

El valor de la humanización

Añó Consuegra, E.

Responsable Área Humanización y Trabajo Social.

No estamos tan lejos. La sociedad lo reclama a gritos. La bibliografía lo soporta. Los profesionales lo hacemos posible¹

No estamos tan lejos

Cuanto tiempo hablando de Humanización. El INSALUD, en 1984 desplegaba el primer Plan de Humanización, y ya nos contaba que *la enfermedad genera, tanto en el paciente como en su entorno familiar y social, una situación de indefensión que le hace sentirse desvalido, por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible*, planteando tanto la propia tecnificación de la Medicina, como la *masificación despersonalizada* como riesgos en cuanto a la deshumanización.

Así es; la humanización de la Asistencia Sanitaria nos viene acompañando en nuestros sistemas de Salud como una especie de reto permanente y en continua construcción; actualmente asistimos a un cambio de paradigma mundial donde los sistemas sanitarios necesitan mejorar su diseño y poner el foco en las personas (de verdad).

Pero la sensibilidad hacia el movimiento humanizador ha cambiado en los últimos años y se va haciendo cada vez más perceptible en nosotros como profesionales y en las organizaciones en las que trabajamos. Aquella materia blanda, con poco fundamento, estancada en un relato romántico, humo incluso para algunos, toma consistencia, compromiso y rigor en un proceso de tiempo y trabajo que no es fácil, y que de asignatura maría no tiene nada. En palabras de Joan Carles March², humanizar no es buenismo, sino promover la excelencia profesional con los medios humanos, tecnológicos y actitudes necesarias. Y esto también requiere inversión económica y un conjunto de áreas de mejora a través de la escucha de los protagonistas. Tampoco humanizar se reduce a un trato cortés, agradable y amable por parte de los profesionales (que también); trabajar la humanización, es profundizar

más en las organizaciones, es algo más arduo que requiere un mayor compromiso.

Por tanto, podemos decir que, humanizar no es más (ni menos tampoco) que incorporar mejoras, innovaciones en nuestros servicios/sistemas sanitarios desde la perspectiva de las personas, desde sus verdaderas necesidades como persona, la humanización la conforman actuaciones que van *más allá de medidas que impactan en capas visibles colocando elementos meramente estéticos y de marketing...*³.

Aunque ahora para algunos aún forma parte de una moda pasajera, la realidad, es que se perciben otras formas de sentir y entender la humanización, y poco tiene esto de fortuito.

La humanización ha sido y es una cuestión prioritaria para el Sistema Sanitario Público en Castilla-La Mancha, y actualmente constituye uno de los cuatro pilares clave de las políticas contempladas en el Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 25. En el recién publicado Plan de humanización de la Asistencia Sanitaria en CLM, un proceso participativo, concluyó en esta definición: *Entendemos la Humanización de la Asistencia Sanitaria y Sociosanitaria como un proceso en el que se despliegan un conjunto de valores y actuaciones orientados a conseguir una atención centrada en las personas, basada fundamentalmente en el respeto, la escucha activa, la participación y la empatía, con un enfoque integral que tenga en cuenta, además, la importancia y el cuidado de los profesionales.*

Para llegar hasta aquí, se han dado pasos muy importantes a lo largo del tiempo, pero uno de los mayores y más esperado impulso, se produce en junio del pasado año, cuando tras un intenso y largo trabajo desde la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad, se aprueba el **Decreto 72/2021, de 15 de junio**, de ordenación de las estructuras organizativas y gestión coordinada de las actuaciones

de Humanización de la Asistencia Sanitaria y Sociosanitaria de Castilla-la Mancha⁴.

Por fin teníamos en CLM, el marco legal en el que quedaban establecidas las estructuras organizativas necesarias para desarrollar la estrategia de humanización, y todo ello en un marco común de trabajo a nivel regional que nos dotaría de homogeneidad en los objetivos y actuaciones, así como en los mecanismos para su coordinación. Disponer de un instrumento legal ha facilitado también su empoderamiento, en un reconocimiento institucional sobre la importancia de trabajar la humanización en las organizaciones sanitarias.

La sociedad lo reclama a gritos

Sanitarios y pacientes reclaman rehumanizar o revolucionar el sistema de salud para hacer el proceso clínico más amable a la persona enferma⁵. Organizaciones, proyectos, rutinas, innovaciones, profesionales, tomamos conciencia del cambio de paradigma en los sistemas sanitarios, y enfocamos nuestra mirada a algo tan simple y complejo como lo que expone en su libro Joanna Goodrich⁶: Ver a la persona en el paciente. Y es que así es, esto de la humanización, se despliega ante algo tan evidente como que no atendemos enfermedades sino a personas, familias y comunidades con problemas de salud; son las personas las que la sufren, y la sufren en todas sus dimensiones.

Y esto mucho tiene que ver con el concepto experiencia de paciente, que nace desde esta conceptualización de persona y sus dimensiones.

En los últimos años, en el sector empresarial el término satisfacción del cliente va dando paso a un concepto algo más amplio y complejo de medir y gestionar, la experiencia de cliente. De forma muy abreviada, podemos entenderlo como el querer ahondar en la relación que vive el cliente con la empresa, durante todo su proceso de interacción, y conocer el impacto que puede tener su producto/servicio en la vida de las personas.

Pues bien, en el ámbito sanitario, este concepto, toma si cabe, mayor complejidad e importancia. Cualquier interacción en cualquier empresa u organización, no es comparable con una interacción en un servicio público de salud; no hablamos de una relación como cliente, consumidor de un servicio al que optas ir, si no que hablamos de una relación de

ayuda, en un momento de vulnerabilidad para la persona, en la que la intensidad de los sentimientos y emociones que se despiertan, no es comparable a otros procesos. Es un momento de la verdad en la vida de las personas (pacientes y familias), y lo es porque afecta a todos los aspectos de nuestra vida en ese momento. Como lo han llamado algunos expertos en gestión sanitaria, la experiencia del paciente es una experiencia de corazón, nos va la vida en ello, como dice la canción.

Adentrándonos más en este concepto, la experiencia como paciente, la vamos conformando a partir de multitud de vivencias durante todo el proceso de atención⁷, y vendrá definida o determinada por distintas dimensiones. A saber:

Vivimos una experiencia física, en la que los síntomas de nuestro cuerpo, el dolor, los efectos del tratamiento serán aspectos fundamentales que conformarán esta dimensión: Tuve un dolor insoportable y lograron calmármelo, no me podía mover, no era capaz de vestirme, Qué bien me sentí cuando podía dormir, estaba descansado...

Vivimos una experiencia asistencial. Los procesos o circuitos asistenciales que sigamos, los profesionales que nos atienden, la seguridad o la eficacia de los tratamientos formarán parte de la concepción de esta experiencia: Me llamaron de Programación Quirúrgica para darme la cita para 7 meses, la enfermera me curaba la úlcera cada mañana, Primero me vio un neurólogo, me solicitó unas pruebas y después me atendió otro...

Vivimos una experiencia emocional, en la que durante todo el proceso asistencial, como paciente o familiar, sentimos miedo, tristeza, incertidumbre, esperanza...: Me sentí sola...el momento que más miedo pasé en mi vida, pero el anestesista me miró y me dijo que él estaría ahí a mi lado...todo cambió..., no supe su nombre pero nunca me olvidaré de la enfermera que me atendió

Vivimos una experiencia social. La enfermedad produce un desequilibrio en nuestro entorno socio-familiar y laboral: Lo que más me agobiaba era pensar cómo nos íbamos a apañar a la vuelta a casa con mi falta de autonomía Me hubiera gustado conocer mi alta de UCI con anterioridad para que mi familia le hubiese dado tiempo a organizarse, porque con los niños...

Y por último, vivimos también la llamada experiencia simbólica, entendida como la carga simbólica y cultural que tenemos sobre la enfermedad: cuando me informaron que tenía cáncer, pensé que me iba a morir ingresaban a mi hijo en psiquiatría, viví aquello como si le fuesen a meter en la cárcel.

Como vemos, la experiencia del paciente es un viaje intenso, conformado por la suma de estas cinco experiencias: dos de ellas (la física y asistencial) notoriamente visibles desde un enfoque clínico y terapéutico, pero las tres restantes (social, emocional y simbólica), aún desde la invisibilidad, debemos ser conscientes del gran peso que suponen en esa conformación global de la experiencia. En definitiva, en palabras de Victor Montori, vivencias de alta intensidad⁸, que así mismo deben ser tratadas, sin quedarse en una respuesta puramente técnica.

Situándonos en esta perspectiva, facilita comprender mejor el valor de la humanización, y su papel en conocer la vivencia generada en los pacientes en todo este viaje de interacciones con nuestra organización, advertir estos aspectos importantes para el paciente y familia, y poder desarrollar actuaciones, actitudes, competencias, que, en definitiva, mejoren experiencias de vida.

Ante esto, los modos, las formas que tenga la Organización Sanitaria de atender, tratar a sus pacientes como personas, será pieza clave de la Calidad que ofrece⁹. El valor de la humanización, reside de forma contundente, en su capacidad de transformar experiencias.

La bibliografía lo soporta (también el método)

Los argumentos a favor de un Servicio de Salud humanizado y que incorpora la experiencia del paciente en su gestión, son sólidos.

En primer lugar, y sin duda de mayor relevancia, podríamos nombrar el imperativo moral y humano en un servicio público de proteger a las personas en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, concretamente en salud, luchar por la recuperación y la curación, y favorecer su bienestar y la humanidad del cuidado.

Pero, asimismo, cada vez es mayor la evidencia científica que avala este modelo. De forma muy

abreviada, veámoslo en tres aspectos fundamentales:

- **Mejores resultados en salud.** Estudios que nos muestran una asociación positiva entre experiencia del paciente, seguridad del paciente y la efectividad clínica¹⁰; de igual manera, estudios clínicos que muestran que la ansiedad y el miedo retrasan la curación^{11,12}. También la comunicación e información, como componente fundamental de la experiencia del paciente, puede contribuir positivamente en el bienestar del paciente y acelerar su recuperación^{13,14}. Asimismo, Pacientes satisfechos, son más receptivos (mejor adherencia)^{15,16}.
- **Aumento de la motivación y satisfacción laboral del profesional,** desde el punto de vista de la influencia que tiene en los profesionales la calidad de la relación con el paciente: Un paciente satisfecho, mejora la confianza y relación profesional-paciente, y ésta a su vez, influye positivamente en la satisfacción laboral del profesional^{17,18}.
- **Impacto en términos de Gestión,** pudiendo influir en aspectos tales como retención del talento; los profesionales queremos trabajar en organizaciones que intenten garantizar una calidad en la atención¹⁹. De igual modo, trabajar con metodologías de experiencia del paciente permite orientar y adecuar el diseño de servicios a las necesidades reales de pacientes, favoreciendo la eficiencia y eficacia^{20,21}.

También el método lo soporta. Entendiendo la Humanización como un proceso de mejora centrado en las personas, en el plano de la gestión, en aras a humanizar políticas, procesos, organizaciones, es crítico y clave descubrir y actuar en lo que el paciente (y familiar) está viviendo; sólo así podremos ser capaces de responder a sus verdaderas necesidades.

Al planteamos un proyecto, un proceso innovador en humanización, es fundamental, parar y cuestionarnos qué necesita el paciente/familiar en esta situación. En este punto, dar el paso de preguntar a los protagonistas de ese viaje, es algo esencial, pues nos permitirá salir de esa perspectiva organizacional, clínica, puramente asistencial,

y situarnos en su vivencia como persona. Si no logramos ponernos estas gafas, corremos el riesgo de caer en iniciativas o proyectos que requieran de mucho esfuerzo e incluso recursos, pero de poco valor para los pacientes y familias.

En este sentido, el modelo experiencia de paciente es una herramienta metodológica fundamental en humanización; a través de técnicas y procesos participativos (*Patient Journey*, Mapas de empatía, grupos focales etc.), permite escuchar, pensar y diseñar con el paciente procesos, espacios, servicios y/o productos que logren generar mejores experiencias en la atención sanitaria. La literatura nos muestra cada vez más recomendaciones y orientaciones hacia implementar este modelo en gestión sanitaria²²⁻²⁴

Los profesionales lo hacen posible.

Se ha dicho en muchas ocasiones que la tecnología principal en humanización somos los profesionales; pero además de constituir uno de los principales agentes en humanización, es importante también considerar que *no hay sanidad humanizada, sin que los profesionales de la salud perciban un trato humano en su entorno de trabajo...Para ello es fundamental favorecer una comunicación adecuada, fomentar su participación, reconocer sus esfuerzos y logros, promocionar la formación y capacitación y, en definitiva, poner en valor la profesionalización y la vocación*²⁵. En este sentido, uno de los cinco vectores que conforman el Plan de Humanización en CLM (Vector 3), va orientado a actuaciones dirigidas al Cuidado y bienestar de los profesionales, a través de dos líneas fundamentales: la primera de ellas orientada al Reconocimiento profesional, y la segunda Apoyo, desarrollo y protección de los profesionales.

Y es que efectivamente, al final de todo esto, nosotros como profesionales, lo tenemos en nuestras manos, lo estamos haciendo posible. La humanización no viene a recordarnos a los profesionales las cosas que hacemos mal, ni lo buenos que tenemos que ser como personas, no es una amenaza, es una mirada y una herramienta, viene a aportar mayor valor si cabe a lo que hacemos, y a cuidarnos como profesionales para desempeñar nuestro trabajo en mejores condiciones y con mejores resultados. Se convierte pues, en una oportunidad para la excelencia profesional.

Y una pequeña muestra de ello lo pudimos ver en el salón de actos en nuestro hospital, el pasado 22 de Junio, en la Jornada de presentación del Plan de Humanización en CLM, donde distintos profesionales (también pacientes) pudimos contar y compartir algunas de las experiencias, proyectos y buenas prácticas que se están desarrollando actualmente en la GAICR (Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real), enmarcados en los vectores de actuación del Plan de Humanización de Castilla La-Mancha.

Miembros del Comité de Calidad Percibida, mostraron algunas de las técnicas participativas más avanzadas que se están llevando a cabo con pacientes y familias para conocer la experiencia del paciente e identificar posibles mejoras en distintos servicios y que ayudan a enfocar proyectos concretos (El viaje de papa y mamá en la UCI neonatal, Entrevistas a pacientes y familiares de la Unidad de Cuidados Paliativos, Grupos Focales, pacientes atendidos en la UCI entre otros). También profesionales y familiares de la Unidad de Continuidad Asistencial de la GAICR (UCAPI), pusieron en valor estas técnicas y las mejoras que habían podido implementar a partir de la escucha de pacientes y familiares en esta Unidad.

Desde el Área de Investigación, Docencia, Formación, Calidad y Biblioteca de la GAICR (IDFCyB), se expusieron algunas de las estrategias formativas y docentes en humanización. Por una parte, a través del Centro de Simulación Avanzada, cómo se está entrenando con los profesionales para facilitar la incorporación de aspectos relacionados con la humanización en su labor cotidiana (información, empatía, habilidades de comunicación etc.); por otra, desde la perspectiva de la gestión del conocimiento introduciendo la cultura de Humanización en futuros profesionales, se mostraron varias iniciativas entre las que destaca la formación de los alumnos de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y Técnicos de Radiología del Instituto, o el programa de Voluntariado por parte de alumnos de la Facultad de Medicina de Ciudad Real, que está pilotándose actualmente en el Centro sociosanitario Ciudad de matrimonios nuestra señora del Carmen de Ciudad Real.

Por otra parte, equipos de diversas áreas, esbozaron algunos proyectos de humanización desple-

gados en distintos ámbitos, como fueron el Proyecto para la mejora de la información a pacientes y familiares en el Servicio de Urgencias o el proyecto llevado a cabo en el Servicio de Anestesiología y Reanimación para paliar el dolor agudo en pacientes desde una perspectiva humanizadora. También en distintas etapas vitales, como los proyectos de Humanización en Obstetricia (Cesárea Humanizada, Paritour, Atención muerte perinatal, Comité de lactancia-IHAN), o los Grupos de Ayuda Mutua sobre Envejecimiento Activo desplegados en los Centros de Salud desde el Servicio de Trabajo Social.

Diez preguntas poderosas en Humanización.

Si queremos prestar un servicio de calidad, debemos ofrecer un servicio humanizado. Como sabemos, el concepto de Calidad Asistencial en los Servicios de Salud se define no sólo en términos de Calidad Científico-Técnica (eficacia, efectividad, adecuación, competencia técnica, seguridad.), sino también en términos de Calidad Percibida, entendida como la evaluación (subjetiva) que los pacientes/familiares realizan de la totalidad de su proceso asistencial, valorando también otros elementos más allá de los científico-técnicos, como la información, la accesibilidad al sistema sanitario, el trato, el confort, la atención emocional, la continuidad de cuidados, su autonomía o participación en el proceso. Estos aspectos están puestos para el paciente y el familiar, en el corazón de la Calidad, en el corazón de la asistencia. Nunca sentirá, vivirá un servicio de calidad si descuidamos estos aspectos. Nunca podremos hablar de Calidad, porque los pacientes quieren, desean y esperan un trato y atención humanizada.

En este sentido, nombrar algunas de las preguntas poderosas en humanización. Poderosas sí, porque haciéndonoslas desde cualquiera de los planos (estrategia institucional, gestión de proyectos o en el plano relacional profesional-paciente), son capaces de generar cambios, mostrándonos hacia dónde mirar si queremos verdaderamente humanizar.

1. ¿ESCUCHAMOS/CONOCEMOS la experiencia del paciente/familiar? ¿Intentamos orientar las mejoras a sus necesidades reales?

2. ¿Propiciamos la PARTICIPACIÓN del paciente? ¿en su propia salud (toma de decisiones, autocuidado...)? ¿A través de la colaboración con Asociaciones de Pacientes y familiares?

3. ¿Desarrollamos HABILIDADES Y COMPETENCIAS HUMANÍSTICAS más allá de las competencias técnicas? Escucha, comunicación, competencias emocionales, trabajo en equipo...

4. ¿Cuidamos a los PROFESIONALES? ¿Propiciamos medidas para ser una Organización saludable? Reconocimiento, retención del talento, clima laboral, formación y acompañamiento...

5. ¿Respetamos la INTIMIDAD Y PRIVACIDAD de las personas?

6. ¿Disponemos de ESPACIOS accesibles y confortables que proporcionen bienestar físico y emocional al paciente/familiar/profesional?

7. ¿Facilitamos la COMUNICACIÓN e INTERACCIÓN con los servicios de salud/profesionales? Guías de acogida, sistemas de identificación de profesionales, señalética, accesibilidad cognitiva, documentos sencillos...

8. ¿Tenemos incorporada la INFORMACIÓN a pacientes/familiares como valor y actuación ineludible en todos los procesos?

9. ¿Prestamos ATENCIÓN A LAS EMOCIONES vividas (miedo, incertidumbre, ansiedad...)? ¿Apoyo psicoemocional en procesos críticos?

10. ¿Logramos PERSONALIZAR la atención? Dirigirse por el nombre, centrar la atención, presentarnos, tener una escucha activa... En definitiva, cuando situamos a las personas en el foco de nuestro pensamiento y acción, surgen oportunidades para mejorar. Para ello, es ineludible que tanto los profesionales como la propia Organización, tomemos conciencia del valor e impacto que genera ponernos estas gafas de la humanización, en pacientes/familiares, y para nosotros como profesionales.

Bibliografía

1. Proyecto HU-CI. Manual de Buenas Prácticas Servicios Urgencias Humanizados <https://proyectoहुci.com/wp-content/uploads/2020/09/ManHURghosp.pdf>

2. March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Rev. calid. asist.*, 245-247.
3. Gutiérrez Fernández, R. (2023). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Castilla La-Mancha. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20230314/plan_de_humanizacion_asistencia_sanitaria_horizonte_25_clm_def_interactivo_v4.pptx_.pdf
4. Decreto 72/2021, de 15 de junio, de ordenación de las estructuras organizativas y gestión coordinada de las actuaciones de Humanización de la Asistencia Sanitaria y Sociosanitaria de Castilla-la Mancha https://docm.jccm.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2021/06/25/pdf/2021_7495.pdf&tipo=rutaDocm
5. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Castilla La-Mancha. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20230314/plan_de_humanizacion_asistencia_sanitaria_horizonte_25_clm_def_interactivo_v4.pptx_.pdf
6. Goodrich, J., Cornwell, J. (2008). Seeing the person in the patient. The Point of Care review paper. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Seeing-the-person-in-the-patient-The-Point-of-Care-review-paper-Goodrich/Cornwell-Kings-Fund-December-2008.pdf>
7. Guía para el diseño, medición e implementación de la experiencia del paciente en hospitales (2022) Asociación Madrileña de Calidad Asistencial <https://iexp.es/documentos/guia-prem.pdf>
8. Montori, V. (2020). La rebelión de los pacientes: contra una atención médica industrializada. Antoni Bosch Editor.
9. Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*, 10(1), 29-38.
10. Doyle, C., Lennox, L., Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*, 3(1), e001570.
11. Cole-King, A., Harding, K. G. (2001). Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosomatic medicine*, 63(2), 216-220.
12. Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, Rost KM, Meredith LS, Sherbourne CD, Wang NY, Arbelaez JJ, Cooper LA. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Med Care*. 2006 May;44(5):398
13. Halpern, J. (2001). From detached concern to empathy: humanizing medical practice. Oxford University Press.
14. Fernández, A. J. (2010). La comunicación médico-paciente. La visión desde ambos lados. *Bioètica debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, 16(60), 11-13.
15. Baillie, L. (2007). The impact of staff behaviour on patient dignity in acute hospitals. *Nursing Times*, 103(34), 30-31.
16. Birks YF, Watt IS (2007). Emotional intelligence and patient-centred care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol 100, pp 36974.
17. Bate, P., Robert, G. (2007). Bringing user experience to healthcare improvement: the concepts, methods and practices of experience-based design. Radcliffe Publishing.
18. Jovell, A. J. (1999). Medicina basada en la afectividad. *Medicina clínica*, 113(5), 173-175.
19. McClure, M. L., Hinshaw, A. S. (2002). Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses. *American Nurses Publishing*.
20. Bate, P., Robert, G. (2006). Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *BMJ quality safety*, 15(5), 307-310.
21. Bauman, A. E., Fardy, H. J., Harris, P. G. (2003). Getting it right: why bother with patient-centred care?. *Medical Journal of Australia*, 179(5), 253-256.
22. Guía para el diseño, medición e implementación de la experiencia del paciente en

hospitales (2022) Asociación Madrileña de Calidad Asistencial <https://iexp.es/documentos/guia-prem.pdf>

23. Staniszewska, S., Boardman, F., Gunn, L., Roberts, J., Clay, D., Seers, K. (2014). The Warwick Patient Experiences Framework: patient-based evidence in clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(2), 151-157.

24. Patient experience scores drive clinical quality | Deloitte US. Accessed May 1, 2022. <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/>

[life-sciences-and-health-care/articles/patient-centered-care-and-experience-scores.html](https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/patient-centered-care-and-experience-scores.html)

25. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria en Castilla La-Mancha. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20230314/plan_de_humanizacion_asistencia_sanitaria_horizonte_25_clm_def_interactivo_v4.pptx_.pdf