

Competencias para la humanización de la salud: evidencias de validez de contenido en el contexto chileno.

Competencies for the humanization of healthcare: evidence of content validity in the Chilean context.

Claudio Aránguiz-Bravo^{1,3*}, Andrea Alliende Otero², Flávia Regina Souza Ramos³.

¹ Centro de Investigación y Entrenamiento Clínico en Humanización Los Alerces (CIECHLA). Santiago, Chile, aranguizbravo.claudio@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2617-5736>

² Academia RedSalud, Santiago, Chile, andrea.alliende@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0002-5187-1677>

³ Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. flareginaramos@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0077-2292>

* Correspondencia: aranguizbravo.claudio@gmail.com

Recibido: 17/8/26; Aceptado: 1/10/26; Publicado: 2/10/26

Resumen.

Introducción: La deshumanización en salud constituye un problema creciente asociado a la tecnificación, la fragmentación del cuidado y las tensiones del sistema sanitario, con efectos sobre usuarios y profesionales. La formación en ciencias de la salud requiere marcos de competencias que permitan integrar la humanización en el currículo. **Objetivo:** Obtener evidencia de validez basada en el contenido de un modelo de competencias en humanización en el contexto chileno, como etapa inicial para su operacionalización. **Método:** Estudio metodológico con técnica Delphi de tres rondas y un panel interdisciplinario de 14 expertos, seleccionados mediante muestreo intencional. Se evaluó un modelo de siete dimensiones: científico-técnica, relacional, emocional, ética, espiritual, cultural y de gestión. La pertinencia y la claridad se valoraron con escala Likert (1–5), con consenso definido como mediana $\geq 4,0$ y rango intercuartílico (RIC) ≤ 1 . Los comentarios abiertos se analizaron temáticamente. **Resultados:** En la primera ronda, las definiciones de las siete competencias alcanzaron consenso y el panel propuso 57 subcompetencias. En la segunda ronda se evaluaron 106 subcompetencias: 54 aceptadas, 45 en revisión y 7 eliminadas. Los aportes cualitativos se agruparon en redundancia, ambigüedad semántica, solapamiento conceptual, delimitación conceptual, necesidad de operacionalización y pertinencia cultural, y orientaron la depuración del banco. En la tercera ronda, 63 subcompetencias alcanzaron consenso: científico-técnica (10), relacional (7), emocional (7), ética (10), espiritual (10), cultural (9) y gestión (10). **Conclusiones:** Los hallazgos aportan evidencia inicial de validez basada en el contenido para un marco de competencias en humanización contextualizado al ámbito chileno. El marco no constituye aún un instrumento psicométricamente validado, pero ofrece una base para orientar la integración curricular, la formulación de resultados de aprendizaje y futuros estudios de operacionalización y evaluación psicométrica.

Palabras clave: humanización de la atención, competencia profesional, técnica Delphi, validez de contenido, currículo, educación en salud.

Abstract.

Introduction: Dehumanization in health care is a growing problem associated with technification, fragmented care and health system pressures, affecting both patients and professionals. Health professions education requires competency frameworks that allow humanization to be integrated into the curriculum. **Objective:** To obtain content-based validity evidence for a competency model for humanization in the Chilean context, as an initial stage for its operationalization. **Method:**

Methodological study using a three-round Delphi technique with an interdisciplinary panel of 14 experts selected through purposive sampling. The model under evaluation comprised seven dimensions: scientific-technical, relational, emotional, ethical, spiritual, cultural and management. Relevance and clarity were rated on a 1–5 Likert scale, with consensus defined as a median ≥ 4.0 and an interquartile range (IQR) ≤ 1 . Open-ended comments were analyzed thematically. **Results:** In the first round, the definitions of the seven competencies reached consensus and the panel proposed 57 sub-competencies. In the second round, 106 sub-competencies were evaluated: 54 were accepted, 45 were kept under review and 7 were eliminated. Qualitative input was grouped into redundancy, semantic ambiguity, conceptual overlap, conceptual delimitation, need for operationalization and cultural relevance, and guided the refinement of the item pool. In the third round, 63 sub-competencies reached consensus: scientific-technical (10), relational (7), emotional (7), ethical (10), spiritual (10), cultural (9) and management (10). **Conclusions:** The findings provide initial content-based validity evidence for a competency framework for humanization contextualized to Chile. The framework is not yet a psychometrically validated instrument, but it offers a basis for guiding curriculum integration, the formulation of learning outcomes and future studies of operationalization and psychometric evaluation.

Keywords: humanization of care, professional competence, Delphi technique, content validity, curriculum, health education.

1. Introducción

1.1 Deshumanización en el contexto sociosanitario

La deshumanización sanitaria se vincula con el tránsito desde el imperativo hipocrático hacia un paradigma funcionalista y economicista, que prioriza la eficiencia sobre la ética del cuidado. Sumado a la especialización y a la hegemonía técnico-científica, este cambio ha fragmentado la atención y ha reducido al usuario a un portador de diagnósticos, desconectado de su realidad ecobiopsicosocial y espiritual (1). Se suman factores laborales que favorecen la deshumanización y autodeshumanización de profesionales (2): la falta de tiempo, el estigma hacia ciertas enfermedades, las defensas frente al agotamiento y la menor empatía. Sus consecuencias incluyen desviación organizacional, malestar psicológico y sentirse instrumentos del sistema (3).

Para los usuarios, los servicios suelen resultar impersonales, con el caso clínico por sobre la experiencia vivida, lo que se asocia a insatisfacción, menor adherencia y pérdida de confianza. No es solo una percepción: en médicos se ha observado mayor activación de redes de control cognitivo y menor respuesta empática ante estímulos dolorosos (4). En los equipos, la deshumanización puede operar como regulación frente a la sobrecarga y el sufrimiento, normalizando prácticas despersonalizadas, con mayor impacto en usuarios estigmatizados, vulnerables o con comorbilidades (5). Revertir este escenario exige transformar también la formación de quienes cuidan.

1.2 La formación como catalizador

La preocupación por una atención integral no es reciente. La terapia centrada en la persona de Carl Rogers (6) y, desde la enfermería, la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson que, revalorizó las dimensiones espirituales y culturales del cuidado (7), constituyen referentes tempranos de esta perspectiva. Desde la pedagogía de Paulo Freire, la formación es un catalizador de la humanización, en tanto no busca transferir conocimientos, sino crear las condiciones para que las personas desarrollen su vocación ontológica de «ser más» mediante la reflexión crítica, el diálogo y la praxis transformadora (8).

La educación médica, tradicionalmente centrada en el cuerpo como objeto de estudio, enfrenta el desafío de integrar la dimensión vivencial del usuario. En la práctica clínica temprana, el estudiante se encuentra con un cuerpo enfermo cuya comprensión exige atender a la narración de quien lo habita y a la vulnerabilidad extraordinaria que implica la enfermedad, lo que demanda formar no solo en conocimientos técnicos, sino también en la comprensión empática de dicha vulnerabilidad (9). Dado que la deshumanización es un fenómeno multidimensional, su abordaje requiere esfuerzos coordinados de orden psicológico, educativo, comunitario, legal e institucional (10). En este marco, la humanización no debe entenderse como un artificio ni como la mera incorporación de amabilidad en el trato. Educar en salud con enfoque en humanización implica reconocer al usuario como sujeto de derechos, promover su autonomía, dignidad e individualidad, y valorar el acto de cuidar como un encuentro entre seres humanos atravesado por factores contextuales, culturales y emocionales (11). Exige, asimismo, resistir y desaprender el lenguaje deshumanizador en la educación en salud, lo que plantea a los educadores la responsabilidad ética de enfrentar los sistemas educativos eurocéntricos y el lenguaje dominante que sostiene la deshumanización, en favor de formas de comunicación que enseñen justicia, inclusión y equidad (12). La formación de los profesionales de la salud constituye un espacio privilegiado para abordar la humanización. Sin embargo, para que esta aspiración trascienda el plano declarativo, debe concretarse en el currículo.

1.3 El currículo como espacio de integración de competencias no técnicas

Denominar «habilidades blandas» a las competencias comunicacionales, relacionales, éticas y emocionales las relega frente al conocimiento técnico. Esta etiqueta instala una falsa jerarquía entre lo técnico y lo humano, dimensiones inseparables y determinantes de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, por lo que integrarlas en la formación es una exigencia ética y profesional (13). Sin embargo, su presencia curricular es desigual: en facultades de Medicina de Turquía no siempre son obligatorias, y el pensamiento crítico, el liderazgo y el trabajo en equipo están infrarrepresentados (14). Además, su enseñanza y evaluación siguen siendo heterogéneas, lo que exige marcos conceptuales compartidos e instrumentos validados (15).

La formación o práctica humanística es la aplicación intencional de conocimientos de las humanidades en contextos clínicos, propuesta como resultado de aprendizaje y puente entre las experiencias de usuarios y profesionales (16). Constituye así la vía formativa que traduce la humanización en desempeños centrados en la persona. Ante la persistente tensión entre formación técnica y humanista, que limita las competencias éticas, relacionales y reflexivas, se propone la humanización como eje transversal desde las primeras etapas formativas (17–20). La evidencia respalda sus beneficios: el modelamiento de roles humanistas favorece la conciencia del profesionalismo, las conductas de cuidado y la transición al ejercicio profesional, mientras que la atención humanizada fortalece la relación terapéutica y disminuye la violencia y la conflictividad asistencial (21–23). Integrar la humanización en el currículo exige un marco de competencias delimitado y contextualizado. Ese marco permite traducirlas en resultados de aprendizaje, distribuir las entre grado, posgrado y educación continua, evaluarlas y formar docentes.

1.4 Competencias para la humanización

La humanización no es solo una cuestión de actitud: la competencia de cuidado humanístico es multifactorial y se asocia positivamente con la inteligencia emocional, lo que sugiere que puede desarrollarse mediante la formación (19). Las competencias técnico-clínicas, aunque indispensables, resultan insuficientes para una atención centrada en la persona; la formación debe incorporar intencionadamente habilidades comunicacionales, emocionales, éticas y relacionales (24), integrando las humanidades con metodologías educativas que favorezcan una práctica profesional coherente con este propósito (25).

En el ámbito de la salud, la competencia se entiende como una configuración dinámica e integradora de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que permite desempeñarse de manera eficaz, ética y adaptada al contexto en situaciones reales, orientada a la resolución de problemas complejos, a la toma de decisiones y a la mejora continua del desempeño (26–29). Sobre esta base, Bermejo et al., mediante un estudio Delphi, propusieron un modelo de competencias en humanización que identifica siete dimensiones: científico-técnica, relacional, emocional, ética, cultural y de gestión, y que concibe la humanización como un conjunto de competencias transversales expresadas en el quehacer profesional e institucional (30) (figura 1).



Figura 1. Modelo de competencias para la humanización de la salud.

Este modelo se formuló como una propuesta conceptual y su pertinencia en otros contextos sociosanitarios no había sido examinada. En Chile no se ha documentado un marco de competencias en humanización contextualizado que pueda orientar el diseño curricular ni la futura construcción de instrumentos de evaluación. Abordar esta brecha exige, como primer paso, obtener evidencia de que el contenido del marco es pertinente, claro y representativo del constructo en el nuevo contexto. En consecuencia, el objetivo de este estudio fue analizar la pertinencia conceptual, la adecuación contextual y la representatividad del contenido del modelo de competencias en humanización propuesto por Bermejo et al. (30) en el contexto chileno, mediante juicio experto estructurado con técnica Delphi. El estudio aporta evidencia de validez basada en el contenido del marco de competencias y constituye la etapa inicial de un proceso más amplio orientado a su operacionalización y a la construcción de un instrumento de autoevaluación, cuyas propiedades psicométricas deberán examinarse en fases posteriores.

2. Métodos

2.1 Diseño del estudio

Estudio metodológico correspondiente a la fase inicial de un proceso secuencial orientado al desarrollo de un marco de competencias en humanización en salud y, posteriormente, de un instrumento de autoevaluación. En esta etapa se generó evidencia de validez basada en el contenido, centrada en la pertinencia conceptual, la adecuación contextual y la representatividad del modelo de competencias propuesto por Bermejo et al. (30), mediante juicio experto estructurado. El diseño se fundamenta en el enfoque unificado de la validez propuesto por los Standards for Educational and Psychological Testing (AERA, APA & NCME, 2014) (31), que conciben la validez como un proceso acumulativo de recopilación de evidencias destinadas a sustentar las interpretaciones derivadas del uso previsto de un instrumento. Entre las fuentes de evidencia que describen estos estándares (contenido, procesos de respuesta, estructura interna, relaciones con otras variables y consecuencias), el presente estudio aborda exclusivamente la primera. En particular, el Estándar 1.11 establece que

debe documentarse con claridad el proceso mediante el cual se definió el dominio del constructo y se seleccionaron sus componentes, incluyendo la justificación conceptual y los procedimientos empleados para asegurar su representatividad. En coherencia con este principio, la presente fase se orientó a examinar y delimitar el dominio de contenido del constructo «competencias en humanización», evaluando la suficiencia, claridad y relevancia de sus subcomponentes en un nuevo contexto profesional.

Dado que el referente original corresponde a un modelo conceptual y no a un instrumento operacionalizado, el estudio no constituyó una adaptación de prueba en sentido estricto ni contempló procedimientos de traducción lingüística. En cambio, se desarrolló un análisis sistemático de pertinencia contextual del constructo, integrando revisión por panel experto y posibilidad de expansión conceptual cuando el juicio especializado identificó vacíos o necesidades emergentes. Esta estrategia es consistente con el uso de la técnica Delphi en etapas tempranas de desarrollo de instrumentos, orientadas a fortalecer la representatividad del contenido antes de su futura operacionalización empírica (32). Esta fase no aporta evidencia sobre estructura interna, fiabilidad, estabilidad temporal, validez convergente o discriminante ni sobre el funcionamiento psicométrico de ítems, dado que el marco aún no ha sido operacionalizado como instrumento; estas evidencias corresponden a etapas posteriores del proceso. El foco estuvo exclusivamente en asegurar que el marco conceptual resultante represente de manera adecuada y contextualizada el dominio del constructo que orientará la construcción del instrumento. En consecuencia, el consenso alcanzado debe interpretarse como acuerdo del panel sobre la pertinencia y la claridad del contenido, y no como generalización externa ni como demostración de propiedades de medición.

2.2 Método Delphi

Se utilizó el método Delphi, una técnica estructurada, robusta y versátil para alcanzar consenso entre expertos en torno a problemas complejos y multifacéticos, mediante múltiples rondas iterativas de consulta. Este método ha sido ampliamente empleado desde la década de 1960 en diversas disciplinas, incluyendo salud, educación, tecnología y políticas públicas (33). Su aplicación permite recoger juicios expertos de manera iterativa y anónima, favoreciendo la reflexión individual, el refinamiento progresivo y la profundización de las percepciones, con el objetivo de aprovechar la inteligencia colectiva y minimizar sesgos asociados a dominancia, jerarquía o parcialidad entre los participantes (34).

2.3 Selección de participantes

Se convocó inicialmente a 33 expertos y expertas de distintas disciplinas de la salud, las ciencias sociales y las humanidades, mediante muestreo intencional, priorizando diversidad disciplinar, trayectoria profesional, experiencia académica y vinculación con áreas como salud, humanización del cuidado y ética. Los criterios de inclusión fueron: contar con al menos 10 años de experiencia profesional; poseer formación de posgrado equivalente a magíster, doctorado o especialidad médica; y participar en sociedades científicas o instancias académicas relacionadas con la humanización en salud. Las invitaciones se realizaron a través de correo electrónico institucional, otorgando un período de 30 días para la confirmación de participación. Finalmente, participaron 14 expertos (Tabla 1) de los 33 convocados (tasa de aceptación del 42,4 %), con trayectorias de entre 10 y 45 años de experiencia profesional y formación de posgrado en áreas como salud pública, bioética, educación, gestión y ciencias sociales. Se aseguró diversidad en términos de género, nivel formativo y sector de desempeño (clínico, comunitario y académico). El panel reunió perfiles vinculados a las distintas dimensiones del constructo: práctica clínica en unidades de alta complejidad, bioética, acompañamiento espiritual, antropología y sociología, trabajo comunitario, discapacidad, gestión de la humanización hospitalaria, cuidados de larga estadía y docencia universitaria. El tamaño del panel se consideró adecuado para los fines de esta fase. La literatura metodológica sobre la técnica Delphi no establece un tamaño muestral único y destaca que la calidad del consenso depende en mayor

medida de la experticia y la heterogeneidad de los participantes que de su número (35, 36). No obstante, el consenso obtenido refleja el juicio de este panel y no permite realizar inferencias poblacionales.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico y académico del panel de expertos.

Profesión	Sexo	Grado académico	Cargo	Experiencia profesional (años)	Edad
Odontóloga / Arteterapeuta	M	M	Asistencia espiritual a través del arte	15–20	40–50
Terapeuta Ocupacional	M	M	Coordinadora de programa comunitario	10–15	30–40
Psicóloga	M	M	Coordinadora en psicología de enlace	15–20	30–40
Médica Pediatra	M	D	Pediatra en unidad de cuidados intensivos	30–40	50–60
Periodista	M	M	Gestora territorial en programa comunitario	10–15	40–50
Antropólogo / Sociólogo	H	D	Docente universitario / Investigador	25–30	50–60
Fonoaudióloga	M	M	Analista de discapacidad / Docente universitaria	25–30	40–50
Arquitecta	M	M	Arquitecto independiente	15–20	30–40
Médico Internista	M	D	Médico especialista en Bioética	40–45	60–70
Médico Pediatra	M	M	Cardióloga pediatra / Encargada de acompañamiento espiritual	30–35	50–60
Matrona	M	M	Académica universitaria	15–20	30–40
Gineco-oncólogo	H	E	Jefatura de humanización hospitalaria	30–35	60–70
Enfermera	M	E	Directora de residencia para personas mayores	35–40	60–70
Psicólogo	H	D	Académico universitario - Investigador	15–20	40–50

Nota: Grado académico: Magíster (M), Doctorado (D), Especialista (E).

2.4 Procedimiento

El número de rondas no se fijó a priori. Se determinó según tres criterios: relevancia (mediana $\geq 4,0$), consenso ($\text{RIC} \leq 1,0$) y saturación de información (ausencia de nuevos aportes sustantivos). El proceso concluyó al cumplirse estas condiciones, lo que ocurrió en la tercera ronda, aplicadas de forma asincrónica mediante formularios electrónicos de Microsoft Office 365 institucional.

2.4.1 Primera ronda

En la primera ronda se solicitaron dos tipos de aportes. Por una parte, se evaluó la pertinencia teórica y la claridad semántica de las definiciones de cada una de las siete competencias generales (científico-técnica, relacional, emocional, espiritual, ética, cultural y de gestión) conceptualizadas por Bermejo et al. (30), mediante un cuestionario estructurado con escala Likert de 1 a 5 (1 = muy en desacuerdo; 5 = muy de acuerdo). Por otra, se aplicó el método de sugerencias abiertas, habitual en fases exploratorias para recoger aportes cualitativos sin inducir sesgos (35), solicitando a los expertos proponer subcompetencias asociadas a cada competencia y formular observaciones libres. Para evitar que las propuestas se vieran condicionadas por el modelo de referencia, se indicó no consultar el estudio de origen durante esta etapa. Las propuestas fueron analizadas por el equipo investigador, que las agrupó temáticamente y estandarizó su redacción bajo la estructura «Capacidad de...», asegurando uniformidad formal sin modificar su contenido conceptual.

2.4.2 Segunda ronda

El banco de la segunda ronda integró las 57 subcompetencias propuestas por el panel en la primera ronda y los 49 indicadores del modelo original de Bermejo et al. (30), con un total de 105 ítems. Los expertos evaluaron la pertinencia y la claridad de redacción de cada ítem con la misma escala Likert de 1 a 5. También dispusieron de un espacio para comentarios abiertos. Para cada ítem se calcularon la media, la desviación típica (DT), la mediana, los percentiles 25–75 y el rango intercuartílico (RIC). Con esos estadísticos, cada ítem se clasificó en tres categorías (36):

- Aceptado: mediana $\geq 4,0$ y $\text{RIC} \leq 1$.
- En revisión: mediana $\geq 4,0$ y $\text{RIC} > 1$, o mediana entre 3,5 y 3,99.
- Eliminado: mediana $< 3,5$, independientemente del RIC.

Se informó previamente a los participantes que, ante formulaciones redundantes, se conservaría la de mejores indicadores (mediana más alta y RIC más bajo).

Al cierre de esta ronda, el equipo investigador integró los resultados cuantitativos con el análisis temático de los comentarios abiertos (véase el apartado 2.5) para depurar el banco. Primero, se excluyeron los ítems clasificados como eliminados y aquellos cuyo contenido correspondía conceptualmente a otra competencia (solapamiento conceptual). Luego, se fusionaron las formulaciones redundantes, conservando la de mejores indicadores e integrando, cuando fue pertinente, los matices de la versión descartada. Por último, se reformularon los ítems en revisión para mejorar su claridad, delimitación y observabilidad.

2.4.3 Tercera ronda

En la tercera ronda se sometieron a evaluación las 63 formulaciones resultantes de la depuración. Los expertos las valoraron nuevamente en pertinencia y claridad de redacción, con la misma escala y los mismos criterios de clasificación. Todas las formulaciones alcanzaron los criterios de consenso (mediana $\geq 4,0$ y $\text{RIC} \leq 1$ en ambos criterios), por lo que el proceso se dio por concluido.

2.5 Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva (media, desviación típica, mediana, cuartiles y RIC) para evaluar el grado de consenso y la relevancia de las subcompetencias en cada ronda. El análisis cuantitativo se realizó en Microsoft Excel (versión Office 365), lo que permitió clasificar los ítems según los criterios establecidos.

Los comentarios abiertos se examinaron mediante análisis temático inductivo, siguiendo a Braun y Clarke (37). Primero se organizaron en una matriz por competencia, vinculando cada comentario con el código del ítem correspondiente: prefijo B para los indicadores del modelo original y numeración sin prefijo para las subcompetencias propuestas por el panel. Tras una lectura reiterada, se codificaron los problemas señalados por los expertos y los códigos se agruparon en seis categorías emergentes: redundancia, ambigüedad semántica, solapamiento conceptual, delimitación conceptual, necesidad de operacionalización y pertinencia cultural. La codificación inicial fue realizada por un investigador (AAO) y revisada por el equipo, que discutió las discrepancias hasta alcanzar consenso. Cada categoría se contrastó con los estadísticos de pertinencia y redacción del ítem correspondiente. Así, las decisiones de fusionar, delimitar, reformular o eliminar se fundamentaron en la convergencia entre el juicio cualitativo y los indicadores cuantitativos. Las decisiones y su justificación se registraron por competencia, lo que asegura la trazabilidad de los cambios (tabla 4).

Para resolver los solapamientos se aplicaron tres criterios. Cuando dos subcompetencias expresaban un mismo contenido con distinta formulación (redundancia), se conservó la versión con mejores indicadores (mediana más alta y RIC más bajo), criterio informado previamente al panel, y, cuando fue pertinente, se integraron en ella los matices complementarios de la versión descartada. Cuando el contenido de una subcompetencia correspondía conceptualmente a otra competencia del modelo (solapamiento entre competencias), se eliminó de la dimensión en que había sido formulada o se delimitó su alcance; por ejemplo, el panel señaló que el trabajo en equipo y el liderazgo correspondían a competencias relacionales y no científico-técnicas, y la referencia al acompañamiento de «personas» en la competencia de gestión se acotó al trabajo con equipos. Por último, las subcompetencias conceptualmente próximas, pero con un foco diferenciado, se mantuvieron como ítems independientes con redacciones que explicitaran dicha diferencia, como ocurrió con la gestión de entornos físicos y de procesos digitales.

El proceso Delphi se cerró en la tercera ronda, decisión sustentada en la literatura, donde múltiples investigaciones han obtenido consenso sobre competencias en salud en dos o tres rondas (30, 38, 39). En este estudio, la tercera ronda permitió que todas las subcompetencias retenidas alcanzaran los criterios de consenso (mediana $\geq 4,0$ y RIC $\leq 1,0$ tanto en pertinencia como en redacción), lo que, junto con el análisis cualitativo, respaldó la pertinencia y la claridad de las formulaciones en el contexto chileno.

2.6 Reflexividad y estrategias de control de sesgos

El equipo de investigación estuvo conformado por profesionales del área de la salud y ciencias sociales con formación de posgrado, incluyendo grados de magíster y doctorado. Los integrantes pertenecían a disciplinas como enfermería, medicina y ciencias de la salud, lo que permitió una aproximación interdisciplinaria al fenómeno estudiado. Parte del equipo de investigación mantenía vínculos profesionales previos con algunos de los expertos participantes, derivados de la colaboración en sociedades científicas sin fines de lucro vinculadas a la humanización en salud. No obstante, no existían relaciones jerárquicas ni conflictos de interés que comprometieran la independencia del juicio experto. Para mitigar posibles sesgos asociados a esta relación, se garantizó el anonimato de las respuestas en todas las rondas del proceso Delphi, resguardando la confidencialidad y evitando la identificación de los participantes por parte del equipo investigador.

Para minimizar sesgos metodológicos, se implementaron diversas estrategias. En relación con el sesgo de selección, inherente al muestreo intencional, se procuró maximizar la diversidad disciplinar y de trayectorias profesionales del panel, incluyendo expertos de áreas clínicas, comunitarias, académicas y sociales, con experiencias que oscilaban entre 10 y 45 años. Asimismo, se resguardó la participación voluntaria, sin incentivos ni presiones externas. Con el fin de reducir el sesgo asociado a la fatiga en procesos de evaluación extensos y de alta demanda cognitiva, se entregaron instrucciones claras y estandarizadas, recomendando a los participantes responder en condiciones favorables de tiempo y ambiente. Además, se habilitó un canal de comunicación permanente para resolver dudas o requerimientos durante el proceso, favoreciendo la calidad y consistencia de las respuestas.

2.7 Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de las Américas (ID del Proyecto CEC_FP_2024044). Todos los participantes firmaron consentimiento informado previo a su inclusión y se garantizó el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas durante todo el proceso.

3. Resultados

3.1 Primera ronda

En la primera ronda del estudio Delphi se recogieron y analizaron las valoraciones cuantitativas y cualitativas de los expertos respecto de las competencias propuestas. Por una parte, se evaluó la pertinencia conceptual y la claridad redaccional de las definiciones de cada competencia mediante estadísticos descriptivos y criterios de consenso (tabla 2). Las siete definiciones obtuvieron medias de pertinencia entre 4,14 y 4,88 y de redacción entre 4,43 y 4,75, con $RIC \leq 1$ en todos los casos. Por otra, el análisis temático de las respuestas abiertas permitió identificar y agrupar subcompetencias emergentes (tabla 3), orientando las decisiones de ajuste, fusión o reformulación que fundamentaron la construcción de la segunda ronda, en la que se incorporaron 56 nuevas formulaciones propuestas por el panel.

3.2 Segunda ronda

El banco evaluado en la segunda ronda estuvo compuesto por 106 subcompetencias: 57 propuestas por el panel en la primera ronda y 49 provenientes del modelo de Bermejo et al. (30). Del total, 54 fueron aceptadas, 45 quedaron en revisión y 7 fueron eliminadas, por lo que 99 subcompetencias continuaron en el proceso. Los comentarios abiertos se concentraron en tres aspectos: formulaciones repetidas o muy similares entre los indicadores originales y las propuestas del panel, expresiones ambiguas o difíciles de observar, y contenidos ubicados en competencias distintas de aquella en que habían sido formulados. La Tabla 4 sintetiza, para cada competencia, los aportes del panel, los problemas detectados, las decisiones adoptadas y las modificaciones resultantes, junto con los estadísticos de los ítems que motivaron dichas decisiones. Para evitar la redundancia de presentar versiones sucesivas con alto grado de similitud, no se incluye el listado íntegro de esta ronda. La redundancia fue el problema más transversal, presente en las siete competencias. Se resolvió conservando la formulación con mejores indicadores e integrando, cuando fue pertinente, los matices de la versión descartada. La ambigüedad semántica afectó a expresiones como «suficiente», «dominio de su energía», «mundo del sentido», «problema y misterio», «visión cosmopolita» o «valores genuinamente humanos». Estos casos motivaron la eliminación o la reformulación de los ítems afectados.

La necesidad de operacionalización orientó la incorporación de criterios observables en la redacción y el uso de verbos como ejecutar, diseñar o gestionar. Por ejemplo, se agregaron expresiones como «demostrando comprensión y validación» (2.1) o «mediante diálogo, acuerdos y seguimiento» (2.6), según la numeración final de la tabla 5. La delimitación conceptual y la

pertinencia cultural permitieron acotar el alcance de algunos ítems, como los conflictos emocionales (3.6) o el apoyo a equipos (7.1). También permitieron sustituir expresiones potencialmente sesgadas, como «comunidades vulnerables», por formulaciones más inclusivas (6.9). El solapamiento conceptual condujo a retirar de las competencias científico-técnica y cultural contenidos que el panel consideró propios de otras dimensiones.

Además de depurar, el panel amplió el marco con contenidos no explicitados en el modelo original, entre ellos los primeros auxilios psicológicos (3.7), la autocompasión (5.6) y el acompañamiento espiritual del duelo (5.10). Asimismo, los expertos advirtieron que algunas cualidades, especialmente en las competencias relacional y espiritual, son difíciles de traducir en unidades de medida o en resultados de aprendizaje.

3.3 Tercera ronda

Tras la depuración descrita en el apartado 2.4, las 63 formulaciones resultantes se reevaluaron en la tercera ronda con los mismos criterios estadísticos. Todas alcanzaron los criterios de consenso: 10 científico-técnicas, 7 relacionales, 7 emocionales, 10 éticas, 10 espirituales, 9 culturales y 10 de gestión (tabla 5). Obtuvieron mediana ≥ 4 y $RIC \leq 1$ tanto en pertinencia como en redacción. Las medias de pertinencia oscilaron entre 4,62 y 5,00, y las de redacción, entre 4,00 y 4,69.

Tabla 2. Evaluación de pertinencia y redacción de las definiciones de competencias en la Primera ronda.

Competencias	Definición	Pertinencia				Redacción			
		Q1-Q3	RIC	M	DT	Q1-Q3	RIC	M	DT
Competencia científico-técnica	Conjunto de capacidades que permiten aplicar conocimientos y habilidades prácticas en el ámbito técnico y científico, integrando el saber conocer y el saber hacer con precisión y calidad.	4,29	0,49	4,00–4,50	0,50	4,50	1,07	4,75–5,00	0,25
Competencia relacional	Conjunto de capacidades que le permiten interactuar efectivamente con otras personas, estableciendo vínculos basados en la comunicación, la empatía y el respeto mutuo.	4,86	0,38	5,00–5,00	0,00	4,71	0,49	4,50–5,00	0,50
Competencia emocional	Conjunto de capacidades que facilitan la gestión consciente de las emociones propias y la comprensión de las de los demás, promoviendo equilibrio emocional y vínculos saludables.	4,43	0,79	4,00–5,00	1,00	4,57	0,53	4,00–5,00	1,00
Competencia ética	Conjunto de capacidades que permiten actuar con integridad y resolver conflictos respetando los derechos, valores y la dignidad humana.	4,62	0,52	4,00–5,00	1,00	4,75	0,46	4,75–5,00	0,25
Competencia espiritual	Conjunto de capacidades que permiten comprender, respetar y apoyar el mundo simbólico y trascendente propio y de otras personas, promoviendo el bienestar en situaciones de sufrimiento y trascendencia.	4,14	0,69	4,00–4,50	0,50	4,43	0,53	4,00–5,00	1,00

Competencia cultural	Conjunto de capacidades que permiten adaptarse y responder a la diversidad cultural, valorando las diferencias y fomentando la inclusión y el respeto mutuo.	4,75	0,46	4,75–5,00	0,25	4,75	0,46	4,75–5,00	0,25
Competencia de gestión	Conjunto de capacidades que permiten liderar equipos, administrar recursos y tomar decisiones estratégicas para alcanzar objetivos comunes de manera eficiente.	4,88	0,35	5,00–5,00	0,00	4,75	0,46	4,75–5,00	0,25

Nota: M = media; Q1 = 1.er cuartil; Q2 = 2.do cuartil (mediana); Q3 = 3.er cuartil; DT = desviación típica; RIC = rango intercuartílico.

Tabla 3. Síntesis de subcompetencias emergentes por competencia en la Primera ronda.

Competencia	Categorías de subcompetencias emergentes	Foco conceptual dominante	Decisión metodológica para Segunda ronda
Científico-técnica	Dominio teórico-práctico; pensamiento crítico y resolución de problemas; actualización permanente y aprendizaje continuo; investigación e innovación; toma de decisiones basada en evidencia; sistematicidad y práctica profesional adecuada	Excelencia profesional sustentada en evidencia, análisis crítico y mejora continua	Fusión y reformulación en subcompetencias operativas
Relacional	Empatía y compasión; escucha activa; comunicación efectiva y asertiva; habilidades sociales; manejo de entrevistas y entrega de noticias difíciles; capacidad dialógica	Vínculo terapéutico y comunicación centrada en la persona	Mantención con depuración semántica
Emocional	Autoconocimiento; regulación emocional; manejo del estrés, la rabia y la frustración; reconocimiento de la propia emocionalidad; expresión emocional asertiva	Autorregulación emocional como base del cuidado humanizado	Integración en subcompetencias nucleares
Ética	Juicio ético y reflexividad; integridad profesional; resolución de dilemas éticos; manejo del duelo; principios y valores profesionales; marco legal y bioético; respeto de la dignidad	Deliberación ética situada y conducta profesional íntegra	Ajuste conceptual y explicitación normativa
Cultural	Conciencia y adaptación cultural; enfoque intercultural y de derechos humanos; diversidad, género y alteridad; mediación intercultural; contexto sociocultural y determinantes sociales	Cuidado pertinente en contextos diversos	Mantención con articulación transversal
Gestión	Liderazgo estratégico y transformacional; trabajo colaborativo; gestión de equipos; toma de decisiones; negociación y resolución de conflictos; visión estratégica y adaptabilidad	Liderazgo humanizado y gestión del cuidado	Reformulación y reducción por solapamiento
Espiritual	Autoconocimiento y desarrollo espiritual; reconocimiento y evaluación de necesidades espirituales; recursos e intervenciones espirituales; simbolismo y rituales; respeto y apertura espiritual	Dimensión espiritual del cuidado y sentido existencial	Mantención con delimitación conceptual

Tabla 4. Síntesis de aportes del panel, problemas detectados y decisiones de modificación de subcompetencias por competencia (Ronda 2).

Competencia	Aporte/tema identificado por el panel	Problema detectado	Decisión
Científico-técnica (16 → 10)	Trabajo en equipo y liderazgo «no pertenecen a las competencias técnicas, sino más bien a las relacionales»; «suficiente, ¿cuánto es eso?» (B1.7); sustituir «Organización» por «el contexto en el que se participa» (B1.5); explicitar qué se entiende por metodologías participativas y por lo «sostenible y ecológico».	Solapamiento conceptual (B1.3: Md = 3,5; B1.4: M = 3,39); ambigüedad semántica (B1.5, B1.7); redundancia (B1.1 ≈ 1.8; B1.2 ≈ 1.10; 1.16 ≈ 1.13); necesidad de operacionalización (1.11, 1.14).	Eliminar B1.3 y B1.4 por baja pertinencia; en pares redundantes conservar el de mayor puntaje; integrar 1.16 en 1.13; reformular B1.5, B1.6, 1.11, 1.12, 1.14 y 1.15.
Relacional (15 → 7)	«Algunas se encuentran o parecen repetidas»; «cualidades difíciles de establecer una unidad de medida»; la operacionalización como resultados de aprendizaje es «difícil de conseguir».	Redundancia entre indicadores originales y propuestas del panel (2.1/2.8, 2.3/2.10, 2.4/2.11, 2.5/2.12, 2.6/2.13, 2.7/2.9); necesidad de operacionalización (B2.3: redacción Md = 3, RIC = 2; B2.5: RIC = 2).	Fusionar pares conservando la versión de mejor puntaje; B2.2 (empatía) se integra en 2.9; 2.14 (acuerdos con la familia) no se retiene en esta dimensión.
Emocional (14 → 7)	La evaluación asume «marcos teóricos pre-establecidos», por ejemplo, emociones primarias y secundarias; evitar repetir «emocional» en la definición.	Ambigüedad semántica (B3.4 «dominio de su energía»: redacción M = 3,14; RIC = 2); redundancia (3.2/3.8, 3.3/3.10, 3.5/3.11, 3.6/3.13, 3.7/3.14); delimitación conceptual (B3.6 «conflictos» sin especificar).	Eliminar B3.4; fusionar pares; delimitar B3.6 a conflictos emocionales; reorientar 3.12 hacia intervención en crisis.
Ética (16 → 10)	«Lo genuinamente humano» es «subjetivo y ambiguo»; especificar «dilemático» y «decisiones prudentes»; 4.2, 4.3, 4.5 y 4.8 poco medibles; duplicados 4.1/4.8, 4.2/4.9 y 4.6/4.14.	Ambigüedad semántica (B4.1; B4.3: RIC = 2); redundancia (tres pares duplicados); necesidad de operacionalización (B4.5: redacción RIC = 1,5).	Fusionar duplicados; B4.3 se subsume en 4.11; B4.5 se ancla en 4.12; reformular B4.1, B4.6, B4.7, 4.10, 4.15 y 4.16.
Espiritual (17 → 10)	«No entiendo qué quiere decir» 5.3 («mundo del sentido») y 5.5 («problema y misterio»); «hay varias que se parecen y se pueden fusionar»; su conversión a resultados de aprendizaje es «compleja».	Ambigüedad semántica (B5.3: Md = 3; B5.5: M = 3,14; Md = 3); redundancia (5.1/5.10/5.12, 5.2/5.9, 5.4/5.11, 5.6/5.15, 5.3/5.8).	Eliminar B5.3 y B5.5 (Md < 3,5); fusionar pares conservando el de mejor puntaje.
Cultural (12 → 9)	6.3, 6.6 y 6.7 son «sumamente vagas» («visión cosmopolita», «globalización», «para su bien»); 6.3 «podría ir en competencia relacional»; 6.12 «otorga un sesgo» al hablar de «comunidades vulnerables»; la medicina complementaria no se ajusta a «responder a la diversidad cultural».	Ambigüedad semántica (6.3: redacción Md = 2; 6.6: Md = 2,5, RIC = 2,25); solapamiento conceptual (6.3 con Relacional); pertinencia cultural (6.11, 6.12); redundancia (6.1/6.2).	Eliminar 6.3 y 6.6; fusionar 6.1 y 6.2; reformular 6.7, 6.11 y 6.12.

Gestión (16 → 10)	«De manera eficiente» no logra medir la calidad del liderazgo; orientar 7.8 hacia «liderar procesos de retroalimentación»; ajustes de redacción propuestos para 7.2, 7.3, 7.10 y 7.12.	Delimitación conceptual (B7.2 «personas» se superpone con Relacional; redacción RIC = 2,5); redundancia (B7.1/7.7, B7.3/7.16, 7.12/7.15); ambigüedad (7.11 «entrevistas con propósito estratégico»; 7.13).	Eliminar B7.5, 7.11 y 7.13; fusionar pares; delimitar B7.2 al trabajo con equipos.

Nota: B = indicador del modelo original de Bermejo et al. (30); números sin prefijo = subcompetencias propuestas por el panel en la Primera ronda, según su numeración en el banco de la Segunda ronda. Entre paréntesis en la columna Competencia: n.º de subcompetencias evaluadas en la Segunda ronda → n.º con consenso en la Tercera ronda. Las expresiones entre comillas son extractos textuales de los comentarios abiertos del panel. M = media; Md = mediana; RIC = rango intercuartílico (escala 1–5).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de la tercera ronda de evaluación experta de subcompetencias según criterio (pertinencia y redacción).

Competencia	Subcompetencias	Pertinencia				Redacción				Consenso
		M	DT	Q1–Q3	RIC	M	DT	Q1–Q3	RIC	
Científico-técnica	1.1 Capacidad para comunicar información técnica de manera efectiva y eficiente.	4,69	0,6	5–5–5	0	4,31	0,63	4–4–5	1	C
	1.2 Capacidad para ejecutar procedimientos técnicos según estándares de calidad.	4,85	0,4	5–5–5	0	4,08	0,76	4–4–5	1	C
	1.3 Capacidad para actualizarse en evidencia científica.	4,85	0,4	5–5–5	0	4,00	0,71	4–4–4	0	C
	1.4 Capacidad para actuar conforme a la misión de la profesión, adaptando su aplicación a los requerimientos y objetivos del contexto específico.	4,85	0,4	5–5–5	0	4,15	0,69	4–4–5	1	C
	1.5 Capacidad para ajustar prácticas técnicas según los recursos y requerimientos específicos de distintos contextos profesionales.	4,92	0,3	5–5–5	0	4,38	0,51	4–4–5	1	C
	1.6 Capacidad para gestionar soluciones científicas integrando principios de sostenibilidad y responsabilidad ecológica.	5,00	0	5–5–5	0	4,08	0,64	4–4–4	0	C
	1.7 Capacidad para diseñar metodologías participativas en la identificación, análisis y resolución de problemas técnicos.	4,85	0,4	5–5–5	0	4,23	0,6	4–4–5	1	C
	1.8 Capacidad para diseñar y adaptar soluciones tecnológicas innovadoras e inclusivas.	4,92	0,3	5–5–5	0	4,23	0,73	4–4–5	1	C
	1.9 Capacidad para gestionar protocolos de seguridad y mitigación centrados en la	4,77	0,4	5–5–5	0	4,00	0,71	4–4–4	0	C

	protección de las personas en desastres.									
	1.10 Capacidad para desarrollar y ejecutar investigaciones técnico-científicas que contribuyan al avance del conocimiento en el área de desempeño.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,31	0,63	4-4-5	1	C
	2.1 Capacidad para escuchar activamente, demostrando comprensión y validación del mensaje del interlocutor.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,15	0,38	4-4-4	0	C
	2.2 Capacidad para comunicar de manera asertiva, asegurando claridad y respeto en la interacción.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,15	0,69	4-4-5	1	C
	2.3 Capacidad para personalizar la relación terapéutica en función del usuario y su contexto.	4,62	0,8	5-5-5	0	4,38	0,65	4-4-5	1	C
Relacional	2.4 Capacidad para gestionar la confrontación de manera respetuosa y orientada a la resolución.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,08	0,64	4-4-4	0	C
	2.5 Capacidad para aplicar la persuasión respetando la autonomía.	4,85	0,6	5-5-5	0	4,54	0,52	4-5-5	1	C
	2.6 Capacidad para fortalecer la adherencia terapéutica mediante diálogo, acuerdos y seguimiento.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,69	0,48	4-5-5	1	C
	2.7 Capacidad para transmitir noticias difíciles aplicando protocolos de comunicación efectiva.	5,00	0	5-5-5	0	4,46	0,66	4-5-5	1	C
Emocional	3.1 Capacidad para identificar emociones primarias y secundarias.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,15	0,69	4-4-5	1	C
	3.2 Capacidad para reconocer sentimientos y su impacto en la conducta.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,38	0,51	4-4-5	1	C
	3.3 Capacidad para aceptar y validar sentimientos y emociones.	4,62	0,8	5-5-5	0	4,46	0,66	4-5-5	1	C
	3.4 Capacidad para expresar asertivamente sentimientos y emociones.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,46	0,52	4-4-5	1	C
	3.5 Capacidad para mantener la calma y regular las emociones en situaciones de estrés.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,38	0,65	4-4-5	1	C
	3.6 Capacidad para la gestión competente de conflictos emocionales.	4,92	0,3	5-5-5	0	4,23	0,6	4-4-5	1	C

	3.7 Capacidad para brindar apoyo en crisis emocionales a través de la aplicación de primeros auxilios psicológicos.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,15	0,38	4-4-4	0	C
	4.1 Capacidad para actuar con coherencia y respeto por los valores propios y de los demás.	4,92	0,3	5-5-5	0	4,38	0,65	4-4-5	1	C
	4.2 Capacidad para identificar conflictos éticos y los valores en juego.	4,92	0,3	5-5-5	0	4,08	0,64	4-4-4	0	C
	4.3 Capacidad para analizar conflictos aplicando la normativa legal y deontológica.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,31	0,63	4-4-5	1	C
	4.4 Capacidad de argumentación racional ponderada en la toma de decisiones éticas.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,08	0,76	4-4-5	1	C
	4.5 Capacidad para garantizar la confidencialidad en la alianza terapéutica.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,08	0,64	4-4-4	0	C
Ética	4.6 Capacidad para resolver conflictos éticos con equidad, integridad y respeto por la dignidad humana.	4,77	0,6	5-5-5	0	4,00	0,58	4-4-4	0	C
	4.7 Capacidad para tomar decisiones prudentes y formular consultas al comité de ética cuando sea necesario.	4,77	0,6	5-5-5	0	4,38	0,65	4-4-5	1	C
	4.8 Capacidad para aplicar metodologías deliberativas en la toma de decisiones éticas.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,54	0,52	4-5-5	1	C
	4.9 Capacidad para construir una alianza terapéutica participativa con el usuario y/o familia en la resolución de dilemas éticos.	4,92	0,3	5-5-5	0	4,15	0,69	4-4-5	1	C
	4.10 Capacidad para identificar y analizar dilemas éticos en el uso de tecnologías y entornos digitales.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,31	0,48	4-4-5	1	C
Espiritual	5.1 Capacidad para reconocer y respetar las diversas formas de trascendencia según la perspectiva de cada persona.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,23	0,73	4-4-5	1	C
	5.2 Capacidad para reflexionar sobre el sentido de la vida.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,54	0,52	4-5-5	1	C
	5.3 Capacidad para reconocer y respetar lo transpersonal y trascendente en el sufrimiento, la naturaleza, el arte y las relaciones humanas.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,15	0,69	4-4-5	1	C
	5.4 Capacidad para identificar y facilitar el uso de recursos	4,85	0,4	5-5-5	0	4,31	0,75	4-4-5	1	C

	transpersonales, simbólicos y espirituales.									
	5.5 Capacidad para integrar enfoques tradicionales y antropológicos sobre el sufrimiento, la salud y el morir.	4,92	0,3	5-5-5	0	4,46	0,52	4-4-5	1	C
	5.6 Capacidad para aplicar hábitos de autocompasión y autocuidado para el bienestar personal y profesional.	4,62	0,8	5-5-5	0	4,38	0,77	4-5-5	1	C
	5.7 Capacidad para valorar y atender necesidades espirituales.	4,77	0,6	5-5-5	0	4,15	0,69	4-4-5	1	C
	5.8 Capacidad para diseñar e implementar intervenciones en el cuidado espiritual.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,31	0,75	4-4-5	1	C
	5.9 Capacidad para explorar el propio mundo simbólico y espiritual.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,31	0,63	4-4-5	1	C
	5.10 Capacidad para integrar perspectivas espirituales en el acompañamiento del duelo.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,31	0,75	4-4-5	1	C
Cultural	6.1 Capacidad para reconocer y valorar la diversidad de valores y estilos de vida.	4,92	0,3	5-5-5	0	4,08	0,76	4-4-5	1	C
	6.2 Capacidad para identificar y analizar componentes culturales y sus significados.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,08	0,76	4-4-5	1	C
	6.3 Capacidad para comunicarse y mediar en contextos interculturales.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,31	0,63	4-4-5	1	C
	6.4 Capacidad para analizar la evolución de las identidades culturales en contextos de cambio social y globalización.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,23	0,6	4-4-5	1	C
	6.5 Capacidad para integrar enfoques de derechos humanos y género en el análisis cultural.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,08	0,64	4-4-4	0	C
	6.6 Capacidad para promover la diversidad e inclusión en contextos multiculturales.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,23	0,6	4-4-5	1	C
	6.7 Capacidad para implementar metodologías participativas y vinculantes con la comunidad.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,08	0,49	4-4-4	0	C
	6.8 Capacidad para integrar conocimientos ancestrales y medicina complementaria en la atención de salud.	4,92	0,3	5-5-5	0	4,15	0,8	4-4-5	1	C
	6.9 Capacidad para diseñar intervenciones culturales adaptadas y respetuosas con las comunidades.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,54	0,66	4-5-5	1	C

Gestión	7.1 Capacidad para acompañar y brindar apoyo efectivo a equipos.	4,92	0,3	5-5-5	0	4,31	0,63	4-4-5	1	C
	7.2 Capacidad para recibir y proporcionar retroalimentación constructiva desde el liderazgo.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,23	0,73	4-4-5	1	C
	7.3 Capacidad para resolver conflictos en la gestión de equipos.	4,77	0,6	5-5-5	0	4,46	0,66	4-5-5	1	C
	7.4 Capacidad para tomar decisiones y valorar el impacto.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,31	0,63	4-4-5	1	C
	7.5 Capacidad para manejar criterios de calidad en la profesión y sus indicadores.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,54	0,52	4-5-5	1	C
	7.6 Capacidad para gestionar procesos presenciales y digitales centrados en la persona.	4,77	0,4	5-5-5	0	4,23	0,6	4-4-5	1	C
	7.7 Capacidad para aplicar herramientas digitales en la gestión y toma de decisiones estratégicas.	4,85	0,4	5-5-5	0	4,38	0,51	4-4-5	1	C
	7.8 Capacidad para gestionar el diseño y adaptación de entornos físicos centrados en la experiencia usuaria.	4,62	0,8	5-5-5	0	4,54	0,52	4-5-5	1	C
	7.9 Capacidad de liderazgo.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,23	0,6	4-4-5	1	C
	7.10 Capacidad para gestionar equipos interdisciplinarios e intergeneracionales.	4,69	0,6	5-5-5	0	4,38	0,65	4-4-5	1	C

Nota: M = media; Q1 = 1.er cuartil; Q2 = 2.do cuartil (mediana); Q3 = 3.er cuartil; DT = desviación típica; RIC = rango intercuartílico; C = consenso alcanzado.

4. Discusión

4.1 Aporte conceptual de la contextualización del modelo

El proceso desarrollado no se limitó a una adaptación semántica del modelo de Bermejo et al. (30), sino que incorporó una ampliación conceptual a partir de subcompetencias emergentes del panel chileno. Este enfoque es consistente con investigaciones metodológicas que combinan la obtención de evidencia de contenido con la expansión o construcción de componentes mediante técnica Delphi modificada (40-42).

Desde el punto de vista sustantivo, los resultados son coherentes con una concepción de la humanización como marco competencial integral, más que como un atributo individual aislado. La competencia científico-técnica con consenso se alinea con marcos internacionales que destacan la gestión de la información y la actualización permanente en evidencia (29, 43), y el énfasis en la adaptación de las prácticas a distintos contextos se vincula con enfoques de salud pública que priorizan la flexibilidad y la planificación estratégica de la fuerza laboral (27, 28). La competencia relacional, centrada en la escucha activa, la comunicación asertiva y la gestión de la confrontación, converge con la evidencia en medicina de urgencias e interprofesionalidad, donde la comunicación y el rol colaborativo constituyen pilares del desempeño clínico (38, 44). Las subcompetencias emocionales vinculadas a la identificación, la regulación y el apoyo en crisis dialogan con

investigaciones que sitúan la regulación afectiva como requisito de una atención segura y respetuosa, especialmente en urgencias y salud mental (45), y con la importancia del manejo emocional en entornos de vulnerabilidad social (28).

La competencia ética coincide con marcos que priorizan el respeto, la confidencialidad y la deliberación prudente, en consonancia con la necesidad de una comunicación ética para reducir barreras estructurales (39) y de una toma de decisiones responsable frente a dilemas complejos (46). Las competencias espiritual y cultural adquieren particular relevancia: la primera, presente en el modelo original (30), se amplió con contenidos como la autocompasión y el acompañamiento del duelo; la segunda, que incorpora diversidad, saberes ancestrales y medicina complementaria, dialoga con enfoques de salud global orientados a la equidad, la inclusión y la sensibilidad intercultural (44, 47). Finalmente, la competencia de gestión indica que la humanización depende también de capacidades organizacionales y de liderazgo, en línea con la literatura que destaca la coordinación intersectorial y la toma de decisiones estratégicas en la gobernanza sanitaria (29, 48); la inclusión de la gestión digital y del diseño de entornos centrados en la experiencia usuaria refleja, además, la necesidad de articular humanización y transformación tecnológica.

4.2 Alcance de la evidencia basada en el contenido

El consenso alcanzado indica que, para este panel, las 63 subcompetencias son pertinentes y están formuladas con claridad suficiente para representar el constructo en el contexto chileno. Esta es la evidencia que el enfoque unificado de la validez asigna al contenido: documentar la definición del dominio y la representatividad de sus componentes (31). La técnica Delphi es un recurso pertinente en esta etapa, especialmente cuando se articula con criterios estadísticos que permiten estimar la suficiencia del consenso más que una concordancia absoluta (32). Sin embargo, el consenso de un panel no equivale a generalización externa, ni la pertinencia de un contenido asegura que pueda medirse de forma fiable: ambas cuestiones requieren evidencia procedente de otras fuentes.

4.3 Contribución de los aportes cualitativos

Los aportes cualitativos fueron determinantes para transformar un conjunto amplio y parcialmente redundante de formulaciones en un marco más depurado. Su contribución puede describirse en cinco movimientos: ampliar el modelo con contenidos no explicitados originalmente, como los primeros auxilios psicológicos, la autocompasión o el duelo; delimitar el alcance de ítems difusos, como los conflictos emocionales o el apoyo a equipos; depurar redundancias entre indicadores originales y propuestas del panel; contextualizar formulaciones, sustituyendo expresiones potencialmente estigmatizantes; y reorganizar contenidos que se superponían entre competencias, como el trabajo en equipo y el liderazgo. Así, el juicio experto no solo respaldó la pertinencia del contenido, sino que lo reformuló. Las advertencias del panel sobre la dificultad de traducir algunas cualidades relacionales y espirituales en unidades de medida anticipan, además, desafíos concretos para la fase de operacionalización.

4.4 Implicaciones curriculares

El marco resultante puede contribuir a la integración curricular de la humanización. Frente a la tendencia a considerar estas competencias como «blandas» y secundarias (13) y a su presencia desigual y poco sistemática en los planes de estudio (14,15), un marco con definiciones y subcompetencias explícitas ofrece un lenguaje común para formular resultados de aprendizaje, distribuirlos a lo largo de la formación de grado y posgrado, orientar la educación continua y el desarrollo docente, y diseñar futuras estrategias de evaluación. La identificación de brechas formativas en competencias comunicacionales en programas de maestría en salud pública (49) y la propuesta de la práctica humanística como resultado de aprendizaje en la educación médica (21) ilustran la necesidad de este tipo de referentes. Con todo, estas aplicaciones constituyen posibilidades

que deberán examinarse empíricamente: el presente estudio no aporta evidencia sobre la implementación curricular del marco ni sobre su impacto formativo.

5. Limitaciones

Los resultados deben interpretarse considerando las delimitaciones propias de una fase inicial de desarrollo. En primer lugar, el panel estuvo conformado por 14 expertos seleccionados mediante muestreo intencional, lo que privilegia la experticia y la diversidad disciplinar por sobre la representatividad estadística; el consenso obtenido refleja el juicio de este panel y no permite generalizar los hallazgos a otras poblaciones de profesionales. En segundo lugar, la heterogeneidad disciplinar, que enriqueció la valoración de las distintas dimensiones del constructo, pudo limitar la profundidad del análisis desde la perspectiva específica de la educación médica. En tercer lugar, se generó exclusivamente evidencia de validez basada en el contenido, circunscrita a la pertinencia y la claridad de las subcompetencias; no se evaluaron estructura interna, fiabilidad, estabilidad ni relaciones con otras variables, por lo que el marco no debe considerarse un instrumento psicométricamente validado. Asimismo, los criterios de consenso (mediana $\geq 4,0$; RIC ≤ 1) corresponden a umbrales convencionales de suficiencia de acuerdo y no implican unanimidad. Por último, el estudio no examinó la aplicabilidad educativa del marco ni su impacto formativo. Estas cuestiones, junto con la verificación empírica de la dimensionalidad y la consistencia del constructo ampliado, constituyen líneas prioritarias para las siguientes etapas de investigación.

6. Conclusiones

- Este estudio aporta evidencia inicial de validez basada en el contenido para un marco de competencias en humanización contextualizado al ámbito chileno. Mediante un proceso Delphi de tres rondas, un panel interdisciplinario alcanzó consenso sobre 63 subcompetencias organizadas en siete dimensiones (científico-técnica, relacional, emocional, ética, espiritual, cultural y de gestión), lo que respalda la pertinencia contextual del modelo propuesto por Bermejo et al. (30) y, a la vez, permitió ampliarlo y depurarlo a partir del juicio experto.
- Los hallazgos refuerzan la comprensión de la humanización como un conjunto articulado de capacidades que trasciende las actitudes individuales y que puede ser objeto de formación intencionada. El marco no constituye todavía un instrumento de evaluación, pero ofrece una base para orientar la formulación de resultados de aprendizaje, la integración curricular en la formación de grado, posgrado y educación continua, y los posteriores procesos de operacionalización y evaluación psicométrica.

Financiación: No ha habido financiación.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Contribuciones de los autores: CAAB: Diseño, recolección de datos, tabulación, análisis de datos, desarrollo y redacción del artículo. AAO: recolección de datos, tabulación, revisión y corrección del artículo. FRSS: Asesoría en la temática, revisión y corrección del artículo.

7. Referencias.

1. Ávila-Morales JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*. 2017, 30, 216–229. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>
2. Roupá A, Patelarou A, Giakoumidakis K, et al. Measurement of dehumanization, self-dehumanization, and empathy as mediating factors among healthcare professionals. *Healthcare*. 2025, 13, 75. <https://doi.org/10.3390/healthcare13010075>
3. Sarwar A, Khan J, Muhammad L, et al. Relationship between organisational dehumanization and nurses' deviant behaviours: a moderated mediation model. *J Nurs Manag*. 2021, 29, 1036–1045. <https://doi.org/10.1111/jonm.13241>.

4. Decety J, Yang CY, Cheng Y. Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *NeuroImage*. **2010**, 50, 1676–1682. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.01.025>.
5. Hoogendoorn CJ, Rodríguez ND. Rethinking dehumanization, empathy, and burnout in healthcare contexts. *Curr Opin Behav Sci*. **2023**, 52, 101285. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101285>
6. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol*. **1957**, 21, 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
7. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, et al. Humanization of nursing care: a systematic review. *Front Med*. **2024**, 11, 1446701. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
8. Freire P. *Pedagogia do oprimido*, 62.^a ed.; Paz e Terra: São Paulo, **2016**.
9. Jofré P, Vergara R, Irrázaval L. Phenomenology of moral distress: implications for the humanization of medical education and practice. *Rev Med Chile*. **2023**, 151, 934–940. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872023000700934>
10. Jilowa S, Nisha P, Valecha A, et al. Dehumanization: forms, consequences, and pathways to rehumanization. *Int J Psychol Res*. **2025**, 7, 81–85. <https://doi.org/10.33545/26648903.2025.v7.i2b.97>
11. Busch IM, Moretti F, Travaini G, et al. Humanization of care: key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient*. **2019**, 12, 461–474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
12. Hamad AA, Mustaffa DB, Alnajjar AZ, et al. Decolonizing medical education: a systematic review of educational language barriers in countries using foreign languages for instruction. *BMC Med Educ*. **2025**, 25, 701. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07251-2>.
13. García-Estañ López J. El error de lo «blando»: reivindicando las habilidades esenciales en la medicina. *Edumed*. **2026**, 7, 3. <https://doi.org/10.6018/edumed.708651>
14. Gorkemli HN. ¿Están las habilidades blandas de los médicos adecuadamente respaldadas por los planes de estudio de medicina? Un estudio sobre las facultades de Medicina en Turquía. *Edumed*. **2026**, 7, 5. <https://doi.org/10.6018/edumed.719691>
15. Lugo-Machado JA, Ortega Villa RE, Espinoza Morales DI, et al. Habilidades blandas en la Educación en Ciencias de la Salud: revisión de alcance sobre su integración curricular. *Edumed*. **2026**, 7, 1. <https://doi.org/10.6018/edumed.690921>.
16. Volpe RL, Hausman BL, Dalke KB. A new construct in undergraduate medical education health humanities outcomes: humanistic practice. *J Med Humanit*. **2024**, 45, 325–332. <https://doi.org/10.1007/s10912-024-09847-z>
17. Sueiras P, Romano-Betech V, Vergil-Salgado A, et al. Today's medical self and the other: challenges and evolving solutions for enhanced humanization and quality of care. *PLoS ONE*. **2017**, 12, e0181514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181514>
18. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP*. **2006**, 40, 221–227. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200010>
19. Obando Cabezas L. Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario. En *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario*; Editorial Universidad Santiago de Cali: Cali, **2020**; pp. 19–49. <https://doi.org/10.35985/9789585147164.1>
20. Lina M, Qin G, Yang L. Mediating effects of emotional intelligence on the relationship between empathy and humanistic care ability in nursing students: a cross-sectional descriptive study. *Medicine (Baltimore)*. **2022**, 101, e31673. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000031673>
21. Wang YH, Liao HC. The use of social cognitive learning for humanistic professional role modelling: impacts on awareness of humanistic professionalism, caring behaviour, and transitional anxiety. *Ann Med*. **2023**, 55, 1194–1208. <https://doi.org/10.1080/07853890.2023.2189747>

22. Chen G. The effective reduction of violence against doctors through the improvement of medical humanistic care. *J Multidiscip Healthc.* **2023**, 16, 1403–1407. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S411674>
23. Luo M, Pang J, Xie S, et al. A study of the correlation between residents' humanistic care skills and their level of emotional intelligence: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ.* **2024**, 24, 1136. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06097-4>
24. Padilla García CI, Jiménez Becerra I. Mediación tecnológica y humanización del cuidado de enfermería: revisión sistemática de literatura. *Rev Cuidarte.* **2024**, 15, e3537. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3537>
25. Zhang J, Tian Y. Final-year nursing students' perceptions of humanistic education in nursing: a cross-sectional descriptive study. *BMC Med Educ.* **2024**, 24, 392. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05377-3>
26. Beltrán CA, Ramírez DC, Acevedo R. Competencias básicas para las sedes de salud: una revisión sistemática y metasíntesis. *Rev Gerenc Políticas Salud.* **2020**, 19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19-38.cbss>
27. MacKay M, Ford C, Grant LE, et al. Developing public health competency statements and frameworks: a scoping review and thematic analysis of approaches. *BMC Public Health.* **2023**, 23, 2240. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17182-6>
28. Sultan MA, Miller E, Tikkanen RS, et al. Competency-based education and training for community health workers: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* **2025**, 25, 263. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12217-7>
29. Doshmangir L, Alipouri Sakha M, Mostafavi H, et al. Essential core competencies for health policy graduates: a multi-method consensus type study. *Health Res Policy Syst.* **2024**, 22, 136. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01221-8>
30. Bermejo JC, Muñoz C, Villaceros M. Conceptualización de la competencia profesional en el ámbito de la humanización de la salud: estudio Delphi. *Rev Ética Cuid.* **2021**, 14, e13869. <https://ciberindex.com/c/et/e13869>
31. American Educational Research Association; American Psychological Association; National Council on Measurement in Education. *Standards for Educational and Psychological Testing*; AERA: Washington, DC, **2014**.
32. Silva MRD, Montilha RDCI. Contribuições da técnica Delphi para a validação de uma avaliação de terapia ocupacional em deficiência visual. *Cad Bras Ter Ocup.* **2021**, 29, e2863. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2163>
33. Best RW, Campbell JT, Edwards MC, et al. An overview of the Delphi method's origin, modifications, and use to augment instrument development and data collection: a research note. *J Int Agric Ext Educ.* **2025**, 32, 4. <https://doi.org/10.4148/2831-5960.1497>
34. Al-Qutaish RE. Delphi method: a comprehensive literature review. *Int J Softw Eng.* **2025**, 12.
35. Trevelyan EG, Robinson N. Delphi methodology in health research: how to do it? *Eur J Integr Med.* **2015**, 7, 423–428. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2015.07.002>
36. Shang Z. Use of Delphi in health sciences research: a narrative review. *Medicine (Baltimore).* **2023**, 102, e32829. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032829>
37. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* **2006**, 3, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
38. Basauri Savelli S, Brinkmann Bizama M, Garrido Valdebenito M, et al. Identificación de competencias para la medicina de urgencia en Chile: técnica Delphi modificada. *Educ Med.* **2024**, 25, 100935. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2024.100935>
39. Tsai HY, Lee SD, Coleman C, et al. Health literacy competency requirements for health professionals: a Delphi consensus study in Taiwan. *BMC Med Educ.* **2024**, 24, 209. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05198-4>

40. Almohanna AAS, Win KT, Meedya S, et al. Design and content validation of an instrument measuring user perception of the persuasive design principles in a breastfeeding mHealth app: a modified Delphi study. *Int J Med Inform.* **2022**, 164, 104789. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104789>
41. Bull C, Crilly J, Latimer S, et al. Establishing the content validity of a new emergency department patient-reported experience measure (ED PREM): a Delphi study. *BMC Emerg Med.* **2022**, 22, 65. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00617-5>
42. Zanetoni TC, Cucolo DF, Perroca MG. Alta hospitalar responsável: validação de conteúdo de atividades do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm.* **2022**, 43, e20210044. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210044.pt>
43. MacKay M, Ford C, Grant LE, et al. Developing competencies in public health: a scoping review of the literature on developing competency frameworks and student and workforce development. *Front Public Health.* **2024**, 12, 1332412. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1332412>
44. Jogerst K, Callender B, Adams V, et al. Identifying interprofessional global health competencies for 21st-century health professionals. *Ann Glob Health.* **2015**, 81, 239–247. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2015.03.006>
45. Andersson H, Carlsson J, Karlsson L, et al. Competency requirements for the assessment of patients with mental illness in somatic emergency care: a modified Delphi study from the nurses' perspective. *Int Emerg Nurs.* **2020**, 50, 100873. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100873>
46. Liu H, Yin Y, et al. Evaluation of self-reported public health emergency competencies among civil aviation staff in China: a pilot study. *BMC Public Health.* **2024**, 24, 2014. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-12014-5>
47. Sawleshwarkar S, Negin J. A review of global health competencies for postgraduate public health education. *Front Public Health.* **2017**, 5, 46. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00046>
48. Tollmann P, Dieterich S, Kuchler M, et al. Role and competency model for coordination tasks in municipal health promotion: findings from an integrative review. *BMC Public Health.* **2025**, 25, 724. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21689-5>
49. MacKay M, McAlpine D, Grant LE, et al. Assessing communication competencies in Canadian MPH program curriculum: a content analysis. *Public Health Rep.* **2025**, 140, 1–9. <https://doi.org/10.1177/00333549241308524>



© 2026 University of Murcia. Submitted for open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 Spain License (CC BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)