



# Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias

## **Líneas Generales**



Gobierno del  
Principado de Asturias

Consejería de Salud

Dirección General de Cuidados,  
Humanización y Atención Sociosanitaria





Plan de Humanización  
del Sistema Sanitario Público  
del Principado de Asturias

**Líneas Generales**



# Índice

<b>PRÓLOGO</b>	<b>5</b>	<b>LÍNEAS ESTRATÉGICAS</b>	<b>18</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>	▶ <b>HUMANIZACIÓN: CALIDEZ Y CALIDAD EN EL TRATO (HCCT)</b>	<b>20</b>
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>10</b>	▶ <b>PROFESIONALES: PIEDRA ANGULAR PARA UNA CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN (PFNS)</b>	<b>22</b>
<b>NORMATIVA ESTATAL Y AUTONÓMICA</b>	<b>12</b>	▶ <b>PARTICIPACIÓN CIUDADANA (PPC)</b>	<b>24</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>15</b>	▶ <b>ADECUACIÓN DE LOS ENTORNOS. ESPACIOS Y CONFORT(AEC)</b>	<b>27</b>
▶ <b>Objetivo general</b>	<b>15</b>	<b>AUTORÍA Y COLABORACIONES</b>	<b>29</b>
▶ <b>Objetivos específicos</b>	<b>15</b>	▶ <b>Dirección</b>	<b>29</b>
<b>MISIÓN, VISIÓN, PRINCIPIOS RECTORES</b>	<b>16</b>	▶ <b>Redacción, Coordinación de equipo, Dirección técnica, Maquetación y Edición de imágenes</b>	<b>29</b>
▶ <b>Misión</b>	<b>16</b>	▶ <b>Autoría y Grupo Matriz</b>	<b>29</b>
▶ <b>Visión</b>	<b>16</b>	▶ <b>Agradecimientos</b>	<b>30</b>
▶ <b>Alcance</b>	<b>16</b>	▶ <b>Colaboraciones</b>	<b>30</b>
▶ <b>Principios Rectores</b>	<b>16</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>31</b>
• <b>BIENESTAR</b>	<b>16</b>		
• <b>INCLUSIÓN</b>	<b>17</b>		
• <b>PARTICIPACIÓN</b>	<b>17</b>		
• <b>RESPETO</b>	<b>17</b>		
• <b>ACOMPAÑAMIENTO</b>	<b>17</b>		
• <b>EMPATÍA</b>	<b>17</b>		
• <b>INTEGRACIÓN</b>	<b>17</b>		
• <b>EQUIDAD</b>	<b>17</b>		
• <b>AUTONOMÍA</b>	<b>17</b>		
• <b>ACCESIBILIDAD</b>	<b>17</b>		





# PRÓLOGO



## Director General de Cuidados Humanización y Atención Sanitaria

Uno de los compromisos adquiridos por esta Dirección General, tal y como se recoge en el Decreto 83/2019, de 30 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud, es la elaboración, desarrollo, evaluación y seguimiento del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias, en coordinación con el Servicio de Salud del Principado de Asturias, pero además de un compromiso es una responsabilidad con la ciudadanía.

La humanización debe ser objeto de trabajo, sin que esto se confunda con poner en duda la humanidad desplegada por las y las/os profesionales. Existen una serie de “riesgos”, como por ejemplo el hecho de que un mayor desarrollo tecnológico “tecnifica” las relaciones humanas haciéndola más impersonales, y ahí es donde debemos trabajar para continuar avanzando en una atención sanitaria centrada en las personas y contando con las personas.

Un sistema sanitario estará humanizado cuando esté al servicio de todas y de todos: pacientes, familiares y profesionales. Sin duda, estamos ante un proceso complejo que incluye aspectos personales, culturales e incluso políticos y que supone cambios organizativos en el Sistema de Salud, por lo que será una tarea que exigirá gran constancia por parte de todas las personas implicadas. “Una gota de agua perfora a la roca, no por su fuerza, sino por su constancia”.

Fruto de esta constancia y del trabajo de un grupo multidisciplinar de profesionales de las distintas áreas sanitarias, y contando con la visión y participación de las personas usuarias, se ha elaborado este primer documento, donde se definen las líneas generales del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias.

*Sergio Valles García*







# INTRODUCCIÓN

*“Humanizar el mundo de la salud es un proceso complejo que abarca todas las dimensiones de la persona, y que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la formación de profesionales, o el desarrollo de planes de cuidados en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual”.*

(Bermejo, J.C)

El interés por la humanización de la atención sanitaria no es nuevo y aparece estrechamente asociado a la propia práctica sanitaria. Sin embargo, en las últimas décadas se han venido atribuyendo a la excesiva tecnificación de la práctica clínica, a la elevada presión asistencial, a la masificación, o a la falta de tiempo, algunos de los efectos no deseados de lo que ha dado en llamarse deshumanización en (de) la asistencia sanitaria. El progreso científico y técnico ha dado lugar a una división de la asistencia sanitaria por sectores denominada “especialización”. Este modelo de atención ha propiciado, en algunas ocasiones, reacciones de indiferencia ante lo humano al tratar una enfermedad o una parte del/la paciente ignorando el resto de su persona. La deshumanización de los servicios de salud queda patente cuando se produce una invasión absoluta de la tecnología, despersonalización en su uso y olvido del/la paciente como ser humano.

La vida y la relación entre las personas que se encuentran en situaciones vitales diferentes y que convergen en un mismo marco, que es el sistema sanitario público, hace necesario entender la asistencia sanitaria de forma integral contemplando no solo los aspectos científico-técnicos, sino también otros elementos como la comunicación, el trato



personal, la empatía, la accesibilidad, la confianza, la intimidad. Un abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual, que nos permite colocarla por encima del plano de la ciencia y la tecnología, evitando su cosificación. Armonizar la actividad asistencial con las necesidades de las personas.

Hablar de humanizar es una cuestión ética. Todo ser humano constituye un valor en sí mismo y por sí mismo, lo que le hace un sujeto digno que debe de ser siempre un fin y nunca un medio para otro fin, por bueno o loable que este aparente ser. Esta dignidad, como esencia de lo humano, como valor intrínseco, es absoluta, esto es, un valor inviolable e innegociable del que emanan todos los derechos y deberes humanos. La dignidad designa lo que es estimado por sí mismo. No es un valor que se le atribuye o regala a la persona; es de carácter interno e insustituible, independientemente de sus caracteres físicos y de sus manifestaciones individuales. La dignidad personal constituye la raíz y fundamento de la igualdad de todos los seres humanos entre sí. Sigue siendo necesario ese puente de unión entre la ciencia y las humanidades del que hablaba Potter en su enfoque del diálogo bioético. Lo humano es la suma de lo técnico y lo cuidado, que ya bien decía Hipócrates: “una misma cosa es el amor a la técnica y el amor a la humanidad”. Un mundo dominado por la ciencia y la tecnología podría incluso ser inhabitable, no sólo desde una perspectiva biológica, sino sobre todo desde el punto de vista espiritual y cultural.

El término humanización en el contexto sanitario apela al concepto de dignidad, por una atención y cuidados dignos. Cuando nos acercamos al sistema sanitario público esperamos recibir una atención “humanizada”, como sinónimo de lo que es bueno y que se ajusta a nuestra condición humana. Solo un ser humano es capaz de reconocer la dignidad de otro y de respetar sus derechos, asumiendo en consecuencia el deber ético de asistirlo, cuidarlo, consolarlo y acompañarlo en su fragilidad. No debemos ser indiferentes ante la vulnerabilidad y la falta de respeto por la persona. Todas las personas somos corresponsables en las Áreas de paliar el sufrimiento humano y de construir un mundo que fomente actitudes y conductas responsables y “humanizantes”. Nuestros servicios de salud deben ser lugares para curar y cuidar personas, teniendo siempre presente que humanizar la salud dignifica a la persona.

Las personas que trabajan en el ámbito sanitario contribuyen al flujo de la actividad diaria y a que ésta se lleve a cabo con unos estándares de calidad y calidez en la atención asistencial. Por ello, hablar de humanización de la atención sanitaria no es posible sin cuidar a la base de toda la estructura sanitaria, que son todos y cada uno de sus profesionales.



La humanización de la asistencia sanitaria debe estar presente en todas las políticas, y especialmente en las políticas sociosanitarias, teniendo en consideración la existencia de desigualdades sociales en salud y factores como el envejecimiento demográfico, la cronicidad, la discapacidad, la dependencia y la soledad.

Humanizar la salud es un proceso complejo que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la mejora de la relación entre usuarias/os y profesionales y la formación de las/os profesionales. Este cambio no ocurrirá por apelar a más efectividad y afectividad, sino que requiere un movimiento de múltiples acciones sistémicas y la colaboración de todos los agentes que forman parte del Sistema Sanitario Público de Asturias. Su logro es un compromiso y responsabilidad del Gobierno del Principado de Asturias.

El presente documento pretende guiar la actuación del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias hacia acciones respetuosas con los derechos de todas las personas. Está abierto a las aportaciones de profesionales, pacientes, familiares y ciudadanía en general, estableciendo las bases para una cultura colaborativa entre profesionales y sociedad hacia un sistema más cercano, sostenible y humano.



# ANTECEDENTES

En 1984, el INSALUD justificaba en su Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria, que la enfermedad genera una situación de indefensión que le hace sentirse a la persona desvalida, por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible. Además, expresaba que: “La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina”. Este Plan desarrolló una Carta de Derechos y Deberes, identificando 16 derechos y 8 obligaciones de pacientes. Establecía la creación de un servicio de atención al paciente y una comisión de humanización de la asistencia, la citación previa en consultas externas, la ampliación del horario de visitas en los hospitales y adopción de medidas para que la madre o el padre puedan acompañar a su hijo/a ingresado/a en el hospital el mayor tiempo posible. Además, se preveía realizar encuestas post hospitalización para controlar la calidad de la asistencia, presencia de profesorado en hospitales infantiles, la posibilidad de elegir entre tres comidas diferentes, la creación de bibliotecas para pacientes y la sensibilización sobre la donación de órganos.

El Director General del INSALUD en esos momentos, reconocía que la humanización tenía que ver

con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, con la competencia profesional y con elementos no fácilmente comunicables ni mensurables, como el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas, y la alegría recobrada.

En el ámbito de la Atención Primaria, en 1992 se puso en marcha un Programa de Mejora de la Accesibilidad a los Servicios Sanitarios, cuyos elementos centrales eran el trato personalizado a las/os usuarias/os y el acercamiento de las unidades administrativas del INSALUD al ciudadano a través de las Unidades de Gestoría.

En 2001, el INSALUD presentó el Plan de Calidad Total en el que el fijaba las directrices generales con objeto de ofertar a los ciudadanos servicios bajo unos estándares de calidad homogéneos. Este Plan recogía todas aquellas actuaciones anteriores relacionadas con la garantía de calidad para el desarrollo de una nueva política de calidad, teniendo en consideración las 16 acciones establecidas dentro del Plan de Humanización dirigidas a prestar una mayor atención a las necesidades de las personas con enfermedad como individuos.



Dentro de nuestra comunidad autónoma, desde el Servicio de salud del Principado de Asturias (SESPA) se trabajó en un Plan de confortabilidad en el periodo del 2004 a 2007. La humanización de los servicios sanitarios y calidad de trato fue una de las líneas que se definió en dicho Plan, poniéndose énfasis en el establecimiento de un verdadero “Plan de los pequeños detalles” a fin de incrementar la calidad percibida por las/os usuarias/os y mejorar la satisfacción de estos con los servicios sanitarios.

En 2018 se presentó el documento de trabajo Estrategia de mejora de la confianza y seguridad de las/os profesionales del SESPA. Dentro de los objetivos se especificaron, entre otros, “mejorar la comunicación en la relación profesionales del servicio de salud del Principado de Asturias con las/os pacientes y usuarias/os”, “mejorar la percepción de trato recibido por parte de las/os pacientes y usuarias/os que acuden al Servicio de Salud”, “incorporar al trabajo y diseño habitual, las metodologías del trabajo en experiencia del paciente”.





# NORMATIVA ESTATAL Y AUTONÓMICA

La **Constitución Española**, en su **artículo 10** establece que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son el fundamento del orden político y de la paz social. Asimismo, en su **artículo 18 1.**, establece que se garantiza el Derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, siendo ambos artículos pertenecientes a los Derechos Fundamentales; Por tanto, cualquier norma relativa a los mismos ha de ser interpretada de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España. Además, en su **artículo 43**, reconoce el Derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones de los servicios necesarios.

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, universaliza el Derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a todas/os las/os españolas, orientando el sistema sanitario a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y al acceso igualitario a las prestaciones sanitarias, con amplia participación ciudadana.

La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica**, sitúa a las y los pacientes en el centro del sistema, debiendo garantizarse no solo la asistencia sanitaria, sino la información suficiente que permita una utilización responsable de los recursos sanitarios y una participación activa para su mejora permanente. Así mismo, en su artículo 11 regula el Derecho de otorgar Instrucciones Previas y la obligación de los servicios de salud de regular los procedimientos adecuados para que, llegado el caso, sean respetadas y cumplidas.

La **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, que establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la participación activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.



La **Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias**, y los respectivos códigos deontológicos, impone a los y las profesionales el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado.

El **Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, (Ley 55/2003 de 16 de diciembre)**, como norma básica, establece su régimen jurídico y reconoce el derecho de las y los profesionales que se encuentran en su ámbito de aplicación a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, sobre riesgos generales en el centro sanitario, o derivados del trabajo habitual, así como a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión y en el desempeño de sus funciones.

La **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**. La protección por la que se opta es de carácter universal, consolidando el Derecho subjetivo de ciudadanía para todas/os las/os españoles que pueden acceder en igualdad de oportunidades a las prestaciones de servicios que el sistema establece.

La **Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres**, en su artículo 27 recoge la integración del Principio de Igualdad en la política de salud y la perspectiva de género.

**Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género**, que tiene por objeto establecer un conjunto de medidas que contribuyan a garantizar la efectiva igualdad de Derechos, trato y oportunidades entre mujeres y hombres y a promover la presencia equilibrada de unas y otros en los ámbitos público y privado del Principado de Asturias.

**Ley del Principado de Asturias 5/2018, de 22 de junio, sobre Derechos y Garantías de la Dignidad de las personas en el proceso del final de la vida**. Regula los Derechos de las personas en el proceso del final de su vida, así como los deberes del personal del ámbito sanitario y social que atienden a estas personas y las garantías que los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria están obligados a proporcionar, tanto a las personas enfermas como a las/os profesionales, con respecto al mencionado proceso.

**Ley del Principado de Asturias 7/2019, de 29 de marzo, de Salud**, constituye la base normativa para el desarrollo e implantación de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma. Facilitará la adaptación a nuevos modelos de atención sanitaria y salud pública y la priorización de la preservación de la salud, así como el abordaje de atención a la enfermedad y de los procesos de rehabilitación social. Uno de los principios rectores de esta Ley es la Humanización de la asistencia sanitaria y aten-



ción personalizada. El Plan de Salud es el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud y de servicios sanitarios en el ámbito del Principado de Asturias. Contempla dentro de sus estrategias de intervención la comunicación, la humanización y la autonomía. Así mismo, los Derechos relacionados con la prestación de servicios sanitarios y la humanización de la atención por el Sistema Sanitario del Principado de Asturias que figuran en el **artículo 62**, estarán incluidos en un Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias, que se elaborará y revisará con carácter plurianual.

**Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.** El objeto de esta Ley es regular el Derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse. Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atienda a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del Derecho reconocido en esta Ley.

*“Alguien se sienta a la sombra,  
porque alguien plantó un árbol  
hace mucho tiempo”.*

Warren Buffet







# OBJETIVOS

## Objetivo general

Orientar el Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias a una asistencia sanitaria holística, integrando ciencia, tecnología y humanidad, centrada en las personas, sean profesionales, pacientes y/o ciudadanía.

- ▶ Realizar una monitorización continua en todos los centros.
- ▶ Aumentar la corresponsabilidad de todas y todas/os las/los agentes que forman parte del Sistema Sanitario Público de Asturias.

## Objetivos específicos

- ▶ Desarrollar un marco común en todos los centros sanitarios del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias.
- ▶ Planificar y programar las acciones necesarias para el desarrollo de las líneas estratégicas del Plan de Humanización de la asistencia sanitaria.
- ▶ Crear una estructura organizativa para el desarrollo del Plan en nuestra Organización.
- ▶ Desplegar e implementar las acciones propuestas.
- ▶ Hacer un seguimiento y evaluar el Plan en su conjunto, y de forma específica en: la consecución de los objetivos, la ejecución de las actividades, las lecciones de aprendizaje y las áreas de mejora.

*“No puede existir una asistencia digna sin ser una asistencia humanizada”.*

Edmund Pellegrino



# MISIÓN, VISIÓN, PRINCIPIOS RECTORES

## Misión

Somos una Organización de servicios de salud que trabajamos con y para las personas con la finalidad de prestar una asistencia sanitaria en la que la calidad científico-técnica, la continuidad asistencial y la atención centrada en la persona contribuyan de manera efectiva a su bienestar integral. Trabajar en equipo para ayudar a vivir mejor, cuidar, acompañar en los procesos vitales y aliviar el sufrimiento de los seres humanos, persiguiendo la equidad en el derecho fundamental a la protección de la salud.

## Visión

Queremos ser una Organización accesible y de referencia por su modelo de atención centrado en la persona, el respeto a la dignidad y el buen trato y la integración de la tecnificación con la humanización.

## Alcance

Todos los ámbitos del sistema Sanitario Público del Principado de Asturias, tanto los centros de la Red SESPA como los centros concertados. La atención primaria, atención hospitalaria, la salud mental y la atención sociosanitaria.

## Principios Rectores

El Principio de Humanización nos impulsa a crecer en conciencia, libertad, responsabilidad, sentido social y a realizar y promover los valores humanos. Es expresión de la realidad de todo ser humano. La humanización es un imperativo ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con los principios bioéticos y la reglamentación deontológica que regulan las prácticas en un contexto de salud.

En base a este Principio de carácter universal y dentro del contexto del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias, se han definido 10 Principios para orientar y regular las acciones del Plan de Humanización. Estos principios reúnen los siguientes valores:

### BIENESTAR



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



## INCLUSIÓN



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

## PARTICIPACIÓN



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

## RESPECTO



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

## ACOMPañAMIENTO



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

## EMPATÍA



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

## INTEGRACIÓN



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

## EQUIDAD



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

## AUTONOMÍA



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

## ACCESIBILIDAD



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

*“Humanizar es pensar en las personas, en los sujetos y su subjetivo y no solo en las enfermedades como el objeto, como el valor único de lo objetivo”.*

Marie Françoise Collière



1 PDF aquí.



# Decálogo Humanización

El principio de **humanización** nos impulsa a crecer en conciencia, libertad, responsabilidad, sentido social y a realizar y promover los **valores humanos**.

Es expresión de la realidad de todo ser humano. La **humanización** es un **imperativo ético** que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con los principios bioéticos y la reglamentación deontológica que regulan las prácticas en un contexto de salud.

## Bienestar

Piensa en lo que necesito, y ayuda a mi familia y acompañantes a sentirnos confortables y cómodos. Podemos adaptarnos juntos a horarios y rutinas.

## Inclusión

Todos somos iguales ante la salud y ante la falta de ella, no me discrimines por condición o discapacidad, la enfermedad tampoco lo hace.

## Participación

La salud es cosa de todos, Pacientes, Profesionales y Comunidad. Juntos podremos tomar decisiones que beneficien la cultura de humanización que nos incluye a todos.

## Respeto

Escúchame, comprendeme: paciente, acompañante o profesional, soy **persona**.

## Acompañamiento

Yo y mis circunstancias somos un todo, ayúdame sin emitir juicios de valor, hazme sentir acompañado, quiero saber que puedo contar contigo.

## Empatía

Ponte en mi piel y mis zapatos, los del familiar que espera, los del paciente preocupado, los del profesional que te atiende...

## Equidad

No me trates igual que a todos, trátame como necesita mi vulnerabilidad. Adapta para que yo pueda entenderte, así podré ayudarte.

## Integración

Atención integral e integrada. Ciencia con Conciencia.

## Autonomía

Ayúdame a tomar mis propias decisiones fomentando mi libertad.

## Accesibilidad

Facilitame llegar hasta tí, juntos podremos usar los recursos para alcanzar el máximo potencial de salud.

AS 02450-2021



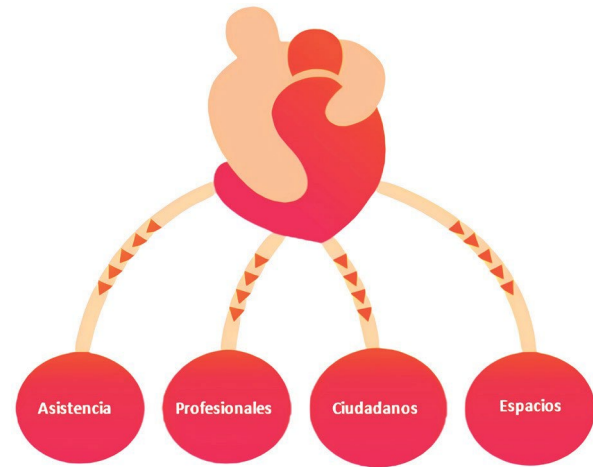
# LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Se han definido cuatro líneas estratégicas:

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

Se constituirán Comisiones de Humanización en cada Área Sanitaria para garantizar su implementación, seguimiento y evaluación. Estas comisiones estarán formadas por representantes de los órganos directivos de las Gerencias de las Áreas de Salud, de los Servicios de Atención al Ciudadano, del Servicio de Gestión de Profesionales, de pacientes y familiares, así como profesionales con actividad asistencial directa.

Corresponde a estas Comisiones de Humanización la identificación, la concreción y desarrollo de cada línea de trabajo, la generación progresiva de una cultura de humanización que involucre a las/os distintas/os profesionales en su ejecución, y el equilibrio presupuestario con otras actuaciones asistenciales, tanto de gasto corriente como de inversión, que impulse este conjunto de actuaciones.



A continuación desarrollaremos para cada línea de actuación **tres ejemplos** de acciones que pueden desarrollarse en las Áreas. Estas acciones, que serán ampliadas en el documento de “*Estrategia de implantación*”, pueden adaptarse, modificarse o ser creadas desde cero siempre dentro del marco de actuación en el que se desean implementar. El formato deberá ser el adecuado en aras de adaptarse el máximo posible a las circunstancias y condiciones de las diferentes gerencias, así como a su población y siempre dentro de una normalización de los registros que permita evaluar adecuadamente la implantación.



## HUMANIZACIÓN: CALIDEZ Y CALIDAD EN EL TRATO (HCCT)

La humanización, en el marco de la atención en salud, toma como punto de partida la igualdad para encontrar la diferencia y las necesidades del otro, a través de una relación de cuidado. Esta línea responde a la necesidad de dar el mismo trato que nos gustaría recibir, teniendo presente la vulnerabilidad de las personas en sus contactos con el sistema sanitario. El concepto de Cuidado encierra la dignidad como categoría central. El respeto y la dignidad son conceptos mutuamente correlacionados que se aplican al valor de la persona por lo que necesitamos asistir con un sentido más humano, de respeto y con una actitud más acogedora al paciente y a sus familiares. Una atención digna que contemple el valor intrínseco de lo humano como parte de un colectivo, pero también el valor individual, es decir sus necesidades, brindando un cuidado compasivo, cálido y relacional. Comprender las necesidades reales del otro implica un marco de atención centrada en la persona y familia en su más amplio sentido: conocer su biografía, sus preocupaciones, sus anhelos, sus angustias, etc. De esta manera la asistencia se humaniza y dignifica.

*“Proceder con honestidad en aras de la dignidad del hombre es el compromiso más trascendente en nuestro corto paso por este mundo”.*

René Gerónimo Favaloro.



LÍNEA	Acción	Procedimiento	Descripción de la acción
<b>HUMANIZACIÓN: CALIDAD Y CALIDEZ EN EL TRATO</b>	Garantizar un adecuado acompañamiento de las personas en el proceso de duelo gestacional y perinatal.	Constitución de grupo de trabajo multidisciplinar para la elaboración de la guía de atención del duelo gestacional y perinatal.	La Organización implementa la “Guía de atención al duelo gestacional y perinatal” y revisa periódicamente su eficacia.
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	
<b>HUMANIZACIÓN: CALIDAD Y CALIDEZ EN EL TRATO</b>	Garantizar un adecuado acompañamiento a las/os pacientes en las fases finales de la vida.	Elaboración y puesta en marcha del Protocolo para acompañamiento al final de la vida para toda la red de hospitales del Principado de Asturias supervisado por SESPA.	El Centro organiza la atención a las/os pacientes en las últimas fases de la vida, facilitando el acompañamiento de sus familiares o personas de referencia, y proporcionándoles cuidados en un entorno íntimo y respetuoso.
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	
<b>HUMANIZACIÓN: CALIDAD Y CALIDEZ EN EL TRATO</b>	<p>Empleo de estrategias de “no hacer” dentro del marco del Plan de Calidad del SNS que mejoren la experiencia del usuario, su confortabilidad y bienestar y que a la vez doten de más tiempo a las/os profesionales.</p> <p><a href="https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/cal_ssc.htm">https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/cal_ssc.htm</a></p>	Procedimiento de “No hacer” en el contexto de las diferentes unidades y servicios del centro, dentro del marco del Plan de Calidad del SNS.	<p>El centro impulsará la adopción por parte de las unidades o servicios de un conjunto de medidas relacionadas con la estrategia “no hacer” a fin de garantizar una mejora en la optimización de los recursos tanto materiales como humanos así como una mejora en la experiencia del usuario.</p> <p>Ej.: Respetar el descanso/sueño de las/os pacientes al tiempo que se optimiza la necesidad de toma de muestras para analítica urgente de forma rutinaria.</p>
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	

Construcción de acciones con la colaboración de la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial (GECCAS)



2 Plan Calidad SNS



## PROFESIONALES: PIEDRA ANGULAR PARA UNA CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN (PFNS)

Con la humanización de nuestro Servicio de Salud queremos defender los valores esenciales de la persona y favorecer la calidad de vida, no sólo de los que buscan salud, sino también de las/os profesionales que trabajan en él.

Las/os profesionales están expuestos a importantes cargas físicas, emocionales y psicológicas, derivadas de su dedicación y esfuerzo. Con esta línea se persigue una asistencia más humana y digna para el profesional que presta sus servicios en el sistema sanitario público de salud, estableciendo una política interna de atención humanizada al personal tanto interno como externo, que permita regular la calidad y calidez de la atención y el servicio. Además, es necesario incorporar aspectos como la gestión del talento, la adecuada dotación de recursos personales y materiales para desarrollar sus actividades profesionales, la conciliación familiar, la remuneración del personal, las jornadas de trabajo y la calidad de las instalaciones. La implicación por parte de las direcciones y las/os mandos intermedios en este sentido es crucial para la adhesión de estos valores en el buen cuidado de aquellos que cuidan, base por otra parte de toda la estructura que sostiene una cultura de humanización para con las/os usuarias/os.

En ocasiones las/os profesionales se encuentran inmersos en la vorágine del cumplimiento de las exigencias del sistema de salud, lo que origina un modelo asistencial distante y fragmentario. Es vital reconocer el tiempo y dedicación de las/os profesionales que prestan asistencia sanitaria, facilitando la incorporación de valores y actitudes humanistas a través de una formación en aquellas competencias personales que permitan desarrollar la actividad profesional, dentro del ámbito sanitario, respetando y velando por la dignidad y el respeto al ser humano. Una actividad enfocada a la mejora del cuidado de la salud, tanto física como mental y emocional, dirigida tanto hacia las/los pacientes como a las/os propios profesionales socio-sanitarios, que nos guíe hacia un modelo asistencial cercano y holístico.

*“La inteligencia interpersonal consiste en la capacidad de comprender a las/os demás: cuáles son las cosas que más les motivan, cómo trabajan y la mejor forma de cooperar con ellos”.*

Daniel Goleman





LÍNEA	Acción	Procedimiento	Descripción de la acción
<b>PROFESIONALES</b>	Poner en valor el trabajo de las/os profesionales y la importancia de su cuidado.	Desarrollo, puesta en marcha o, en su caso, mantenimiento, de la Oficina de Atención a Profesionales, gestionada por personal cualificado.	La Organización impulsa planes que crean valor añadido a la atención sanitaria y que reconocen el trabajo de todos/as las/os profesionales.
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	
<b>PROFESIONALES</b>	Mejora del clima laboral.	Promoción de la mejora del clima laboral. Prevención del burnout. Potenciación del Engagement en la Organización.	<p>La Organización desarrolla Talleres de trabajo en equipo.</p> <p>La Organización mantiene la adecuación de plantillas.</p> <p>La Organización favorece la continuidad de la atención y mejora los circuitos asistenciales.</p> <p>La Organización valora y reconoce las propuestas profesionales.</p> <p>La Organización evalúa de forma periódica la Calidad de Vida Profesional a través de herramientas estandarizadas.</p> <p>La Organización promueve la participación de profesionales en la planificación y desarrollo del Plan de Humanización.</p> <p>La Organización promueve la obtención del Sello de Buenas Prácticas en Humanización en los equipos de profesionales.</p>
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	
<b>PROFESIONALES</b>	Mejora de la comunicación vertical.	Establecimiento de sistemas de registro de incidencias de las unidades (a nivel organizativo, independiente de notificaciones SINASP) que sean leídas y monitorizadas por el equipo de dirección.	La Organización promueve y mejora la comunicación con mandos intermedios y Dirección del centro a través de un sistema de registro de incidencias que permita comunicar, registrar y monitorizar eventos que supongan un problema para las/os profesionales. Dicho registro podrá ser anónimo o dirigido a fin de recibir respuesta por parte de la dirección. Podrá ser monitorizado con fines de calidad.
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	

Construcción de acciones con la colaboración de la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial (GECCAS)



## **PARTICIPACIÓN CIUDADANA (PPC)**

Todas las personas somos vulnerables, aunque sólo sea por el hecho de que estamos expuestas/os a enfermedades. La vulnerabilidad, inherente a la existencia humana, demanda la solidaridad y el cuidado por parte de los individuos y de la sociedad en su conjunto.

La relación clínica se basa en la confianza, pero no siempre esta relación se ha entendido como un derecho-deber recíproco en el que todas las partes participan del descubrimiento de su mutua dignidad, reconociéndose y respetándose. Se parte de un modelo más tradicionalmente paternalista en el que la medicina se ejercía en beneficio de la persona enferma (Principio de Beneficencia) pero su consentimiento era irrelevante. A la persona con enfermedad se expropiaba su capacidad de decidir. Este modelo comenzó a cambiar en España en los años 80, y en esta relación se introdujeron aspectos no sólo físicos o biológicos, sino también los referentes a la esfera emocional y relacional (familia, entorno social). De la tradicional visión paternalista de la salud se debe continuar avanzando hacia un planteamiento más centrado en el respeto a la autonomía de las decisiones de las personas con enfermedad, personas cuidadoras y la ciudadanía. De este modo podrán ser consideradas

realmente como el “Centro del Sistema” en el que puedan participar del proceso del cuidado de su propia salud, convirtiéndose así en parte activa de su proceso junto a las/os profesionales sanitarias/os y no sanitarias/os; pasando a ser cogestoras de su propio proceso de salud.

Las/los ciudadanas/os quieren poder decidir, participar de forma más activa en las alternativas que conciernen a su cuerpo, su vida, sus valores. Y para ello necesitan ser escuchadas/os e informadas/os.

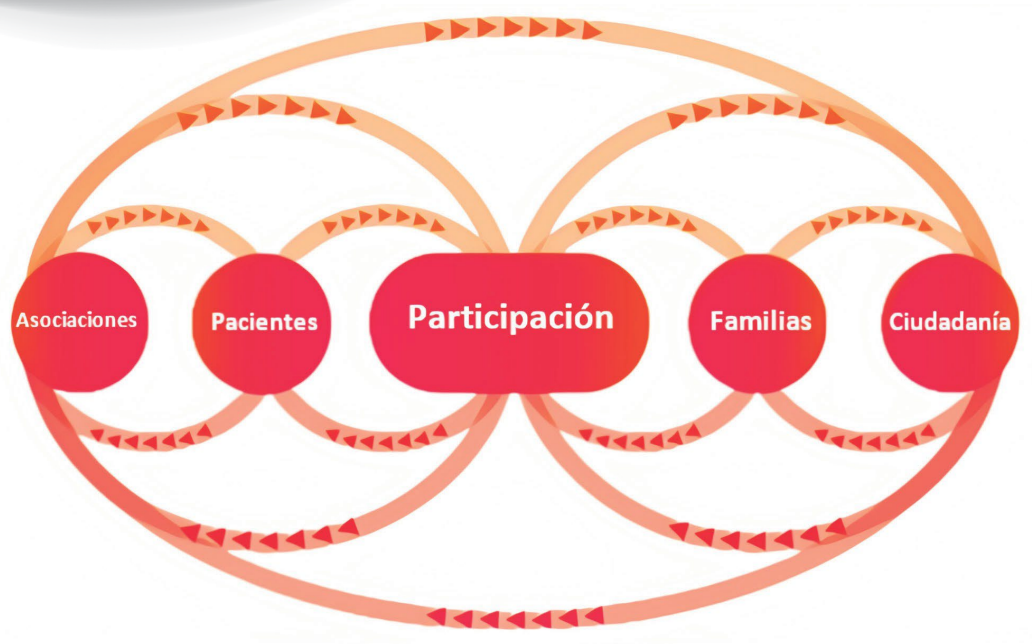
En este sentido, a través de esta línea estratégica buscamos involucrar en los procesos asistenciales y planes de mejora a la ciudadanía mediante la participación de personas usuarias, asociaciones y otros colectivos de informantes clave.

Se trata de un enfoque de construcción conjunta de la salud, donde el profesional es capaz de respetar a la persona, a su autonomía y de ser sensible a sus necesidades, pero también de proporcionarle herramientas para mejorar la salud, desde un enfoque holístico, basado en la intersubjetividad y reciprocidad.



*“La democratización del Sistema Sanitario solamente es posible si la corresponsabilización y la colaboración de pacientes, usuarios/ os y de las asociaciones que las/ os representan, alcanza las diferentes formas de participación y supone la implicación de éstas en la gestión de las Instituciones Sanitarias”.<sup>1</sup>*

Blancafort



<sup>1</sup> Blancafort, S. Gobernanza y participación en el SNS: visión y expectativas de pacientes y usuarios. Fundación Salud, Innovación y Sociedad (2009)



LÍNEA	Acción	Procedimiento	Descripción de la acción
<b>PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>	Recoger las iniciativas o sugerencias formuladas por las/os usuarias/os.	Puesta en marcha de un buzón de sugerencias visibles en las entradas de los centros sanitarios de la red pública. Activación y difusión de un correo electrónico de contacto para recoger dichas iniciativas.	El centro impulsa de forma proactiva la transmisión de quejas, sugerencias, reclamaciones o agradecimientos en relación con la atención sanitaria
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	
<b>PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>	Participación de pacientes y familiares.	Evaluación de la experiencia del paciente a través de la recogida de información de los diferentes organismos de participación de que dispone la Organización.	El centro impulsa canales de participación ciudadana a través de la colaboración con asociaciones, comités y otros mecanismos que fomenten la implicación de sus cuidados en los procesos de salud.
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	
<b>PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>	Desarrollar programas de autocuidados dirigidos a pacientes crónicas/os o que precisen cuidados prolongados, permitiendo, incluso, que durante la hospitalización tanto ellas/os como sus familiares participen en las actividades de cuidados.	Procedimiento para los autocuidados del paciente (general y específico por patología).	Metodología de aprendizaje en autocuidados. Desarrollo de documentación complementaria.
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	

*Construcción de acciones con la colaboración de la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial (GECCAS)*



## ADECUACIÓN DE LOS ENTORNOS. ESPACIOS Y CONFORT(AEC)

La humanización de los servicios sanitarios es un proceso dinámico e interactivo en el que los aspectos organizativos, administrativos y estructurales, constituyen una de sus dimensiones fundamentales. Dentro de esta línea, y partiendo de una visión integral de la asistencia sanitaria, buscamos analizar las áreas de mejora e innovación existentes en los distintos centros, servicios y unidades asistenciales, dando importancia no sólo a los aspectos asistenciales, sino también a los no clínicos con el fin de añadir valor a las prestaciones sanitarias. Construir entornos facilitadores y crear espacios que contribuyan al confort de los/las pacientes, familiares y profesionales.

*“No es verdad que lo útil sea bello, pero sí que lo bello es útil. La belleza puede mejorar la forma de vivir de la gente”.*

Anna Castelli Ferrieri





LÍNEA	Acción	Procedimiento	Descripción de la acción
<b>ADECUACIÓN DE LOS ENTORNOS</b>	Facilitar atención en la consulta, tanto a demanda como programada, incorporando las nuevas tecnologías de la comunicación.	Dotación de las consultas de las tecnologías de la comunicación necesarias que faciliten el adecuado desarrollo de las consultas virtuales.	El centro impulsa de forma proactiva la transmisión de quejas, sugerencias, reclamaciones o agradecimientos en relación con la atención sanitaria.
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	
<b>ADECUACIÓN DE LOS ENTORNOS</b>	Proporcionar información adecuada, comprensible a las/os usuarias/os sobre modos y puntos de acceso a los centros sanitarios.	Diseño y difusión de Infografías u otros mecanismos de información sobre modos y puntos de acceso a los centros sanitarios.	El centro dispone de una señalización y canales de información suficientes y de fácil interpretación, tanto a nivel externo como en el interior de este.
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	
<b>ADECUACIÓN DE LOS ENTORNOS</b>	Revisar los espacios y mobiliario de los Servicios Sanitarios.	Elaboración y/o revisión de informe sobre el estado del mobiliario y estancias de los diferentes centros, servicios y unidades asistenciales.	El centro integra proyectos encaminados a mejorar el confort de los espacios del mobiliario para las/os profesionales, pacientes y familiares.
<b>Colaboradores</b>		<b>Población Diana</b>	

*Construcción de acciones con la colaboración de la Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial (GECCAS)*



# AUTORÍA Y COLABORACIONES

## Dirección

- ▶ Sergio Valles García,  
*Director General de Cuidados,  
Humanización y Atención Sanitaria.*

## Redacción, Coordinación de equipo, Dirección técnica, Maquetación y Edición de imágenes

- ▶ Delia Peñacoba Maestre,  
*Consejería Salud: Enfermera, DGCHAS.*
- ▶ Mónica López Ventoso,  
*Área VI: Enfermera. Supervisora  
de Área Servicios básicos.*

## Autoría y Grupo Matriz

- ▶ Inmaculada Concepción Arboleda,  
*Área V: Enfermera. Supervisora de guardia.*
- ▶ Monica Armayor Prado,  
*Consejería Salud: Enfermera, DGCHAS.*
- ▶ Beatriz Braña Marcos,  
*Consejería Salud: Enfermera, DGCHAS.*
- ▶ Ricardo de Dios del Valle,  
*Área III: Médico. Gerente.*

- ▶ Dolores Escudero Augusto,  
*Área IV: Médica. Jefa Servicio UCI.*
- ▶ Elia Fernández Pedregal,  
*Área VIII: Celadora. Comité de Bioética.*
- ▶ M<sup>a</sup> Josefa Fernández Rodríguez,  
*Área VII: Enfermera. Responsable del SAU.*
- ▶ Margarita Fernández García,  
*Área VIII: Enfermera. Responsable  
Enfermería. C.S Sotrandio.*
- ▶ Amalia Franco Vidal,  
*Área V: Médica. Técnica de Salud  
Pública de Atención Primaria.*
- ▶ Bárbara González de Cangas,  
*Área I: Médica. Gerenta.*
- ▶ Margarita González López,  
*Área VII: Enfermera.*
- ▶ M<sup>a</sup> Josefa Fernández Cañedo,  
*Área II: Enfermera. Directora Gestión  
de Cuidados y Enfermería.*
- ▶ M<sup>a</sup> Josefa Gutiérrez Fernández,  
*Área VII: Enfermera.*
- ▶ Mónica López Ventoso,  
*Área VI: Enfermera. Supervisora  
de Área Servicios básicos.*



- ▶ Jose Antonio Martinez Pubil,  
*Área IV: Fisioterapeuta.  
Supervisor Fisioterapia.*
- ▶ Delia Peñacoba Maestre,  
*Consejería Salud: Enfermera. DGCHAS.*
- ▶ María Isabel Prieto Méndez,  
*Área IV: Subdirección Enfermería.*
- ▶ Elena Rozado Gutierrez,  
*Área IV: Enfermera. Unidad Pie diabético.*
- ▶ Yolanda Suárez Antuña,  
*UCOSAM-SESPA: Trabajadora social.*
- ▶ M<sup>a</sup> José Villanueva Ordóñez,  
*Consejería Salud: Coordinadora  
COVID/Médica. SAMU.*

### **Soporte y consultoría: Equipo de la Unidad de Evaluación en Calidad del SESPA (UEC-SESPA)**

- ▶ Valentín Javier Rodríguez Martínez.,  
*Jefe de la UEC-SESPA..*
- ▶ Paula Alonso González,  
*Responsable de Calidad y Formación de la UEC-SESPA.*
- ▶ M<sup>a</sup> Ida Fernández Rodríguez.  
*Técnico de calidad de la UEC-SESPA.*
- ▶ Concepción Hevia Montes..  
*Técnico de calidad de la UEC-SESPA.*

### **Agradecimientos**

El Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias no sería factible sin la colaboración de las personas que trabajan para construir una sociedad en la que el bien común sea el valor que haga posible el desarrollo de las potencialidades de cada ciudadana/o, promoviendo la salud y el bienestar del otro no como diferente sino como igual.

Agradecemos a Gloria Herías Corral su participación en el Grupo de Trabajo y el legado que ha dejado en la Gerencia del Área IV en su trayectoria profesional, así como a las compañeras de la *Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria* que han participado en la revisión del documento:

Ana Baltar Barrio, Rocio Coto Moreno, M. Neri Iglesias Fernández, Cristina Fernández García, Encarna Fernández Fernández, Laura González Lozano, Ángeles Laviana Fernández, Marta Pisano González y Raquel Vázquez Álvarez.

### **Colaboraciones**

Diseño de logotipo: Grupo Tierravoz

Recursos iconográficos: Flaticon.com





# BIBLIOGRAFÍA

1. Casas, S. B., & Klijn, T. P. Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2006; 14(1), 136-141.
2. Goleman, D. Liderazgo que obtiene resultados. *Harvard Business Review* 2005; 83(11), 109-122.
3. Hernandez-Vargas, C. I., Llorens-Gumbau, S., Rodriguez-Sanchez, A. M., & Dickinson-Bannack, M. E. Validación de la escala UWES-9 en profesionales de la salud en México. *Pensamiento Psicológico*. 2016; 14(2), 89-100. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi14-2.veup>
4. Mira JJ, Carrillo I, Guilabert M, Mula A, et al. Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: a cross-sectional study in Spain. *British Medical Journal (BMJ Open)*. 2020; 10(11):e042555.
5. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Rondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2021; 14(2):106-112. doi:10.1016/j.rpsm.2020.05.004
6. Salanova, M., & Shaufeli, W. El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. En *Estudios Financieros* (pp. 109-138). 2004
7. Werther, W., & Davis, K. *Administración de personal y recursos humanos*. McGraw Hill. México. 1991
8. Mohammed, Abdulquddus & Abdul, Quddus. *Workplace Happiness and Positivity: Measurement, Causes and Consequences*. 2019; 10.35291/2454-9150.2019.0007.
9. Richards T. Who is at the helm on patient journeys? *BMJ*. 2007; 335:76 doi:10.1136/bmj.39272.484248.5
10. Detsky AS. What patients really want from health care. *JAMA*. 2011; Dec 14; 306(22):2500-1. doi: 10.1001/jama.2011.1819. PMID: 22166610.
11. Sociedad Española de Calidad Asistencial., B., & García, C. (2006). *Revista de calidad asistencial : organo de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*. En *Revista de Calidad Asistencial*. 2006; 21(3):164-9 <http://www.el-sevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-veinticinco-siglos-paternalismo-25-anos-13089606>
12. Camps Cervera, M.V. La excelencia en las profesiones sanitarias. *HUMANITAS, HUMANIDADES MÉDICAS*. Nov,2007
13. *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD 1984
14. *Plan de Humanización Hospital Universitario Virgen del Rocío*. V1 Junio 2018



15. Plan DIGNIFICA. Humanizando la asistencia. Consejería de sanidad. Castilla -La Mancha 2017
16. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad. Madrid
17. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013
18. Plan Estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2015-2021
19. Plan de Humanización de la UCI. Hospital Universitario de Asturias (HUCA). 2013
20. Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Estrategia de humanización compartida. 2021
21. Plan de Confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). 2004
22. Plan de Calidad Total del INSALUD. 2000
23. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med.* 2011 May-Jun; 24(3):229-39. doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100170. PMID: 21551394.
24. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo. Guía del Modelo AE, vol.1 (2017). <https://foropremiosafectivoefectivo.com/publicacion/construyendo-un-modelo-mas-afectivo-y-efectivo>
25. Gutierrez Fernández, R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia* 2017; 10(1): 29-38
26. Humanización en Salud Mental. Fundación Humans.2020. <http://www.fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2020/02/informe-humanizacion-en-salud-mental.pdf>
27. Índice de Humanización de Hospitales Infantiles. Informe de resultados 2019. <https://fundacion.atresmedia.com/nuestros-proyectos/humanizacion-hospitales-infantiles/sensibilizar/indice-humanizacion-hospitales-infantiles/>
28. March, J. C. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial.* 2017; 32(5), 245–247. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>
29. García Cabezas, M.E. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Revista Metas de Enfermería* feb 2014; 17(1): 70-74. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80549/humanizar-la-asistencia-en-los-grandes-hospitales-un-reto-para-el-profesional-sanitario/>
30. Bermejo Higuera, J.C; Carabias Maza, R; Villaceros Durbán, M; Moreno Lorite, Carmen. Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid. *Ética de los Cuidados.* 2011 jul-dic; 4(8). <http://www.index-f.com/eticuidado/n8/et7673.php>



31. Carlosama, D. M., Villota, N. G., Benavides, V. K., Villalobos, F. H., Hernández, E. de L., & Matabanchoy Tulcan, S. M. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*. 2019; 23(2), 245–262. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>
32. Santos Hernández, A.M. Cuadernos de Bioética 2003/1ª <http://aebioetica.org/revistas/2003/14/1/50/39.pdf>
33. Bermejo, J. C. Humanizar la Asistencia Sanitaria: Aproximación al concepto. 2014. 2ª edición. Desclée De Brower. Bilbao
34. Bermejo J.C, Martinez-Barca M.P, Villacieros Durbán M. Humanizar. Humanismo en la asistencia sanitaria. 2021. Desclée De Brower. Bilbao
35. Zarco Rodríguez, J. (2017). Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. Fundación Humans. 2017.
36. Michael W. Kahn, M.D. Etiquette-Based Medicine. *New England Journal Medicine*. 2008; 358:1988-1989 DOI: 10.1056/NEJMp0801863. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp0801863>
37. Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. Dirección General de Salud. Gobierno de Navarra. 2017
38. Estrategia de mejora de la confianza y seguridad de las/os profesionales del SESPA. Documento de trabajo. 2018
39. Casas Martínez, M. de la L. Enseñanzas de la pandemia COVID-19. El reencuentro con la vulnerabilidad humana. *Bioethics Update*. 2020; 6(2), 80–91. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2020.09.001>
40. García Uribe, J. C. The deconstruction of humanization: Towards the dignity of health care. *Cultura de Los Cuidados*. 2021; 25(601), 19–32. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.60.03>
41. Trzeciak, S., Roberts, B. W., & Mazzei, A. J. Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. *Medical Hypotheses*. 2017; 107, 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.08.015>
42. Código amable SERGAS ( Servicio Galego de Saúde). 2016 <https://xxisantiago.sergas.es/Paxinas/web.spx?tipo=paxtab&idLista=3&idContido=637&migtab=214%-3B410%3B637&idTax=2108&idioma=es>
43. Cabrera, E. F. The Six Essentials of Workplace Positivity. University of Notre Dame. USA. 2012
44. <https://wellbeing.nd.edu/news/the-six-essentials-of-workplace-positivity/>
45. Andino Acosta, C.A. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*. 2015; 10(1)
46. <https://doi.org/10.18270/rcb.v10i1.684>
47. Barómetro sanitario 2018 (total oleadas). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.



48. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2018/BS2018\\_ccaa.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2018/BS2018_ccaa.pdf)
49. Barómetro sanitario 2019 (total oleadas). Ministerio de Sanidad CIS
50. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom\\_Sanit\\_2019/Resultados\\_Totales.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2019/Resultados_Totales.pdf)
51. UC-SESPA. Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial [Internet]. 2018. Disponible en: <http://uc.sespa.es/pdf/GECCAs.pdf>









Plan de Humanización  
del Sistema Sanitario Público  
del Principado de Asturias

**Líneas Generales**



GOBIERNO DEL  
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD

Dirección General de Cuidados,  
Humanización y Atención Sociosanitaria

