+HUMANO.
Desarrollar un sistema de reconocimiento a partir del Modelo SER+HUMANO.
Línea 4.5. Alianzas. El desarrollo de competencias organizativas que garanticen la fluidez y la interlocución entre todos los actores implicados.
Promover la colaboración con las asociaciones de pacientes.
Promover la colaboración con las entidades de acción voluntaria.
Establecer sinergias con otras organizaciones.

2. ¿Qué leyes respaldan la política de humanización en salud?

Los programas de humanización se encuentran alineados con las siguientes normativas nacionales en España (42):

- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (43).
- La Ley 44/2003, sobre profesionales sanitarios y los respectivos códigos deontológicos, impone el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado (44).
- La Ley orgánica 3/2007, sobre la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 27 aborda la integración del principio de igualdad en la política de salud y la perspectiva de género (45).
- La Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (46).
- Resolución 417/15, de la Viceconsejería de Sanidad por la que se dictan instrucciones para facilitar el acompañamiento por familiares o allegados en los servicios de urgencias (47).

3. ¿Cómo se implementa la política de humanización en salud?

○ Recursos requeridos para la implementación (humanos, físicos o financieros)

Aunque no se recuperó información específica sobre los recursos asignados para la implementación del programa, se identificó información sobre la estructura organizativa creada para llevarlo a cabo. Esta estructura tiene entre sus competencias el desarrollo y ejecución de acciones institucionales orientadas a fomentar la humanización de la asistencia sanitaria, mediante la personalización de la atención en los distintos niveles. Para facilitar el monitoreo de las acciones de humanización se constituyeron además comisiones en todos los niveles asistenciales con la siguiente distribución (40):

- Una Comisión de Humanización en cada una de las gerencias de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud (34 Comisiones).

- Una Subcomisión de Calidad Percibida y Humanización en la Gerencia de Atención Primaria, junto con las siete Comisiones Locales de Calidad ya existentes en las Direcciones Asistenciales, para liderar la estrategia en los centros de salud.
- Una Comisión de Humanización en el Servicio de Urgencia Médica.

En las comisiones participan un total de 603 personas de distintas unidades y disciplinas. Además, en 2018 se constituyó el **Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid**, el cual es un órgano colegiado de carácter consultivo cuyo objetivo es promover el desarrollo de las acciones que mejoren la humanización de la asistencia sanitaria (40). El Observatorio cuenta con 27 vocalías por representantes de 15 unidades de la Consejería de Sanidad y el Servicio Madrileño de Salud, 6 representantes de Colegios Profesionales, 3 expertos en la materia, un representante de las organizaciones sindicales, un representante de asociaciones de pacientes y otro de asociaciones de ciudadanos(40).

○ Niveles de atención de salud en que se implementa el programa de humanización

Al igual que el primer Plan de Humanización en Madrid (42), el II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, fue diseñada para **todos los niveles de atención, abarcando todos los centros, servicios y unidades de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid** (40).

○ Acreditación institucional o profesional para la atención humanizada en salud

El Plan de Humanización utiliza el **sistema de evaluación SER+HUMANO** (Ver [Anexo 5](#)) el cual mide el cumplimiento de los criterios de excelencia en los centros y servicios sanitarios del Servicio Madrileño de Salud respecto a su compromiso con la humanización de la asistencia sanitaria (40).

El Plan de Humanización de Madrid incluye además un proceso de **monitoreo a través indicadores específicos** relacionados con la mejora de la humanización de la atención sanitaria (40). Los indicadores utilizados se relacionan con: **la personalización de la asistencia sanitaria**, tales como: homogenización de las guías de acogida, información al alta o implementación de acciones de mejora en relación con el proceso de atención integral al paciente oncológico; **compromiso del equipo directivo en el impulso de la humanización fomentando una organización saludable** (ej. presentación a los profesionales de la carta de compromisos, desarrollo de actividades formativas para mejorar la capacitación en humanización y disminución del estrés de los profesionales); **mejorar la información y el acompañamiento en el ámbito hospitalario** (40).

Junto a lo anterior, también se considera la **evaluación de la satisfacción de los usuarios** para conocer la percepción sobre aquellas características relacionadas con la humanización. Para esto se diseñó un **Índice de Satisfacción con la Humanización (ISH)**, para cada uno de los niveles asistenciales, los cuales son analizados y reportados anualmente (40). Para elaborar el ISH se seleccionaron las preguntas de las encuestas que recogen la satisfacción de los usuarios con aspectos relacionados con la humanización (40). En la tabla 6 se presentan los ítems que conforman el ISH de cada nivel de atención.

Tabla 6. Componentes del Índice de Satisfacción con la Humanización por nivel de atención

Cuestionarios		
Se utilizaron 8 modelos de cuestionarios de satisfacción usuaria; uno para atención primaria, cuatro para nivel hospitalario y dos para los servicios de urgencias. Los cuestionarios cuentan con alrededor de 30-63 preguntas (48).		
Nivel de atención		Dimensiones de Humanización
Atención Primaria		El trato y la amabilidad de los profesionales; los tiempos de espera para pedir cita y para entrar a consulta; la información facilitada por el médico en la consulta; la dedicación del médico; y el tratamiento del dolor (49).
Hospitales	Hospitalización	El trato y la amabilidad de los profesionales; la información facilitada en diferentes momentos de la asistencia; el tiempo y la dedicación de los profesionales; el respeto a la intimidad; el silencio por la noche, y el tratamiento del dolor (49).
	Cirugía ambulatoria	El trato y la amabilidad de los profesionales; la información facilitada en diferentes momentos de la asistencia; el tiempo y la dedicación de los profesionales; el respeto a la intimidad; y el tratamiento del dolor (49).
	Consultas externas	El trato y la amabilidad del médico especialista; la información facilitada por el especialista en la consulta; el tiempo y la dedicación del especialista en la consulta y el tiempo de espera para entrar en consulta (49).
	Urgencias	El trato y la amabilidad de los profesionales; la información facilitada; el tiempo y la dedicación de los profesionales; el respeto a la intimidad; los tiempos de espera y asistencia; y el tratamiento del dolor (49).
Servicio de Urgencias Médicas		El tiempo de llegada de los profesionales del SUMMA 112; El trato y la amabilidad del equipo de profesionales; La dedicación de los profesionales; La información facilitada sobre su problema de salud y los cuidados a seguir; y el tratamiento del dolor (49).

Reino Unido

En Reino Unido, el *National Health Service* (NHS), el año 2012 publicó la estrategia *"The Compassion in Practice"* (50), la cual constituye una política nacional para profesionales de enfermería, de obstetricia y otros miembros del personal de atención, cuyo propósito es brindar atención compasiva y de alta calidad, junto con lograr excelentes resultados de salud y bienestar. El plan se basa en un set de 6 valores establecidos por el NHS, conocidos como las **"6C"**. Cuyas definiciones son (50):

- **Cuidados:** Los cuidados brindados ayudan a los individuos al mismo tiempo que mejora la salud de toda la comunidad. Las personas esperan que estos cuidados sean adecuados para ellos a través de todas las etapas de su vida.
- **Compasión:** entendida como el cuidado brindado a través de relaciones basadas en empatía, respeto y dignidad. Este sería un componente central sobre como las personas perciben el cuidado.
- **Competente:** Todos y todas quienes están en roles de cuidados de salud deben tener la habilidad para comprender las necesidades sociales y sanitarias de las personas junto a una expertiz clínica para brindar una atención efectiva y tratamiento basado en investigación y evidencia.
- **Comunicación:** Es central para las relaciones que se establecen como personal de atención, para lograr un trabajo en equipo; y esencial para el propósito de incluir a las personas en la planificación de su salud.
- **Coraje:** Permite hacer lo correcto por las personas que están bajo el cuidado del personal de atención; permite manifestar las preocupaciones y tener la fortaleza requerida para innovar.
- **Compromiso:** El compromiso con la mejora de los cuidados para tomar las acciones requeridas para poder implementar esta estrategia y responder a los desafíos sanitarios.

El lanzamiento de la estrategia fue seguido por un proceso participativo con 9.000 profesionales de la salud, del área de enfermería, obstetricia, otros miembros del personal que participan en el cuidado de las personas. El proceso de participación se realizó de manera presencial, con cuestionarios y foros en línea. El objetivo de la participación fue obtener puntos de vista más amplios sobre las 6C y comprobar si estas estrategias serían bien recibidas por el personal y los/as pacientes (50).

La estrategia fue diseñada para una extensión de tres años, luego de lo cual fue extendida por un segundo periodo de implementación 2014-2015 (51).

Posteriormente esta estrategia fue continuada a través del marco *Leading Change, Adding Value* (52), la cual busca disminuir las brechas en: salud y bienestar; cuidados y calidad; y financiamiento y eficiencia. Los compromisos de esta política se encuentran disponibles en el [Anexo 6](#).

1. ¿Qué componentes abordan las políticas de Humanización en Salud?

El plan *Compassion in Practice* (51) contempla las siguientes 6 áreas de acción con sus respectivos objetivos:

Tabla 7. Áreas, y los respectivos objetivos del programa *Compassion in Practice* en Reino Unido

Área 1: Ayudar a las personas a mantenerse independientes, maximizando su bienestar y mejorando su salud
Aplicación de la compasión en la práctica en entornos de asistencia social: trabajar de manera eficaz en todos los sectores integrando la salud, para ayudar a los servicios de atención y apoyo.
Desarrollo de un marco para la atención personalizada y la salud de la población.
Apoyar a profesionales de enfermería, obstetricia y personal de atención para maximizar su contribución al Desafío de la Demencia (desafío para mejorar la atención e investigación relacionada con la demencia en UK).
Desarrollo de la contribución de la enfermería a la integración de la salud mental en los cuidados de salud .
Desarrollo de un programa de trabajo para reducir el impacto de inequidades en salud para personas con discapacidades de aprendizaje.
Dar a los niños, niñas y sus familias el mejor comienzo a través del fortalecimiento de la fuerza laboral de los Health visitors , profesionales de enfermería que acompañan y apoyan a las familias con niños/as menores de 5 años.
Programa de desarrollo de enfermería escolar.
Maximizar el papel de liderazgo de los profesionales comunitarios especializados y las enfermeras de salud pública.
Desarrollar habilidades como profesionales de "Making Every Contact" (MECC) a través de la promoción de la salud. El MECC busca ayudar a los estudiantes a desarrollar una comprensión de la salud pública y los factores que afectan la salud y el bienestar de una persona.
Asegurar de que la práctica esté respaldada por la tecnología adecuada .
Área 2: Trabajar con las personas para proveer una experiencia positiva de cuidados
Utilizar el feedback de las personas para comprender el funcionamiento de las 6C en acción .
Fomentar y apoyar a los servicios locales para que busquen y actúen en función de las opiniones de las personas más vulnerables.
Área 3: Brindar cuidados de alta calidad y medir su impacto
Liderar la implementación del desarrollo de cuidados abiertos y honestos .
Involucramiento y participación de las personas usuarias y del público.
Liderar la mejora colaborativa alineada con una atención abierta y honesta .
Reclutar y desarrollar el potencial de los recursos humanos como catalizadores del cambio .
Área 4: Fortalecimiento de liderazgo
Completar el desarrollo de un instrumento para evaluar la cultura organizacional a través de la reflexión del staff y en miras a mejorar la atención de salud.
Identificar la cultura, ambiente y condiciones requeridas para el desarrollo de un liderazgo compasivo efectivo .
Continuar reclutando personal para los programas de la academia de liderazgo del NHS para garantizar el objetivo de facilitar que 10.000 enfermeras participen en cursos de liderazgo .
Implementar el programa de trabajo surgido del evento de seguimiento del Leadership Think Tank follow up sostenido en abril del 2014.
Organizar eventos de liderazgo a nivel regional y nacional .
Área 5: Asegurar el staff correcto con las habilidades correctas en el lugar correcto
Trabajar con el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) para establecer niveles de staff adecuados para todos los niveles de atención.
Revisión de estatus de supervisor de los roles de liderazgo de enfermería y obstetricia .
Incorporar las 6C en toda la educación y capacitación universitaria en enfermería y obstetricia.
Selección y valoración de recursos humanos basada en valores .
Entrenamiento efectivo , selección e inducción de los trabajadores.

Área 6: Apoyar experiencias positivas del staff
Establecer un sistema nacional para reconocer la excelencia en las 6C, basándose en las mejores prácticas en el servicio.
Fortalecer el cumplimiento de los compromisos de la Constitución del NHS con el personal.
Explicitar la relación entre las experiencias positivas del staff con los desenlaces de salud de las personas.
Asegurar que el staff entienda su responsabilidad en el reporte y manejo de preocupaciones de las personas.
Comprometerse a trabajar con empleadores locales para mejorar la experiencia en el lugar de trabajo.

2. ¿Qué leyes respaldan la política de humanización en salud?

La propuesta se fundamenta en la Constitución del NHS (53), documento fundacional que establece los principios, valores, derechos y responsabilidades fundamentales de los personas usuarias, el público y el personal del NHS. A continuación, se mencionan los principios del NHS y derechos otorgados a las y los usuarios.

Principios del NHS:

- **Servicio integral para todos y todas:** el NHS proporciona un servicio universal disponible para todos en función de la necesidad clínica, no de la capacidad de pago.
- **Estándares más altos de excelencia y profesionalismo:** el NHS se compromete a proporcionar atención de alta calidad y a mejorar continuamente los servicios y los resultados.
- **Atención centrada en la persona:** Las y los usuarios son el centro de todo lo que hace el NHS, y se respetan sus necesidades, preferencias y dignidad.
- **Atención integrada en todos los servicios:** el NHS trabaja en asociación con otras organizaciones, incluidos los proveedores de asistencia social, para ofrecer servicios coordinados y eficientes.
- **Administración eficiente de los recursos públicos:** el NHS debe utilizar sus recursos de manera responsable, garantizando una buena relación calidad-precio y satisfaciendo las necesidades de la población.
- **Rendición de cuentas:** el NHS es responsable ante el público, las comunidades y los personas a los que sirve, y debe ser transparente sobre cómo opera y utiliza sus recursos.

La Constitución del NHS otorga a las personas una serie de derechos, entre ellos:

- **Acceso a los servicios del NHS:** el derecho a acceder a los servicios sanitarios de forma gratuita, excepto cuando se apliquen cargos legales.
- **Calidad de la atención y del entorno:** el derecho a ser tratado con profesionalismo, en un entorno seguro, limpio y apropiado.
- **Participación en las decisiones sanitarias:** el derecho a participar en las decisiones sobre su atención y tratamiento y a recibir información que respalde esas decisiones.
- **Respeto y dignidad:** el derecho a ser tratado con respeto, dignidad y compasión.
- **Quejas y reparación:** el derecho a presentar quejas, a que se reconozcan y a recibir una respuesta oportuna y apropiada.

3. ¿Cómo se implementa la política de humanización en salud?

- Recursos requeridos para la implementación (humanos, físicos o financieros)

No se recuperó información específica sobre los recursos requeridos para la implementación de esta política.

- Niveles de atención de salud en que se implementa el programa de humanización

La política de humanización en Reino Unido abarca todos los niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria. Por otra parte, el programa se focaliza principalmente en la fuerza laboral constituida por profesionales de enfermería, obstetricia, y el personal de atención (50).

- Acreditación institucional o profesional para la atención humanizada en salud

No se identificó un sistema de acreditación, sin embargo, el tercer año de implementación de la política, se realizó una evaluación para revisar la experiencia del personal en relación con el programa *Compassion in Practice* (51). El propósito de la evaluación fue identificar áreas y programas de trabajo que han mejorado la experiencia del personal.

Para esta evaluación, se seleccionó aleatoriamente una muestra estratificada por especialidad. La evaluación consideró entrevistas telefónicas, cuestionarios de auto aplicación tales como el *Friends and Family Test* (FFT) y del *Staff Friends and Family Test* (Staff FFT), además del *NHS Staff Survey data* (NHSSS). La encuesta FFT pregunta a las y los usuarios, a sus amigos y familiares sobre la probabilidad de que recomienden los centros en los que acaban de recibir atención; y la versión para el staff pregunta qué probabilidad hay de que el personal recomiende a amigos o amigas el servicio del NHS en el que trabaja y familiares como lugar para recibir atención y como lugar de trabajo. La encuesta del personal del NHS (NHSSS) se lleva a cabo todos los años y abarca temas relacionados con las experiencias del personal en el trabajo, la satisfacción con su trabajo y la satisfacción con el nivel de atención que prestan (18).

Consideraciones de aplicabilidad

Para las consideraciones de aplicabilidad, se realiza un análisis de factores que pudiesen facilitar la evaluación de la transferibilidad o implementación de las acciones impulsadas por otros países.

Consideraciones macroeconómicas y organizativas

Es fundamental asegurar que existan recursos suficientes y el apoyo institucional adecuado para implementar con éxito las políticas de humanización en los sistemas de salud (54). La falta de recursos a nivel estructural expresado por ejemplo en escasez de personal, y sin el respaldo institucional necesario, podría implicar una sobrecarga en los equipos de salud (54).

Además, la capacidad de los sistemas de salud para desarrollar programas efectivos de capacitación es clave para superar barreras como la resistencia al cambio entre los profesionales de salud (40). La formación continua permite aumentar el nivel de conocimiento y compromiso con los programas de humanización entre los trabajadores, mejorando la implementación y la aceptación de las nuevas estrategias (40).

Por otro lado, la descentralización de los sistemas de salud de algunas de las experiencias revisadas como Canadá y España (27,40) podría facilitar la adaptación de estas políticas a las necesidades locales, lo que promueve una implementación más efectiva de los programas de humanización, ya que facilita su adecuación a los contextos específicos y realidades territoriales.

Consideraciones de equidad

Existen varios subgrupos que enfrentan barreras significativas en el acceso a la salud, como inmigrantes, personas de bajos recursos y habitantes de zonas rurales (55). Un enfoque humanizado de la atención médica puede ser clave para mejorar la equidad en la atención y la calidad del trato sin estigmatización (56). Este enfoque ayuda a asegurar que todas las personas reciban un trato respetuoso y adaptado a sus necesidades, independientemente de su contexto socioeconómico o cultural (57).

Sin embargo, las diferencias geográficas y sociales en la disponibilidad de redes de salud pueden mantener la subutilización de los servicios por parte de ciertos grupos. La falta de infraestructuras adecuadas en áreas rurales o marginadas, así como el acceso limitado a recursos de salud especializados, puede reducir la efectividad de los esfuerzos por mejorar la equidad (55). Por lo tanto, es importante considerar estas desigualdades al diseñar e implementar políticas de salud humanizadas, abordando tanto las disparidades en el acceso como la calidad de la atención para reducir las brechas existentes y asegurar que todos los subgrupos se beneficien equitativamente de los servicios de salud.

Otras consideraciones transversales

Las experiencias revisadas muestran una política clara respaldada por un marco normativo en cada país, lo que garantiza la legitimidad y consistencia en la implementación. Un aspecto clave es la participación activa de la comunidad, junto con trabajadores y usuarios, que ha validado y legitimado el proceso de desarrollo de estas políticas. Este enfoque participativo no solo fomenta la

transparencia, sino que también garantiza que las decisiones reflejen las necesidades y preocupaciones de todos los actores involucrados, lo que refuerza la efectividad y aceptación de las iniciativas.

Las experiencias revisadas incluyen de manera común componentes relacionados con: Atención centrada en las personas y relaciones interpersonales; Gestión y liderazgo; Condiciones laborales y valoración de los trabajadores; Promoción y formación; Infraestructura y continuidad de cuidados. En cuanto a la evaluación, en lugar de un sistema de acreditación formal, se utilizan sistemas de monitoreo y evaluación a través de indicadores que miden resultados en áreas como calidad de la atención, satisfacción usuaria y del personal, y eficiencia operativa.

Limitaciones de esta síntesis

Esta síntesis de evidencia se realizó en base a normativas y documentos gubernamentales oficiales de cada país que abordan las políticas de Humanización en Salud a nivel internacional. En consecuencia, el resumen no refleja necesariamente las diferencias que puedan existir entre lo estipulado en dichos documentos y lo que pueda ocurrir en la práctica al implementar la política determinada en cada jurisdicción.

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE – Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia. Síntesis Rápida de Evidencia – Experiencias internacionales ¿Cuáles son las políticas de Humanización en Salud a nivel internacional? Octubre 2024. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/>

Equipo elaborador

- **Francisco Paiva²**. Responsable identificar conceptos claves; ejecutar la búsqueda de la información y país de interés; organizar, resumir y redactar los hallazgos; realizar el análisis de consideraciones de aplicabilidad; describir las limitaciones de la síntesis; organizar las referencias; y añadir los anexos correspondientes.
- **Carolina Ibarra-Castillo**. Profesional de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia del Departamento ETESA-SBE (DIPLAS), participa entregando orientación metodológica y en edición del documento.
- **Paloma Herrera-Omegna**. Profesional de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia del Departamento ETESA-SBE (DIPLAS), coordinación con solicitante y revisión de documento.

Palabras claves

Humanization in Health; Compassion in Health; Rapid Evidence Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- Constanza Salas Ramos, Jefa del Departamento ETESA-SBE.

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de esta SRE

Los autores declaran no tener conflictos de interés al respecto.

² La ejecución de este documento fue licitado y supervisado por el Ministerio de Salud de Chile y adjudicado a Francisco Paiva Cornejo a través de la plataforma de Mercado Público. Número de licitación: 757-72-LE24. En dichas bases se establece que los bienes y/o servicios que se produzcan en cumplimiento de la contratación, serán de propiedad exclusiva del Ministerio de Salud de Chile.

Referencias

1. Henao-Castaño AM, Vergara-Escobar OJ, Gómez-Ramírez OJ. Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*. 1 de septiembre de 2021;18(3):74-85.
2. World Health Organization. Humanity, empathy and autonomy: Italian study on how to "humanize" health-care systems [Internet]. [citado 8 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news/item/25-02-2021-humanity-empathy-and-autonomy-italian-study-on-how-to-humanize-health-care-systems>
3. Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos FH, Hernández E de L, Matabanchoy SM, et al. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*. diciembre de 2019;23(2):245-62.
4. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas sobre Trato Digno en la Atención de Salud, con Enfoque de Derechos y Género [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2023/11/RES.-EXENTA-No-315-ORIENTACIONES-TECNICAS-SOBRE-TRATO-DIGNO.pdf>
5. Preguntas Frecuentes. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. [Internet]. [citado 14 de octubre de 2024]. Ley de derechos y deberes. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-4185.html>
6. Ministerio de Salud. Ley 20584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. 2012 [citado 26 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
7. Ministerio de Salud. Ley 21030 Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales [Internet]. 2017 [citado 26 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
8. Ministerio de Salud. Ley 21168 Modifica la ley nº 20.584, a fin de crear el derecho a la atención preferente [Internet]. 2019 [citado 26 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
9. Ministerio de Salud. Ley 21258 Crea la ley nacional del cáncer, que rinde homenaje póstumo al doctor claudio mora [Internet]. 2020 [citado 26 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
10. Ministerio de Salud. Ley 21331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental [Internet]. 2021 [citado 26 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
11. Ministerio de Salud. Ley 21372 Modifica la ley nº 20.584, estableciendo medidas especiales en relación al acompañamiento de los pacientes que se indican [Internet]. 2021 [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
12. Nacional B del C. Ley 21371 Establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal [Internet]. 2021 [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
13. Ministerio de Salud. Ley 21545 Establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación [Internet]. 2023 [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>

14. Ministerio de Salud. Ley 21375 Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves [Internet]. 2021 [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
15. Nacional B del C. Ley 21541 Modifica la normativa que indica para autorizar a los prestadores de salud a efectuar atenciones mediante telemedicina [Internet]. 2023 [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
16. Ministerio del Trabajo y Previsión Social B del C. Ley 21643 Modifica el código del trabajo y otros cuerpos legales, en materia de prevención, investigación y sanción del acoso laboral, sexual o de violencia en el trabajo [Internet]. 2024 [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
17. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. [citado 6 de noviembre de 2024]. Protocolos Humanización. Disponible en: https://www.hhha.cl/?page_id=7415
18. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Resolución Exenta 6470. Programa Humanización Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.hhha.cl/wp-content/uploads/2023/07/RES-EXTA-N%C2%B0-6470-18-07-2023-APRUEBA-PROGRAMA-HUMANIZACION-HHHA-A%C3%91OS-2023....pdf>
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humaniza SUS Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS [Internet]. 2010 [citado 8 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-humanizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
20. Ministério da Saúde [Internet]. [citado 14 de octubre de 2024]. Objetivos do HumanizaSUS. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/objetivos-do-humanizasus>
21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8.080 de 19/09/1990 [Internet]. 1990 [citado 14 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905>
22. Ministério da Saúde. PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR [Internet]. 2001 [citado 14 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
23. Ministerio de Saúde. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Atenção Básica e Hospitalar [Internet]. 2019 [citado 17 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://redehumanizasus.net/acervo/monitoramento-e-avaliacao-na-politica-nacional-de-humanizacao-na-atencao-basica-e-hospitalar/>
24. The Commonwealth Fund. Canada [Internet]. 2020 [citado 16 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada>
25. Ministry of Health British Columbia. Patient, family, caregiver and public engagement framework 2018 [Internet]. 2018 [citado 16 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/about-bc-s-health-care-system/heath-care-partners/patients-as-partners/patients-as-partners-framework.pdf>
26. Ministry of Health and Long-Term Care. Patients First: Action Plan for Health Care [Internet]. 2015 [citado 16 de octubre de 2024]. Disponible en:

https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/OAPHC_2015.pdf

27. Alberta Health Services. The Patient First Strategy [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/pf/first/if-pf-1-pf-strategy.pdf>

28. Alberta Health Service. FAMILY PRESENCE: DESIGNATED FAMILY / SUPPORT PERSON AND VISITOR ACCESS [Internet]. 2017 [citado 16 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-prov-visitation-family-presence-focus-pol-hcs-199.pdf>

29. Alberta Health Service. Managing limits to designated family / support person and visitor access [Internet]. 2021 [citado 17 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://extranet.ahsnet.ca/teams/policydocuments/1/clp-prov-visitation-managing-limits-hcs-199-02.pdf>

30. Alberta Health Service. The 2017-2020 Health Plan and Business Plan A healthier future. Together. [Internet]. [citado 16 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/org/ahs-org-hpbp-2017-2020.pdf>

31. Páginas - Aseguramiento al sistema general de salud [Internet]. [citado 14 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubsidado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>

32. Ministerio Salud y Protección social. Propuesta de política nacional de humanización en salud "Entretejemos esfuerzos en la construcción de la cultura de humanización para el goce efectivo del derecho a la salud y la dignidad humana" 2021-2031 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>

33. Ley estatutaria 1751 DE 2015 [Internet]. 2015 [citado 9 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/pdf/ley_1751_2015.pdf

34. Gobierno de Colombia. DECRETO NUMERO 1011 DE 2006. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL [Internet]. abr, 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/decreto%201011%20de%202006.pdf

35. Ministerio de Sanidad - Ministerio - Sistema Nacional de Salud (SNS) [Internet]. [citado 14 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/home.htm>

36. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria [Internet]. 2017 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20230314/plan_de_humanizacion_asistencia_sanitaria_horizonte_25_clm_def_interactivo_v4.pptx_.pdf

37. Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan de humanización de la atención sanitaria del sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013 [Internet]. 2007 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/714003.pdf>

38. Gobierno de Navarra. Estrategia de humanización del sistema sanitario público de navarra [Internet]. 2017 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/684B6D5D-02FA-465D-9F1C-EC60CE963B0C/430016/estrategia_de_humanizacion_del_sistema_sanitario_p.pdf

39. Junta de Andalucía Consejería de Salud y Familias. Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. 2021 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en:

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanización%20SSPA_v12042021.pdf

40. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 [Internet]. 2022 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050581.pdf>

41. Xunta de Galicia. Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria [Internet]. 2019 [citado 2 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Humanizacion/Documents/18/Estratexia%20da%20Humanización.pdf>

42. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. 2016 [citado 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf

43. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, núm. 274 [Internet]. 2002 [citado 8 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

44. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2003 [citado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

45. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado núm. 71 [Internet]. 2007 [citado 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>

46. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299 [Internet]. 2006 [citado 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

47. Resolución 417/2015, de 7 de agosto, de la Viceconsejería de Sanidad, por la que se dictan instrucciones para facilitar el acompañamiento de los pacientes por familiares o allegados en los servicios de urgencias del Servicio Madrileño de Salud [Internet]. 2015 [citado 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/resolucion-4172015-7-agosto-viceconsejeria-sanidad-que-se-dictan-instrucciones-facilitar>

48. Consejería de Sanidad. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2022: Informe metodológico [Internet]. 2022 [citado 18 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050958.pdf>

49. Observatorio de resultados - Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [Internet]. [citado 18 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesFicha.aspx?ID=158>

50. NHS Commissioning Board. Compassion in Practice Nursing, Midwifery and Care Staff Our Vision and Strategy [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/12/compassion-in-practice.pdf>

51. NHS England. Compassion in Practice Implementation plans 2014/2015 [Internet]. 2014 [citado 3 de octubre de 2024]. Disponible en: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20161104211230mp_/https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/12/6cs-imp-plans14-15.pdf

52. NHS. Leading Change, Adding Value: A framework for nursing, midwifery and care staff [Internet]. 2017 [citado 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/publication/leading-change-adding-value-a-framework-for-nursing-midwifery-and-care-staff/>
53. NHS. The NHS Constitution the NHS belongs to us all [Internet]. 2015 [citado 9 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.nhs.uk/media/PDFs/NHS_Constitution.pdf
54. NHS. Compassion in Practice Evidencing the impact [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/05/cip-yr-3.pdf>
55. OPS. Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries [Internet]. 2020 [citado 18 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51900>
56. Tompkins T, Shields C, Hillman K, White K. Reducing Stigma Toward the Transgender Community: An Evaluation of a Humanizing and Perspective-Taking Intervention. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 5 de enero de 2015;2.
57. Cocina GG. Cultural needs in hospital humanization. En ITA; 2016 [citado 18 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://iris.polito.it/handle/11583/2690956>

Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

Las estrategias fueron no sistemáticas, primero se utilizaron conceptos claves más el nombre del país o territorio de interés en Google, utilizando los booleanos correspondientes. Se revisaron las 10 primeras páginas (título y resumen), en caso de encontrar información relevante se revisaba el texto completo. Posteriormente, se buscaban documentos en páginas de instituciones oficiales, tales como Departamento o Ministerio de salud.

Las estrategias de búsqueda se realizaron en diferentes idiomas, usando traductores en línea para los idiomas distintos al castellano o inglés. A continuación, se presentan los conceptos y países por idioma utilizado:

Español

Países: España y Colombia

Conceptos utilizados: Humanización en Salud; Compasión en salud

Inglés

Países: Canadá y Reino Unido

Conceptos utilizados: Humanization in Health; Compassion in Health

Portugués

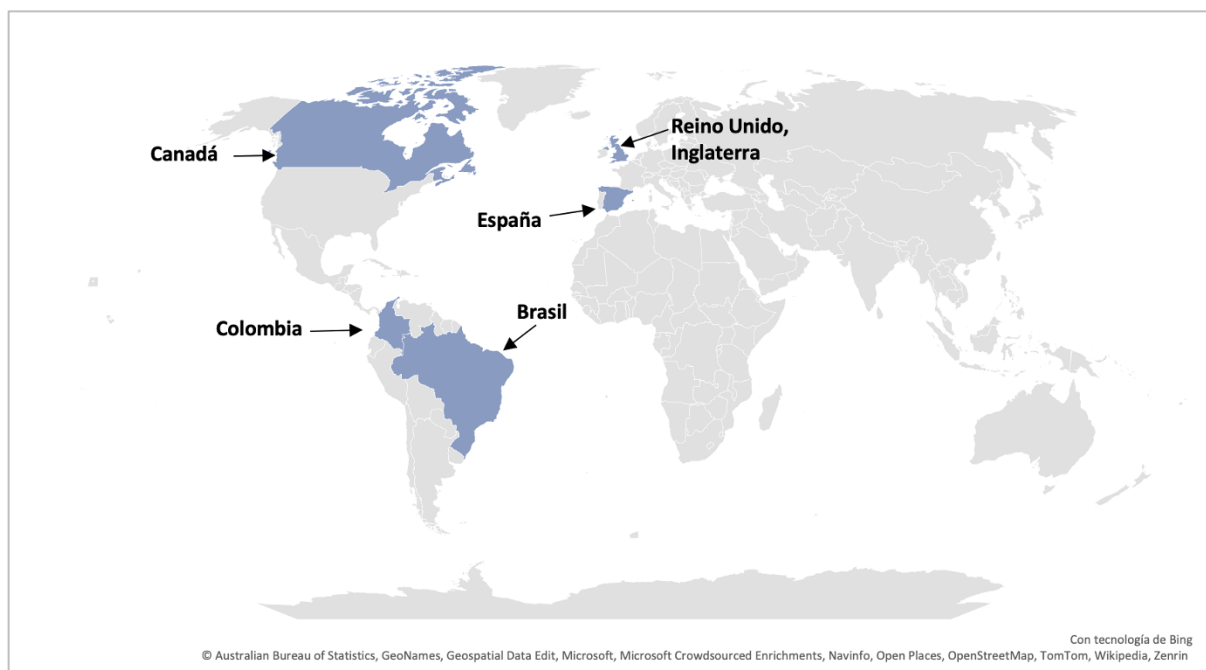
Países: Brasil

Conceptos utilizados: Humanização em Saúde; Compaixão na saúde

Periodos de búsqueda: 2 octubre 2024 al 18 octubre 2024



Anexo 2: Mapa de países incluidos



Anexo 3: Checklist para la evaluación de la política de presencia familiar

Fuente: Alberta Health Services. Family Presence Policy Assessment Checklist. 2022. Disponible en: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-family-presence-policy-checklist.pdf>

Esta lista de verificación de autoevaluación está diseñada como un recurso para áreas de programas/servicios para ayudar a determinar la alineación de las prácticas existentes con los requisitos del *AHS Family Presence Policy Suite*. La auto evaluación se completa en cada ítem en su frecuencia: siempre, A menudo, Rara Vez, Nunca

Crear un ambiente acogedor
- ¿Su equipo tiene un enfoque coherente para garantizar que el entorno sea acogedor y propicio para la presencia familiar? - ¿Su equipo apoya a los pacientes para que tengan un DFSP presente en cualquier momento del día o de la noche? - ¿Su equipo informa a los DFSP sobre el espacio y los recursos disponibles para apoyar su presencia en persona? - ¿Su equipo apoya las opciones virtuales para las visitas cuando las opciones en persona no están disponibles?
Identificación y documentación
- ¿Su equipo distingue entre los términos Familiar/Personas de Apoyo Designadas y visitantes en las comunicaciones verbales y escritas? - ¿Su equipo utiliza una identificación separada para Familiar/Personas de Apoyo Designadas y visitantes? - ¿Su equipo se comunica con los pacientes desde el principio para determinar sus DFSP y cómo el paciente quiere que participen en su atención? - ¿Su equipo documenta los DFSP identificados por el paciente y cómo participarán?
Comunicación
- ¿Su equipo analiza las opciones disponibles para mejorar las comunicaciones entre el personal, los pacientes y sus DFSP? - ¿Su equipo comunica públicamente los límites de acceso vigentes a nivel de unidad o sitio? - ¿Su equipo sigue los procesos descritos en el procedimiento para gestión de límites de acceso de familiares/personas de apoyo y visitantes cuando son necesarios límites?
Asociación y participación
- ¿Su equipo proporciona a los DFSP una comunicación escrita/verbal sobre la colaboración con el personal para apoyar a un paciente? - ¿Su equipo analiza con los DFSP y los pacientes quiénes desean que estén presentes en caso de deterioro/reanimación agudos? - ¿Su equipo tiene un proceso claro para apoyar a los DFSP durante el deterioro clínico agudo y/o la reanimación? - ¿Su equipo evalúa y apoya las necesidades de un paciente en cuanto a prácticas culturales, espirituales o religiosas? - ¿Su equipo informa a los DFSP y a los pacientes sobre las áreas en las que podrían participar y colaborar?

- ¿Su equipo interactúa con los DFSP para asegurarse de que se sientan cómodos participando en los roles identificados por el paciente? - ¿Su equipo responde a las ideas, solicitudes, preguntas e inquietudes de los pacientes, sus DFSP y visitantes de manera compasiva y oportuna? - ¿Su equipo informa a los pacientes, DFSP y visitantes sobre cómo pueden promover un entorno de atención médica seguro y respetuoso? - ¿Su equipo tiene un plan para gestionar grupos más grandes, como al final de la vida o en celebraciones especiales?
Prevenición de contagios
- ¿Su equipo cuenta con un proceso para facilitar el acceso y compartir información durante tiempos difíciles, como los brotes? - ¿Su equipo sabe quién es responsable de capacitar a los DSFP y a los visitantes sobre el uso de EPP?

Anexo 4: Resumen de los programas de humanización en España

Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. II Plan de Humanización de la asistencia sanitaria 2022-2025. 2022. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050581.pdf>

Tabla comparativa de dimensiones incluidas en los distintos planes de las diferentes comunidades de España

Comunidad Autónoma	Valencia	Asturias	Extremadura	Castilla La Mancha	Navarra	Galicia	Andalucía
Líneas/años	2000	2004-2007	2007-2013	2017	2017	2020	2021
Cultura					X		X
Atención centrada en el paciente	X	X	X	X	X	X	X
Formación	X						
Actividades específicas	X						
Profesionales			X	X			
Infraestructuras, espacios y entornos	X	X	X	X	X	X	
Asistencia sanitaria (accesible, integral, con decisiones compartidas)	X	X	X	X		X	X
Innovación tecnológica aplicada a la humanización							X
Participación ciudadana	X		X	X		X	
Gestión Humanizada					X		

Anexo 5: Modelo SER+HUMANO

Fuente: Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. II Plan de Humanización de la asistencia sanitaria 2022-2025. 2022. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050581.pdf>

El Modelo establece un sistema de evaluación que mide el cumplimiento de los criterios de excelencia en los centros y servicios sanitarios del Servicio Madrileño de Salud respecto a su compromiso con la humanización de la asistencia sanitaria. Este modelo se estructura en cinco áreas: **liderazgo para la humanización; gestión basada en la humanización; asistencia sanitaria centrada en la persona; cuidado del profesional y la humanización de los espacios.**

Para realizar la evaluación se diseñó la herramienta "Cuestionario de autoevaluación criterios de excelencia en humanización", que cuenta con una versión específica para cada ámbito asistencial. El cuestionario elaborado para Hospitales recoge 70 ítems, los destinados a Centros de Salud y Direcciones Asistenciales de Atención Primaria incluye 57 ítems y el cuestionario relativo a SUMMA 112 cuenta con 58 ítems. En la siguiente tabla, se describen las áreas que lo componen.

Tabla Áreas y Dimensiones Modelo SER+HUMANO

Áreas	Dimensiones
Área 1. Liderazgo para la Humanización. Las organizaciones excelentes tienen líderes que actúan como modelo de referencia de sus valores y principios éticos; refuerzan, impulsan y ponen en valor la cultura de humanización entre las personas de la organización y gestionan el cambio de manera eficaz.	Cultura de humanización
	Estructura Organizativa
	Expectativas y necesidades
	Formación
Área 2. La gestión basada en la Humanización. Las organizaciones excelentes desarrollan su misión y visión a través de una estrategia centrada en sus grupos de interés.	Estrategia
	Cultura de humanización
	Evaluación
	Organización saludable
	Coordinación
	Alianzas externas
Área 3. La asistencia sanitaria centrada en la persona. Las organizaciones excelentes responden de forma constante y eficaz a las necesidades y expectativas cambiantes de los usuarios/pacientes/familiares, usando como herramientas fundamentales la comunicación afectiva y efectiva y la relación de ayuda.	Información
	Comunicación
	Intimidad
	Accesibilidad
	Acompañamiento
	Atención psicológica
	Atención Espiritual
	Satisfacción
Área 4. Cuidar al Profesional. Las organizaciones excelentes valoran a las personas que las integran y dan reconocimiento a los esfuerzos para motivar a las personas. Los profesionales son los principales agentes de humanización de la asistencia. La organización se enfoca a cuidar del profesional y prevenir el "síndrome de desgaste profesional" ("Burnout" o "Síndrome de estar quemado").	Cultura de la humanización
	Formación
	Reconocimiento
	Prevención de riesgo psicosocial
	Cooperación sanitaria al desarrollo y acción humanitaria

Área 5. Humanización de los espacios. Las organizaciones excelentes tienen estructuras y entornos amigables. El ruido/silencio, los horarios, la hostelería, las salas de descanso, las salas de espera, la temperatura, la limpieza, la accesibilidad, la información, etc., hacen que los pacientes, los familiares y los profesionales se sientan seguros.	Señalización
	Confortabilidad
	Infraestructura



Anexo 6: Diez compromisos para apoyar la acción de los profesionales de enfermería, obstetricia y el personal de atención.

Fuente: National Health Service. Leading Change, Adding Value: A framework for nursing, midwifery and care staff. 2017. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/publication/leading-change-adding-value-a-framework-for-nursing-midwifery-and-care-staff/>

Compromiso	Salud y Bienestar	Calidad de cuidados	Financiamiento y eficiencia
Promover una cultura donde mejorar la salud de la población sea un componente central de la práctica de todo el personal de enfermería, obstetricia y cuidados	X	X	X
Aumentar la visibilidad del liderazgo y el aporte de enfermería y obstetricia en prevención	X	X	X
Trabajar con personas, familias y comunidades para prepararlas para tomar decisiones informadas y gestionar su propia salud	X	X	X
Centrarse en que las personas reciban atención de alto valor	X	X	X
Trabajaren colaboración con las personas, sus familias, sus cuidadores y otras personas importantes para ellos.	X	X	X
Responder activamente a lo que más le importa al personal y colegas	X	X	X
Liderar e impulsar la investigación para evidenciar el impacto	X	X	X
La educación, la formación y el desarrollo adecuados para mejorar habilidades, conocimientos y comprensión.	X	X	X
El personal adecuado en los lugares adecuados y en el momento adecuado	X	X	X
Defender el uso de la tecnología y la informática para mejorar la práctica, abordar variaciones injustificadas y mejorar los resultados	X	X	X