

# ¿CÓMO HUMANIZAR LA ATENCIÓN SANITARIA?

**Desde las instituciones  
a los actuales estudiantes universitarios.**

María Fernanda Nieto Ramiro, Rosa M. Beño Ruiz de la Sierra

*Area de psiquiatría, Facultad de Medicina - Universidad de Valladolid.*



Documento de trabajo llevado a cabo en el marco del Grupo de Innovación Docente (GID) HUMANIZAS y el Proyecto de Innovación Docente (PID) Humanizando la Atención Sanitaria (humanizAS), subvencionado por el Vicerrectorado de Innovación Docente y Transformación Digital de la Universidad de Valladolid, convocatoria del curso 2025-26, PID 126.

## **ABSTRACT**

La humanización de la atención sanitaria se ha consolidado como un eje prioritario en los sistemas de salud contemporáneos, en respuesta a los procesos de tecnificación, fragmentación y sobrecarga asistencial que pueden comprometer la dignidad, el bienestar y la experiencia de pacientes y profesionales. Este trabajo presenta un marco integrador para el análisis de la humanización en salud, articulado en torno a tres dimensiones fundamentales: los profesionales, los procesos y el ambiente, incorporando además herramientas de evaluación y experiencias de intervención.

En primer lugar, se analizan los distintos perfiles que conforman los entornos sanitarios: profesionales sanitarios, no sanitarios y otros agentes implicados, así como los principales retos que enfrentan, especialmente en relación con el autocuidado, el desgaste emocional y las condiciones estructurales del sistema. En segundo lugar, se examinan los procesos asistenciales desde una perspectiva centrada en la persona, abordando la personalización de la atención, la flexibilidad organizativa y la comunicación efectiva, junto con la concordia terapéutica como base de una relación clínica ética y participativa. En tercer lugar, se explora el papel del ambiente físico y simbólico, destacando la accesibilidad, el diseño de los espacios de cuidado y su impacto en la experiencia de salud y enfermedad.

El trabajo incorpora la escala HUMAS (Healthcare Professional Humanization Scale) como instrumento para evaluar la humanización en los profesionales sanitarios, así como la experiencia del programa Humanizas, orientada a promover competencias humanizadoras en la práctica clínica. Finalmente, se incluyen materiales complementarios que facilitan la aplicación, difusión y evaluación de este enfoque. En conjunto, el documento propone una visión multidimensional de la humanización que trasciende la mera actitud empática y la sitúa como un principio estructural de los sistemas de salud.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN A LA HUMANIZACIÓN EN SALUD
2. PROFESIONALES
  - 2.1. Sanitarios, no sanitarios y otros perfiles
  - 2.2. Retos y desafíos: cuidados al profesional y condiciones del sistema
3. PROCESOS
  - 3.1. Personalización y bienestar del paciente
  - 3.2. Flexibilidad
  - 3.3. Comunicación y concordia terapéutica
4. AMBIENTE
  - 4.1. Humanización y accesibilidad del entorno
  - 4.2. Espacios de cuidado
5. ESCALA HUMAS
6. EXPERIENCIA HUMANIZAS
7. BIBLIOGRAFÍA
8. ANEXOS
  - Anexo 1: Escala de Humanización en el Profesional Sanitario (HUMAS).
  - Anexo 2: Cartel de captación de profesionales sanitarios.
  - Anexo 3: Documento de información a profesionales sanitarios (curso 2025-2026; Grado en Medicina).

## **1. INTRODUCCIÓN A LA HUMANIZACIÓN EN SALUD**

La humanización de la asistencia sanitaria constituye en la actualidad uno de los principales retos a los que se enfrentan los sistemas de salud y las personas que los integran, en la medida en que condiciona directamente la forma en que se presta la atención a quienes se encuentran en situación de enfermedad o vulnerabilidad. Este planteamiento se encuentra estrechamente vinculado al enfoque de atención centrada en la persona, que promueve una comprensión integral del ser humano y considera de manera conjunta las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales implicadas en los procesos de salud y enfermedad (Gutiérrez, 2025). Desde esta perspectiva, la persona es reconocida como un sujeto singular, con valores, preferencias y un contexto propio, y no únicamente como portadora de signos y síntomas.

No obstante, la progresiva tecnificación de la atención sanitaria, la burocratización de los procesos, la masificación de los servicios y la priorización de criterios de eficiencia han favorecido que, en numerosos contextos, los aspectos administrativos o procedimentales prevalezcan sobre una atención genuinamente orientada a la persona (Gutiérrez, 2017; 2025; López-Cortacans et al., 2021; March, 2017; Viña, 2022). Estas dinámicas contribuyen a procesos de despersonalización que afectan tanto a la experiencia de las personas atendidas como a la práctica cotidiana de quienes trabajan en el sistema sanitario.

La progresiva especialización del conocimiento científico y técnico ha supuesto avances indiscutibles en el ámbito de la salud; sin embargo, también ha favorecido una comprensión fragmentada del paciente, centrada prioritariamente en la enfermedad y sus manifestaciones clínicas (Ávila-Morales, 2017). El predominio de este enfoque puede relegar la concepción de la persona como un ser biopsicosocial, limitando la incorporación de factores humanos, conductuales y contextuales que influyen de manera decisiva en los procesos de salud y enfermedad (Ávila-Morales, 2017). Frente a esta tendencia, la UNESCO (2025), subraya la necesidad de respetar la dignidad, el bienestar y la calidad de vida como componentes esenciales de toda práctica sanitaria.

Asimismo, diversos autores han señalado que los procesos de deshumanización pueden iniciarse durante la formación académica, cuando la enseñanza se centra de forma predominante en los aspectos técnicos y biomédicos, y puede relegar la dimensión humana de la atención (Gutiérrez, 2017). La creciente complejidad y especialización de la práctica en salud exige, por tanto, que la formación de los futuros profesionales incorpore, desde las etapas iniciales, competencias relacionadas con la comunicación, el respeto a la autonomía, la atención a la intimidad y la comprensión

integral de la persona (March, 2017; Trainini, 2020), reconociendo la normativa vigente esta necesidad formativa (Jefatura de Estado, 2003).

En este contexto, la humanización en salud no puede entenderse como una responsabilidad exclusiva de los profesionales sanitarios, sino como un compromiso compartido que involucra a todas las personas que, desde distintos roles y funciones y desde las primeras etapas de su formación, sostienen el funcionamiento del sistema sanitario. La asistencia directa, la organización y gestión, el acompañamiento y el cuidado del entorno contribuyen de manera conjunta a configurar la experiencia de la atención, a través de la personalización de los cuidados, la flexibilidad organizativa, la comunicación efectiva y la adecuación de los espacios físicos. Desde esta perspectiva, la humanización en salud debe abordarse de manera sistémica, integrando a las personas, los procesos y los entornos en los que se desarrolla la atención.

## **2. PROFESIONALES**

La humanización de la atención sanitaria se fundamenta, principalmente, en el reconocimiento del valor humano del abordaje en situaciones de enfermedad, sufrimiento y vulnerabilidad. Humanizar es situar a la persona en el centro del sistema de cuidados, un vínculo fuerte y duradero entre el paciente, la familia y los profesionales. Desde esta perspectiva, resulta imprescindible focalizar la atención en el conjunto del grupo humano que convive y se relaciona en los entornos sanitarios, entendidos como espacios vivos y complejos.

Estos entornos abarcan desde centros de salud de ámbito rural, con atención solo algunos días a la semana, hasta hospitales de gran tamaño y de referencia, con una actividad imparable todos los días del año. Cada uno prospera con dinámicas propias, ritmos distintos y relaciones específicas entre las personas que los habitan. Los espacios sanitarios no son escenarios neutros: son lugares cargados de significados, emociones, jerarquías, normas explícitas e implícitas, y formas de interacción que influyen de manera directa en la experiencia de la enfermedad y del cuidado.

Desde una mirada etnográfica, los hospitales pueden comprenderse como auténticos microcosmos sociales, donde confluyen múltiples culturas profesionales, lenguajes técnicos, roles diferenciados y relaciones de poder, así como rituales cotidianos (consultas, visitas, esperas, ingresos, altas...) que estructuran el ritmo diario. La etnografía hospitalaria permite aportar una mirada especialmente valiosa para comprender esta complejidad. Desde este enfoque se observan los entornos de salud y cómo se construyen las relaciones entre profesionales y pacientes, cómo se gestionan

los tiempos, los espacios, el acceso a la información, la intimidad y las emociones, y cómo determinadas prácticas pueden favorecer, o dificultar, una atención verdaderamente humanizada (Blázquez Rodríguez, 2008 y Mantilla, 2008).

### **2.1. Profesionales sanitarios, personal no sanitario, y otros perfiles**

Para poder abordar de manera rigurosa la humanización de la atención sanitaria, es necesario nombrar, reconocer y diferenciar los distintos perfiles profesionales que conforman los entornos de salud. En este sentido, la humanización no puede limitarse exclusivamente a la relación clínica directa, sino que debe contemplar a todas las personas que participan en el ecosistema sanitario. La diferenciación que a continuación proponemos no responde a una lógica jerárquica, sino a una necesidad analítica y funcional. Por esta razón valoramos como útil estructurar este análisis y proponemos la siguiente distribución: en profesionales sanitarios, profesionales no sanitarios y otros perfiles. Cada grupo ocupa posiciones, responsabilidades y formas de relación distintas dentro del sistema sanitario, y todas ellas influyen en la experiencia del cuidado, organización y sostenimiento de la vida cotidiana en los espacios de salud. Humanizar implica reconocer que el bienestar del paciente no depende sólo del acto clínico, sino de una red compleja de interacciones humanas que atraviesan todos estos roles.

**Profesionales sanitarios**, por definición, personas con formación académica específica en salud, que poseen un título oficial reconocido y habilitación legal para realizar actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria, con el fin de cuidar la salud de individuos y poblaciones, estando su ejercicio regulado por colegios profesionales y leyes como la Ley 44/2003 en España. Este grupo está consolidado por profesionales de:

- Medicina
- Enfermería
- Psicología
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Logopedia
- Nutrición
- Farmacia
- Odontología
- Podología

- Óptica-Optometría
- Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE)
- Técnicos superiores sanitarios (radiología, laboratorio, anatomía patológica, etc.).

**Profesionales no sanitarios**, personas que no realizan atención médica directa ni tratamientos sobre el cuerpo o la enfermedad del paciente, pero que son fundamentales para el funcionamiento del sistema de salud. Su trabajo permite que el hospital o centro sanitario funcione correctamente y que los pacientes sean recibidos, orientados y atendidos de manera adecuada. Contribuyen a la organización, la higiene, la seguridad dentro de la institución:

- Personal administrativo y de gestión
- Celadores
- Trabajadores sociales
- Educadores sociales
- Informáticos y técnicos TIC
- Personal de recursos humanos
- Personal de seguridad
- Personal de mantenimiento
- Personal de limpieza
- Personal de cocina y hostelería
- Personal de lavandería

**Otros perfiles**, personas no vinculadas estrictamente a la atención o a la gestión, que, sin pertenecer estrictamente al sistema sanitario tradicional, intervienen de forma directa o indirecta en el bienestar, la adaptación, el sentido y la experiencia de la enfermedad:

- Musicoterapeutas
- Arteterapeutas
- Integradores sociales
- Investigadores
- Docentes
- Religiosos
- Traductores e intérpretes.

- Voluntariado (asociaciones, ONGs, Escuelas de Salud...)
- Otros

Para concluir, cada interacción, por pequeña que parezca, contribuye a generar una experiencia de cuidado más humana o, por el contrario, más despersonalizada. Por ello, comprender y atender a esta diversidad de actores en la etnografía propia del entorno de salud, resulta clave para avanzar hacia modelos de atención sanitaria más respetuosos, inclusivos y centrados en la dignidad humana.

## **2.2 Retos y desafíos: cuidados al profesional y condiciones del sistema**

En la actualidad, la atención humanizada enfrenta múltiples desafíos y debe abordarse desde una perspectiva integral. Para ello es preciso, por un lado, atender a las características individuales y las particularidades propias de cada contexto asistencial y, por otro, los marcos normativos y organizativos establecidos por las políticas autonómicas, nacionales e internacionales. Este enfoque multinivel permite reconocer que los procesos de cuidado no se desarrollan en el vacío, sino que están condicionados tanto por las necesidades, valores y expectativas de las personas como por las estructuras institucionales y los sistemas de gestión que regulan la práctica profesional. Asimismo, la implementación de la humanización requiere una revisión constante de las fuentes de evidencia científica disponibles, con el fin de garantizar que las intervenciones y modelos aplicados se basen en conocimientos actualizados, rigurosos y contrastados.

Siguiendo la evidencia aportada por el estudio de Busch, Moretti, Travaini, Wu y Rimondini (2019), la humanización de los cuidados debe entenderse como un constructo complejo que se articula en tres grandes ámbitos interrelacionados: el relacional, el organizacional y el estructural.

Desde la perspectiva del profesional, se identifican los siguientes retos a afrontar:

- Sobrecarga laboral: se incluyen las dificultades debidas al aumento de número de pacientes por profesional, las relativas a la presión por la eficacia y productividad, las vinculadas a la escasez de tiempo y recursos, y la carga burocrática.
- Inestabilidad laboral y falta de reconocimiento: destacan las dificultades para establecer relaciones terapéuticas de calidad por la brevedad, los cambios, la ausencia de seguimiento, y el sentimiento de infravalor que padece el profesional.



- Burnout o síndrome de desgaste profesional: resultante del agotamiento físico, emocional y mental que tiene lugar de la exposición prolongada a demandas intensas.
- Fatiga por compasión y duelos: la exposición continua al sufrimiento ajeno puede provocar un agotamiento emocional específico, caracterizado por sentimientos de impotencia o desapego, así como por la necesidad de afrontar los duelos asociados a la pérdida de pacientes.
- Despersonalización: en algunos casos, los profesionales desarrollan mecanismos de defensa que supone la pérdida de conexión humana al tratar al paciente.

Por otra parte, desde la perspectiva de las condiciones del sistema, la actualidad libra un desafío constante por equilibrar la eficiencia, la estandarización de los procesos y la incorporación de tecnologías con la necesidad de preservar la dimensión humana del cuidado. Los modelos de gestión excesivamente orientados a indicadores cuantitativos pueden invisibilizar aspectos fundamentales como la comunicación, la participación del paciente, la continuidad asistencial o el respeto a los valores y preferencias individuales. Tal como señalan Busch et al. (2019), la falta de condiciones de trabajo adecuadas y de estructuras que faciliten la interacción significativa entre profesionales, pacientes y familias constituye una de las principales barreras para la implementación efectiva de la humanización.

Desde esta perspectiva del sistema, en concreto con el área organizacional, los desafíos se vinculan a:

- Condiciones de trabajo: falta de tiempo, presión asistencial, y burocrática.
- Protocolización excesiva y estandarización de procesos: rigidez e inflexibilidad para la personalización.
- Falta de apoyo psicológico y ausencia de estrategias de valoración humana y emocional del profesional.
- Escasa participación en decisiones: falta de voz de los profesionales, pacientes y familiares en la gestión y organización de los servicios.

Por otro lado, desde el área estructural del sistema, los aspectos críticos se relacionan con:

- Recursos humanos y materiales insuficientes: atendiendo a la escasez y al racionamiento.
- Infraestructura física y ambiente: espacios que no se vinculen con la comodidad y confort.

Como se ha descrito, la humanización de la atención no se limita al desarrollo de la empatía o de las habilidades de comunicación de los profesionales, sino que también está determinada por factores estructurales y organizativos del sistema sanitario. La interacción entre las demandas asistenciales, las limitaciones del entorno y las expectativas de pacientes y profesionales puede generar tensiones y conflictos que requieren estrategias específicas de gestión y mediación para preservar la humanización de los cuidados.

La aparición de estos conflictos en los entornos sanitarios refleja la complejidad de la atención en salud y de las relaciones entre profesionales, pacientes y la propia institución. Dado que los conflictos pueden surgir de distintos ámbitos y presentan características diversas, resulta útil clasificarlos según su origen para comprender mejor sus causas y orientar su abordaje. En este sentido, Cayón de las Cuevas (2018) identifica cinco tipos de conflictos en los entornos sanitarios según su causa:

- Conflictos profesionales: Surgen de discusiones técnicas entre profesionales, formación insuficiente, dilemas éticos como la objeción de conciencia frente al derecho del ciudadano, falta de coordinación en el trabajo en equipo o ausencia de protocolos clínicos claros.
- Conflictos asistenciales: Están relacionados con fallos en la comunicación y en la información. Incluyen problemas con el consentimiento informado, uso de un lenguaje no comprensible para el paciente, falta de respeto a la intimidad o discrepancias respecto al tratamiento y al alta médica.
- Conflictos sociales: Se derivan de la insuficiencia de recursos para cuidados posteriores al alta, el sentimiento de abandono por parte de la familia, debates sobre la calidad de vida del paciente o dificultades asistenciales originadas por diferencias culturales y religiosas.
- Conflictos organizativos: Se centran en el funcionamiento interno de la institución, como el incumplimiento de normas, conflictos de roles profesionales, falta de incentivos o inestabilidad laboral.
- Conflictos legales: Provocados por el desconocimiento del marco jurídico y de los derechos y deberes de los pacientes. También incluyen incertidumbre sobre el acceso a la historia clínica, las voluntades anticipadas y la responsabilidad profesional.

Como se observa, muchos de los conflictos presentes en los entornos sanitarios pueden abordarse desde la perspectiva de la humanización de la atención, ya que esta favorece la comunicación, la empatía, la coordinación entre los equipos y el respeto por

los derechos y necesidades de los pacientes. Para avanzar hacia una atención verdaderamente humanizada, es necesario implementar estrategias que promuevan tanto el bienestar de los profesionales como una cultura institucional basada en el cuidado.

### **3. PROCESOS**

Los procesos en los entornos de salud representan la estructura mediante la cual se organiza la experiencia. No se trata únicamente de procedimientos clínicos, sino de la interacción coordinada y personalizada, flexible y sostenida por una óptima comunicación y concordia terapéutica. Humanizar los procesos constituye un eje central para ejecutar una correcta atención sanitaria

#### **3.1. Personalización y bienestar del paciente**

La personalización de la atención sanitaria se entiende como la capacidad del sistema y de los profesionales de adaptar la atención a las necesidades, valores, contextos y preferencias individuales de cada persona. Este enfoque no solo mejora los resultados clínicos, sino que refuerza la dignidad humana, al reconocer a la persona como un sujeto único y valioso dentro de su historia de vida.

La dignidad humana constituye el núcleo ético sobre el que se articula la bioética contemporánea. Siguiendo la visión fundacional de Van Rensselaer Potter, la bioética surge como un “puente” entre la ciencia y los valores humanos. Este puente no es sólo epistemológico, sino también moral: busca garantizar que el desarrollo científico y técnico esté orientado a la preservación de la vida humana en condiciones de dignidad, y no reducido a criterios de eficacia, utilidad o productividad (García Torres, 2020). En este marco, la dignidad humana actúa como principio normativo fundamental. Tal como recoge Carlos García Torres, la centralidad de la dignidad en la Declaración Universal de los Derechos Humanos no es meramente jurídica, sino profundamente ética: expresa que todo ser humano posee un valor intrínseco que no depende de su estado de salud, su funcionalidad, su autonomía o su utilidad social. Esta concepción hunde sus raíces en la tradición kantiana, según la cual la persona es siempre un fin en sí misma y nunca un mero medio. En bioética, este principio impide que los pacientes sean tratados como “casos”, “datos” o “cuerpos a intervenir”, y exige que cada decisión clínica, investigadora o tecnológica esté orientada al respeto de su valor irreductible como persona.

En consecuencia, si la dignidad humana es el fundamento de la bioética, la atención sanitaria sólo puede considerarse verdaderamente ética cuando es personalizada

(Gutiérrez, 2025). Esto implica que la personalización no se reduce a ajustes técnicos en los procedimientos ni a adaptaciones del entorno, sino que constituye una forma de reconocer al paciente como sujeto moral, con historia, valores, vínculos, temores y proyectos de vida propios. Personalizar la atención significa, por tanto, situar a la persona antes que el diagnóstico, considerando de manera integral aspectos como su historia de vida, valores, cultura, miedos y preferencias. De este modo, la toma de decisiones clínicas se orienta no solo a tratar la enfermedad, sino a promover el bienestar global del paciente, respetando su experiencia, su contexto y su proyecto vital. Desde esta perspectiva, la humanización de la atención sanitaria no es un complemento opcional, sino una exigencia ética derivada directamente del respeto a la dignidad humana.

### **3.2. Flexibilidad**

La flexibilidad en la atención sanitaria constituye un pilar fundamental de la humanización, ya que permite adaptar los servicios a las necesidades reales de pacientes y profesionales. En el ámbito de la mejora para los pacientes, esto se traduce en horarios de visitas más flexibles, posibilidades de reorganizar las consultas o estancias hospitalarias ante imprevistos y procedimientos ajustados a su ritmo y circunstancias. Para los profesionales, implica poder ofrecer atención de manera más adaptable, con protocolos menos rígidos ante urgencias, margen para reestructurar citas y personalizar los cuidados sin sobrecargar al equipo. Asimismo, supone la adaptación de los procedimientos, ajustándolos a las necesidades individuales de cada paciente y a las capacidades del personal. En cuanto a la atención y comunicación, la flexibilidad se refleja en el uso de guías explicativas en distintos formatos, explicaciones pausadas, rondas diarias por turnos, trato por nombre en lugar de por número de habitación o expediente, y comunicación adaptada al nivel de comprensión del paciente, evitando tecnicismos. Todo ello se sustenta en protocolos que faciliten la interacción multidisciplinar entre profesionales, pacientes y familiares a través de distintos canales (presencial, telefónico o electrónico), favoreciendo procedimientos más personalizados y humanizados. Esta flexibilidad y adaptación del entorno será desarrollada en el siguiente apartado (Mucientes Peinador, Pérez González, & Martín Santos, 2019).

### **3.3. Comunicación y concordia terapéutica**

La comunicación terapéutica se define como un proceso interpersonal intencional mediante el cual los profesionales de la salud establecen una relación de ayuda con la persona atendida, orientada a favorecer su bienestar, su comprensión de la situación de salud y su capacidad de afrontamiento. No se trata únicamente de

transmitir información clínica, sino de construir un espacio relacional basado en la confianza, la seguridad y el reconocimiento de la subjetividad del paciente. En el marco de la humanización de la atención sanitaria, la comunicación terapéutica es un pilar fundamental, ya que permite que la persona se sienta escuchada, validada y tratada como un sujeto y no solo como un caso o un diagnóstico (Street, Makoul, Arora & Epstein, 2009).

Este tipo de comunicación incluye habilidades verbales y no verbales como la escucha activa, la empatía, la validación emocional, el uso de un lenguaje claro y adaptado, así como la atención a los silencios, al tono de voz y a la expresión corporal. También implica una actitud profesional caracterizada por el respeto, la disponibilidad, la apertura al diálogo y la sensibilidad hacia las diferencias culturales, emocionales y contextuales. Estas competencias comunicativas han demostrado estar directamente relacionadas con una mayor adherencia terapéutica, satisfacción del paciente y mejores resultados en salud (Street et al., 2009 y Epstein & Street, 2011)

La comunicación terapéutica se diferencia de la concordancia terapéutica en que esta última no se refiere al modo de comunicarse, sino al grado de acuerdo y alineación entre el profesional y la persona respecto al plan de cuidados, los objetivos y las decisiones clínicas. Es decir, la concordia supone el acuerdo sobre el proceso, y no el cumplimiento de un tratamiento. Este concepto se define como una "metarracionalidad que emerge durante el encuentro clínico" (Vargas Aragón, 2023) o relación médico-paciente. No es simplemente un acuerdo técnico, sino un proceso profundo con las siguientes características:

- Unión de voluntades: Su nombre proviene de la raíz latina *cor*, *cordis* (corazón), lugar donde los griegos ubicaban la voluntad, por lo que busca "aunar voluntades" y establecer un proyecto común entre médico y paciente.
- Proceso dialógico: Se basa en un diálogo donde ambas partes aúnan valores, voluntades y narrativas para lograr un objetivo de salud compartido.
- Integración de saberes: Supone imbuir la perspectiva del paciente (experto en su malestar) con el conocimiento del médico (experto en la enfermedad) para generar un "léxico común" y objetivos significativos para ambos.

Para que la atención sanitaria sea, además de efectiva, humana, deben de integrarse las tres dimensiones de la racionalidad médica: naturalista (basada en pruebas), narrativa (basada en la historia del sujeto) y práctica (basada en la toma de decisiones acotada). El proceso transcurre en tres etapas clave (Vargas Aragón, 2012; 2023; 2024):

1. Establecimiento de un marco relacional: Es imprescindible construir un clima de mutuo respeto y confianza, creando una "nosotridad" (una pequeña comunidad dialógica) donde se utilice la primera persona del plural.
2. Exploración del mapa personal del paciente: Se debe conocer el campo existencial de la persona, sus valores, creencias y biografía, entendiendo el padecimiento como la experiencia subjetiva del sufrimiento.
3. Formulación mediante metáforas clínicas: El diagnóstico y tratamiento se expresan a través de metáforas que tengan sentido para el paciente, incrustando las propuestas técnicas en un relato de ayuda personalizado.

En conclusión, la comunicación y la concordia terapéutica son clave para una sanidad humanizada porque supera las limitaciones de los modelos actuales al: equilibrar la tecnificación de la medicina basada en evidencia; garantizar la ética mediante la empatía radical hacia el sufrimiento del paciente; promover la autonomía consciente del paciente; atender al sufrimiento más allá de la patología; y recuperar la justicia y la *philia médica*, restaurando la participación y dignidad del paciente

#### **4. AMBIENTE**

El entorno físico en el que se desarrolla la atención sanitaria constituye una dimensión esencial de la humanización, al influir de manera directa en el bienestar, la seguridad, la orientación y la experiencia subjetiva de las personas atendidas, sus acompañantes y los profesionales. Por ello, la humanización del ambiente requiere, además de promover el confort, garantizar la accesibilidad del entorno y disponer de espacios específicamente orientados al cuidado, al acompañamiento de las familias y al bienestar y descanso de los propios profesionales sanitarios.

##### **4.1. Humanización y accesibilidad del entorno**

La accesibilidad del entorno sanitario implica tanto la eliminación de barreras físicas, como la creación de espacios habitables y respetuosos con los ritmos, las capacidades y las necesidades de las personas. A continuación, se presentan algunos elementos esenciales para favorecer un entorno asistencial humanizado:

- Diseñar entornos accesibles, comprensibles y señalizados, que faciliten la orientación y la autonomía de todas las personas, teniendo en cuenta la diversidad funcional, cognitiva, sensorial y cultural.

- Cuidar la temperatura y la iluminación, priorizando la luz natural o, cuando esta no sea posible como el caso de algunos boxes, colocar sistemas de iluminación que simulen ventanas, evitando contrastes excesivos o luces innecesariamente intensas, especialmente en espacios de descanso y hospitalización.
- Reducir el ruido ambiental, minimizando sonidos continuos, alarmas evitables y conversaciones innecesarias, con especial atención a unidades de hospitalización y áreas de descanso.
- Respetar los ritmos de descanso y sueño, adaptando la organización de cuidados, la iluminación y el nivel de actividad nocturna siempre que la situación clínica lo permita.
- Incorporar estímulos sensoriales adecuados, como hilo musical o elementos sonoros suaves, cuando estén indicados y sean consensuados, evitando la sobreestimulación.
- Mantener entornos limpios, ordenados y seguros, reconociendo el impacto del cuidado del espacio en la percepción de dignidad y bienestar.
- Disponer de relojes fácilmente visibles y de acceso visual al exterior, cuando las condiciones lo permitan, y sistemas de comunicación para contribuir así la orientación temporoespacial.
- Facilitar el acceso a recursos de entretenimiento para las personas atendidas, tales como dispositivos multimedia, radio, televisión o material de lectura, garantizando en todo caso una regulación adecuada de su uso para preservar el descanso, la intimidad y la convivencia en los espacios asistenciales.
- Favorecer la personalización del espacio asistencial, permitiendo la presencia de elementos personales como fotografías de personas allegadas, dibujos de familiares, tarjetas o pósteres con referencias deportivas o musicales.
- Garantizar la privacidad y la intimidad, mediante una adecuada distribución de los espacios, el uso correcto de cortinas, puertas y señalización, y el respeto a la presencia de acompañantes.
- Adaptar los espacios a las distintas etapas y situaciones vitales, considerando las necesidades específicas de infancia, personas mayores, personas con deterioro cognitivo, personas con diversidad funcional o situaciones de final de vida.
- Garantizar el confort en las áreas destinadas a familiares, mediante la adecuación de salas de estar que cuenten con condiciones apropiadas de iluminación y control del ruido, espacios confortables para el descanso y zonas

privadas que permitan la comunicación de información clínica o noticias relevantes por parte de los profesionales en un entorno de intimidad y respeto.

- Promover el bienestar de los profesionales sanitarios, tanto durante la actividad asistencial como en los periodos de descanso, asegurando la disponibilidad de espacios de trabajo amplios, cómodos y con condiciones ambientales adecuadas, así como dotados de los recursos necesarios. Asimismo, resulta fundamental disponer de habitaciones de guardia que ofrezcan espacios privados y confortables que faciliten un descanso reparador.

#### **4.2. Espacios de cuidado**

La existencia de espacios específicamente destinados al cuidado permite ampliar la atención más allá del acto clínico, ofreciendo entornos que favorecen el bienestar emocional, la regulación del estrés y la interacción social. Estos espacios actúan como un soporte complementario al proceso asistencial, especialmente en situaciones de hospitalización prolongada o de alta carga emocional, refuerzan una visión integral del cuidado y deben ser accesibles tanto para las personas atendidas como para familiares y profesionales sanitarios:

- Disponer de espacios verdes y naturales, como jardines o parques dentro o en las proximidades de los centros sanitarios, que favorezcan la relajación, la recuperación emocional y la sensación de normalidad durante el proceso asistencial.
- Promover espacios de calma y descanso, diseñados para reducir la estimulación ambiental y favorecer la desconexión, el silencio y la autorregulación emocional, facilitando la introspección, la disminución de la ansiedad y el manejo del estrés.
- Espacios para actividades terapéuticas o recreativas, como huertos terapéuticos, salas de musicoterapia, arteterapia o talleres de manualidades que permitan a las personas atendidas participar y expresarse, promoviendo bienestar emocional y sensación de autonomía.
- Zonas de lectura o multimedia, con acceso a libros, revistas, música o recursos audiovisuales, donde las personas puedan distraerse, relajarse o mantener hábitos culturales y de ocio dentro del centro sanitario.
- Espacios para ejercicio físico ligero o movimiento, como pequeñas pistas de paseo, áreas de estiramiento o gimnasios adaptados, que favorezcan la salud física, la circulación y el bienestar general.



- Facilitar espacios de encuentro y relación, que permitan el acompañamiento, la conversación y la presencia compartida en un entorno no clínico, reconociendo su valor en el afrontamiento de la enfermedad y el apoyo mutuo.
- Zonas de integración intergeneracional o comunitaria, pensadas para encuentros con familiares, voluntariado o grupos de apoyo, fomentando la relación social y el soporte emocional.

## 5. ESCALA HUMAS

La Escala de Humanización en el Profesional (*Healthcare Professional Humanization Scale*; HUMAS) (Pérez-Fuentes et al., 2019a) surge como respuesta a una creciente percepción social y profesional de que la atención sanitaria ha experimentado procesos de deshumanización y despersonalización, asociados en gran medida al incremento del estrés laboral, el agotamiento emocional de los profesionales y la progresiva automatización de los cuidados. Aunque el concepto de *humanización* es ampliamente utilizado en el ámbito sanitario, hasta el desarrollo de la escala HUMAS existía una notable carencia de operacionalización científica del constructo, así como la ausencia de instrumentos validados que permitieran medirlo de manera rigurosa a partir de las competencias de los propios profesionales.

El objetivo principal de la escala HUMAS es evaluar y validar el nivel de humanización en los profesionales sanitarios, inicialmente centrado en el personal de enfermería, a partir de un enfoque basado en competencias personales. Se trata de una herramienta diseñada para medir recursos sociales y emocionales que no forman parte de las habilidades técnicas o procedimentales, pero que resultan determinantes para una práctica asistencial verdaderamente centrada en la persona. En este sentido, HUMAS constituye un instrumento de especial utilidad tanto para la investigación como para la práctica clínica, dado que permite analizar la eficacia de programas de intervención orientados a la implementación de cuidados humanizados y valorar si mayores niveles de humanización se asocian con una mejor percepción de la calidad asistencial por parte de los pacientes.

Desde el punto de vista teórico, la escala HUMAS conceptualiza la humanización como un constructo multidimensional, definido por un conjunto de competencias personales que permiten preservar la dignidad, el respeto y la consideración integral del ser humano en los contextos de atención sanitaria. Este modelo se fundamenta en procesos psicológicos y se estructura en torno a cinco dimensiones clave. En primer lugar, la **afectación** hace referencia a la capacidad del profesional para procesar

adecuadamente la información emocional y empatizar con el estado afectivo del otro sin confundirlo con las propias emociones, evitando así respuestas de ansiedad o culpa que puedan interferir en la relación terapéutica. La **autoeficacia** alude a la confianza del profesional en su capacidad para afrontar con éxito situaciones complejas y estresantes propias del entorno clínico. La **comprensión emocional** implica la habilidad para identificar, interpretar y analizar racionalmente los sentimientos y emociones de los demás, facilitando una respuesta ajustada a las necesidades del paciente. La **disposición al optimismo** se vincula con la tendencia a mantener expectativas positivas sobre el futuro, lo que favorece el afrontamiento adaptativo de las dificultades inherentes a la práctica asistencial. Finalmente, la **sociabilidad** hace referencia a la preferencia por la interacción social y a la capacidad para establecer relaciones asertivas y empáticas con pacientes, familiares y miembros del equipo sanitario. En su versión validada, la escala HUMAS (ver Anexo I) está compuesta por 19 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de cinco puntos. El modelo subyacente a este instrumento enfatiza que la excelencia en la atención sanitaria no puede basarse exclusivamente en el dominio de conocimientos técnicos, sino que requiere, de manera inseparable, el desarrollo de estas competencias personales. Solo a través de esta integración es posible situar al paciente como verdadero centro del sistema sanitario y promover su participación activa en los procesos de atención y recuperación.

A propósito, el modelo de Humanización propuesto por la escala HUMAS (Pérez-Fuentes et al., 2019b) trasciende la mera evaluación de competencias individuales y se configura como un marco orientado a la transformación de la práctica asistencial. A través del desarrollo sistemático de competencias personales como la afectación, la autoeficacia, la comprensión emocional, el optimismo y la sociabilidad, se pretende contribuir de manera directa a la mejora de la calidad de los cuidados en el contexto sanitario, promoviendo una atención centrada en la persona, respetuosa y digna. Este enfoque favorece no solo una mayor satisfacción y bienestar en los pacientes, sino también un mayor compromiso, motivación y satisfacción profesional en los propios profesionales sanitarios, lo que redundará en entornos asistenciales más saludables y sostenibles. Asimismo, el modelo pone el énfasis en el proceso de humanización como un fenómeno dinámico, y desde esta perspectiva, se destaca el papel activo de todas las personas implicadas en el proceso de atención: pacientes, profesionales sanitarios, familiares y personas significativas, partiendo de las necesidades del paciente y promoviendo su desarrollo integral desde un enfoque holístico. De este modo, la escala HUMAS no solo ofrece un instrumento de medición, sino una guía para orientar la

formación, la intervención y la mejora continua de la práctica clínica hacia una auténtica humanización de los cuidados.

## 6. EXPERIENCIA HUMANIZAS

La adquisición de competencias relacionadas con la humanización no debe circunscribirse únicamente a los profesionales sanitarios en ejercicio (March, 2017), sino que resulta fundamental incorporarla como parte del proceso formativo. En este sentido, se considera especialmente relevante que dicha formación se introduzca de manera temprana, durante los primeros cursos universitarios de las titulaciones del ámbito sanitario. No obstante, en la actualidad, las metodologías específicamente orientadas al desarrollo de estas competencias continúan siendo escasas, especialmente en el caso del estudiantado de primeros cursos, que aún no ha tenido contacto directo con la práctica clínica (Jimeno y Díez, 2026).

Para intentar solventar esto, el actualmente consolidado GID- HUMANIZAS de la Universidad de Valladolid (UVa), introdujo durante el curso académico 2019-2020 la actividad *“Entrevista a un Profesional Sanitario”* (Jimeno-Bulnes y Díez-Revuelta, 2021) con los siguientes objetivos:

1. Promover la humanización de la atención sanitaria desde un enfoque multidisciplinar en estudiantes a través de la actividad denominada *“Entrevista a un profesional sanitario”*.
2. Favorecer el contacto temprano del estudiantado de primeros cursos con la práctica asistencial y el desarrollo de habilidades de comunicación clínica.
3. Comunicar y dar visibilidad de los resultados obtenidos a la comunidad científica, académica y al público en general.

El equipo está compuesto por profesionales de diversas disciplinas, entre los que se incluyen psiquiatras, psicólogos, médicos de atención primaria, enfermeros, logopedas y dietistas-nutricionistas, así como una amplia red de profesionales colaboradores, provenientes de diferentes provincias (ver Figura 1), que se amplía cada año, especialmente gracias a la participación de los representantes de los dos colegios profesionales implicados: el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid (ICOMVA) y el Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Castilla y León (CODINUCyL).

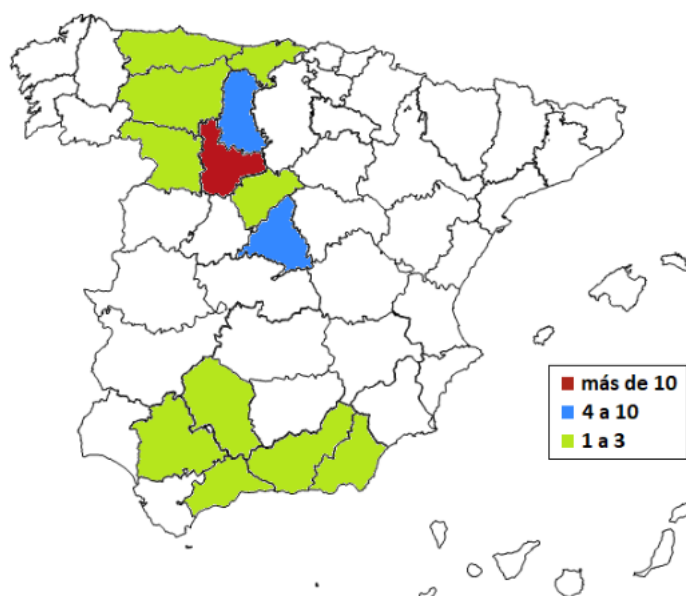


Figura 1. Distribución geográfica de la red de profesionales.

La actividad se desarrolló inicialmente en el Grado en Medicina de la UVa y, posteriormente, se extendió a los Grados en Logopedia y Nutrición Humana y Dietética de la UVa y al Grado en Enfermería de la Uva y la Universidad de Castilla la Mancha (UCLM). Las asignaturas implicadas son *Psicología*, *Introducción*, *Ciencias del Comportamiento y Comunicación* y *Metodología de la Investigación* respectivamente. Esta progresiva incorporación en distintas titulaciones pone de relieve la relevancia de abordar las competencias relacionadas con la humanización desde una perspectiva multidisciplinar, como condición necesaria para promover una atención integral y verdaderamente centrada en la persona. Además, el hecho de que se aplique en el marco de diferentes asignaturas refleja la importancia del carácter transversal de las competencias en humanización y la captación de profesionales provenientes de diferentes provincias.

Como su nombre refleja, la actividad consiste en la realización por parte de los estudiantes de una entrevista semiestructurada a un profesional sanitario experimentado. Durante esta entrevista, los estudiantes, agrupados en pequeños grupos de 4-6 personas, formularán preguntas sobre los contenidos impartidos referentes a la relación profesional-paciente, la psicología de la enfermedad, la comunicación asistencial, el afrontamiento del estrés y las barreras psicosociales en el contexto clínico (Jimeno y Díez, 2021). Además, para enriquecer los contenidos clínicos de las entrevistas, se busca incorporar un perfil multidisciplinar en la red de profesionales que permita ofrecer múltiples perspectivas sobre los distintos entornos clínicos en los que los estudiantes podrán desempeñarse en su futura práctica profesional. En conjunto, la mayoría de los profesionales entrevistados fueron titulados

en medicina (de 28 especialidades clínicas, sobre todo Medicina familiar y comunitaria o Psiquiatría) y enfermería (también de diversas especialidades, como matronas). Otras titulaciones de los profesionales sanitarios fueron: logopedia, nutrición humana y dietética, fisioterapia y psicología.

En el caso del Grado en Medicina (ver Figura 2) además de médicos de diversas especialidades, participan profesionales de enfermería, psicología y fisioterapia, procedentes de distintos centros de trabajo (Jimeno Bulnes y Díez Revuelta, 2024). La predominancia de profesionales pertenecientes a Medicina Familiar y Comunitaria, junto con una representación destacada de Enfermería y Psiquiatría se vincula a las características propias de estos ámbitos, en los que la relación continuada, la cercanía y el contacto directo con la persona atendida constituyen elementos nucleares de la práctica clínica. Estas condiciones facilitan la incorporación de enfoques orientados a la humanización y refuerzan el desarrollo de una atención que integra de manera coherente las distintas dimensiones de la persona. No obstante, la presencia de profesionales de otras especialidades pone de manifiesto que la preocupación por el trato humano se extiende a muy diversos contextos clínicos. Por otra parte, la elevada participación de profesionales procedentes de instituciones públicas sugiere una estrecha vinculación entre las políticas y estructuras del sistema público de salud suponiendo estos entornos asistenciales un marco prioritario para promover la transformación de los modelos de atención.

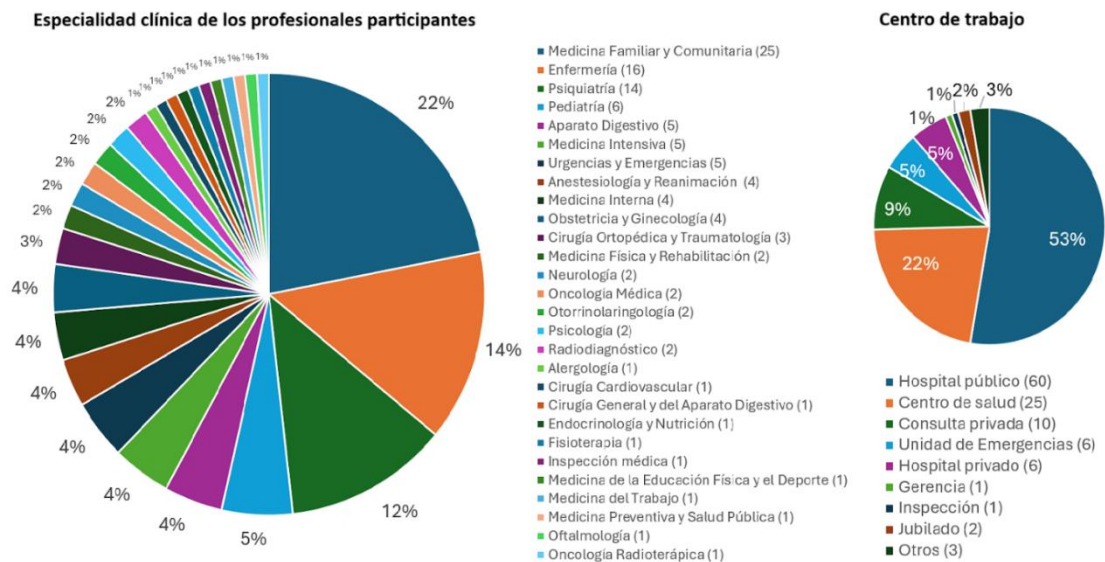


Figura 2. Distribución de profesionales clínicos participantes por especialidad clínica y tipos de centro de trabajo de procedencia (Grado en Medicina).

Aunque la aplicación de la actividad puede presentar ligeras variaciones en cada uno de los grados, con el objetivo de adaptarla a la asignatura específica en la que se enmarca (véase Díez Revuelta et al., 2024a para la experiencia en el Grado en Medicina; Ayuso et al., 2024 para la experiencia en Logopedia; Díez Revuelta et al., 2024b para la experiencia en Nutrición Humana y Dietética y Velasco et al., 2024 para la experiencia en Enfermería), el procedimiento general de la actividad, comprende tres fases estructurales (Jimeno y Díez Revuelta, 2024):

**Fase inicial o de preparación:**

- Los docentes responsables organizan a los estudiantes en grupos de 4 a 6 participantes.
- Se captan nuevos profesionales, a través de colegios y carteles ver (Anexo 2), y se establece o actualiza la red de colaboradores con la que los estudiantes podrán contactar.
- A cada grupo se le asigna un profesional para entrevistar, en lo posible según sus preferencias, y se le proporciona toda la documentación necesaria, como las guías de información y el formulario de participación para los profesionales sanitarios (ver Anexo 3).

**Fase intermedia o de desarrollo:**

- Los estudiantes planifican y llevan a cabo la entrevista.
- Elaboran y entregan una tarea o trabajo en el que se recoge todo el texto de la entrevista y, en su caso, un análisis o comentario sobre su contenido.
- Si el profesional autoriza la grabación en audio o video, esta también se incorpora a la entrega.
- Cada grupo presenta de manera oral al resto de compañeros los aspectos más relevantes de la entrevista realizada, incluyendo un mensaje a destacar, de forma que todos los grupos se benefician de las experiencias compartidas por el resto de estudiantes.

**Fase final o de evaluación:**

- Se califica la actividad por parte de los docentes.
- Tanto el estudiantado como los profesionales entrevistados valoran su satisfacción respecto a su participación en la actividad.
- La actividad concluye con la entrega de los justificantes de participación a los profesionales sanitarios entrevistados.

Hasta el momento, la actividad se ha llevado a cabo durante 6 cursos académicos consecutivos. Desde los cursos 2019 a 2024-25 se han realizado 334 entrevistas a un total de 1430 estudiantes, con 318 participaciones de profesionales. Se cuenta con una red de 231 profesionales sanitarios colaboradores. Actualmente, el proyecto es financiado por quinto año consecutivo por el Vicerrectorado de Innovación Docente y Transformación Digital de la UVa y su equipo ha sido reconocido como GID en 2025. También en 2025 se ha obtenido una beca a proyectos de Investigación en Educación Médica en la convocatoria de la SEDEM, o Sociedad Española de Educación Médica y de las Ciencias de la Salud. Además, el proyecto ha obtenido tres premios o reconocimientos: Finalista en los premios 2022 de la Fundación Lilly y la Universidad Complutense de Madrid, Primer Accésit ex aequo en la convocatoria de Premios de Innovación Educativa del Consejo Social de la UVa en año 2023 y Finalista en los II Premios Diagnóstico a la mejor iniciativa en humanización en 2025.

Como proyección futura, el proyecto plantea ampliar su alcance a estudiantes de cursos avanzados de los grados participantes, con el objetivo de establecer una red de seguimiento del alumnado implicado. Asimismo, se prevé reforzar las alianzas con otras entidades e instituciones universitarias y continuar con el desarrollo de la línea de investigación orientada a identificar los elementos y dimensiones clave de la humanización en la atención sanitaria, a partir del análisis de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ávila-Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229.
- Ayuso Lanchares, A., Santiago Pardo, R. B., Díez Revuelta, A., Jimeno Bulnes, N. (2024). Proyecto humanizAS: Experiencia con estudiantes del Grado en Logopedia de la Universidad de Valladolid (2022-2025). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 58, 299-316. doi.org/10.24197/n1s5j182
- Blázquez Rodríguez, M. I. (2008). Una etnografía en la atención sanitaria. En O. Romaní Alfonso, C. Larrea Killinger y J. Fernández-Rufete Gómez (Coords.), *Antropología de la medicina: metodologías e interdisciplinariedad. De las teorías a las prácticas académicas y profesionales* (pp. 17–30). Árbol Académico.
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 12(5), 461–474. doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1
- Cayón de las Cuevas, J. (2018). *El conflicto en el ámbito de las organizaciones sanitarias*. Universitat Oberta de Catalunya. openaccess.uoc.edu/server/api/core/bitstreams/29e2ec1a-13b9-4516-9c73-bc3baa350142/content
- Díez Revuelta, A., Beño Ruiz de la Sierra, R. M., Arjona Valladares, A., Almodí Alegre, J. L. y Jimeno Bulnes, N. (2024a). Proyecto humanizAS: Experiencia en estudiantes del Grado en Medicina de la Universidad de Valladolid (2019-2024). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 58, 285-298. doi.org/10.24197/zehhtm05
- Díez Revuelta, A., Carretero, N., Martínez, D. y Jimeno Bulnes, N. (2024b). Proyecto humanizAS: Experiencia en estudiantes del Grado en Nutrición Humana y Dietética de la Universidad de Valladolid (2022-2024). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 58, 317-330. doi.org/10.24197/4cyjw869
- Epstein, R. M., & Street, R. L., Jr. (2011). *The values and value of patient-centered care*. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103. doi.org/10.1370/afm.1239
- García Torres, C. (2020). *La bioética como puente entre la dignidad humana, la participación social, los derechos humanos y los objetivos de desarrollo sostenible*. *Analysis*, 27(5), 1–12.
- Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*, 10(1), 29-38.
- Gutiérrez, R. (2025). Humanización de (en) la Asistencia Sanitaria. *RIECS: Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 10(1), 37-45.
- Jefatura de Estado. (2003). LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003* (280, pp. 1–32).
- Jimeno-Bulnes, N., y Díez-Revuelta, A. (2021). Entrevista a un profesional sanitario: estudio piloto de una actividad de contacto asistencial temprano en el grado en



Medicina durante la pandemia por COVID-19. *Revista de La Fundación Educación Médica*, 24(4), 199–209. doi.org/10.33588/fem.244.1136

Jimeno, N. y Díez Revuelta, A. (2024). Proyecto humanizAS: humanizando la atención sanitaria en estudiantes de medicina, enfermería, logopedia, y nutrición humana y dietética de la Universidad de Valladolid (2019-2024). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 58, 271-284. doi.org/10.24197/9knddq43

Jimeno Bulnes, N. y Díez Revuelta, A (2024). Humanizando la atención sanitaria en estudiantes de Medicina de la Universidad de Valladolid mediante entrevistas a profesionales sanitarios. *Axis. Revista del Ilustre Colegio de Médicos de Valladolid*, 20-24.

López-Cortacans, G., Pérez-García, R., Pérez-García, M., & Pérez-García, D. (2021). Hasta pronto, Dr. Marañón. *Revista de La Fundación Educación Médica*, 24(6), 323. doi.org/10.33588/fem.246.1156

Mantilla, M. J. (2008). Hacia la construcción de una etnografía en un hospital psiquiátrico. *Con-textos. Revista d'Antropologia i Investigació Social*, (2), 93–102.

March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 245–247. doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001

Mucientes Peinador, E., Pérez González, FJ, & Martín Santos, AB (2019). *Humanizando*. Boecillo Editora Multimedia

Pérez-Fuentes, M. d. C., Herera-Peco, I., Molero Jurado, M. d. M., Oropesa Ruiz, N. F., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J. (2019a). *The development and validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for nursing. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), Article 3999. doi.org/10.3390/ijerph16203999

Pérez-Fuentes, M. d. C., Molero Jurado, M. d. M., Herrera Peco, I., Oropesa Ruiz, N. F., & Gázquez Linares, J. J. (2019b). *Propuesta de un modelo de humanización basado en las competencias personales: Modelo HUMAS. European Journal of Health Research*, 5(1), 63–77. doi.org/10.30552/ejhr.v5i1.173

Street, R. L., Jr., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). *How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015

Trainini, J. C. (2020). Humanización en la práctica médica. *Educación Médica*, 21(2), 65–66.

UNESCO (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Vargas, M. L. (2012). *Ni medicalización ni apatognosia: Concordia terapéutica*. A tu salud, (77), 3.

- Vargas Aragón, M. L. (2023). *La concordia terapéutica como meta-racionalidad en medicina*. En C. Corredor Lanas & D. Pérez Chico (Eds.), *Revista de la Sociedad de Lógica, Metodología y Filosofía de la Ciencia en España: Especial V Congreso de Posgraduados (Especial)*. SLMFCE. ISSN 2695-480X.
- Vargas-Aragón, M. L. (2024). *Enfermos vocacionales: Un análisis iatrofilosófico de la discordia clínica en los trastornos funcionales*. *Kranion*, 19, 163–169. <https://doi.org/10.24875/KRANION.M24000086>
- Velasco González, V., Duránte Fernández, C., Cardaba García, R. M., Pérez Pérez, L., Díez Revuelta, A. Jimeno Bulnes, N. (2024). Proyecto humanizAS: Experiencia en estudiantes del Grado en Enfermería de la Universidad de Valladolid (2023-2024). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 58: [doi.org/10.24197/bgnrjf05](https://doi.org/10.24197/bgnrjf05)
- Viña, M. (2022). Cuidados para quienes cuidan. *Norte de Salud Mental*, 18(66), 71–78.

## Anexo I: Escala de Humanización en el Profesional Sanitario (HUMAS).

### ESCALA DE HUMANIZACIÓN EN EL PROFESIONAL SANITARIO // HEALTH PROFESSIONAL'S HUMANIZATION SCALE (HUMAS)

1	Espero el futuro con entusiasmo.	1	2	3	4	5
2	En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	1	2	3	4	5
3	Ante las dificultades, confío en que al final todo saldrá bien.	1	2	3	4	5
4	Cuando atiendo a mis pacientes, trato de ponerme en su lugar.	1	2	3	4	5
5	Ofrezco un trato cercano al paciente o a sus familiares, si lo necesitan.	1	2	3	4	5
6	Me preocupo por tranquilizar a pacientes y familiares, ya que considero que es una parte importante de mi labor de cuidado.	1	2	3	4	5
7	Cuando me tratan mal, intento comprender los motivos y sigo tratando bien a esa persona.	1	2	3	4	5
8	Cuando alguien me cae mal, me esfuerzo por comprenderle y darle una oportunidad para conocerlo.	1	2	3	4	5
9	Cuando alguien actúa en mi contra, tiendo a analizar la situación para justificar de forma racional su conducta.	1	2	3	4	5
10	Soy capaz de diferenciar los cambios de humor de otros, y actuar en consecuencia.	1	2	3	4	5
11	Estoy satisfecho con lo que hago y como lo hago.	1	2	3	4	5
12	Soy capaz de diferenciar mis propios estados de ánimo, y actuar en consecuencia.	1	2	3	4	5
13	Creo que estoy preparado para afrontar con éxito cualquier situación en mi trabajo.	1	2	3	4	5
14	Siento que tengo una gran capacidad para percibir cuando un paciente no está recibiendo una atención adecuada.	1	2	3	4	5
15	Cuando desempeño mi labor profesional, suelen aparecer sentimientos de angustia. *	1	2	3	4	5
16	Me siento nervioso cuando atiendo a mis pacientes. *	1	2	3	4	5
17	En mi labor profesional, hay ocasiones en las que me siento asustado. *	1	2	3	4	5
18	Como profesional, hay situaciones en las que me siento culpable. *	1	2	3	4	5
19	Me siento afectado cuando estoy atendiendo a mis pacientes. *	1	2	3	4	5

1 = Nunca; 2 = Pocas veces; 3 = Algunas veces; 4 = A menudo; 5 = Siempre. (\*R): 5 = Nunca; 4 = Pocas veces; 3 = Algunas veces; 2 = A menudo; 1 = Siempre.

Pérez-Fuentes, MC., Herrera-Peco, I., Molero, MM., Oropesa, NF., Ayuso-Murillo, D., Gázquez, J.J. (2019). The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3999.

Obra científica con Propiedad Intelectual - Ref. RTA-486-19

## Anexo 2: Cartel de captación de profesionales sanitarios.



Universidad de Valladolid

# humanizAS

Humanizando la Atención Sanitaria



**BUSCAMOS PROFESIONALES SANITARIOS PARTICIPANTES**

**humanizAS** es un Proyecto de Innovación Docente de la Universidad de Valladolid (UVa) que parte de la necesidad de fomentar la humanización de la asistencia sanitaria y el contacto asistencial temprano, desde los primeros cursos, en los futuros profesionales de los siguientes grados: **Medicina, Enfermería, Logopedia, Nutrición Humana y Dietética, y Óptica y Optometría (UVa) y Terapia Ocupacional (URJC).**

**¿En qué consiste?** Un grupo de estudiantes te hará una breve entrevista para que les des tu perspectiva profesional de los contenidos de la asignatura: trato y relación clínico-paciente, promoción de la salud y el bienestar, afrontamiento de la enfermedad, comunicación asistencial, etc.

**La UVa concederá un Justificante de Participación.**

**Coordinadores:**  
Profa. Natalia Jimeno Bulnes y Dr. Álvaro Díez Revuelta  
(Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina, UVa).

**Más información y contacto:** [humanizas@uva.es](mailto:humanizas@uva.es)



[@humanizAS\\_UVa](https://twitter.com/humanizAS_UVa)



[humanizAS](https://www.instagram.com/humanizAS)



[Proyecto de Innovación Docente de la Universidad de Valladolid. Cursos 2021-22 y 2022-23](#)



[Accésit ex-aequo del Premio de Innovación Educativa Consejo Social de la Universidad de Valladolid 2023](#)



[Finalista Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly – Univ. Complutense de Madrid 2022](#)

**Anexo 3: Documento de información a profesionales sanitarios (curso 2025-2026; Grado en Medicina).**



**INFORMACIÓN A PROFESIONALES SANITARIOS**

**ENTREVISTA A UN PROFESIONAL SANITARIO  
GRADO EN MEDICINA. CURSO 2025-26**

**¿QUIÉN LO ORGANIZA?**

Instituciones participantes en el Proyecto de Innovación Docente de la Universidad de Valladolid "Humanizando la Atención Sanitaria" (humanizAS): Universidad de Valladolid, Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Castilla y León y recientemente, la Universidad Rey Juan Carlos.

**¿EN QUÉ CONSISTE LA ACTIVIDAD?**

- Participación de profesionales sanitarios experimentados en la docencia práctica de la asignatura de Psicología (2º curso del Grado en Medicina).
- Ser entrevistado por un grupo de alumnos fundamentalmente sobre su experiencia en los aspectos psicológicos y sociales relevantes en la práctica clínica, como posible influencia de estos factores en la salud y la enfermedad, la relación entre el profesional clínico y el paciente, comunicación asistencial, etc.
- Los estudiantes presentarán de forma oral al resto de la clase, y por escrito al profesorado (para su evaluación), los principales contenidos de la entrevista realizada y un comentario sobre los mismos.

**¿CUÁLES SON SUS NORMAS?**

- La entrevista es abierta y se realizará principalmente en formato oral.
- Se permitirá la grabación en formato audio/vídeo únicamente bajo consentimiento escrito del profesional.
- En principio el profesional entrevistado será anonimizado en el trabajo final resultante, salvo autorización escrita a los coordinadores para que conste su nombre.

**¿CUÁNTO DURARÁ Y DÓNDE SE REALIZARÁ?**

- La entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora.
- Se realizará en un lugar a convenir entre los alumnos y el profesional asignado. La Facultad de Medicina y el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid facilitarán salas a los participantes bajo demanda.

**¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS?**

- Contribuir a la humanización en la atención sanitaria, desde una perspectiva multidisciplinar, en estudiantes del Grado en Medicina por medio de una actividad innovadora.
- El contacto precoz de los estudiantes de medicina con los profesionales sanitarios y su actividad clínica.
- La contribución de los profesionales, con su conocimiento práctico, en la formación de los futuros médicos.

**¿CUÁLES SON LOS PLAZOS PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS?**

- **28/02/2026:** plazo aconsejable para envío del formulario de participación.
- **31/03/2026:** adjudicación de un grupo de trabajo de alumnos de medicina de la UVA.
- **30/04/2026:** realización de la entrevista en una única sesión con fecha y lugar a convenir.

**¿QUÉ OBTIENE EL PERSONAL SANITARIO POR PARTICIPAR?**

- Un justificante de participación en la actividad y la posibilidad de compartir su experiencia con estudiantes.