MODELO
Afectivo Efectivo

Una Evolución Adaptada a los Retos de la Atención Sanitaria del Futuro

MODELO AFECTIVO EFECTIVO

MODELO
Afectivo Efectivo

Para descargar la versión **digital puedes hacerlo desde aquí:**

Una evolución adaptada a los retos de la atención sanitaria del futuro. Modelo Afectivo-Efectivo.

Fecha de edición: Octubre 2026

Fecha de publicación: Octubre 2026

Promotor: Johnson & Johnson

Elaboración y ejecución técnica: beBartlet

Contenido desarrollado con la colaboración de: Cátedras en Red y un panel de expertos independientes

© Janssen-Cilag, S.A. Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación o cualquier otra forma de explotación, total o parcial, del contenido de este documento sin la autorización previa y por escrito de Janssen-Cilag, S.A.

CP-599650 · Octubre 2026

MODELO
Afectivo Efectivo

Una Evolución Adaptada a los Retos de la Atención Sanitaria del Futuro

MODELO AFECTIVO EFECTIVO

MODELO

Afectivo Efectivo

Una Evolución Adaptada a los Retos de la Atención Sanitaria del Futuro

MODELO AFECTIVO EFECTIVO

Este documento ha sido elaborado con las aportaciones del grupo de trabajo:

Miguel Ángel Boldova
Cátedra de Derecho y Salud de la Universidad de Zaragoza

Javier Meana
Aula de Farmacología de la Universidad del País Vasco

Ángel Gil
Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos

Raúl Juárez
Aula de Humanización en la Salud de la Universidad de La Rioja

Boi Ruiz
Aula de Innovación en Política Sanitaria en la Universidad Internacional de Cataluña

Antonio García
Cátedra de Economía en Salud y Uso Racional del Medicamento de la Universidad de Málaga

Gabriel Heras la Calle
Fundación Humanizando la Sanidad

José Carlos Bermejo
Centro de Humanización de la Salud (CEHS)

Javier Serrano
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

Ana Freire
UPF Barcelona School of Management

Paula Echeverría
Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)

Andoni Lorenzo
Foro Español de Pacientes (FEP)

Mª Begoña Barragán García
Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)

MODELO

Afectivo Efectivo

Indice

Agradecimientos **9**

Prólogo **13**

1 Introducción. ¿Qué es el Modelo Afectivo-Efectivo? **17**

2 De dónde partimos y por qué debemos avanzar en la evolución del Modelo Afectivo-Efectivo **21**

De dónde partimos 21

Metodología 24

La innovación, piedra angular del Modelo Afectivo-Efectivo 27

3 Principales resultados de la encuesta de percepción **31**

4 La evolución de los bloques del Modelo Afectivo-Efectivo **35**

1. De receptores pasivos a la participación de los pacientes 39
2. Relación entre profesional, sistema, paciente y entorno cuidador 43
3. Continuidad asistencial como respuesta a la cronicidad 47
4. Espacios e infraestructuras centrados en la persona 50
5. Uso de la tecnología en la asistencia sanitaria 54
6. Ciencia de datos al servicio de la investigación y la innovación 60
7. Normalización social 65
8. Cuidado y capacitación del profesional sanitario 68
9. Innovación en la personalización de los tratamientos 72
10. Gestión basada en el valor y en los resultados (PROMs y PREMs) 77

5 ¿Cómo aplicar este modelo en la práctica clínica y en las políticas públicas? 83

Estado actual de los Planes de Humanización en España 83

Alineación de los planes autonómicos con el Modelo Afectivo-Efectivo · 85

6 Propuestas para seguir evolucionando la humanización sanitaria en España 91

Ámbito de Políticas Públicas: impulsar una estrategia de humanización integrada en la gobernanza del sistema 92

Ámbito directivo: transformar las organizaciones para garantizar que las personas formen parte de las decisiones, procesos y prioridades del sistema sanitario 95

Ámbito de la prestación asistencial: evolucionar hacia una atención personalizada, participativa y relacional 97

7 Anexos 101

Anexo I.
Representantes Cátedras en Red y participantes en el grupo de expertos para la evolución del Modelo Afectivo-Efectivo 101

Anexo II.
Listado de participantes de las dos sesiones de trabajo 102

Anexo III.
Tabla identificativa de los Planes Autonómicos de Humanización 107

8 Bibliografía 109

Agradecimientos

La elaboración de este documento y la evolución del Modelo Afectivo-Efectivo constituyen, ante todo, un homenaje al legado del Dr. Albert J. Jovell. Su visión humanista y su firme defensa de una medicina basada en la afectividad nos enseñaron que el rigor científico solo alcanza su máximo valor cuando se acompaña de la empatía, la ética y el respeto a la dignidad de las personas. Ese enfoque, profundamente innovador, continúa siendo la esencia que inspira este proyecto y el principio que guía la evolución del modelo hacia los retos presentes y futuros de nuestro sistema sanitario.

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a la red de universidades de Cátedras en Red por su continuo compromiso con el impulso y la consolidación del Modelo Afectivo-Efectivo. Su apoyo ha sido fundamental para hacer posible este proceso de reflexión y actualización.

Este documento es también el resultado del trabajo, la experiencia y la generosidad de un amplio grupo de expertos del ámbito académico, clínico, institucional y de la humanización de la asistencia sanitaria. Sus aportaciones han permitido revisar, enriquecer y adaptar los principios fundacionales del modelo a un contexto marcado por la transformación tecnológica, los nuevos desafíos asistenciales y los profundos retos sociodemográficos que afronta nuestro sistema sanitario, como el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad, la mayor complejidad asistencial. Todo ello, manteniendo el compromiso con un modelo asistencial más

humano, participativo y orientado a la experiencia de pacientes, su entorno afectivo y de los profesionales.

Un reconocimiento especialmente sentido merece el movimiento asociativo de pacientes, auténtico motor del Modelo Afectivo-Efectivo desde sus orígenes. Nuestro agradecimiento a la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), al Foro Español de Pacientes (FEP), al Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), a la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y al resto de organizaciones participantes como Cardioalianza, Fundación Edad & Vida, Fundación Manantial, CEOMA, Grupo 0, ANAP, EUPATI España, AFAUS, AMES, ACCU España y Acción Psoriasis, por garantizar que esta evolución responda, en todo momento, a las necesidades, expectativas y experiencias reales de las personas.

Queremos agradecer igualmente la implicación de los representantes institucionales del Ministerio de Sanidad, del Congreso de los Diputados y de las distintas comunidades autónomas, cuya participación ha enriquecido este proceso con una visión estratégica sobre los desafíos y oportunidades para incorporar los principios del Modelo Afectivo-Efectivo a las políticas públicas y a la organización de nuestro sistema sanitario.

Asimismo, expresamos nuestro reconocimiento a Cluster17 y el gabinete beBartlet por la elaboración y el análisis de la encuesta de percepción ciudadana, una herramienta clave para comprender las expectativas de la sociedad y orientar esta actualización desde la evidencia y la escucha activa.

Finalmente, gracias a todas las personas e instituciones que han contribuido a este proyecto con su conocimiento, compromiso y vocación de servicio. Este documento es el reflejo de un esfuerzo

colectivo que mantiene vivo el legado del Dr. Albert J. Jovell y renueva el compromiso compartido de impulsar un sistema sanitario más humano, participativo y capaz de responder a los desafíos del presente y del futuro.

MODELO

Afectivo Efectivo

Prólogo

*«El **Modelo Afectivo-Efectivo** es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y la empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud».*

El **Modelo Afectivo-Efectivo** hunde sus raíces en el **pensamiento humanista del Dr. Albert J. Jovell**, médico, sociólogo y referente internacional en la defensa de una sanidad centrada en la persona. Desde su doble experiencia como profesional sanitario y como paciente, Jovell **impulsó una forma de entender la salud que integra el rigor de la evidencia científica con la dimensión afectiva, relacional y ética del cuidado**, convencido de que no puede haber resultados en salud verdaderamente efectivos sin relaciones basadas en la confianza, la empatía compasiva y el respeto a la dignidad del paciente.

Este enfoque, que Jovell denominó **Medicina Basada en la Afectividad**, situó al **paciente como sujeto activo del sistema sanitario** y no como mero receptor de intervenciones clínicas, anticipando muchos de los principios que hoy sustentan la **atención centrada en la persona, la participación de pacientes y la corresponsabilidad en salud**.

Esta visión integral cristalizó durante el **II Foro Premios Albert Jovell**, donde, tras un proceso colaborativo con cientos de participantes del sector salud, se consolidó la **definición oficial del modelo**: *«es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza y la empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles en salud»*.

A partir de este legado intelectual y vital, y hace ya más de una década, **Johnson & Johnson, en colaboración con Cátedras en Red**, impulsó el desarrollo del **Modelo Afectivo-Efectivo** como un marco compartido de reflexión y acción para avanzar hacia un **sistema sanitario más humano y, a la vez, más eficaz**. Desde entonces, el Modelo se ha consolidado como un **movimiento vivo, alimentado por la experiencia de profesionales, pacientes, instituciones y organizaciones**, y reconocido anualmente a través del **Foro Premios Afectivo-Efectivo** por su **contribución a la mejora de los resultados en salud en España**.

Hoy, ante un **sistema sanitario más complejo y presionado, pero también más digital, participativo y orientado al valor**, este legado se actualiza para **dar respuesta a los nuevos desafíos sin renunciar a los principios que le dieron origen**, preservando el equilibrio entre humanidad, creación de valor y efectividad.

La **evolución de este Modelo** presentada en este documento nace de un **ejercicio de escucha activa y análisis colaborativo** para actuar como un verdadero **catalizador de políticas públicas**, asegurando que la humanización siga permeando en el ecosistema socio-sanitario y consolidándose como una prioridad tangible, medible y eficaz en el sistema sanitario del futuro.

Las **presentes sesiones de co-creación** se inscriben en esta trayectoria, con el objetivo de **evolucionar el Modelo Afectivo-Efectivo para responder a los retos actuales y futuros de la atención socio-sanitaria en España**, incorporando la **innovación como palanca** para profundizar en la **humanización sin perder de vista la efectividad y la sostenibilidad del sistema**.

El reconocimiento otorgado a través de estos **Premios anuales** a proyectos orientados al progreso de una atención eficaz y humanizada en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) ha sido el motor fundamental para mantener **este Modelo como un movimiento vivo, constantemente alimentado por todo el ecosistema sanitario**. En este sentido, y atendiendo a la enorme relevancia, prestigio y alta concurrencia que caracterizan a estos galardones, la evolución del Modelo Afectivo-Efectivo implicará una **revisión profunda de su metodología y de las categorías actuales**, asegurando su plena adaptación a los nuevos retos estratégicos de la salud.

MODELO

Afectivo Efectivo

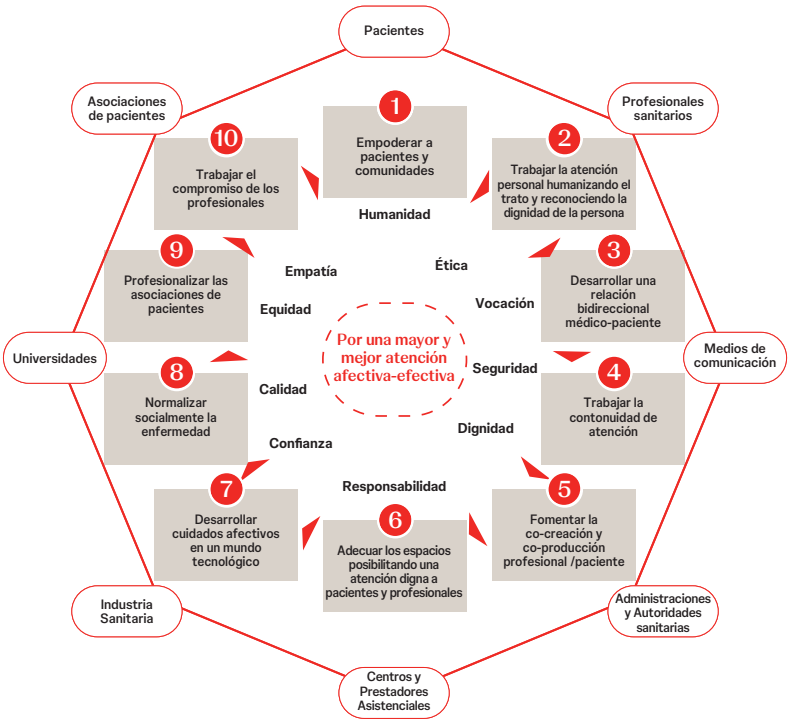
1
Introducción
¿Qué es el Modelo Afectivo-Efectivo?

En su formulación original, el **Modelo Afectivo-Efectivo** se estructura en torno a **10 principios**, que configuran los elementos clave de la humanización en la atención sanitaria:

- **Empoderamiento de los pacientes:** dotar a los pacientes y comunidades de herramientas e información de calidad para conocer mejor su enfermedad, tratamientos, derechos y deberes, fomentando así su autonomía y autocuidado.
- **Atención personal:** humanizar el trato por parte de los profesionales sanitarios, reconociendo la dignidad de la persona en su multidimensionalidad, sus necesidades especiales y atendiendo a su enfermedad, su malestar y sus circunstancias vitales.
- **Relación médico-paciente:** desarrollar una comunicación bidireccional basada en el respeto, la empatía y la confianza, valorando las emociones del paciente y comprendiendo todas sus dimensiones.
- **Continuidad asistencial:** trabajar en la coordinación fluida entre los distintos dispositivos sanitarios y sociosanitarios, garantizando el intercambio continuado de información para ofrecer una atención verdaderamente integral.

- **Co-creación y participación:** fomentar la integración del paciente en la toma de decisiones y promover espacios de trabajo conjunto entre profesionales, pacientes, industria y administraciones.
- **Espacios e infraestructuras:** adecuar y optimizar los entornos asistenciales para que sean más amables, garantizando la intimidad y la comodidad, de forma que el sistema se organice alrededor de la persona y facilite a su vez el trabajo del profesional.
- **Tecnología:** aprovechar avances como la interoperabilidad de la historia clínica electrónica, la telemedicina o la robótica para empoderar al paciente, asegurando siempre que estas herramientas complementen y nunca sustituyan el contacto humano.
- **Normalización social:** educar y concienciar a la sociedad sobre la salud y la enfermedad desde la etapa escolar, impulsando la prevención y el uso responsable de los recursos a través de una comunicación transparente.
- **Asociacionismo profesionalizado:** capacitar a las asociaciones de pacientes para que comprendan a fondo el sistema sanitario, de forma que puedan interactuar eficazmente con él y apoyar a los pacientes con información veraz y actualizada.
- **Cuidar a los profesionales:** crear contextos de trabajo atractivos que movilicen el orgullo y la motivación de los profesionales de la salud, centrando los esfuerzos en los resultados que más importan a las personas y fortaleciendo la resiliencia individual del trabajador.

Toda esta estructura se sostiene sobre un **decálogo de valores heredado directamente del pensamiento del Dr. Jovell:** Empatía, Humanidad, Vocación, Ética, Confianza, Seguridad, Dignidad, Calidad, Responsabilidad y Equidad.



Nota. Las principales claves para el desarrollo de una mayor y mejor atención Afectivo-Efectiva. Tomado de Modelo Afectivo-Efectivo, por Foro Premios Afectivo-Efectivo, 2017, https://foropremiosafectivoefectivo.com/sites/default/files/revistas/files/modelo-afectivo-efectivo.pdf

MODELO

Afectivo Efectivo

2

De dónde partimos y por qué debemos avanzar en la evolución del Modelo Afectivo-Efectivo

De dónde partimos

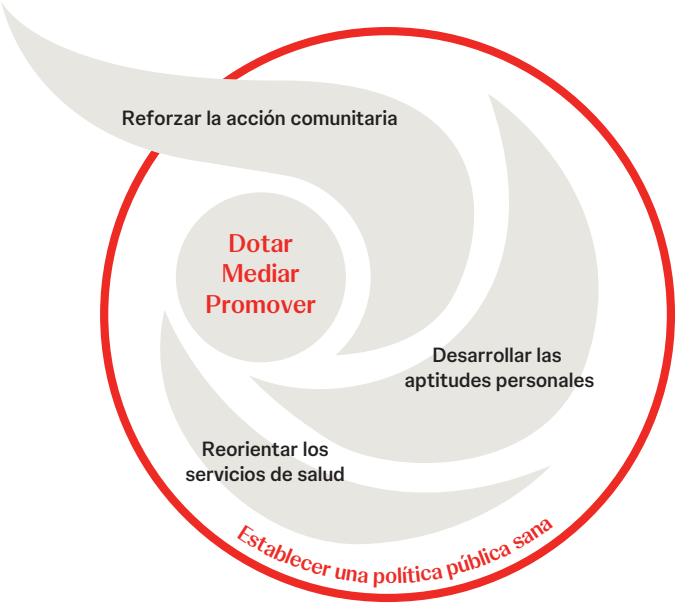
Los **desafíos actuales del sistema sanitario**, como el **envejecimiento** poblacional, el aumento de la **cronicidad**, la **presión asistencial** o la incorporación de **nuevas tecnologías**, plantean **desafíos y oportunidades que invitan a seguir reflexionando** sobre la **evolución del Modelo Afectivo Efectivo** y sobre cómo la **innovación** (clínica, organizativa y digital) puede contribuir a una **atención más humanizada y centrada en la persona**.

Algunos datos:

- **Envejecimiento poblacional:** según el **Instituto Nacional de Estadística** (INE, 2024), España ganaría más de cinco millones de habitantes en los 15 próximos años y casi seis millones hasta 2074 si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales. El **porcentaje de población de 65 años y más, que actualmente se sitúa en el 20,4% del total, alcanzaría un máximo del 30,5% en torno a 2055**. En 2074 este porcentaje se situaría en el **30,3%.** Por su parte, y de mantenerse las tendencias actuales, la tasa de dependencia también alcanzaría un **máximo en torno**

a 2052 (del 75,3%), para ir bajando paulatinamente a partir de entonces, hasta el **73,9% en 2074**.

- Este escenario demográfico exige adoptar un **enfoque poblacional y comunitario** que trascienda la figura tradicional del paciente clínico, alineándose con los principios de la **Carta de Ottawa para la promoción de la salud** (Organización Mundial de la Salud, 1986). Como se desprende del Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, las problemáticas más apremiantes de la vejez no son estrictamente biomédicas, sino que están profundamente atravesadas por **determinantes estructurales e intermedios**.



Nota. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986, https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/docs/CartaOttawa.pdf

- La **pobreza, la soledad no deseada, las deficiencias en la vivienda y el entorno residencial**, junto con la acumulación de años de enfermedad, configuran la realidad de nuestra población mayor. Por tanto, la humanización del sistema debe implicar una **acción coordinada sobre estos factores sociales determinantes,** entendiendo que no es posible lograr una salud efectiva en la vejez sin mitigar las condiciones de vulnerabilidad social y económica que aceleran la fragilidad.

- **Aumento de la cronicidad**: según los datos del **Ministerio de Sanidad** (2025b) recogidos en el **Documento de Desarrollo 2025–2028 de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad,** el **54,3% de la población mayor de 15 años padece al menos una enfermedad crónica.** Esta proporción se incrementa notablemente en las personas **mayores de 65 años**, entre quienes el 40% de los hombres y el 44% de las mujeres presentan dos o más enfermedades crónicas. Además, en España, la **multimorbilidad** afecta a casi el **70% de las personas mayores de 65 años.**

  - La cronicidad, la multimorbilidad, la fragilidad y la polimedicación han dejado de ser excepciones para convertirse en las **condiciones clave** con las que convive la gran mayoría de la población adulta. En muchas ocasiones, las **patologías asociadas a la vejez** han sido desplazadas o eliminadas de la corriente común de la medicina práctica e investigadora.

  - Revertir esta tendencia es un imperativo urgente: este aislamiento no sólo produce consecuencias desastrosas para la dignidad y el bienestar de los pacientes, sino también pa-

ra el **crecimiento del conocimiento médico global**, el cual debe evolucionar nutriéndose de la complejidad real y longitudinal de las poblaciones que atiende.

- **Presión asistencial**: según los datos del **Ministerio de Sanidad** (2025a), las enfermedades crónicas son responsables de aproximadamente el **80% del gasto sanitario público** y generan entre el **70% y el 75% de las consultas en Atención Primaria.** Además, se estima que **cerca del 60% de las hospitalizaciones evitables están relacionadas con el manejo inadecuado de patologías crónicas** como la EPOC, la insuficiencia cardíaca o la diabetes.
- **Una sociedad más participativa**: a su vez, la **OCDE** (2023) sostiene que la pandemia de COVID-19 generó una **sociedad más consciente y deseosa de participar en sus decisiones de salud,** lo que nos obliga a repensar nuestro modelo para **conjugar la eficiencia con un trato cercano y corresponsable.**

Metodología

En este contexto, se ha impulsado un **proceso de escucha y reflexión**, con el objetivo de **adaptar el Modelo a las necesidades presentes y futuras** del sistema sanitario y reforzar su capacidad para dar respuesta a los retos emergentes en materia de **humanización, innovación y atención centrada en la persona.** Este proceso ha contado con la participación de **Cátedras en Red y de otros expertos en materia de humanización sanitaria,** cuya relación se recoge en el **Anexo I** de este documento.

Como punto de partida de este proceso, se llevó a cabo la **encuesta «Percepción general de la población española sobre los retos de la humanización y el uso de la innovación y tecnología en salud»**, elaborada por el **gabinete de incidencia pública beBartlet** (2026) con metodología **Cluster17*** promovido por **Johnson & Johnson**. Su objetivo fue conocer la opinión de la ciudadanía sobre el **grado de humanización del sistema sanitario** e identificar los principales **desafíos, necesidades y oportunidades de mejora** en este ámbito.

Los resultados obtenidos sirvieron de base para orientar la deliberación posterior e identificar las prioridades que debían abordarse en **dos sesiones de trabajo y reflexión** en las que participaron, junto a los **representantes de Cátedras en Red**, **profesionales vinculados a la humanización** y la **gestión sanitaria**, representantes de **asociaciones de pacientes**, **responsables institucionales y expertos** procedentes de los **ámbitos sociosanitario, digital y de la innovación en salud**. La relación completa de participantes se recoge en el **Anexo II** de este documento.

La **primera sesión** se estructuró en torno a una dinámica de trabajo en mesas, orientada a identificar los principales desafíos y oportunidades para la evolución del Modelo. La conversación se articuló alrededor de **cuatro preguntas**:

- **¿Cómo debería evolucionar la atención sanitaria teniendo en cuenta los nuevos retos demográficos y asistenciales?**

* Cluster 17 es una agencia especializada en encuestas que utiliza una metodología innovadora basada en la segmentación de la sociedad en 16 grupos o clústeres que reúnen a ciudadanos con un sistema de valores compartido: https://cluster17.com/espagne/

- **¿Cómo podemos garantizar una atención holística de la persona, y no centrada únicamente en patología?**
- **¿Cómo debemos abordar el uso de las nuevas herramientas digitales y la ciencia de datos en aras de mejorar la atención sanitaria y personalizar los tratamientos?**
- **¿Cómo deberíamos fomentar (nuevas) fórmulas para una mayor participación de los pacientes en su salud?**

La **segunda sesión** tuvo como objetivo contrastar las **principales conclusiones extraídas de la primera sesión con la visión y las líneas de trabajo impulsadas desde las comunidades autónomas**. Para ello, se reunió a **líderes institucionales y responsables públicos** con competencias en el **diseño e implementación de políticas vinculadas a la humanización, la innovación y la transformación del sistema sanitario** con el propósito de incorporar su perspectiva estratégica, identificar prioridades compartidas y explorar propuestas susceptibles de traducirse en medidas concretas de política pública.

La discusión se desarrolló en torno a **tres preguntas**:

- **¿Qué prioridades y aprendizajes (comunes y específicos) pueden orientar la evolución de las estrategias de humanización en los próximos años?**

- **¿Qué instrumentos de política pública permitirían avanzar hacia una atención más personalizada y accesible, con garantías comunes para todos los pacientes y orientada a resultados y experiencia?**
- **¿Cómo reforzar un enfoque transversal de la humanización (p. ej., digitalización, educación, servicios sociales) mediante marcos de colaboración y evaluación compartida entre distintos niveles competenciales?**

Este ejercicio de escucha activa y análisis colaborativo no solo ha permitido **sistematizar el conocimiento experto y la visión institucional**, sino que también ha servido para **dotar al Modelo Afectivo-Efectivo de una hoja de ruta actualizada y operativa**. Al integrar estas perspectivas, el proceso trasciende el mero diagnóstico para convertirse en un **catalizador de políticas públicas**, asegurando que la **humanización se consolide como una prioridad tangible, medible y eficaz en el sistema sanitario del futuro**.

La innovación, piedra angular del Modelo Afectivo-Efectivo

La **innovación** dentro de este modelo no se plantea como un fin en sí mismo ni se limita exclusivamente al desarrollo de herramientas técnicas o plataformas digitales. Su propósito fundamental es **actuar como una palanca transformadora y transversal que podría integrarse en los distintos eslabones de la cadena asistencial.**

Bajo esta perspectiva, la **efectividad clínica y de gestión** lograda a través de la innovación es la condición que permite **recuperar y blindar el componente afectivo en la práctica sanitaria**. La optimización de procesos, la digitalización y el avance científico no se diseñan para distanciar al profesional del paciente, sino para **liberar tiempo de valor, reducir cargas administrativas y permitir que la dimensión humana del cuidado** vuelva a situarse en el **centro del sistema asistencial**.

Para articular este enfoque y responder de forma directa a las demandas de la ciudadanía, la innovación se estructura en **tres ejes complementarios**:

1 **Innovación tecnológica al servicio de la relación humana:** las herramientas digitales **deberían incorporarse bajo el criterio de complementar y potenciar el contacto humano, evitando, en la medida de lo posible, que lo sustituyan**. Su objetivo es mejorar la accesibilidad, la comodidad y la seguridad del paciente, facilitando a su vez el trabajo de los profesionales en entornos más integrados.

2 **Innovación clínica y personalización terapéutica:** la percepción de que los tratamientos y el seguimiento no siempre se adaptan al ritmo de vida real de las personas pone de manifiesto los límites de los modelos asistenciales excesivamente estandarizados. La innovación biomédica ofrece una oportunidad para avanzar hacia **tratamientos más precisos y mejor ajustados al perfil biológico, clínico y personal de cada paciente**, apoyándose en herramientas como la **medicina de precisión**, los **biomarcadores**, las **terapias dirigidas** y **nuevas formas de seguimiento**. Esta evolución puede contribuir a **conectar mejor la efectividad clínica con la humanización de la atención**, favoreciendo decisiones más individualizadas, una mayor adherencia y una menor carga para el paciente cuando las características del tratamiento lo permiten.

3 **Ciencia de datos e investigación ética:** el **uso secundario de los datos en salud** puede convertirse en una **palanca clave para generar conocimiento, impulsar la investigación biomédica y desarrollar soluciones más adaptadas a patologías complejas**, de baja frecuencia o con necesidades aún no cubiertas. La integración de datos clínicos, asistenciales y de vida real permite complementar la evidencia procedente de los ensayos clínicos, identificar patrones de enfermedad y avanzar hacia una medicina más predictiva, preventiva y personalizada. Este potencial exige, no obstante, **marcos de gobernanza sólidos** que garanticen la protección de la **privacidad**, la **calidad** y **seguridad** de la información, la **transparencia** en su utilización, la **supervisión ética y profesional**, y la **prevención de usos indebidos** que puedan comprometer la confianza de los pacientes.

MODELO

Afectivo Efectivo

3
Principales resultados de la encuesta de percepción

La **encuesta «Percepción general de la población española sobre los retos de la humanización y el uso de la innovación y tecnología en salud»**, elaborada por **beBartlet** (2026) con **metodología Cluster17** y promovido por **Johnson & Johnson**, tuvo como objetivo identificar **cómo percibe la ciudadanía española el grado de humanización del sistema sanitario**, así como los **principales desafíos y oportunidades** en este ámbito.

Los **resultados** reflejan una percepción generalmente **positiva del sistema sanitario español**, especialmente en aspectos relacionados con la **confianza, el trato recibido y la seguridad** durante la atención sanitaria. No obstante, también ponen de manifiesto importantes **áreas de mejora** vinculadas a la **participación activa de los pacientes, la personalización de la atención, la prevención, la reducción de las listas de espera o la coordinación entre niveles asistenciales**. Asimismo, la ciudadanía muestra una elevada predisposición hacia el **uso de la innovación y las tecnologías en salud**, siempre que exista supervisión profesional y garantías de confidencialidad y seguridad.

Estos resultados han servido tanto para **validar el diagnóstico compartido** como para **orientar la priorización de aquellos ámbitos de evolución del Modelo** que requieren una respuesta más inmediata.

A continuación, **se sintetizan los principales hallazgos de la encuesta** que permiten identificar con mayor claridad los ámbitos en los que se concentran las principales tensiones entre la experiencia percibida y las expectativas ciudadanas.

- **7 de cada 10 españoles** se siente tratado con **respeto y dignidad** durante la atención sanitaria.
- Solo el **44% de la población** percibe que **participa activamente en las decisiones sobre su propia salud**.
- La mitad de la población **no siente que reciba información clara y comprensible** para manejar su propio cuidado.
- Solo el **5% de la población participa y percibe que su opinión** se traduce en **cambios reales** en el sistema sanitario.
- La **prevención**, una asignatura pendiente: la población percibe una **atención principalmente reactiva**.
- El **diseño y organización de los centros** es **valorado positivamente**, con margen de **mejora** en cuanto a **comodidad** y **privacidad**.
- **Tratamientos de «talla única»**: sólo 2 de cada 10 sienten que su medicación y seguimiento se adaptan a su **ritmo de vida real**.
- La mayoría de la población percibe cierta **coordinación entre servicios sociosanitarios**, pero señala puntos de mejora.
- Para el **76% de los españoles**, reducir las **listas de espera es la prioridad absoluta** para mejorar la atención sanitaria.
- **Alta confianza en el sistema:** 8 de cada 10 españoles se sienten **seguros** con su atención sanitaria.
- La mayoría de la población acepta el **uso de tecnología e IA** en la atención sanitaria si existe supervisión profesional.

- **Uso extendido de las herramientas digitales de salud**: 7 de cada 10 se siente capacitado para usarlas de forma autónoma.
- El **88% de la población compartiría sus datos en salud** para la investigación, bajo garantías de confidencialidad.
- Hay **consenso en la necesidad de incorporar la voz de los pacientes** en las decisiones públicas del sistema sanitario.

MODELO

Afectivo Efectivo

4

La evolución de los bloques del Modelo Afectivo-Efectivo

El **Modelo Afectivo-Efectivo** supuso un hito al **situar la humanización** como un **eje central de la atención sanitaria**. Sin embargo, el sistema sanitario español afronta hoy un **contexto profundamente diferente**, marcado por el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad y la complejidad asistencial, la transformación de las estructuras familiares y la creciente incorporación de tecnologías digitales en todos los niveles de la atención.

Estos cambios exigen evolucionar el Modelo para responder a nuevas **necesidades y desafíos**. Su actualización no sustituye los fundamentos originales, sino que **los reordena y refuerza para adaptarlos a las transformaciones demográficas, asistenciales y tecnológicas del sistema sanitario actual**.

En este nuevo contexto, la humanización ya no puede entenderse únicamente como una aspiración ética o una actitud individual de los profesionales, sino como un **principio que debe integrarse de manera transversal en la organización, la gestión y la prestación de los servicios sanitarios**.

Con este propósito, los principios fundacionales del Modelo **se han actualizado en diez renovados bloques de acción**, que traducen sus valores originales a las prioridades emergentes y oportunida-

des del contexto actual y se conciben como ámbitos prioritarios de actuación para impulsar una atención más humana, personalizada y adaptada a los retos del presente y del futuro.

- **De receptores pasivos a la participación de los pacientes:** integrar el empoderamiento, la co-creación y el asociacionismo profesionalizado como base de una participación activa de los pacientes en la toma de decisiones, el diseño de políticas sanitarias y la evaluación del sistema.
- **Relación entre profesional, sistema, paciente y entorno cuidador:** ampliar la visión del proceso asistencial hacia un entorno relacional que incorpore la coordinación entre profesionales, el funcionamiento del sistema sanitario y la participación del entorno cuidador afectivo en contextos de complejidad y cronicidad.
- **Continuidad asistencial como respuesta a la cronicidad:** organizar la atención en base a la integración entre niveles asistenciales sanitarios y el ámbito sociosanitario para garantizar un acceso equitativo, reducir los tiempos de espera y ofrecer un seguimiento coherente, coordinado y continuo de los pacientes con enfermedades crónicas y multimorbilidad.
- **Espacios e infraestructuras centrados en la persona:** diseñar entornos asistenciales accesibles y humanizados, orientados a la persona, que integren circuitos asistenciales más coordinados y modelos organizativos que mejoren la experiencia, la intimidad y la calidad de la atención.
- **Uso de la tecnología en la asistencia sanitaria:** incorporar herramientas digitales, inteligencia artificial y telemedicina como

apoyo a la atención sanitaria, asegurando su uso complementario a la relación humana entre profesionales y pacientes.

- **Ciencia de datos al servicio de la investigación y la innovación:** utilizar datos sanitarios para generar conocimiento, impulsar la investigación biomédica y apoyar la toma de decisiones clínicas y de gestión bajo criterios de seguridad, ética y privacidad.
- **Normalización social:** promover la alfabetización sanitaria y reducir el estigma asociado a la enfermedad mediante un enfoque social y educativo que favorezca la inclusión y la comprensión de los procesos de salud y enfermedad.
- **Cuidado y capacitación del profesional sanitario:** fortalecer el bienestar, la estabilidad laboral y la formación en competencias técnicas y relacionales de los profesionales sanitarios como base para una atención de calidad y sostenible.
- **Innovación en la personalización de los tratamientos:** adaptar los tratamientos y estrategias asistenciales a las características clínicas, preferencias y contexto vital de cada paciente para mejorar la efectividad, la adherencia y la experiencia en salud.
- **Gestión basada en el valor y en los resultados (PROMs y PREMs):** medir de forma sistemática los resultados en salud y la experiencia del paciente como herramienta para orientar la toma de decisiones y avanzar hacia una gestión sanitaria basada en valor.

Principio original	Evolución
Empoderamiento de los pacientes / Asociacionismo profesionalizado / Co-creación y participación	De receptores pasivos a la participación de los pacientes
Relación profesional-paciente / Atención personal	Relación entre profesional, sistema, paciente y entorno cuidador
Continuidad asistencial	Continuidad asistencial como respuesta a la cronicidad
Espacios e infraestructuras	Espacios e infraestructuras centrados en la persona
Tecnología	Uso de la tecnología en la asistencia sanitaria
Tecnología (Enfoque expandido)	Ciencia de datos al servicio de la investigación y la innovación
Normalización social	Normalización social
Cuidar al profesional sanitario	Cuidado y capacitación del profesional sanitario
Bloque nuevo	Innovación para la personalización de los tratamientos
Bloque nuevo	Gestión basada en el valor y en los resultados (PROMs y PREMs)

Tabla 1. Relación principios originales del Modelo Afectivo-Efectivo y su evolución

1. De receptores pasivos a la participación de los pacientes

Principio original

El **Modelo Afectivo-Efectivo** original posiciona al **paciente en el centro de la atención**, impulsando su **empoderamiento**, el **asociacionismo profesionalizado** y la **co-creación como herramientas** clave para avanzar hacia una asistencia sanitaria más humana.

La evolución de este bloque **integra y refuerza tres principios fundacionales del Modelo**, entendidos como herramientas complementarias para consolidar una atención verdaderamente centrada en el paciente:

- **Empoderamiento de los pacientes:** Dotar a los pacientes y comunidades de herramientas e información de calidad para que conozcan mejor su enfermedad, tratamientos, derechos y deberes, fomentando así su autonomía y autocuidado.
- **Co-creación y participación:** Fomenta la integración del paciente en la toma de decisiones y promueve espacios de trabajo conjunto entre profesionales, pacientes, industria y administraciones.
- **Asociacionismo profesionalizado:** Busca capacitar a las asociaciones de pacientes para que comprendan a fondo el sistema sanitario, pudiendo interactuar eficazmente con él y apoyar a los pacientes con información veraz y actualizada.

Evolución

La estrecha relación entre los principios originales y la evolución experimentada por el **asociacionismo de pacientes** durante la última década —impulsada, entre otros factores, por su creciente reconocimiento y desarrollo normativo— ha llevado a **integrarlos en un único bloque dentro del Modelo actualizado**. Este enfoque busca **reforzar el papel activo de los pacientes y de sus organizaciones** como **agentes esenciales** en la mejora y transformación del sistema sanitario.

La evolución del sistema sanitario y la creciente complejidad asistencial hacen **necesario** avanzar un paso más: pasar de entender al paciente como un receptor informado de cuidados a **consolidarlo como un agente activo en la toma de decisiones**, **el diseño de políticas sanitarias y la evaluación de los servicios de salud.**

La evolución de este bloque responde, además, a una **ciudadanía cada vez más formada, conectada y consciente de su papel dentro del sistema sanitario**. En este contexto, la participación deja de ser únicamente una herramienta de humanización para convertirse también en una condición necesaria para la sostenibilidad y legitimidad del sistema.

Esta tendencia se refleja en iniciativas recientes como la **creación de la Mesa para la Participación de los Pacientes por parte del Ministerio de Sanidad** (2026), orientada a reforzar la incorporación de la **voz de los pacientes en el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias**.

La **evolución del Modelo** apostará, así, por incorporar **fórmulas de participación estructurada y permanente que permitan integrar la voz del paciente en todos los niveles del sistema sanitario.**

Implicaciones prácticas

Retos

La **participación de los pacientes** sigue enfrentándose a **importantes limitaciones** y, en muchos casos, continúa teniendo un **carácter fundamentalmente consultivo**, con una presencia todavía reducida en los espacios formales de toma de decisiones. Esta realidad se refleja también en la percepción de la ciudadanía. Según la **encuesta de percepción elaborada por beBartlet** (2026), **solo el 44%** de la población española considera que **participa activamente en el cuidado de su salud**, mientras que cerca de la mitad afirma no recibir **información clara y comprensible** que le permita gestionar adecuadamente su proceso asistencial.

A ello se suma que, en el **ámbito asociativo**, las diferencias en recursos, capacidades organizativas y niveles de profesionalización generan **desigualdades significativas** en la capacidad de representación, interlocución e influencia de las organizaciones de pacientes.

Recomendaciones

- Consolidar y hacer efectivo el **marco estatal** de participación de las organizaciones de pacientes que se está configurando normativamente, garantizando estándares comunes y su aplicación real en la toma de decisiones sanitarias.

- Institucionalizar **figuras orgánicas formales** como el «**portavoz de pacientes**» en los comités directivos de los hospitales o **Consejos Consultivos de Pacientes**. En esta línea, iniciativas como la **constitución del Consejo Asesor del Paciente del Hospital Severo Ochoa de Leganés** (Comunidad de Madrid, 2025), muestran cómo pueden crearse espacios estables para incorporar la voz de pacientes y asociaciones en la mejora de la atención sanitaria.

- Impulsar **formaciones regladas** (ej. **másteres universitarios de gestión asociativa**) para **profesionalizar** a los representantes de pacientes y asegurar que sean interlocutores válidos.

- Incorporar de manera generalizada la figura del «**paciente experto**» o «**de pares**» en los **centros sanitarios**, para que acompañen, eduquen y apoyen a otros pacientes en la gestión de su patología, fomentando la **autonomía** y superando la dependencia exclusiva del profesional sanitario.

Indicadores de evaluación

- **Grado de incorporación formal y normativizada de representantes de pacientes** en **órganos directivos hospitalarios** y de **política pública**.

- Inclusión de **indicadores de «participación ciudadana»** en los **contratos de gestión autonómicos**, vinculando su cumplimiento a la **retribución variable de los directivos**.

- **Porcentaje de pacientes** que declaran comprender la **información clínica** y **participar activamente** en sus tratamientos.

2. Relación entre profesional, sistema, paciente y entorno cuidador

Principio original

El **Modelo Afectivo-Efectivo** original sitúa la cercanía, la empatía y la dignidad de la persona como elementos centrales de la atención sanitaria. La **transformación de las necesidades asistenciales** hace necesario **ampliar este enfoque hacia una visión más integral y colectiva del cuidado.**

Este bloque evoluciona a partir de los **dos siguientes principios clásicos**:

- **Atención personal:** Humanizar el trato por parte del profesional sanitario, reconociendo la dignidad de la persona y sus necesidades especiales, y atendiendo no solo a su enfermedad, sino a sus circunstancias vitales.
- **Relación profesional-paciente:** Desarrollar una comunicación bidireccional que esté basada en el respeto, la empatía y la confianza, valorando siempre las emociones del paciente y comprendiendo todas sus dimensiones.

Evolución

El **envejecimiento** de la población, el aumento de la **cronicidad** y la **multimorbilidad** han puesto de manifiesto que la **atención ya no depende únicamente de la relación entre un profesional y un paciente**, sino de la capacidad del sistema en su conjunto para **coordinar cuidados, integrar distintos perfiles** profesionales e **involucrar** también al **entorno cuidador afectivo** en el acompañamiento

de la persona. Esta realidad ha sido reconocida por la reciente **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad** (2025b), que identifica el envejecimiento poblacional y la creciente complejidad de los pacientes como **factores que exigen modelos de atención más continuos, coordinados e integrados**.

Por ello, el **Modelo actualizado aúna y evoluciona estos bloques originales** incorporando en un mismo apartado la **dimensión relacional, organizativa y comunitaria del cuidado.** La evolución de este bloque reconoce así que el **bienestar del paciente depende** también de la **coordinación entre profesionales**, de la **continuidad de los cuidados** y del **papel esencial que desempeña el entorno afectivo y familiar,** especialmente en pacientes crónicos, dependientes o en situación de vulnerabilidad. La incorporación de estos actores no desplaza el protagonismo del paciente, sino que asume que, en contextos de elevada complejidad, una **atención efectiva requiere apoyarse en una red relacional más amplia**.

En consonancia con ello, tanto la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** (s.f.-a) como las estrategias más recientes del Ministerio de Sanidad defienden la necesidad de avanzar hacia modelos de atención integrada centrados en las personas, que **tengan en cuenta no solo sus necesidades clínicas, sino también sus circunstancias personales, sociales y familiares**.

De este modo, el Modelo **amplía el enfoque desde una relación clínica individual hacia una visión más colaborativa, corresponsable y centrada en la persona**, en la que todos los actores implicados estén coordinados para ofrecer una atención verdaderamente humana.

Implicaciones prácticas

Retos

El diseño del **sistema sanitario**, tradicionalmente orientado al abordaje de **episodios agudos**, limita el tiempo disponible para la atención y dificulta el desarrollo de una **relación asistencial** cercana, personalizada y de calidad. A ello se suma una insuficiente incorporación de **competencias relacionales y humanísticas** (las denominadas **habilidades blandas**) en la formación de las nuevas generaciones de profesionales sanitarios, cuya preparación ha estado centrada prioritariamente en los **conocimientos técnico-científicos**.

Asimismo, la creciente **presión asistencial**, la **inestabilidad de las plantillas** y el **desgaste profesional** asociado a las condiciones de trabajo dificultan la generación de **vínculos de confianza** sólidos y sostenidos en el tiempo entre profesionales y pacientes, un elemento esencial para avanzar hacia una **atención centrada en la persona y su entorno**.

Recomendaciones

- Reforzar la evaluación de las **habilidades comunicativas**, la **empatía** y el **trabajo en equipo** en los grados universitarios y explorar fórmulas para incorporar su valoración en los procesos de acceso a la formación especializada, de modo que la selección no se base únicamente en aptitudes técnicas.
- Promover la «**humanización operativa**» —entendida como la traslación de la humanización a la práctica asistencial diaria— favoreciendo condiciones organizativas que permitan que los profesionales dispongan de más tiempo de atención al paciente

y fomentando la educación en gestos cotidianos críticos: dirigirse al paciente por su nombre, mantener el contacto visual, preservar la intimidad y practicar la escucha activa.

- Garantizar que, en el momento del alta, el paciente reciba un informe clínico plenamente comprensible -un verdadero **«manual de instrucciones»** para su cuidado- reforzando el derecho a una información asistencial clara y adaptada a sus necesidades.

Indicadores de evaluación

- Resultados obtenidos en las **evaluaciones de competencias relacionales** y **comunicativas (habilidades blandas)** incorporadas a los **programas de grado, formación especializada y desarrollo profesional continuo**.
- **Nivel de satisfacción de los pacientes**, medido a través de **encuestas PREMs**** (indicadores de experiencia del paciente), en aspectos como el **trato recibido**, el **respeto a su dignidad**, la **calidad de la relación con los profesionales** y la **claridad de la información proporcionada durante el proceso asistencial** y en el **momento del alta**. Actualmente, **cerca de siete de cada diez pacientes** afirman sentirse adecuadamente tratados por el sistema sanitario, según la **encuesta de percepción elaborada por beBartlet** (2026).

**Los PREMs (Patient-Reported Experience Measures) son medidas de experiencia reportadas por los pacientes, que recogen su valoración sobre la atención recibida y su interacción con el sistema sanitario.

3. Continuidad asistencial como respuesta a la cronicidad

Principio original

La **continuidad asistencial** formaba parte del Modelo original como un **elemento clave** para garantizar una atención más humana y coordinada. Este bloque se sustentaba en la necesidad de promover una **coordinación fluida** entre los distintos **dispositivos sanitarios y sociosanitarios**, favoreciendo el intercambio continuo de información entre profesionales y niveles asistenciales. El objetivo último es asegurar que el **paciente reciba una atención diligente, integral y coherente a lo largo de todo su proceso asistencial**, evitando fragmentaciones y mejorando su experiencia dentro del sistema.

Evolución

El contexto sanitario actual obliga a reforzar y redefinir este concepto ante el incremento sostenido de la cronicidad, la multimorbilidad y las necesidades de cuidados de larga duración. La evolución de este bloque responde a la necesidad de ofrecer una **atención más integrada, continuada y personalizada**, capaz de acompañar a las personas a lo largo de todo su recorrido asistencial y vital. Esto implica avanzar hacia modelos que mejoren la coordinación entre atención primaria, especializada, sociosanitaria y comunitaria, evitando la fragmentación de los cuidados y favoreciendo un seguimiento adaptado a las necesidades de cada paciente.

Sin embargo, la evidencia comparada internacional, especialmente la de la **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Eco-**

nómicos (OCDE) (s.f.), subraya que la mejora de la atención a la cronicidad pasa, además de por reforzar la continuidad clínica o el seguimiento longitudinal, de avanzar hacia **modelos de atención integrada que transformen la estructura del sistema**. Esto incluye la **coordinación efectiva entre niveles asistenciales, el uso compartido de información clínica y la alineación de incentivos entre atención primaria, hospitalaria y servicios comunitarios.**

De este modo, el Modelo actualizado entiende la **continuidad asistencial** no solo como un mecanismo organizativo, sino como una herramienta fundamental para garantizar una **atención integral**, eficiente y más centrada en la persona.

Implicaciones prácticas

Retos

La **fragmentación** existente entre **niveles asistenciales** y **recursos sociosanitarios** sigue generando **ineficiencias** y disfunciones que afectan tanto a la **calidad de la atención** como a la experiencia de los pacientes. Entre ellas destacan situaciones frecuentes como la programación de consultas de seguimiento sin disponer todavía de los resultados de las pruebas diagnósticas necesarias, lo que provoca retrasos, duplicidades y una utilización poco eficiente de los recursos.

Asimismo, persisten dificultades en la **coordinación** entre el **ámbito sanitario** y el sociosanitario, lo que se traduce en la permanencia de pacientes en **estancias hospitalarias prolongadas** pese a que sus necesidades asistenciales podrían ser atendidas de forma más adecuada en recursos residenciales o de cuidados de larga dura-

ción. Estas limitaciones en los circuitos de derivación y continuidad asistencial tienen un impacto directo sobre la **eficiencia del sistema**. De hecho, según **datos del Ministerio de Sanidad** (2025b), se estima que cerca del 60% de las **hospitalizaciones evitables** están relacionadas con un manejo inadecuado de la **cronicidad** y una coordinación insuficiente entre los distintos niveles de atención.

Recomendaciones

- **Reforzar la Atención Primaria como eje vertebrador del sistema**, integrando además el **papel de la farmacia comunitaria como recurso de proximidad** para el seguimiento y apoyo a los pacientes.
- **Consolidar la figura del gestor de casos,** habitualmente un profesional de enfermería, para **coordinar de forma integral la atención de los pacientes complejos** y facilitar su tránsito por el sistema. En esta línea, la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud** (2025b) subraya la necesidad de **reforzar el papel de los perfiles de gestión de casos y de enlace** tanto en los centros sanitarios como en el ámbito comunitario y social, considerándolos figuras clave para la **atención de personas con condiciones crónicas de alta complejidad** y promoviendo su **implantación generalizada en todas las comunidades autónomas.**
- **Fortalecer la coordinación entre los equipos sanitarios y de servicios sociales**, integrando también la cultura paliativa, mediante estructuras de trabajo conjuntas y herramientas compartidas que permitan identificar de forma temprana situaciones de vulnerabilidad y ofrecer respuestas integradas.

Indicadores de evaluación

- Evolución de indicadores como el **grado de implantación y uso efectivo de la historia clínica compartida** entre los ámbitos sanitario y social, la **reducción de tiempos de espera** evitables, la **mejora del seguimiento de pacientes crónicos** y el **descenso de las hospitalizaciones** potencialmente evitables.

4. Espacios e infraestructuras centrados en la persona

Principio original

El **Modelo Afectivo-Efectivo original reconoce la importancia de adaptar los espacios sanitarios a las necesidades de pacientes**, familiares y profesionales, entendiendo que el entorno físico también influye en la experiencia asistencial y en el bienestar emocional. Para ello, resulta imprescindible **adecuar y optimizar los entornos asistenciales para que sean más amables, garantizando la intimidad y la comodidad de las personas**. El principio subyacente es que el **sistema físico se organice alrededor de la persona**, lo que a su vez **facilita y mejora el trabajo del profesional**.

Evolución

La evolución demográfica y asistencial **obliga hoy a ampliar este enfoque**. El aumento de la cronicidad, la dependencia y las largas trayectorias asistenciales hace necesario diseñar **infraestructuras que no solo respondan a criterios de eficiencia organizativa, sino también a las necesidades emocionales, sociales y funcionales de las personas, familia y cuidadores.**

La evolución de este bloque apuesta por avanzar hacia **espacios más accesibles, humanizados, flexibles** y orientados a **garantizar la intimidad y la dignidad de pacientes** y **su entorno cuidador afectivo**. Esto implica no sólo transformar los entornos físicos, sino también **replantear la organización asistencial** para adaptarla a las nuevas necesidades derivadas de la cronicidad, la complejidad clínica y la personalización de la atención.

En este sentido, cobran especial relevancia los **modelos organizativos basados en procesos asistenciales integrados** como las **Unidades de Gestión Clínica (UGC)**, que sustituyen estructuras tradicionales organizadas por servicios o departamentos aislados con **equipos multidisciplinares responsables de todo el recorrido asistencial del paciente**. Un ejemplo destacado es el **Proyecto PRISMA del Hospital Clínic de Barcelona** (Matías-Guiu et al., 2016), que impulsó la reorganización del **hospital en institutos clínicos orientados a procesos asistenciales**. Esta transformación permitió avanzar hacia una atención más integrada, coordinada y centrada en la persona, facilitando además la participación de los pacientes en la organización de los servicios y el diseño de circuitos asistenciales más alineados con sus necesidades y experiencias.

Asimismo, la humanización de los espacios requiere **incorporar criterios organizativos que reduzcan la incertidumbre y mejoren la experiencia** durante la atención. La calidad percibida no depende exclusivamente del diseño arquitectónico, sino también de c**ómo se estructuran los flujos, los tiempos y los circuitos asistenciales**. En este contexto, los **sistemas avanzados de triaje y los circuitos de urgencias adaptados** a diferentes niveles de gravedad permiten organizar los flujos asistenciales de forma más eficiente,

priorizando a los pacientes según sus necesidades clínicas y optimizando el uso de los recursos disponibles (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 2025).

Complementariamente, la evidencia reciente señala que aspectos como la **organización de las áreas de espera, la información proporcionada durante la atención, la privacidad y la comunicación con los profesionales** tienen un **impacto significativo en la experiencia de pacientes y familiares** (Janerka et al., 2024), especialmente en contextos de alta incertidumbre como los servicios de urgencias. Todo ello refuerza la necesidad de **diseñar entornos flexibles, comprensibles y orientados a las personas,** que contribuyan no solo a mejorar la eficiencia asistencial, sino también el bienestar emocional y la percepción de calidad de la atención.

Implicaciones prácticas

Retos

Aunque la valoración general de las infraestructuras sanitarias es positiva, los pacientes siguen identificando áreas de mejora relacionadas con el **confort**, la **reducción del ruido ambiental** y, especialmente, la **preservación de su intimidad** y **privacidad** durante el proceso asistencial.

Asimismo, en entornos especialmente sensibles como las **unidades de cuidados intensivos y paliativos**, los modelos arquitectónicos tradicionales continúan favoreciendo dinámicas de aislamiento que pueden impactar negativamente tanto en el **bienestar emocional** de los pacientes y sus familias como en los propios procesos de **recuperación clínica**.

Recomendaciones

- Impulsar **cambios organizativos, arquitectónicos y normativos** que favorezcan **modelos asistenciales más abiertos y centrados en la persona**, como las **Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de puertas abiertas**, facilitando el **acompañamiento continuado** por parte del entorno familiar y afectivo.

- Incorporar **criterios de humanización en la planificación de infraestructuras sanitarias**, garantizando aspectos como el **acceso a la luz natural**, cuya influencia positiva sobre el bienestar y la recuperación de los pacientes está ampliamente documentada.

- Mejorar la calidad de los espacios asistenciales mediante la **adaptación de circuitos**, la **reducción de la contaminación acústica** y la **creación de áreas de espera y descanso** más confortables, accesibles y dignas para pacientes, familiares/cuidadores y profesionales.

- Reorganizar los espacios y circuitos asistenciales en torno a **nuevas rutas de atención**, impulsando modelos como las **Unidades de Gestión Clínica** (UGC), que permitan a **equipos multidisciplinares abordar de forma integrada procesos asistenciales completos**, superando la fragmentación derivada de estructuras departamentales aisladas.

- Asimismo, avanzar hacia circuitos de **Urgencias más eficientes y humanizados**, mediante **espacios flexibles adaptados a distintos niveles de gravedad** y **áreas de espera diferenciadas** que contribuyan a **reducir la incertidumbre, la ansiedad y los tiempos de espera** percibidos por los pacientes. Igualmente, in-

cluir vías o herramientas para **facilitar información periódica** en estos servicios de Urgencias para familiares o el entorno cuidador de los pacientes.

Indicadores de evaluación

- **Número de centros hospitalarios** que han modificado sus normativas para implantar efectivamente las **UCI de puertas abiertas**.
- Porcentaje de **nuevas obras o reformas que cumplen con la integración de luz natural**.
- **Grado de implantación de Unidades de Gestión Clínica (UGC)** multidisciplinares.
- **Número de centros** que cuentan con **Circuitos de Urgencias Optimizados** y separados por gravedad.
- **Evolución de los resultados reportados por los pacientes y entorno cuidador (PREMs)** evaluando específicamente la mejora en el confort, la preservación de la intimidad, la calidad del descanso (reducción de contaminación acústica) y la reducción de los niveles de ansiedad en zonas de espera y Urgencias.

5. Uso de la tecnología en la asistencia sanitaria

Principio original

El Modelo Afectivo-Efectivo original posicionaba los **avances tecnológicos como un instrumento que debe integrarse en la atención**, siempre desde una **perspectiva humanizadora**. La **tecnolo-**

gía asistencial abarca herramientas y dispositivos concretos como la telemedicina, la robótica o los sistemas de monitorización, que son esenciales hoy en día porque otorgan a la persona un **mayor control y poder sobre su salud en su vida cotidiana**, permitiendo a profesionales hacer también un mejor seguimiento. Su principio innegociable es **asegurar siempre que estas herramientas se utilicen para complementar, y nunca para sustituir, el contacto humano.**

Evolución

La rápida evolución de las tecnologías digitales, el desarrollo de la robótica y la irrupción de la inteligencia artificial han configurado un **nuevo paradigma en la atención sanitaria**. En este contexto, el **valor de la innovación** no debe medirse únicamente por su grado de sofisticación tecnológica, sino por su **capacidad para liberar tiempo clínico, aumentar la seguridad y mejorar la experiencia asistencial**.

En este contexto, resulta **pertinente evolucionar este bloque en el modelo** como **guía para asegurar que estas innovaciones** —como la teleasistencia, la telemonitorización, la cirugía robótica, los sistemas avanzados de diagnóstico o las herramientas de apoyo a la decisión clínica— se utilicen como **palancas para mejorar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la personalización de los cuidados**.

Estas tecnologías pueden desempeñar además un papel especialmente relevante en el **acompañamiento de personas mayores, dependientes o en situación de final de vida**, favoreciendo que puedan mantener el mayor nivel posible de **autonomía** en sus propios

domicilios. Del mismo modo, pueden permitir **optimizar los procesos clínicos y quirúrgicos**, facilitando intervenciones más precisas, seguras y adaptadas a las necesidades de cada paciente.

Asimismo, la **inteligencia artificial** funciona como el motor tecnológico avanzado para la automatización de tareas y el soporte en la toma de decisiones clínicas, actuando como una **palanca y un aliado al servicio de la atención clínica** y la personalización de los cuidados. Sin embargo, este desarrollo debería **salvaguardar siempre su sentido humanizador**, mejorando la atención sin sustituir la relación humana.

En este sentido, la **Organización Mundial de la Salud** (2025) advierte que el desarrollo de la salud digital debería estar guiado por **marcos de gobernanza sólidos**, ya que existen riesgos relevantes asociados a la inequidad en el acceso, la exclusión digital de determinados grupos poblacionales y la falta de garantías en términos de seguridad, privacidad y uso ético de los datos.

En definitiva, es necesario **integrar las innovaciones tecnológicas**, asegurando activamente que su **implementación no derive en una deshumanización de la atención**.

Implicaciones prácticas

Retos

El rápido despliegue de estas **tecnologías** plantea importantes **desafíos**. Por un lado, existe el riesgo de que la creciente **digitalización** de la atención sanitaria reduzca la **cercanía** y la **dimensión humana** de la relación entre profesionales y pacientes.

Por otro, en relación con las **brechas digitales**, aunque tradicionalmente se ha asumido que determinados colectivos —especialmente las **personas mayores o con menores niveles de alfabetización tecnológica**— podrían tener más dificultades de acceso, los datos de la **encuesta de percepción elaborada por beBartlet** (2026) matizan esta idea, ya que muestran una **predisposición general positiva hacia el uso de herramientas digitales** de salud: 7 de cada 10 personas se sienten **capacitadas para utilizarlas de forma autónoma**. En este sentido, más que dar por hecho una exclusión tecnológica, la prioridad se desplaza hacia la **necesidad de reforzar la formación y el acompañamiento**, de modo que estas generaciones puedan aprovechar plenamente estas herramientas, e incluso hacia el **diseño de soluciones adaptadas a distintas necesidades generacionales**.

Asimismo, resulta fundamental garantizar una implantación responsable de los **algoritmos** y sistemas de **inteligencia artificial**, evitando la incorporación de **sesgos** que puedan generar **desigualdades**, comprometer la **equidad** o afectar negativamente a la calidad de las **decisiones clínicas**.

Recomendaciones

- Orientar la inteligencia artificial y la digitalización a la **reducción de la carga burocrática y la optimización de procesos asistenciales**, aprovechando su potencial para automatizar tareas administrativas y de bajo valor añadido como la transcripción de consultas, la redacción de informes clínicos o la elaboración de documentación. Esto permitiría a los profesionales sanitarios **liberar tiempo para dedicarlo a la atención directa**, mejorar la calidad de la interacción con el paciente y reforzar la dimensión humana del acto asistencial.

- **Establecer marcos éticos, jurídicos y de gobernanza sólidos** que definan claramente los límites de la automatización, garantizando que las tareas críticas e insustituibles —como la interpretación clínica de resultados complejos, la toma de decisiones médicas, la comunicación de diagnósticos graves y el acompañamiento emocional— sigan siendo responsabilidad exclusiva de profesionales sanitarios. Estos marcos deberían además **asegurar la supervisión clínica continua de los sistemas de inteligencia artificial**, con el objetivo de detectar sesgos, proteger la privacidad y garantizar la equidad en la atención.

- **Impulsar un despliegue de la telemedicina accesible y adaptado a las necesidades de la población**, especialmente de las personas mayores y de aquellos entornos con dispersión geográfica, como zonas rurales. Estas herramientas pueden contribuir a **reducir desplazamientos innecesarios, mejorar el seguimiento clínico y aumentar la accesibilidad al sistema sanitario**, siempre que se diseñen con criterios de usabilidad inclusiva.

- **Acompañar la transformación digital con programas de alfabetización en salud digital adaptados a diferentes generaciones**. En este sentido, los datos de la **encuesta elaborada por beBartlet** (2026) muestran que 7 de cada 10 personas se sienten capacitadas para utilizar herramientas digitales de salud de forma autónoma, lo que refuerza la importancia de no asumir exclusión tecnológica, sino de **fomentar la formación continua y el diseño de herramientas adaptadas a distintos perfiles de usuario**.

- **Garantizar el mantenimiento de canales presenciales y no digitales** como un **derecho efectivo de los pacientes**, asegurando una «vía analógica» permanente dentro del sistema sani-

tario. Esta medida busca **evitar que la innovación tecnológica genere barreras de acceso para personas con menor competencia digital o con dificultades** para el uso de herramientas tecnológicas.

- **Elaborar guías prácticas de uso humanizador de la tecnología en los centros sanitarios**, con criterios operativos sobre cuándo utilizar canales digitales, cuándo preservar la atención presencial, cómo asegurar la supervisión profesional y cómo evitar que la digitalización genere barreras de acceso o pérdida de cercanía en la relación asistencial.

Indicadores de evaluación

- **Porcentaje estimado de tiempo asistencial liberado** de tareas puramente administrativas (transcripciones, redacción de informes) gracias a la automatización.
- **Evolución en la percepción del paciente** (medida a través de PREMs) sobre la **calidad de la interacción en consulta**, valorando de forma específica aspectos como el contacto visual, la escucha activa y la cercanía emocional percibida durante la atención.
- **Nivel de desarrollo e implantación de normativas y protocolos** que garanticen que la comunicación de diagnósticos graves y el acompañamiento emocional, existencial o espiritual sigan correspondiendo a profesionales sanitarios, preservando la relación humana como elemento esencial e insustituible de la atención.
- **Frecuencia y resultados de las auditorías periódicas de supervisión clínica** realizadas sobre los sistemas de IA para la detección de sesgos, garantía de equidad y protección de la privacidad.

- **Tasa de adopción y uso continuado de herramientas de telemedicina en zonas rurales o de alta dispersión geográfica**, midiendo su impacto directo en la reducción de desplazamientos innecesarios.
- **Número de pacientes inscritos y que han completado con éxito programas de capacitación y alfabetización en salud digital** adaptados a su perfil generacional.
- **Número de centros o servicios que disponen de guías prácticas de uso humanizador de la tecnología** y que las aplican en decisiones sobre telemedicina, canales digitales, mantenimiento de atención presencial, supervisión profesional y accesibilidad para distintos perfiles de pacientes.
- **Percepción de pacientes y profesionales sobre el impacto de la tecnología** en la accesibilidad, la claridad de la información, la continuidad asistencial, la reducción de desplazamientos o cargas innecesarias y el mantenimiento de una relación asistencial cercana.

6. Ciencia de datos al servicio de la investigación y la innovación

Principio original

El Modelo Afectivo-Efectivo original reconoce el potencial de la innovación y la **tecnología** para **mejorar la calidad de la atención**, **facilitar la comunicación** entre los distintos agentes del sistema sanitario y **optimizar los procesos asistenciales**. Asimismo, destacaba la importancia de **impulsar la investigación y aprovechar el**

conocimiento generado en el ámbito sanitario para avanzar hacia una atención más eficiente, coordinada y centrada en las necesidades de las personas.

Sin embargo, la acelerada digitalización del sistema sanitario y la creciente capacidad para generar, integrar y analizar información clínica han otorgado a los datos un **papel estratégico que trasciende el ámbito estrictamente asistencial.**

En este contexto, la **ciencia de datos en salud,** entendida como el uso responsable de la información sanitaria para generar conocimiento, mejorar la toma de decisiones e impulsar la investigación biomédica, se ha consolidado como un **elemento fundamental para avanzar hacia sistemas sanitarios más precisos, eficientes, predictivos y personalizados.**

Evolución

La **transformación digital** del sistema sanitario **ha multiplicado** exponencialmente la capacidad para **generar, almacenar y analizar información clínica.** Historias clínicas electrónicas, registros de pacientes, dispositivos de monitorización o herramientas digitales producen diariamente **grandes volúmenes de datos que, utilizados de forma adecuada,** pueden convertirse en una **fuente de conocimiento** esencial para mejorar la salud de la población.

La evolución de este bloque responde a la necesidad de **aprovechar este potencial para impulsar la investigación, acelerar la innovación y fortalecer la capacidad del sistema** para anticipar necesidades, identificar patrones de enfermedad y desarrollar nuevas soluciones diagnósticas y terapéuticas. La ciencia de datos permite **generar evidencia en vida real,** complementar la información

procedente de los ensayos clínicos y avanzar hacia una **medicina más preventiva, predictiva y personalizada.**

En este contexto, la puesta en marcha del **Espacio Europeo de Datos Sanitarios** (Comisión Europea, s.f.) supone un avance relevante para **facilitar el uso secundario de los datos en salud con fines de investigación, innovación, formulación de políticas públicas y desarrollo de tratamientos más personalizados**. Su implementación abre nuevas oportunidades para **mejorar la generación de conocimiento, favorecer la colaboración entre países y acelerar el desarrollo de soluciones** dirigidas a responder a necesidades clínicas todavía no cubiertas, incluyendo aquellas asociadas a enfermedades poco frecuentes o complejas.

Asimismo, la combinación de analítica avanzada, inteligencia artificial y aprendizaje automático ofrece **nuevas oportunidades para apoyar la toma de decisiones clínicas, mejorar la planificación sanitaria y optimizar la asignación de recursos**. No obstante, este desarrollo debería realizarse siempre bajo **criterios de transparencia, seguridad y protección de la privacidad**, garantizando que los datos se utilicen para generar valor social y mejorar la atención a las personas.

En este sentido, resulta especialmente relevante que la ciudadanía muestre una elevada disposición a contribuir a la investigación mediante el uso de sus datos sanitarios. De hecho, según la **encuesta de percepción elaborada por beBartlet** (2026), **9 de cada 10 personas estarían dispuestas a compartir sus datos en salud para fines de investigación si se garantizara la confidencialidad de la información**, lo que refleja una **elevada aceptación social del uso responsable de los datos** como herramienta para impulsar el conocimiento científico y mejorar la atención sanitaria.

Garantizar esa confidencialidad es, precisamente, la condición que hace posible esta contribución: en el ámbito nacional, la **Agencia Española de Protección de Datos (2024) ofrece orientaciones específicas para el tratamiento de los datos de salud** —categoría especial sujeta a un régimen reforzado de protección— que constituyen una referencia clave para garantizar el cumplimiento del **Reglamento General de Protección de Datos o Reglamento 2016/679** y de la **Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales** en el uso responsable de la información sanitaria.

Implicaciones prácticas

Retos

A pesar del creciente potencial de los datos sanitarios, la **información** continúa encontrándose **fragmentada** entre distintos niveles asistenciales, organizaciones y comunidades autónomas, **dificultando su uso para fines de investigación** y **limitando la generación de conocimiento** a escala del conjunto del sistema. La **falta de interoperabilidad** entre sistemas de información sigue siendo una de las principales barreras para aprovechar plenamente estas capacidades.

Asimismo, el uso creciente de datos sanitarios plantea importantes desafíos relacionados con la **protección de la privacidad, la calidad de la información y la confianza ciudadana.** A ello se suma la **necesidad de garantizar** que las herramientas de inteligencia artificial y los modelos predictivos se desarrollen bajo **criterios éticos y transparentes**, evitando sesgos que puedan generar desigualdades o comprometer la calidad de las decisiones clínicas.

Recomendaciones

- **Ampliar las variable que capta la ciencia de datos -experiencia del paciente, calidad de vida, continuidad de cuidados y equidad-,** de modo que permita identificar necesidades no cubiertas y orientar mejoras concretas en la humanización de la atención.
- **Promover proyectos piloto en patologías complejas, crónicas o de alto impacto asistencial** que combinen datos clínicos, asistenciales y resultados reportados por pacientes para evaluar si las intervenciones de humanización generan mejoras medibles en salud, adherencia y experiencia asistencial.
- **Incorporar la perspectiva de pacientes y profesionales en el diseño de la investigación – en la definición de preguntas relevantes y de los resultados que merece la pena medir-,** evitando que el uso secundario de los datos quede desconectado de los problemas reales de las personas.
- **Definir indicadores sencillos y comprensibles (comprensión de la información, accesibilidad y carga percibida por el paciente) que permitan valorar la contribución práctica** en los proyectos que utilicen datos o inteligencia artificial, de forma que pueda valorarse su contribución práctica a una atención más centrada en la persona.

Indicadores de evaluación

- **Número de proyectos piloto** que integran datos clínicos, asistenciales y resultados reportados por pacientes para evaluar mejoras en salud, adherencia y experiencia asistencial.

- **Grado de incorporación de variables de humanización** —como calidad de vida, continuidad de cuidados, necesidades no cubiertas y equidad— en registros, estudios observacionales y proyectos de investigación basados en datos.
- **Nivel de participación de pacientes y profesionales** en la definición de prioridades de investigación y en el diseño de proyectos basados en datos.
- **Disponibilidad de indicadores de experiencia sencillos y comprensibles** —comprensión de la información, accesibilidad y carga percibida por el paciente— que permitan valorar la contribución práctica de los proyectos de datos e inteligencia artificial a una atención más centrada en la persona.

7. Normalización social

Principio original

El Modelo Afectivo-Efectivo original incorpora la **normalización social de la enfermedad** como un elemento fundamental para avanzar hacia una atención más humana. Este principio parte de la **necesidad de formar y concienciar a la sociedad** para acoger y **apoyar activamente a las personas que conviven con una enfermedad,** favoreciendo una mirada más comprensiva, informada y libre de prejuicios.

Su objetivo es contribuir a que la enfermedad no suponga una barrera para la participación plena de las personas en la vida social, educativa o laboral, promoviendo **entornos más inclusivos y respetuosos con la diversidad de situaciones y necesidades en salud.**

Evolución

Los cambios demográficos y epidemiológicos **han incrementado el número de personas que conviven durante largos periodos de tiempo con enfermedades crónicas, discapacidad, problemas de salud mental, situaciones de dependencia o necesidades paliativas**. Esta realidad hace necesario **reforzar la dimensión social de la humanización** y avanzar hacia una visión de la **salud que trascienda los espacios asistenciales.**

La evolución de este bloque requiere superar el enfoque fragmentado de las estrategias actuales para **avanzar hacia un compromiso transversal** que involucre al conjunto de la sociedad y, de forma especial, al sistema educativo. En este contexto, la **alfabetización sanitaria** se convierte en una herramienta clave para dotar a la ciudadanía de conocimientos accesibles que permitan comprender mejor los procesos de salud y enfermedad, combatir la desinformación y **reducir el estigma** asociado a determinadas patologías. Organizaciones internacionales como la **OCDE** (2018) o la **OMS** (s.f.-b) advierten que las estrategias de concienciación social tienen un impacto limitado si no se acompañan de **intervenciones estructurales en los sistemas sanitarios, sociales y educativos**. La reducción del estigma y la mejora de la inclusión dependen no solo del cambio cultural, sino también de la **accesibilidad efectiva a los servicios y de la actuación sobre los determinantes sociales de la salud**.

En este sentido, el Modelo actualizado apuesta por **consolidar una cultura de inclusión, respeto y corresponsabilidad en salud,** promoviendo entornos que favorezcan la equidad y permitan a todas las personas **participar activamente en el cuidado de su salud y** en la **vida comunitaria,** con independencia de su condición social, económica o sanitaria.

Implicaciones prácticas

Retos

Uno de los principales desafíos consiste en abordar el **impacto** que los **determinantes sociales de la salud** tienen sobre el bienestar de las personas. Factores como el **nivel de ingresos, el acceso a la vivienda, el entorno de residencia, la soledad no deseada o las desigualdades educativas** condicionan de forma directa la salud y generan diferencias significativas tanto en la calidad de vida como en el acceso a la atención sanitaria.

A ello se suma la necesidad de **reforzar la alfabetización sanitaria** de la población y avanzar hacia modelos más participativos, **superando inercias paternalistas** que todavía limitan la capacidad de muchas personas para comprender, gestionar y participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud.

Recomendaciones

- **Integrar** de forma estructural la **educación para la salud, la prevención y los valores humanísticos** en las distintas etapas del **sistema educativo,** incorporando además figuras como la **enfermería escolar** para reforzar la promoción de la salud desde edades tempranas.
- Impulsar **campañas de sensibilización y alfabetización sanitaria** orientadas a mejorar el conocimiento sobre la salud, combatir la desinformación y reducir el estigma asociado a determinadas enfermedades.
- Favorecer la **incorporación de la figura del paciente experto o de pares** en los centros sanitarios para acompañar, orientar y empoderar a otros pacientes en la gestión de su enfermedad.

- Implantar herramientas de **detección precoz de vulnerabilidad social y reforzar la coordinación** entre los ámbitos sanitario y social para identificar necesidades y ofrecer respuestas más integradas.

Indicadores de evaluación

- **Grado de integración** de contenidos relacionados con la salud, la prevención y la **alfabetización sanitaria** en los currículos educativos y **número de centros** que cuentan con programas específicos de promoción de la salud.
- **Número de programas institucionales** que incorporan la figura del **paciente experto** o de pares como herramienta de acompañamiento y educación sanitaria.
- **Nivel de implantación de mecanismos de coordinación socio-sanitaria** y de herramientas de identificación de situaciones de vulnerabilidad social.
- **Evolución de los niveles de alfabetización sanitaria** de la población y de los indicadores relacionados con el conocimiento, la percepción social y el estigma asociado a distintas enfermedades.

8. Cuidado y capacitación del profesional sanitario

Principio original

El Modelo Afectivo-Efectivo original reconoce la **importancia de apoyar a los profesionales sanitarios** mediante entornos laborales que refuercen su motivación, proporcionándoles las herramientas,

la formación y el tiempo necesarios para desarrollar una atención más colaborativa, cercana y centrada en la persona.

Este principio parte de la convicción de que la **calidad de la atención sanitaria está estrechamente vinculada al bienestar de los profesionales**, cuyo compromiso y capacidad de acompañamiento resultan esenciales para construir relaciones de confianza y ofrecer unos cuidados verdaderamente humanizados.

Evolución

La creciente complejidad asistencial, el envejecimiento de la población y el aumento de la cronicidad han **intensificado las exigencias sobre los profesionales sanitarios**, convirtiendo **su bienestar** en una cuestión estratégica para la **sostenibilidad del sistema**. Fenómenos como el desgaste profesional y la presión asistencial responden en gran medida a factores estructurales del sistema sanitario —como la planificación de recursos humanos, la organización del trabajo o la carga asistencial—, por lo que requieren **transformaciones sistémicas más amplias**, más allá de las intervenciones centradas en el profesional.

En este contexto, la evolución de este bloque exige que el **cuidado de los profesionales** deje de entenderse únicamente como un instrumento para mejorar la atención y pase a considerarse una **responsabilidad estructural de las organizaciones sanitarias**.

La evolución del modelo apuesta, por tanto, por **reforzar las políticas orientadas a prevenir el desgaste profesional**, **promover entornos laborales saludables y favorecer la estabilidad de las plantillas**, pero dentro de una lógica de **reforma organizativa más amplia del sistema sanitario**. Cuidar a quienes cuidan constituye

una condición necesaria, aunque no suficiente, para afrontar los desafíos del sistema sanitario actual. Como señalan diversos análisis internacionales, entre ellos los de la **OMS** (2016), la protección del bienestar de los profesionales exige **revisar aspectos estructurales como las cargas de trabajo, la disponibilidad de tiempo, los modelos de liderazgo, la autonomía profesional y las formas de organización de los equipos.**

Asimismo, este bloque amplía su alcance incorporando la **capacitación continua de los profesionales** no solo en competencias técnicas, sino también en **habilidades relacionales y humanísticas**. La **empatía compasiva, la escucha activa, la comunicación efectiva o la toma de decisiones compartida** constituyen elementos fundamentales para avanzar hacia una atención verdaderamente centrada en la persona y adaptada a las necesidades de cada paciente.

Implicaciones prácticas

Retos

El sistema sanitario se enfrenta a importantes desafíos relacionados con la sobrecarga asistencial, el desgaste profesional y las dificultades para atraer y fidelizar talento. La **elevada presión asistencial, la temporalidad y la inestabilidad de las plantilla**s generan elevados niveles de estrés y **dificultan la continuidad asistencia**l, afectando tanto a la **experiencia de los pacientes** como al bienestar de los propios profesionales.

Por otro lado, persiste una **insuficiente incorporación de competencias relacionales y humanísticas en la formación** de las nuevas generaciones de profesionales sanitarios. Aunque la preparación técnica continúa siendo uno de los principales pilares de los pro-

gramas formativos, existe un amplio consenso sobre la necesidad de **reforzar** habilidades como la **comunicación, la empatía compasiva o el trabajo en equipo** para responder adecuadamente a las nuevas demandas asistenciales.

Recomendaciones

- Impulsar políticas dirigidas a mejorar la **estabilidad laboral,** reducir la **temporalidad** y promover **entornos organizativos** que favorezcan el **bienestar emocional, la conciliación y el desarrollo profesional** de los equipos sanitarios.
- Implementar **programas específicos de prevención del *burnout* y apoyo psicológico para los profesionales**, incorporando el bienestar laboral como un objetivo estratégico de las organizaciones sanitarias.
- **Incorporar** de forma transversal **contenidos relacionados con la comunicación, la empatía, la humanización y la toma de decisiones compartida** en los grados universitarios, la formación especializada y los programas de formación continuada.
- **Evaluar formalmente las competencias relacionales y comunicativas** (***soft skills***) en las distintas etapas formativas y fomentar la educación en pequeños gestos cotidianos que contribuyen a humanizar la atención, como la escucha activa, el contacto visual o el respeto a la intimidad del paciente.

Indicadores de evaluación

- Evolución de indicadores relacionados con la **estabilidad laboral** de los profesionales sanitarios, incluyendo las **tasas de temporalidad, rotación y absentismo** asociado al desgaste profesional.

- **Número de programas e iniciativas implantados para la prevención del *burnout*,** la promoción del bienestar emocional y el apoyo a los profesionales sanitarios.
- **Grado de incorporación de competencias relacionales y humanísticas en los planes de estudio** universitarios, la formación sanitaria especializada y los programas de desarrollo profesional continuo.
- Evolución de los **resultados obtenidos en las evaluaciones de competencias comunicativas y relacionales**, así como de los indicadores de experiencia de paciente vinculados al trato recibido y la calidad de la comunicación asistencial.

9. Innovación en la personalización de los tratamientos

Principio original

Aunque este constituye un bloque de nueva creación dentro del Modelo, encuentra sus raíces en los principios fundacionales de la atención centrada en la persona, la dignidad del paciente y la humanización de la asistencia sanitaria. Desde sus orígenes, el Modelo Afectivo-Efectivo ha defendido la **necesidad de adaptar la atención a las necesidades, circunstancias y preferencias de cada persona**, promoviendo su participación activa y situándola como parte esencial de las decisiones relacionadas con su salud y su proceso asistencial.

La evolución experimentada por la **innovación terapéutica y tecnológica** durante los últimos años **permite** hoy dar un paso más

allá y **avanzar hacia tratamientos y estrategias asistenciales cada vez más adaptados** a las características individuales de cada paciente.

Evolución

La evolución de este bloque parte de la idea de que la **innovación y la humanización son conceptos cada vez más interdependientes**. La **innovación biomédica**, cuando se aborda desde la humanización, se convierte en un **puente que conecta la ciencia con los valores humanos**, reconfigurando no solo los límites de lo posible, sino también los de lo deseable (Think Tank ConCiencia, 2026).

Los avances terapéuticos, diagnósticos y tecnológicos permiten comprender mejor la diversidad de necesidades de los pacientes y **ofrecer respuestas más precisas, eficaces y adaptadas a cada situación individual**. En este contexto, la **innovación terapéutica** se consolida como una de las principales **herramientas para avanzar hacia una atención diligente más personalizada y,** por tanto, más **humanizada.** La personalización de los tratamientos representa, así, el **punto de encuentro entre el progreso científico, la toma de decisiones compartida y una atención verdaderamente centrada en la persona**.

Esta necesidad de personalización e innovación encuentra su fundamentación ética y clínica en el **principio de la Dra. Barbara Starfield** (World Organization of Family Doctors, s.f.). Su paradigma de atención centrada en la persona prioriza conocer integralmente al individuo a lo largo del tiempo, lo que disminuye la iatrogenia (efectos adversos), reduce costes y mejora la salud poblacional. En una población mayor y polimedicada, la verdadera innovación terapéu-

tica pasa por identificar activamente a los pacientes en riesgo de medicalización excesiva, protegiéndolos de intervenciones innecesarias o cascadas terapéuticas que merman su calidad de vida. La personalización, por tanto, consiste tanto en saber qué tratamiento prescribir como en identificar cuándo la mejor opción humana y científica es desprescribir.

Esta necesidad encuentra además respaldo en la percepción de la ciudadanía. Según la **encuesta de percepción elaborada por be-Bartlet** (2026), **únicamente 2 de cada 10 personas consideran que su medicación y seguimiento se adaptan a su ritmo de vida real**, lo que pone de manifiesto la persistencia de modelos asistenciales y terapéuticos estandarizados y la **necesidad de seguir avanzando hacia enfoques más personalizados.**

Al mismo tiempo, esta **capacidad de personalización permite incorporar de manera más efectiva las preferencias de los pacientes**, sus objetivos en salud, su calidad de vida y su contexto vital al proceso asistencial. De este modo, la **personalización** se convierte en el **punto de encuentro entre innovación y humanización**, **favoreciendo** decisiones compartidas, tratamientos más ajustados a las necesidades individuales y una **atención verdaderamente centrada en la persona.**

Implicaciones prácticas

Retos

Uno de los principales desafíos consiste en **superar modelos asistenciales y terapéuticos excesivamente estandarizados** que, en ocasiones, continúan centrándose prioritariamente en la enfermedad sin incorporar plenamente las circunstancias personales, socia-

les y emocionales de cada paciente. Esta situación puede **dificultar la adherencia a los tratamientos**, limitar la **efectividad de opciones terapéuticas claramente eficaces** y **facilitar la aparición de efectos adversos**, todo lo cual representa un impacto real sobre la calidad de vida de los pacientes.

Este desafío resulta especialmente relevante en un contexto marcado por el envejecimiento de la población, la cronicidad y la multimorbilidad. La **coexistencia de múltiples patologías y tratamientos** complejiza la atención sanitaria y exige una **mayor coordinación entre profesionales**, así como una **adaptación continua** de las intervenciones a las necesidades cambiantes de cada persona.

A este reto de gestión se suma una profunda dimensión emocional y vital: la preocupación de la población frente a la **incertidumbre que genera la multimorbilidad**. Los ciudadanos que conviven con estas circunstancias expresan la necesidad urgente de recibir herramientas para abordar cuatro áreas esenciales de su vida diaria:

- **Gestión de la incertidumbre** ante la imprevisibilidad y la acumulación de los diagnósticos médicos.
- **Mantenimiento de la funcionalidad y calidad de vida** para seguir realizando las actividades que dan sentido a su cotidianidad.
- **Efectos secundarios de los tratamientos** ante las interacciones derivadas de la polimedicación y el impacto que estos efectos colaterales causan en el bienestar diario.
- **Autonomía y no dependencia** para evitar, en la medida de lo posible, convertirse en una carga para el entorno afectivo, familiar y comunitario.

Recomendaciones

- **Favorecer el acceso a la innovación terapéutica y a las herramientas de medicina de precisión** que permitan adaptar los tratamientos a las características clínicas y biológicas de cada paciente.
- **Incorporar de forma sistemática las preferencias, expectativas y objetivos de los pacientes** en la toma de decisiones clínicas, promoviendo modelos de decisión compartida.
- **Consolidar la figura del gestor de casos y reforzar los equipos multidisciplinares** para garantizar una atención coordinada y adaptada a las necesidades de los pacientes con procesos complejos o múltiples patologías.
- **Aprovechar el potencial de la ciencia de datos, la inteligencia artificial y las herramientas digitales** para identificar necesidades específicas, anticipar riesgos y personalizar los planes de atención y seguimiento, garantizando siempre la supervisión y el juicio clínico de los profesionales.

Indicadores de evaluación

- **Grado de implantación de estrategias de medicina personalizada, innovación terapéutica y herramientas de apoyo a la decisión clínica** en los distintos niveles asistenciales.
- **Nivel de incorporación de las preferencias y objetivos de los pacientes** en los procesos de toma de decisiones, medido a través de herramientas **PROMs*** ** y **PREMs.**

*** Los PROMs (Patient-Reported Outcome Measures) son medidas de resultados reportados por los pacientes, que evalúan aspectos como su estado de salud, calidad de vida o síntomas percibidos.

- **Implantación de la figura del gestor de casos y de equipos multidisciplinares** para la atención de pacientes complejos o con multimorbilidad.
- **Evolución de los niveles de adherencia terapéutica, calidad de vida y satisfacción** de los pacientes con los tratamientos y planes de cuidado recibidos.

10. Gestión basada en el valor y en los resultados (PROMs y PREMs)

Principio original

Este bloque constituye una nueva incorporación al Modelo Afectivo-Efectivo. Surge de la necesidad de **consolidar los principios de humanización, participación y atención centrada en la persona** mediante herramientas que permitan **evaluar su impacto real** sobre los pacientes y sobre el funcionamiento del sistema sanitario.

La incorporación de este bloque responde a la convicción de que la **humanización** no debe entenderse únicamente como una declaración de principios, sino como un **objetivo estratégico que pueda medirse, evaluarse y mejorarse de forma continua** a través de indicadores que reflejen el valor generado para las personas.

Evolución

Durante los últimos años, la humanización se ha consolidado como una prioridad creciente en las organizaciones sanitarias. Sin embargo, la evolución del Modelo exige avanzar desde enfoques basados

fundamentalmente en iniciativas y planes de actuación hacia **modelos capaces de demostrar de forma objetiva su impacto sobre la salud y la experiencia de los pacientes.**

En este contexto, la **gestión sanitaria debe evolucionar** desde una visión centrada principalmente en la actividad asistencial **hacia una aproximación basada en el valor generado**. Esto implica **complementar los indicadores tradicionales de actividad**, recursos o capacidad con herramientas que permitan conocer **cómo evoluciona el estado de salud de los pacientes y cómo perciben la atención recibida.**

La evolución de este bloque apuesta por **incorporar de forma progresiva los PROMs y PREMs** como elementos clave para **orientar la toma de decisiones, evaluar políticas públicas y mejorar la calidad de la atención**. Esta tendencia se refleja también en iniciativas impulsadas a nivel nacional e internacional para **integrar de forma sistemática la voz de los pacientes** en la evaluación de los sistemas sanitarios.

Un ejemplo es la participación de **España en el estudio PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys)** (Ministerio de Sanidad, 2025c), cuyo objetivo es **medir los resultados en salud y las experiencias reportadas por los pacientes en Atención Primaria** mediante **indicadores válidos e internacionalmente comparables**. De este modo, la **humanización** se convierte en un objetivo **medible**, **comparable y susceptible de mejora** continua.

Implicaciones prácticas

Retos

Persisten importantes dificultades para **demostrar de forma objetiva el impacto real** de las estrategias y planes de **humanización** impulsados por las organizaciones sanitarias. Aunque hay un amplio consenso sobre la importancia de avanzar hacia modelos más centrados en la persona, todavía **persisten dificultades para evaluar de manera homogénea los resultados obtenidos y compararlos** entre distintos ámbitos y territorios.

Asimismo, los **sistemas de evaluación continúan apoyándose** principalmente en **indicadores de actividad y recursos**, como las listas de espera, el número de consultas o la disponibilidad de medios. Si bien estos indicadores siguen siendo necesarios, **resultan insuficientes para conocer el valor que las intervenciones sanitarias generan sobre la salud**, **la calidad de vida y la experiencia de los pacientes.** A ello se suma la necesidad de reforzar la evidencia disponible para demostrar que la humanización contribuye también a mejorar la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario.

Recomendaciones

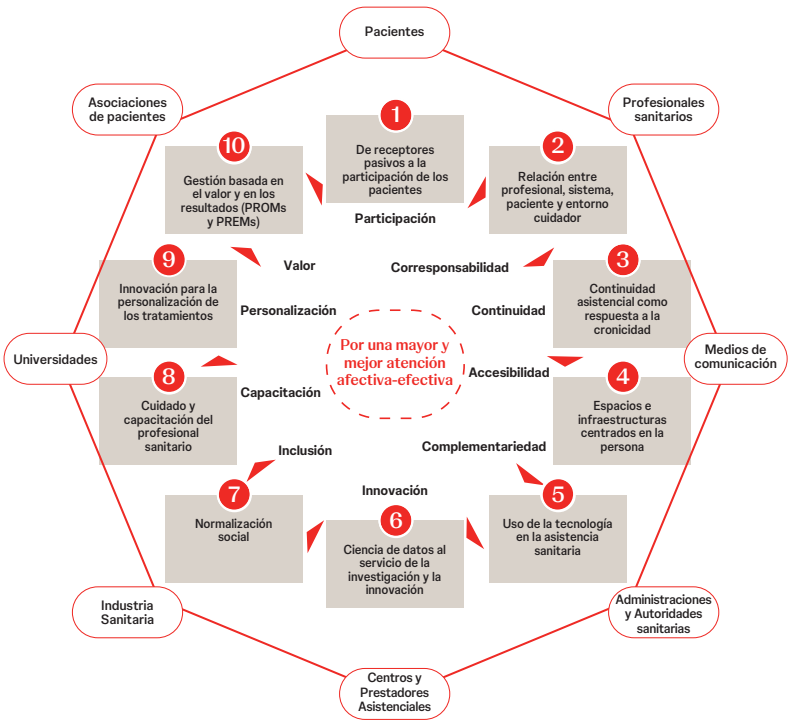
- **Incorporar de forma estructurada y sistemática herramientas PROMs y PREMs** para evaluar tanto los resultados en salud como la experiencia de los pacientes a lo largo de todo el proceso asistencial.
- **Desarrollar marcos comunes de evaluación** que permitan **medir y comparar de forma homogénea** el impacto de las estrategias de **humanización** en los distintos niveles del sistema sanitario.

- **Vincular el cumplimiento de objetivos relacionados con la humanización**, la participación ciudadana y la experiencia del paciente **a los contratos de gestión y a los sistemas de evaluación** de directivos y profesionales.
- **Reforzar la transparencia** mediante la publicación periódica de indicadores, resultados y balances de los planes de humanización, **facilitando el seguimiento por parte de pacientes, profesionales y sociedad civil**.

Indicadores de evaluación

- **Grado de implantación y utilización efectiva de herramientas PROMs y PREMs** en la evaluación de resultados y experiencia de paciente dentro del sistema sanitario.
- **Nivel de incorporación de indicadores de humanización**, experiencia de paciente y participación ciudadana en los contratos de gestión y sistemas de evaluación de las organizaciones sanitarias.
- **Publicación periódica de resultados** e indicadores vinculados a estrategias de humanización, así como disponibilidad de **mecanismos de seguimiento** y rendición de cuentas accesibles para la ciudadanía.
- **Evolución de los resultados reportados por los pacientes** en términos de calidad de vida, experiencia asistencial y percepción de la atención recibida.

Modelo Afectivo Efectivo



Las principales claves para el desarrollo de una mayor y mejor atención Afectiva/Efectiva

MODELO

Afectivo Efectivo

5

¿Cómo aplicar este modelo en la práctica clínica y en las políticas públicas?

Estado actual de los Planes de Humanización en España

La **humanización de la atención sanitaria** se ha incorporado de forma progresiva a la agenda de los sistemas de salud autonómicos. En la actualidad, **muchas comunidades autónomas cuentan con marcos estratégicos** —específicos o integrados en estrategias más amplias— **orientados a impulsar una atención más centrada en la persona**, incorporando dimensiones como la experiencia del paciente, la participación, la calidad relacional o el bienestar de los profesionales sanitarios.

Según la revisión realizada para este documento, **14 de las 17 comunidades autónomas** disponen **actualmente de un plan específico de humanización**. En **Cataluña**, **Murcia** y **La Rioja** no se ha identificado un plan independiente, si bien el enfoque de **humanización** aparece integrado en estrategias sanitarias más amplias o en planes sectoriales. Asimismo, en el caso de **Ceuta y Melilla**, este ámbito se aborda a través de los planes impulsados por el **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)**.

La extensión de estas estrategias refleja el **elevado grado de consenso alcanzado en torno a la necesidad de avanzar hacia modelos de atención más humanos y centrados en las personas**. Sin embargo, también pone de manifiesto una **cierta heterogeneidad en cuanto a prioridades, ámbitos de actuación, mecanismos de evaluación y grado de desarrollo territorial**. Este contexto ofrece una **oportunidad para reflexionar sobre la evolución futura de estos planes**, especialmente en un momento en el que varias comunidades autónomas prevén revisar y actualizar sus estrategias.

La actualización de estos marcos representa una ocasión para **incorporar respuestas a los nuevos retos demográficos, asistenciales y tecnológicos, pero también para avanzar hacia una mayor armonización de criterios, consolidar aprendizajes compartidos y reducir las desigualdades territoriales existentes**. Todo ello permitiría **reforzar una concepción de la atención sanitaria verdaderamente afectiva y efectiva**, adaptada a las necesidades presentes y futuras de la población.

A **nivel estatal**, la humanización de la atención sanitaria encuentra parte de sus **antecedentes** en iniciativas como el **Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria** de **1984** y en el desarrollo posterior de marcos normativos como la **Ley 14/1986 General de Sanidad o la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, que consolidaron derechos de los pacientes y sentaron bases para una atención más centrada en la persona. Asimismo, las **iniciativas regulatorias y de gobernanza impulsadas en los últimos años** reflejan una creciente **voluntad de fortalecer la participación de los pacientes y sus organizaciones en el sistema sanitario**, consolidando su papel como actores clave en una atención más humanizada y centrada en la persona.

Alineación de los planes autonómicos con el Modelo Afectivo-Efectivo

La revisión de los distintos planes autonómicos permite identificar un **grado de alineación** con algunos de los **pilares** del Modelo Afectivo-Efectivo, especialmente en ámbitos relacionados con la **participación de los pacientes**, la **relación asistencial**, la **adecuación de los espacios sanitarios** o el **cuidado de los profesionales**.

- En primer lugar, destaca la **incorporación generalizada de medidas orientadas al empoderamiento y participación activa de los pacientes.** La mayoría de los planes reconocen la necesidad de fomentar la toma de decisiones compartidas, la corresponsabilidad y la escucha activa de la ciudadanía. En este ámbito se pueden destacar iniciativas como los **procesos participativos** impulsados en **Navarra** (Gobierno de Navarra, 2024), la línea estratégica específica sobre participación incluida en el plan de humanización de las **Islas Baleares** (Servicio de Salud de las Illes Balears, 2022) o las iniciativas en **Euskadi** «**Osasun Eskola**» (Osakidetza, s.f.-b) o «**Paciente Activo**» (Osakidetza, s.f.-c).

- Asimismo, existe un elevado consenso en torno a la **importancia de fortalecer la relación entre profesionales, sistema sanitario y pacientes,** promoviendo modelos de comunicación basados en el respeto, la confianza y la cercanía. **Galicia** (Servicio Gallego de Salud, s.f.), por ejemplo, le dedica a este bloque su **«eje estratégico 1: relación entre las personas»**, en el cual destaca líneas de trabajo como el desarrollo de instrumentos de **apoyo a la comunicación**, o a la **formación de profesionales en materia de bioética, relación y trato**.

- También se observa una amplia alineación en materia de **adaptación de espacios e infraestructuras sanitarias**, entendidas como elementos clave para favorecer una atención digna y centrada en la persona. En este ámbito destacan iniciativas como el programa **«Hospital abierto, hospital amable»** del **Gobierno de Cantabria** (2024a) o el **Plan de Confortabilidad de espacios** impulsado en **Asturias** (Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2004).

- Por otro lado, **prácticamente todas las comunidades reconocen la importancia de cuidar al profesional sanitario** como condición indispensable para sostener una atención humanizada. Por ejemplo, la **Comunidad de Madrid** (2022), incorpora el concepto de **«salario emocional»** y promueve **equipos saludables frente al Síndrome del *Burnout*. La Junta de Extremadura** (2025) prioriza el cuidado del profesional con **medidas** específicas frente a las agresiones.

Junto a estos ámbitos de alineación, se observan otros pilares del Modelo Afectivo-Efectivo que, en algunos contextos, pueden ofrecer **margen de desarrollo adicional**.

- Es el caso de la **continuidad asistencial,** donde, si bien los planes contemplan medidas para reforzar la coordinación entre atención primaria, hospitales y ámbito sociosanitario, se identifican ámbitos de mejora relacionados con el **intercambio de información y la integración entre dispositivos asistenciales**.

    - Por ejemplo, el **Gobierno de Castilla - La Mancha** (2026) señala expresamente la necesidad de reforzar la comunicación y garantizar una continuidad asistencial efectiva entre

atención primaria, hospitales y ámbito sociosanitario para avanzar hacia una atención verdaderamente integral.

- En la misma línea, el **Gobierno de Cantabria** (2024b) identifica prioridades de coordinación entre niveles asistenciales y entre el ámbito sanitario y sociosanitario, planteando la necesidad de mejorar la integración y el intercambio de información entre dispositivos.
- En este ámbito, **Euskadi** aporta una práctica frente a la fragmentación del sistema mediante sus **Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)** (Osakidetza, s.f.-a) que unifican equipos de atención primaria y hospitales, orientadas a asegurar transiciones asistenciales ágiles y a potenciar la coordinación con el espacio sociosanitario. Adicionalmente, existe un **sistema de integración de la información**: desde el sistema socio-sanitario existe **acceso a la historia clínica unificada** que cada paciente tiene en el sistema sanitario público (Gobierno Vasco, s.f.).
- Del mismo modo, el **uso de la tecnología adquiere una presencia creciente** en los planes autonómicos de humanización, aunque con distintos niveles de desarrollo y madurez. Por un lado, numerosas estrategias incorporan herramientas vinculadas a la **telemedicina, el telemonitorizaje o la inteligencia artificial aplicadas a la asistencia sanitaria,** subrayando que estas tecnologías deberían **complementar**, y no sustituir, **la relación humana entre profesionales y pacientes.** En este ámbito, destacan iniciativas como la de la **Generalitat Valenciana** (2025b), que incorpora el principio de «tecnología al servicio de las personas» dentro de su plan de humanización, o **Cantabria** (Instituto Nacio-

nal de Administración Pública, 2024), que apuesta por una «transformación digital humanizada», promoviendo el uso de la inteligencia artificial bajo criterios éticos y supervisión profesional.

- Por otro lado, los planes también avanzan en el **uso de tecnologías relacionadas con la gestión y explotación de datos en salud**, tanto para facilitar el acceso del paciente a su información clínica como para reforzar la investigación y la inteligencia epidemiológica. En este sentido, varias comunidades subrayan la necesidad de garantizar criterios éticos, supervisión profesional y protección de la privacidad en el uso de datos y herramientas de inteligencia artificial. El **Gobierno de Castilla-La Mancha** (s.f.), por ejemplo, impulsa su **carpeta de salud digital** como herramienta para centralizar la historia clínica y favorecer una atención más integrada, mientras que **Cataluña** (Eurecat, 2020) destaca el potencial del **big data** y de la inteligencia artificial aplicada de forma **ética** para fortalecer la **investigación pública y la inteligencia epidemiológica**. En todo caso, el reto no consiste únicamente en digitalizar procesos o explotar datos, sino en **asegurar que estas capacidades se traduzcan en mejoras concretas para las personas**: una experiencia más comprensible, mayor continuidad asistencial, mejor personalización del seguimiento y reducción de inequidades en el acceso y uso de la información sanitaria.
- Por último, la **normalización social de la enfermedad y la lucha contra el estigma**, **suele abordarse únicamente en estrategias sectoriales concretas,** especialmente relacionadas con la salud mental. Algunos ejemplos son el **«Obser-**

vatorio del estigma» contemplado en **Aragón** (Gobierno de Aragón, 2022) o el programa **«ESTIGMA ZERO»** desarrollado en **el plan estratégico de salud mental** de la **Comunidad de Madrid** (s.f.).

MODELO

Afectivo Efectivo

6

Propuestas para seguir evolucionando la humanización sanitaria en España

La evolución del Modelo Afectivo-Efectivo pone de manifiesto que la **humanización** continúa siendo **uno de los pilares fundamentales para garantizar la calidad y la diligencia en la atención, la sostenibilidad y la legitimidad social del sistema sanitario**.

Sin embargo, los **retos actuales** derivados del envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad, la creciente demanda asistencial y la transformación digital obligan a **ampliar el alcance tradicional de la humanización e integrarla de forma transversal en las políticas públicas**, **los modelos organizativos y la práctica asistencial**.

Las reflexiones surgidas a lo largo del proceso de trabajo permiten identificar una **serie de prioridades para seguir avanzando hacia un sistema sanitario más humano, innovador y centrado en las personas**. Estas propuestas se articulan en **tres ámbitos complementarios** de actuación: el **ámbito de Políticas Públicas**, orientado a consolidar la humanización como un eje estratégico de la acción institucional y de la gobernanza del sistema; el **ámbito directivo**, centrado en la transformación de las organizaciones sanitarias para situar a las personas como parte fundamental de la

gestión; y el **ámbito de la prestación asistencial**, enfocado en la evolución de los modelos de atención para ofrecer una asistencia más personalizada, participativa y relacional.

El desarrollo coordinado de estos tres niveles resulta esencial para **consolidar una cultura de la humanización capaz de responder a los desafíos presentes y futuros del sistema sanitario**.

Ámbito de Políticas Públicas: impulsar una estrategia de humanización integrada en la gobernanza del sistema

La humanización debe consolidarse como un **eje estratégico de las políticas sanitarias y sociales, superando su consideración como una iniciativa complementaria** o circunscrita exclusivamente **al ámbito asistencial.** En este sentido, resulta necesario avanzar hacia una visión más transversal, capaz de **integrar la perspectiva de la humanización en el conjunto de las políticas públicas** relacionadas con la salud y el bienestar.

Para ello, se propone **impulsar una Estrategia Nacional de Humanización** que establezca **principios, objetivos e indicadores compartidos** para orientar las iniciativas desarrolladas por las distintas comunidades autónomas.

- Esta estrategia permitiría avanzar hacia una **mayor equidad territorial, facilitar el intercambio de buenas prácticas y disponer de criterios comunes** para la evaluación de resultados, respetando al mismo tiempo las competencias y particularidades de cada territorio.

- Asimismo, podría servir como **marco de coordinación y referencia para integrar la perspectiva de la humanización en las diferentes políticas**, estrategias y planes del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, resulta prioritario **reforzar la participación estructurada de pacientes y ciudadanía** en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas sanitarias.

- La evolución del modelo pone de manifiesto la necesidad de **avanzar hacia modelos de toma de decisiones compartidas y hacia mecanismos reales de escucha** que permitan incorporar la experiencia de los pacientes en las decisiones que afectan a su salud y al funcionamiento del sistema sanitario.

- Algunas comunidades autónomas ya han desarrollado iniciativas en esta dirección, como el **Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña** (Generalitat de Catalunya, s.f.) o la incorporación de **representantes de pacientes en órganos hospitalarios en Castilla - La Mancha** (Gobierno de Castilla-La Mancha, 2018).

En paralelo, se plantea la necesidad de avanzar hacia una **mayor institucionalización y profesionalización de la participación,** desarrollando marcos normativos que ordenen su representación y **refuercen las capacidades de las asociaciones para participar de forma efectiva** en los espacios de toma de decisiones.

Del mismo modo, se plantea la necesidad de **impulsar modelos de gobernanza transversal que permitan integrar la humanización con el resto de estrategias** vinculadas al sistema sanitario y favorezcan el **trabajo coordinado entre Sanidad y otros ámbitos como Digitalización, Educación, Servicios Sociales, Vivienda o Urbanismo**.

- Este enfoque resulta especialmente relevante para abordar desafíos como la **brecha digital, los determinantes sociales de la salud o las desigualdades en el acceso** a la atención.

- Asimismo, permitirá avanzar hacia una concepción más integral de la salud y de la humanización, entendiendo que **muchos de los factores que condicionan la experiencia de las personas trascienden el ámbito estrictamente sanitario**.

Por otra parte, el creciente protagonismo de los **datos y de las herramientas de inteligencia artificial** hace necesario que las estrategias de humanización incorporen **criterios prácticos para su uso responsable**, especialmente en relación con la privacidad, la transparencia, la supervisión profesional, la participación de pacientes y la medición de resultados vinculados a experiencia, calidad de vida, accesibilidad y continuidad asistencial.

- Este enfoque debe permitir aprovechar el uso secundario de los datos no solo para impulsar la investigación científica y la innovación biomédica, sino también para **identificar necesidades no cubiertas, incorporar variables de experiencia y calidad de vida, personalizar el seguimiento y reducir cargas evitables para pacientes y profesionales**, preservando siempre la confianza en el sistema sanitario.

Finalmente, resulta necesario avanzar hacia **sistemas de evaluación más homogéneos y reforzar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas**, mediante la publicación periódica de indicadores, balances y resultados que permitan conocer el impacto real de las estrategias de humanización y faciliten la toma de decisiones basada en evidencia.

Ámbito directivo: transformar las organizaciones para garantizar que las personas formen parte de las decisiones, procesos y prioridades del sistema sanitario

La consolidación de una cultura de la **humanización requiere organizaciones capaces de adaptar** sus estructuras, procesos y modelos de gestión a las **nuevas necesidades de pacientes, entorno cuidador y profesionales**. Para ello, la **humanización** debe integrarse como una **prioridad estratégica dentro de los planes de gestión y de los sistemas de evaluación** de las organizaciones sanitarias, trascendiendo las iniciativas aisladas para incorporarse de forma transversal a la actividad asistencial.

En este contexto, resulta necesario avanzar hacia **modelos organizativos que favorezcan una atención verdaderamente integral**, reforzando la **continuidad asistencial y la coordinación entre los ámbitos sanitario, sociosanitario y comunitario**.

- Esto implica **revisar los circuitos asistenciales para reducir fragmentaciones** y desarrollar estructuras organizativas capaces de responder de forma más adecuada a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, procesos complejos o situaciones de dependencia.
- Asimismo, se plantea la conveniencia de **integrar la perspectiva de la humanización en el conjunto de estrategias organizativas de los servicios de salud**, evitando que quede limitada a actuaciones específicas o desconectadas del resto de políticas asistenciales.

La **incorporación de la voz de pacientes, entorno cuidador y profesionales en los procesos de gestión** constituye otro elemento clave para avanzar hacia organizaciones más centradas en las personas.

- Por ello, se propone **favorecer la creación de espacios estables de participación** que permitan **incorporar sus experiencias y necesidades** en la toma de decisiones organizativas, consolidando mecanismos reales de escucha y corresponsabilidad.

Asimismo, resulta necesario avanzar hacia **sistemas de evaluación más completos que permitan medir el impacto real de las estrategias de humanización**.

- En este sentido, se propone **incorporar de manera sistemática indicadores** de **experiencia y resultados reportados por los pacientes (PREMs y PROMs)** en los procesos de planificación, gestión y evaluación de los servicios sanitarios.
- Estas métricas deberían **complementar los indicadores tradicionales de actividad y resultados clínicos** para facilitar una toma de decisiones basada en valor y orientada a mejorar tanto la experiencia de los pacientes como los resultados en salud.

Por otra parte, la **transformación digital debería orientarse a reforzar la humanización** de la atención, aprovechando el **potencial de la tecnología y de la inteligencia artificial** para automatizar tareas administrativas, reducir cargas burocráticas y liberar tiempo asistencial que pueda dedicarse a la relación con los pacientes y a la personalización de los cuidados.

Finalmente, resulta fundamental **promover entornos laborales que favorezcan el bienestar emocional de los profesionales** y contri-

buyan a prevenir situaciones de sobrecarga, desgaste profesional.

Junto a ello, se abre el debate sobre la **incorporación de nuevos perfiles profesionales al ecosistema sanitario**, como mediadores culturales, conectores comunitarios o profesionales especializados en la coordinación y acompañamiento de pacientes, capaces de responder a las nuevas necesidades sociales y asistenciales y de **reforzar el carácter humano de la atención.**

Ámbito de la prestación asistencial: evolucionar hacia una atención personalizada, participativa y relacional

La **atención sanitaria** del futuro debe **combinar** la **excelencia científica y tecnológica** con una **comprensión integral de las necesidades, preferencias, valores y circunstancias de cada persona.** Esto requiere **evolucionar hacia modelos de atención verdaderamente holísticos** que permitan abordar no sólo la **dimensión biológica de la enfermedad**, sino también sus **dimensiones emocionales, sociales y familiares**, avanzando hacia una atención que contemple a la persona en toda su complejidad.

Desde esta perspectiva, se plantea la necesidad de **evolucionar** desde enfoques centrados exclusivamente en el paciente **hacia modelos que incorporen también a su entorno cuidador afectivo**, entendiendo la **unidad formada por el paciente y quienes lo acompañan** como un elemento fundamental dentro del proceso asistencial.

- Este enfoque resulta especialmente relevante en contextos de cronicidad, dependencia o vulnerabilidad, donde **el entorno cui-**

dador afectivo y comunitario desempeñan un papel esencial en el acompañamiento y la gestión de la salud.

Asimismo, se identifica como una prioridad consolidar **modelos de toma de decisiones** compartidas que **refuercen el papel activo de los pacientes en la gestión de su salud y sus tratamientos**, incorporando **mecanismos efectivos de escucha y participación** que permitan integrar sus preferencias, expectativas y experiencia en la práctica clínica cotidiana.

La evolución hacia **modelos de atención más participativos** requiere además **dotar a pacientes y profesionales de herramientas** que faciliten este proceso.

- En esta línea, se han desarrollado en España iniciativas como las **Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones Compartida (HATD)**, impulsadas desde el **Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud** (2020), que **permiten a los pacientes conocer las distintas alternativas** diagnósticas y terapéuticas, **valorar** sus beneficios y riesgos **e incorporar sus preferencias** y valores **al proceso de decisión clínica,** favoreciendo una atención más personalizada y centrada en la persona.
- Este cambio supone **avanzar hacia una relación más horizontal entre profesionales y pacientes**, basada en la **corresponsabilidad** y el reconocimiento del conocimiento experiencial de las personas sobre su propia enfermedad.

La **formación de los profesionales** constituye otro elemento clave para avanzar en esta dirección. Por ello, resulta necesario **reforzar las competencias humanísticas y las habilidades relacionales**, in-

cluyendo aspectos como la empatía, la escucha activa, la comunicación efectiva y el trabajo interdisciplinar, con el objetivo de **fortalecer la calidad de las relaciones asistenciales y la capacidad de respuesta** ante las necesidades emocionales y sociales de los pacientes.

En relación con la **tecnología y la inteligencia artificial**, se subraya la importancia de **utilizarlas como herramientas al servicio de la humanización**, favoreciendo la automatización de tareas, la personalización de los cuidados y la mejora de la experiencia de pacientes y profesionales, sin sustituir en ningún caso el valor de la relación humana. En paralelo, también resulta necesario garantizar una adecuada gobernanza de estas herramientas, **asegurando criterios de transparencia, supervisión y uso ético.**

Asimismo, destaca el potencial de la **telemedicina para mejorar el acceso a la atención** sanitaria en contextos de **dispersión geográfica o dificultades de movilidad**, especialmente entre personas mayores o con limitaciones funcionales.

- No obstante, su desarrollo debería ir acompañado de **medidas que aseguren la accesibilidad y adaptación** de las herramientas digitales a las capacidades y necesidades de los usuarios, **evitando la aparición de nuevas brechas de acceso.**

Por último, se propone **reconocer la innovación terapéutica como una dimensión más de la humanización** de la asistencia sanitaria.

- El avance hacia **tratamientos cada vez más personalizados puede contribuir a adaptar la atención a las características biológicas, clínicas y sociales de cada persona,** alejándose de

modelos estandarizados y aproximándose a una medicina más precisa y ajustada a cada situación.

- En este contexto, cobra especial relevancia el **aprovechamiento del uso secundario de los datos en salud** para impulsar la investigación biomédica, acelerar el desarrollo de terapias dirigidas y responder a necesidades aún no cubiertas, especialmente en patologías poco frecuentes o complejas. Todo ello debería realizarse garantizando un **uso responsable de la información y preservando la confianza** de los pacientes en el sistema sanitario.

7
Anexos

Anexo I.
Representantes Cátedras en Red y participantes en el grupo de expertos para la evolución del Modelo Afectivo-Efectivo

Nombre y apellidos	Institución
Miguel Ángel Boldova	Cátedra de Derecho y Salud de la Universidad de Zaragoza.
Javier Meana	Aula de Farmacología de la Universidad del País Vasco
Ángel Gil	Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos
Raúl Juárez	Aula de Humanización en la Salud de la Universidad de La Rioja.
Boi Ruiz	Aula de Innovación en Política Sanitaria en la Universidad Internacional de Cataluña.
Antonio García	Cátedra de Economía en Salud y Uso Racional del Medicamento de la Universidad de Málaga

Gabriel Heras la Calle	Fundación Humanizando la Sanidad
José Carlos Bermejo	Centro de Humanización de la Salud (CEHS)
Javier Serrano	Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
Ana Freire	UPF Barcelona School of Management.
Paula Echeverría	Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)
Andoni Lorenzo	Foro Español de Pacientes (FEP)
María Begoña Barragán García	Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)

Anexo II.
Listado de participantes de las dos sesiones de trabajo

Primera sesión

Nombre y apellidos	Institución
Ángel Gil	Cátedra de Innovación y Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos
Raúl Juárez	Aula de Humanización en la Salud de la Universidad de La Rioja.

Javier Meana	Aula de Farmacología de la Universidad del País Vasco
Boi Ruiz	Aula de Innovación en Política Sanitaria en la Universidad Internacional de Cataluña
Miguel Ángel Boldova	Cátedra de Derecho y Salud de la Universidad de Zaragoza
Ana Freire	UPF Barcelona School of Management
Gabriel Heras	Fundación Humanizando la Sanidad
Cristina Muñoz	Centro de Humanización de la Salud
Mónica de Elio	Foro Español de Pacientes (FEP)
Paula Echeverría	Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP)
Begoña Barragán	Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC)
Javier Serrano	Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
Tomás Fajardo	Cardioalianza
Mª José Abraham	Fundación Edad y Vida
Helena de Carlos	Fundación Manantial

José Luis Fernández	Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)
Ascensión Hernández	Agrupación Española de Entidades de Lucha contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre (Grupo 0)
Purificación Magán	Servicio Madrileño de Salud
Juan Pedro de la Morena	Asociación de Cáncer de Próstata (ANAP)
Roberto Saldaña	Eupati España
Mª Isabel Rodríguez	Afaus Pro Salud Mental
Nacho Fernández	Asociación Miastenia de España (AMES)
Antonio Valdivia	Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU España)
Santiago Alfonso	Acción Psoriasis

Segunda sesión

Nombre y apellidos	Institución
Miguel Ángel Boldova	Cátedra de Derecho y Salud de la Universidad de Zaragoza
Javier Meana	Aula de Farmacología de la Universidad del País Vasco

Boi Ruiz	Aula de Innovación en Política Sanitaria en la Universidad Internac. de Cataluña
Antonio García	Cátedra de Economía en Salud y Uso Racional del Medicamento de la Universidad de Málaga
Gabriel Heras la Calle	Fundación Humanizando la Sanidad
José Carlos Bermejo	Centro de Humanización de la Salud (CEHS)
Javier Serrano	Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)
Ana Freire	UPF Barcelona School of Management.
Paula Echeverría	Plataforma Organizaciones de Pacientes (POP)
Mónica de Elio	Foro Español de Pacientes (FEP)
Begoña Barragán	GEPAC
Silvia López Vidal	Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PERTE Salud de Vanguardia)
María Sainz	Portavoz Sanidad en el Congreso de los Diputados (PSOE)
Paula Molina	Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente de la Comunidad de Madrid

Alberto Pardo	Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid
Gabriel Rojo	Subdirección de Humanización, Atención al Usuario y Formación de Islas Baleares
Patricia Corro Madrazo	Subdirección de Cuidados, Formación y Continuidad Asistencial de Cantabria
Silvia Maraver	Secretaria General de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial de Andalucía
Francisco Javier Narbona Rodríguez	Subdirección de Estrategias y Planes de la Secretaría General de Humanización, Calidad y Planificación Asistencial de Andalucía
María Teresa Marín Rubio	Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria de Castilla - La Mancha
José María Villa	Subdirección de Cuidados y Humanización de la Asistencia del Servicio Extremeño de Salud
Regina Prieto Carballo	Servicio de Cuidados, Atención a la Cronicidad y Humanización, de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León
María Dolores Beteta	Subdirección de Enfermería de Materno-Infantil del Servicio Murciano de Salud

Anexo III.

Tabla identificativa de los Planes Autonómicos de Humanización

Comunidad Autónoma	Plan de Humanización
Andalucía	Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía
Aragón	Humanizando contigo: Estrategia de activación de la humanización en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón
Principado de Asturias	Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias
Islas Baleares	Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud
Canarias	Estrategia de Atención Sanitaria Centrada en la Persona
Cantabria	Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Cantabria
Castilla - La Mancha	Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria
Castilla y León	Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en Ti
Cataluña	No existe pero la humanización se menciona en el Pla de Salut de Catalunya 2021-2025

Comunidad Valenciana	**Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Sis. Valenciano de Salud**
Extremadura	**Plan de Acción de Humanización de la Atención Sanitaria**
Galicia	**Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria**
Comunidad de Madrid	**II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria******
Región de Murcia	La humanización se regula y despliega mediante Estrategias Sectoriales como en el eje 2 de la **Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026**
Comunidad Foral de Navarra	**Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra**
País Vasco (Euskadi)	**Modelo de Humanización Osakidetza.** Principios integrados en **Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025** y el Plan de Salud Euskadi 2030
La Rioja	Su estrategia de humanización está explícitamente integrada en la **Estrategia del Servicio Riojano de Salud (SERIS) 2025-2028**, y además se plantea elaborar un **Plan de Humanización propio.**

**** La Comunidad de Madrid anunció en mayo de 2026 la elaboración del III Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. No obstante, a la fecha de elaboración del presente informe, el documento no había sido aprobado ni publicado oficialmente, por lo que no ha sido incluido en el análisis.

8
Bibliografía

1. Agencia Española de Protección de Datos. (2024). *Guía para profesionales del sector sanitario* [Archivo PDF]. https://www.aepd.es/guias/guia-profesionales-sector-sanitario.pdf
2. beBartlet. (2026). *Percepción general de la población española sobre los retos de la humanización y el uso de la innovación y tecnología en salud* [Archivo PDF]. https://bebartlet.com/wp-content/uploads/2026/04/VF-Para-medios_Informe-de-analisis_JohnsonJohnson_Cluster17_by-beBartlet-.pdf
3. Comisión Europea. (s.f.). *Espacio europeo de datos sanitarios: proteger la salud de la UE en la era digital*. https://ec.europa.eu/newsroom/sante/items/745450/es
4. Comunidad de Madrid. (s.f.). *Humanización*. https://www.comunidad.madrid/hospital/rlafora/profesionales/humanizacion
5. Comunidad de Madrid. (2022). *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025*. https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050581.pdf
6. Comunidad de Madrid. (2025). *El Hospital Severo Ochoa de Leganés constituye su consejo asesor del paciente*. [Nota de prensa]. https://www.comunidad.madrid/noticias/2025/06/20/hospital-publico-severo-ochoa-constituye-su-consejo-asesor-paciente
7. Eurecat. (2020). *Nace en Cataluña el primer observatorio basado en Big Data e Inteligencia Artificial para detectar y prever futuras epidemias*. [Nota de prensa]. https://eurecat.org/es/nace-cataluna-primer-observatorio-basado-big-data-inteligencia-artificial-detectar-prever-futuras-epidemias/
8. Foro Premios Afectivo-Efectivo. (2017). *Las principales claves para el desarrollo de una mayor y mejor atención Afectivo-Efectiva* [Gráfico]. En *Modelo Afectivo-Efectivo* [Archivo PDF]. https://foropremiosafectivoefectivo.com/sites/default/files/revistas/files/modelo-afectivo-efectivo.pdf
9. Generalitat de Catalunya. (s.f.). *Consejo Consultivo de Pacientes de Cataluña*. https://participa.gencat.cat/assemblies/ConsellPacients?locale=es

10. Generalitat de Catalunya. (2021). *Pla de salut de Catalunya 2021-2025* [Archivo PDF]. https://www.consellinfermeres.cat/wp-content/uploads/pla-salut-catalunya-2021-2025.pdf

11. Generalitat Valenciana. (2025a). *Plan de humanización 2025-2028* [Archivo PDF]. https://www.san.gva.es/documents/d/qualitat/plan-humanizacion-2025-2028-1-pdf

12. Generalitat Valenciana. (2025b). *Sanidad celebra en La Fe la jornada anual de calidad asistencial centrada en la humanización del sistema sanitario* [Nota de prensa]. https://lafe.san.gva.es/es/-/jornada-calidad

13. Gobierno de Aragón. (2022). *Plan de Salud Mental de Aragón 2022-2025* [Archivo PDF]. https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2023/01/PLAN-DE-SALUD-MENTAL-DE-ARAG%C3%93N-2022-2025-d.pdf

14. Gobierno de Aragón. (2025). *Humanizando contigo: Estrategia de activación de la humanización en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón* [Archivo PDF]. https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/0/Docu.+p%C3%BAblico+-+Plan+Estrat%C3%A9gico+de+Humanizaci%C3%B3n.pdf/497cb187-9beb-4cdd-a857-7923bfbc1172

15. Gobierno de Cantabria. (2024a). *El Gobierno abre los jardines interiores del hospital de Laredo para uso público* [Nota de prensa]. https://www.cantabria.es/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/37987748

16. Gobierno de Cantabria. (2024b). *El Gobierno trabaja en la Estrategia de Coordinación Sociosanitaria 2025-2027 para seguir avanzando en la mejora de la atención integral a las personas*. https://www.cantabria.es/web/comunicados/w/el-gobierno-trabaja-en-la-estrategia-de-coordinaci%C3%B3n-sociosanitaria-2025-2027-para-seguir-avanzando-en-la-mejora-de-la-atenci%C3%B3n-integral-a-las-personas

17. Gobierno de Castilla-La Mancha. (s.f.). *Historia Clínica Digital SNS*. https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/historia-clinica-digital-sns

18. Gobierno de Castilla-La Mancha. (2018). *Las asociaciones de pacientes, agentes imprescindibles para la participación ciudadana en materia de Sanidad* [Nota de prensa]. https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/las-asociaciones-de-pacientes-agentes-imprescindibles-para-la-participacion-ciudadana-en-materia-de

19. Gobierno de Castilla-La Mancha. (2023). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria Horizonte 2025* [Archivo PDF]. https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20230314/plan_de_humanizacion_asistencia_sanitaria_horizonte_25_clm_def_interactivo_v4.pptx_.pdf

20. Gobierno de Castilla-La Mancha. (2026). *El Gobierno de Castilla-La Mancha apuesta por el consenso con los profesionales sanitarios para una atención basada en la prevención y la promoción de la salud* [Nota de prensa]. https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-gobierno-de-castilla-la-mancha-apuesta-por-el-consenso-con-los-profesionales-sanitarios-para-una

21. Gobierno de la Región de Murcia. (2023). *Estrategia de mejora de atención primaria (EMAP) 2023-2026*. https://transparencia.carm.es/-/estrategia-de-mejora-de-atencion-primaria-emap-2023-2026?p_p_state=maximized

22. Gobierno de Navarra. (2024). *Salud abre el proceso de participación pública de la nueva Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra 2024-2028* [Nota de prensa]. https://www.navarra.es/es/-/nota-prensa/salud-abre-el-proceso-de-participacion-publica-de-la-nueva-estrategia-de-humanizacion-del-sistema-sanitario-publico-de-navarra-2024-2028

23. Gobierno de Navarra. (2025). *Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra* [Archivo PDF]. https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CA9441D2-2B3B-4A42-84A1-FF41AAED2F8A/492941/ESTRATEGIAHUMANIZLF25Comprimida.pdf

24. Gobierno Vasco. (s.f.). *Extensión de la Historia Clínica Digital: Osabide y Presbide en Residencias*. https://arretasoziosanitarioa.euskadi.eus/websosa00-content/es/contenidos/proyecto/proy_sosa_b14/es_def/index.shtml

25. Gobierno Vasco. (2030). *Plan de Salud Euskadi 2030* [Archivo PDF]. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf

26. Instituto Nacional de Administración Pública. (2024). *La presidenta apuesta por un modelo de transformación digital, donde "nadie quede al margen y todos los ciudadanos sin excepción puedan participar de sus ventajas y oportunidades"* [Nota de prensa]. https://laadministracionaldia.inap.es/noticia.asp?id=1515298

27. Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Proyecciones de Población 2024-2074*. https://www.ine.es/dyngs/Prensa/PROP20242074.htm

28. Janerka, C., Leslie, G. D., & Gill, F. J. (2024). Patient experience of emergency department triage: An integrative review. *International Emergency Nursing*. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101456

29. Junta de Andalucía. (2021). *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía* [Archivo PDF]. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Plan%20Humanizaci%C3%B3n%20SSPA_v12042021.pdf

30. Junta de Castilla y León. (2021). *Plan Persona. Centrando la Asistencia Sanitaria en Ti* [Archivo PDF]. https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-persona.ficheros/2007708-Plan%20Persona.pdf

31. Junta de Extremadura. (2025). *Extremadura refuerza la protección de su personal sanitario con una guía de actuación ante agresiones* [Nota de prensa]. https://www.juntaex.es/w/guia-proteccion-personal-sanitario?inheritRedirect=true

32. *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. (1986). Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499

33. *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. (2003). Boletín Oficial del Estado. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715

34. Matías-Guiu, J., García-Ramos, R., Ramos, M., & Soto, J. (2016). Unidades de gestión clínica en Neurociencias. *Neurología*, *31*(1), 53-60. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.12.001

35. Ministerio de Sanidad. (2025a). *Casi el 55% de la población española mayor de 15 años tiene una enfermedad crónica*. [Nota de prensa]. https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6771

36. Ministerio de Sanidad. (2025b). *Documento de Desarrollo 2025-2028 de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad* [Archivo PDF]. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/20250704_EAC_DOCUMENTO-DESARROLLO_2025-2028_Final.pdf

37. Ministerio de Sanidad. (2025c). *Proyecto PaRIS. Indicadores de resultados y experiencias referidos por los pacientes atendidos en Atención Primaria* [Archivo PDF]. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/PaRIS/docs/InformeNacionalPaRIS.pdf

38. Ministerio de Sanidad. (2026). *Sanidad sitúa la voz del paciente como pilar clave del Sistema Nacional de Salud.* [Nota de prensa]. La Moncloa. https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2026/170426-sanidad-mesa-participacion-pacientes.aspx

39. Ministerio de Sanidad y Consumo. (1984). *Plan de humanización de la asistencia hospitalaria*.

40. Organización Mundial de la Salud. (s.f.-a). *Integrated people-centered care*. https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care

41. Organización Mundial de la Salud. (s.f.-b). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health

42. Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud* [Archivo PDF]. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/docs/CartaOttawa.pdf

43. Organización Mundial de la Salud. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030* [Archivo PDF]. https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131

44. Organización Mundial de la Salud. (2025). *Global strategy on digital health 2020-2027* [Archivo PDF]. https://www.who.int/publications/i/item/9789240116870

45. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (s.f.). *The future of health systems*. https://www.oecd.org/en/topics/policy-issues/the-future-of-health-systems.html

46. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2018). *Health literacy for people-centred care*. https://www.oecd.org/en/publications/health-literacy-for-people-centred-care_d8494d3a-en.html

47. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2023). *Spain: Country Health Profile 2023* [Archivo PDF]. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/spain-country-health-profile-2023_727a7995/71d029b2-en.pdf

48. Osakidetza. (s.f.-a). *Organigramas de Organizaciones de Servicios de Osakidetza*. https://www.osakidetza.euskadi.eus/organigramas-de-organizaciones-de-servicios-de-osakidetza/webosk00-tbgcon/es/

49. Osakidetza. (s.f.-b). *Osasun Eskola*. https://osasuneskola.osakidetza.eus/es/home

50. Osakidetza. (s.f.-c). *Paciente activo*. https://osasuneskola.osakidetza.eus/es/catalogue/paciente-activo

51. Osakidetza. (2023a). *Modelo de humanización Osakidetza* [Archivo PDF]. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_planes_programas/es_def/adjuntos/modelo_humanizacion_es_web.pdf

52. Osakidetza. (2023b). *Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025* [Archivo PDF]. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_planes_programas/es_def/adjuntos/osakidetza-plan-estrategico-23-25_es.pdf

53. Servicio Canario de la Salud. (s.f.). *Estrategia de Atención Sanitaria Centrada en la Persona 2025-2029* [Archivo PDF]. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3e0d26b8-9b51-11ef-ac2d-239c97fc0e07/Estrategia-ACP.pdf

54. Servicio Cántabro de Salud. (2025). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Cantabria 2025-2029* [Archivo PDF]. https://www.scsalud.es/documents/20117/200245/Plan%20de%20Humanizaci%C3%B3n%20de%20la%20Asistencia%20Sanitaria%20en%20Cantabria%202025_2029.pdf/37ff204a-9ecb-48c6-035a-c62a2a3eb583

55. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. (2020). *¿Conoces las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones Compartida?*. https://pydesalud.com/conoces-las-herramientas-de-ayuda-para-la-toma-de-decisiones-compartida/

56. Servicio de Salud de las Illes Balears. (2022). *Plan de humanización en el ámbito de la salud 2022-2027*. https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/que-es-ibsalut/planes-y-estrategias/4108-plan-de-humanizacion-en-el-ambito-de-la-salud-2022-2027

57. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2004). *Plan de confortabilidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias*.

58. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2021). *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias. Líneas Generales* [Archivo PDF]. https://www.astursalud.es/documents/35439/800740/L%C3%ADneas+Generales+Plan+humanizaci%C3%B3n+21x21_Ed23.pdf/ade42ecd-d0f5-1b8a-f59a-5ee00f4a152e?t=1675410859895

59. Servicio Extremeño de Salud. (2025). *Plan de Acción de Humanización de la Atención Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud* [Archivo PDF]. https://saludextremadura.ses.es/filescms/paliex/uploaded_files/humanizacion/Plan%20de%20Accion%20de%20Humanizacion%20de%20la%20Atencion%20Sanitaria%20del%20Servicio%20Extreme%C3%B1o%20de%20Salud.pdf

60. Servicio Gallego de Salud. (s.f.). *Área de humanización*. https://lugomarinamonforte.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtab&idLista=3&idContido=24&migtab=24&idTax=6308&idioma=es

61. Servicio Gallego de Salud. (2018). *Estrategia de humanización* [Archivo PDF]. https://www.sergas.gal/Humanizacion/Documents/18/PRESENTACION%20ESTRATEXIA%20DE%20%20HUMANIZACION%20%20.pdf

62. Servicio Riojano de Salud. (2025). *Estrategia del Servicio Riojano de Salud 2025-2028* [Archivo PDF]. https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/Estrategia%20del%20Servicio%20Riojano%20de%20Salud%202025-2028.pdf

63. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. (2025). *Recomendaciones sobre el triaje en los SUH* [Archivo PDF]. https://www.semes.org/wp-content/uploads/2025/09/RECOMENDACIONES-SOBRE-EL-TRIAJE-EN-LOS-SUH.pdf

64. Think Tank ConCiencia. (2026). *Innovación biomédica: un derecho humano, un legado para la humanidad* [Archivo PDF]. https://foropremiosafectivoefectivo.com/publicaciones/innovacion-biomedica-un-derecho-humano-un-legado-para-la-humanidad. Johnson & Johnson.

65. World Organization of Family Doctors. (s.f.). *The Barbara Starfield collection*. https://www.globalfamilydoctor.com/internationalissues/barbarastarfield.aspx

Una iniciativa de

Johnson&Johnson

En colaboración con

CÁTEDRAS EN RED
INNOVACIÓN

Cátedra de Innovación Y Gestión Sanitaria

CÁTEDRA DE ECONOMÍA DE LA SALUD Y USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO
Universidad de Málaga · Johnson & Johnson

UIC Barcelona University
Instituto Universitario de Pacientes

Universidad Zaragoza
1542
Cátedra de Derecho y Salud

Aula
Humanización en Salud
Universidad de La Rioja

Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea

FARMAKOLOGIAKO GELA
AULA EN FARMACOLOGÍA

CP-599650 · Octubre 2026 · Janssen-Cilag, S.A.