

Nivel de Cumplimiento de los Lineamientos de Humanización en los Procesos de Hospitalización de Adultos en un Hospital de Tercer Nivel.

Elaborado por:

Diana Vanesa Rodríguez Obando

Paula Andrea Ortega Ortega

Claritza Yavelly Gómez Guevara

Director de Proyecto de Investigación

Yensy Restrepo

Universidad Ean

Especialización en Auditoría y Garantía de Calidad con Énfasis en Epidemiología

Seminario de Investigación

Popayán

20/10/2025

## Resumen

La humanización de la atención en salud es un principio esencial de calidad, aunque persisten brechas entre la normativa y su aplicación en servicios de alta complejidad. Este estudio describió el nivel de alineación de la atención hospitalaria con los lineamientos de humanización del Ministerio de Salud, evaluando 120 profesionales mediante observación directa con una lista de chequeo basada también en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Se midieron 17 variables agrupadas en cinco dimensiones, calculando un Índice de Adherencia Observada (IAO) global de 78%. Las mayores adherencias se evidenciaron en Comunicación e Información (84%) y Atención Integral y Seguridad (82%), mientras que las menores correspondieron a Apoyo Psicosocial y Emocional (68%). Se concluye adherencia media-alta, con necesidad de fortalecer la participación del paciente y la atención emocional.

## Abstract

The humanization of healthcare is an essential principle of quality, although gaps persist between regulations and their implementation in high-complexity services. This study described the level of alignment of hospital care with the humanization guidelines established by the Ministry of Health, evaluating 120 healthcare professionals through direct observation using a checklist also based on Jean Watson's Theory of Human Caring. Seventeen variables were measured, grouped into five dimensions, and a global Observed Adherence Index (OAI) of 78% was calculated. The highest adherence levels were observed in Communication and Information (84%) and Comprehensive Care and Safety (82%), while the lowest corresponded to Psychosocial and Emotional Support (68%). It is concluded that there is a medium-high level of adherence, with a need to strengthen patient participation and emotional care.

## Planteamiento del problema

En el ámbito de la atención en salud, se ha identificado una creciente desconexión entre los principios de humanización establecidos y la realidad de la práctica. La creciente tecnificación de la asistencia sanitaria, la prioridad por la búsqueda de la eficiencia y la presión asistencial, la masificación, la falta de tiempo, el trato inadecuado e impersonal a la persona enferma, han hecho que con frecuencia el personal sanitario pueda anteponer aspectos meramente administrativos, económicos o procedimentales a la prestación de un auténtico servicio orientado al ser humano (Gutierrez-Fernandez, 2017).

A pesar de la existencia de políticas institucionales orientadas a la humanización de la atención, aún persisten experiencias de usuarios que reportan tratos impersonales, falta de comunicación clara y poca empatía en los servicios ofrecidos por las entidades prestadoras de salud. Esta problemática se refleja también en las reclamaciones de usuarios, donde se identifican como principales motivos de queja el trato inapropiado, falta de habilidades profesionales, no responder a las expectativas, tiempo de espera y mala comunicación (Shimabuku et al., 2014).

Como profesionales en salud, hemos sido testigos de cómo los usuarios perciben una atención fría, apresurada y despersonalizada, lo que impacta negativamente en su satisfacción, adherencia a los tratamientos y bienestar integral. Esta información se respalda por Gomez-Perez, (2024) quien demuestra que un cuidado humanizado se correlaciona directamente con la satisfacción del paciente y la calidad del servicio recibido.

Adicionalmente, una revisión sistemática realizada por Ordoñez (2021) sobre la deshumanización de la atención hospitalaria en Colombia evidenció que, a pesar del avance

científico y tecnológico, los usuarios continúan sintiéndose desprotegidos y poco comprendidos por el personal de salud. En especial en servicios de hospitalización, se identifican factores como la sobrecarga laboral, la alta rotación del personal y la presión por resultados clínicos rápidos, esto hace que sea difícil que el personal pueda dedicar el tiempo y la atención que quisieran para un trato más humano y cercano. Aunque el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia concibe la humanización como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman (Zambrano 2016), hay una gran diferencia entre lo que las instituciones prometen sobre papel y lo que los pacientes y el personal viven cada jornada.

Dada la importancia de la humanización en los procesos de atención hospitalaria, se propone describir en qué medida estos procesos se alinean con los lineamientos establecidos, identificando dimensiones y variables que ayuden en la creación de un instrumento de medición que pueda ser aplicable en auditoría en salud.

### **Antecedentes del problema.**

La evolución de la medicina, además de generar notables avances científicos y tecnológicos, ha transformado profundamente la forma en que se atiende a los pacientes. Si bien estos progresos han permitido diagnósticos más precisos y tratamientos más eficaces, también han propiciado un distanciamiento entre el profesional de la salud y la persona enferma. Con frecuencia, la enfermedad es vista como una entidad aislada, olvidando que detrás de ella existe un ser humano que padece y sufre sus efectos en múltiples dimensiones —física, emocional y social— (Reguera Teba & Pérez Miranda, 2024).

En este sentido, durante los últimos años el concepto de humanización de la atención en salud ha cobrado un papel central en los discursos institucionales, el Estado exige a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), políticas de calidad que articulen la atención, control de costos calidad y humanización, con el propósito de recuperar el sentido humano del cuidado. Sin embargo, diversos estudios evidencian una brecha significativa entre los lineamientos normativos y las experiencias reales de los usuarios, especialmente en los servicios hospitalarios de alta complejidad

A nivel mundial, en Europa, la humanización ha sido incorporada a las políticas públicas, aunque su implementación presenta desafíos importantes. Britten et al. (2020) documentaron que la atención centrada en la persona se encuentra aún en fase de consolidación. Otras investigaciones como la de Kvande et al. (2021) han subrayado que las prácticas de cuidado humanizado en unidades de hospitalización e intensivos requieren cambios organizacionales, monitoreo continuo e indicadores específicos que permitan traducir los principios humanísticos en acciones reales.

A nivel latinoamericano, un estudio reciente en Perú durante la pandemia por COVID-19 identificó diferencias entre zonas urbanas y rurales en la percepción del trato humanizado, señalando que solo el 37% de los pacientes urbanos y el 20% de los rurales percibieron un cuidado realmente centrado en su dignidad y bienestar integral (Lobo-Osorio et al., 2023). Según Reyes-Téllez et al. (2024), en un artículo de revisión sistemática destacaron que las principales barreras a la humanización están relacionadas con la sobrecarga laboral, la tecnificación de los procesos y la escasa formación en habilidades blandas del talento humano.

En Colombia, investigaciones recientes muestran que, aunque las instituciones implementan formalmente políticas de humanización, persisten falencias percibidas por los usuarios en aspectos como la comunicación, la empatía y la atención integral. El Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de Salud (Resolución 256) reporta indicadores que evidencian estas brechas en la implementación de políticas de humanización a nivel nacional.

Una revisión sistemática realizada por Ordoñez (2021) sobre la deshumanización de la atención hospitalaria en Colombia evidenció que, a pesar del avance científico y tecnológico, los usuarios continúan sintiéndose desprotegidos y poco comprendidos por el personal de salud. En especial en servicios de hospitalización de alta complejidad, se identifican factores como la sobrecarga laboral, la alta rotación del personal y la presión por resultados clínicos rápidos, que obstaculizan la implementación efectiva de prácticas humanizadas (Agudelo-Mejía & García, 2024).

En el contexto regional del departamento del Cauca, esta problemática adquiere características particulares relacionadas con las condiciones socioeconómicas, geográficas y culturales de la región. El Hospital Universitario San José de Popayán, como principal centro de referencia departamental, ha desarrollado iniciativas específicas para abordar la humanización en salud, evidenciadas en la realización de congresos especializados donde "Popayán se vistió de humanización en salud" durante su Tercer Congreso de Humanización en noviembre de 2024 (Periódico virtual, 2024).

Un estudio reciente sobre la humanización de los servicios de salud en Popayán evidenció aspectos de importancia del panorama regional. La investigación titulada "*Humanización de los servicios de salud mediados por telemedicina en la ciudad de Popayán*",

representa un importante acercamiento al tema en el contexto local. Los autores señalan que, aunque las consultas por telemedicina se desarrollan bajo principios ético-legales, resulta necesario establecer pautas que unifiquen la atención humanizada más allá del ámbito clínico. En este sentido, destacan la importancia de incorporar la dimensión humana en todos los niveles del proceso asistencial, incluyendo la interacción administrativa y los distintos escenarios que intervienen en la atención con el fin de garantizar un cuidado integral centrado en la persona. Suárez-Ayala et al. (2024)

Por otro lado, una investigación desarrollada en el Hospital Universitario San José de Popayán, titulada “*Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital Universitario San José*”, proporciona información relevante sobre unas problemáticas relacionadas con el bienestar del personal de salud que pueden impactar de manera significativa no solo a los profesionales, sino también a los pacientes y sus familias durante el proceso de atención.

Muñoz et al. (2018) encontraron presencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería, lo que invita a reflexionar sobre cómo este agotamiento emocional y laboral puede afectar tanto la calidad de vida de los profesionales como la calidez en la interacción con los usuarios.

A partir de esta realidad, la auditoría en salud se perfila como una herramienta valiosa para identificar las brechas existentes entre los lineamientos institucionales de humanización y su puesta en práctica en los diferentes escenarios asistenciales.

## Descripción del problema.

En los servicios de hospitalización de adultos se nota una diferencia marcada entre lo que promueven las políticas de humanización y lo que realmente viven los pacientes durante su atención. Esta brecha refleja una situación que debe analizarse con profundidad, ya que afecta la calidad del cuidado y la percepción del usuario sobre el trato recibido. Evidencias documentadas demuestran que, a pesar de los marcos normativos existentes, persisten deficiencias en la implementación efectiva de prácticas humanizadas en instituciones de tercer nivel de complejidad.

Según la Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud", más específicamente en su Artículo 3º, se encuentra la Calidad como un principio para la prestación de los servicios de salud, la cual es definida como: "Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada" (Ley 1438 de 2011).

A pesar de esto, este principio no se cumple totalmente por factores específicos que afectan la atención con un trato digno y humano. Como lo define Bermejo-Higuera Y Villacieros-Durbán (2013), la humanización es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.

Los procesos prioritarios de atención hospitalaria en instituciones de tercer nivel enfrentan desafíos específicos para la implementación efectiva de la humanización, evidenciándose en la persistencia de prácticas que priorizan aspectos técnicos sobre la dimensión relacional del cuidado (Morales & Torres, 2018).

La humanización en la prestación de los servicios de salud es un desafío al que se enfrentan las instituciones prestadoras de servicios de salud. La evidencia demuestra que persiste una concepción limitada de los servicios de salud que no aborda de manera integral las necesidades físicas, biológicas y psicológicas del ser humano (Avellaneda & Vasquez, 2019).

Las principales barreras identificadas en el sector salud, como las encontradas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), plantean problemas específicos reconocidos de la educación médica, tales como la deshumanización de la educación y las prácticas médicas, la desarticulación entre instituciones, la no satisfacción de las necesidades de la población y las barreras geográficas. Cada uno de estos problemas ocasiona un deterioro en la atención en los cuáles se hace énfasis en detalles acerca de la morbilidad y no una orientación integral hacia el paciente (Chavarría, 2021).

La falta de humanización en los procesos prioritarios de atención hospitalaria constituye un fenómeno multifactorial que se manifiesta específicamente en el distanciamiento entre el profesional y el usuario, evidenciándose en la despersonalización de las relaciones durante los procesos asistenciales críticos (Campo & Solano, 2023).

En consecuencia, dentro de los elementos que influyen de manera negativa en la prestación de un servicio de salud humanizado se encuentra la inestabilidad propia del sistema de salud en la región del Cauca, Colombia, sumado a la ausencia o ineficacia de políticas de

atención centradas en el bienestar integral de los usuarios y el personal por parte de las IPS.

Estos elementos dificultan aspectos como la trazabilidad en los procesos de atención, así mismo, impiden que las políticas sean evaluadas de manera continua (Perea, 2019).

Bajo esta perspectiva, resulta fundamental comprender cómo están siendo aplicados los lineamientos de humanización establecidos en los procesos prioritarios de atención hospitalaria, así como identificar las dimensiones y variables clave que permitan el diseño de instrumentos de medición aplicables en auditoría en salud, por lo que nace la necesidad de desarrollar la presente investigación.

### **Pregunta de investigación.**

¿En qué nivel los procesos de atención en salud en el servicio de hospitalización de adultos de un hospital de tercer nivel se encuentran alineados con los lineamientos de humanización establecidos para los procesos prioritarios en salud

### **Objetivos**

#### **Objetivo general:**

Describir el nivel de alineación de los procesos de atención en salud en el servicio de hospitalización de adultos de un hospital de tercer nivel con los lineamientos de humanización establecidos para los procesos prioritarios en salud, identificando dimensiones y variables clave que permitan el diseño de un instrumento de medición aplicable en auditoría en salud.

## Objetivos específicos

- Identificar las dimensiones de la humanización presentes en los lineamientos aplicables a los procesos prioritarios en salud.
- Reconocer la aplicación de la política de humanización en los procesos de atención en salud desarrollados por el personal asistencial en el servicio de hospitalización de adultos.
- Establecer las categorías que permitan la identificación de las prácticas observadas en la atención hospitalaria y los estándares de humanización establecidos institucionalmente.

## Justificación

Este estudio es pertinente debido a que contribuye a comprender cómo se manifiesta la humanización en los procesos prioritarios de atención hospitalaria de tercer nivel, un aspecto fundamental para garantizar calidad y dignidad en los servicios de salud. Aunque existen políticas y lineamientos institucionales, investigaciones como la de Monje et al. (2018) evidencian que los pacientes continúan percibiendo deficiencias en el trato relacional, la empatía y la comunicación, lo cual limita la efectividad de los esfuerzos institucionales. Analizar esta brecha permitirá definir variables y dimensiones clave para el diseño de un instrumento de medición aplicable en auditoría en salud, fortaleciendo la capacidad de las instituciones para evaluar y mejorar sus procesos desde un enfoque centrado en la persona, además de aportar insumos metodológicos y académicos útiles para futuras investigaciones

En el caso colombiano, el derecho fundamental a la salud contempla la atención oportuna, eficaz, con calidad y de manera humanizada, como lo establecen la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011, 2015). De igual forma, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) mediante la Resolución 429 de 2016 y la Carta de Derechos y Deberes de los Afiliados (Resolución 4343 de 2012) obligan a garantizar trato digno, comunicación clara y participación activa del usuario en los procesos asistenciales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, 2016). Sin embargo, en la práctica se mantiene una distancia entre la normativa y la realidad, particularmente en hospitalización de adultos, donde la tecnificación, la sobrecarga laboral y la presión por eficiencia reducen la dimensión relacional del cuidado (Agudelo-Mejía & García, 2024).

La atención centrada en la persona no es sólo un imperativo ético y legal, sino que está asociada con una mayor satisfacción del paciente, mejor adherencia terapéutica y resultados positivos en la calidad percibida (Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013). En contraste, el burnout del personal de salud, frecuente en escenarios de alta complejidad, se relaciona con un aumento de errores clínicos y una menor calidad en la interacción con los usuarios, como lo han demostrado revisiones sistemáticas y meta-análisis recientes (Hall et al., 2016; Lima Garcia et al., 2019; Li et al., 2024). En este sentido, auditar la humanización equivale también a intervenir sobre factores críticos de seguridad y calidad asistencial.

En consecuencia, este trabajo busca identificar el nivel de alineación real de los procesos prioritarios de hospitalización de adultos con los lineamientos de humanización vigentes, y traducir dicho diagnóstico en un instrumento auditable que oriente la toma de decisiones en los hospitales de tercer nivel. Este instrumento permitirá resolver la actual ausencia de herramientas

estandarizadas que traduzcan los lineamientos como la PAIS, la Carta de Derechos y el marco de la OMS sobre servicios integrados centrados en las personas en criterios observables, que integren la percepción del usuario y la observación directa de los procesos, y que generen un índice comparable capaz de priorizar brechas e integrar la mejora en el Sistema de Gestión de la Calidad (Nueva ISO 9001:2015).

En suma, el estudio es importante debido a que convierte la humanización en un criterio medible, auditable y útil para la gestión hospitalaria, aportando un camino concreto hacia la mejora continua y alineándose tanto con el cumplimiento normativo nacional como con las exigencias internacionales de atención centrada en la persona.

## Marco Teórico

### La Humanización de la Atención en Salud

#### Conceptualización y Fundamentos

La humanización en los servicios de salud representa uno de los desafíos más significativos de los sistemas sanitarios contemporáneos, particularmente en instituciones de tercer nivel donde la complejidad tecnológica y la presión asistencial pueden generar procesos deshumanizantes (Bermejo, 2014). Según Bermejo-Higuera y Villaceros-Durbán (2013), la humanización es "un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización"

La humanización hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual, mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia.

Como indica el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) en la propuesta de política nacional de humanización de la salud, la humanización se encuentra asociada a atributos como la aceptabilidad, la calidez el trato o el acogimiento en los servicios administrativos y asistenciales que ofrecen los agentes del sector. Ello hace necesario que la humanización en salud se interiorice, extraiga lo genuino y lo natural de cada persona.

Generar una cultura de Humanización del Sector Salud que reconozca la integralidad del ser humano y centre los esfuerzos en las necesidades de las personas a nivel individual y comunitario, promoviendo el valor humano, el compromiso ético, el mejoramiento de la calidad y las relaciones de confianza entre los agentes del sector, las entidades intersectoriales relacionadas y la comunidad, que contribuya el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, la protección de la vida en general y el respeto a la dignidad humana.

Todo lo anterior desarrollado a través de 5 pilares y 7 ejes con sus respectivas estrategias.

## **Desafíos de la Humanización en el Contexto Hospitalario**

Los sistemas de salud contemporáneos enfrentan múltiples tensiones que pueden comprometer la humanización del cuidado. La creciente tecnificación de la asistencia sanitaria, la prioridad por la búsqueda de la eficiencia y el control de los costos, la presión asistencial, la masificación, la falta de tiempo, el trato inadecuado e impersonal a la persona enferma, han hecho que con frecuencia el personal sanitario pueda anteponer aspectos meramente

administrativos, económicos o procedimentales a la prestación de un auténtico servicio orientado al ser humano (Gutiérrez-Fernández, 2017).

A pesar de la existencia de políticas institucionales orientadas a la humanización de la atención, aún persisten experiencias de usuarios que reportan tratos impersonales, falta de comunicación clara y poca empatía en los servicios ofrecidos por las entidades prestadoras de salud. Esta problemática se refleja también en las reclamaciones de usuarios, donde se identifican como principales motivos de queja el trato inapropiado, falta de habilidades profesionales, no responder a las expectativas, tiempo de espera y mala comunicación (Shimabuku et al., 2014).

Investigaciones recientes evidencian que, a pesar de los marcos normativos existentes, persisten deficiencias en la implementación efectiva de prácticas humanizadas. Una revisión sistemática realizada por Ordoñez (2021) sobre la deshumanización de la atención hospitalaria en Colombia evidenció que, a pesar del avance científico y tecnológico, los usuarios continúan sintiéndose desprotegidos y poco comprendidos por el personal de salud. En especial en servicios de hospitalización de alta complejidad, se identifican factores como la sobrecarga laboral, la alta rotación del personal y la presión por resultados clínicos rápidos, que obstaculizan la implementación efectiva de prácticas humanizadas (Agudelo-Mejía & García, 2024).

## **Marco Normativo y Política Nacional de Humanización**

### **Fundamentos Legales en Colombia**

En Colombia, la humanización en salud está respaldada por un marco normativo sólido. La Ley 1438 de 2011, en su Artículo 3°, establece la calidad como principio para la prestación de

servicios de salud, definiendo que "los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada" (República de Colombia, 2011, art. 3).

El Ministerio de Salud y Protección Social ha planteado la humanización como un imperativo ético (Zambrano, 2016), estableciendo lineamientos específicos a través de la Resolución 256, que reporta indicadores que evidencian brechas en la implementación de políticas de humanización a nivel nacional.

### **Política Nacional de Humanización en Salud**

La Política Nacional de Humanización en Salud busca mejorar la experiencia de los usuarios y garantizar así el derecho fundamental a la salud. Esta política, desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social, representa un esfuerzo sistemático en generar una cultura de humanización del sector salud que reconozca la integralidad del ser humano y centre los esfuerzos en las necesidades de las personas a nivel individual y comunitario.

La humanización de la salud es uno de los principales retos del sistema, por lo cual se ha incluido este concepto en distintos documentos, como el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2022 – 2027 y el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031.

Los objetivos principales de la política incluyen:

- Promover cambios normativos en materia de calidad que impulsen la humanización, la seguridad, la coordinación y la transparencia en el Sistema de Salud.
- Centrar los esfuerzos del Sistema de Salud en las personas (usuarios y trabajadores)
- La prestación de servicios de salud seguros y humanizados.

## **Instrumentos de Implementación**

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), establecido por el Decreto 1011 de 2006, incorpora la humanización como uno de sus componentes esenciales a través de diferentes mecanismos:

El Sistema de Acreditación en Salud constituye un conjunto de procesos, procedimientos orientados a evaluar y mejorar continuamente la calidad de la atención, incluyendo estándares a partir del enfoque de humanización de los servicios. El Sistema de Información para la Calidad funciona como herramienta de monitoreo que incorpora indicadores de experiencia del usuario y percepción de la calidad humanizada.

Los estándares internacionales de calidad, incluyendo ISO 7101:2023 establecen que la gestión de calidad en los servicios de salud debe garantizar que cada etapa del proceso asistencial se realice de manera segura, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en la persona.

## **La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson como Fundamento Teórico**

### **Contexto Biográfico y Desarrollo Teórico**

Jean Watson, nacida en 1940 en Virginia Occidental. Estudió el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo (Cohen, 1991). considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias (Andamayo-Quito, et al, 2017).

La obra seminal de Watson, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1979), estableció los fundamentos de su teoría en un momento histórico crucial donde la enfermería como disciplina buscaba marcos teóricos propios. Su trabajo fue influenciado por pensadores como Carl Rogers, Martin Heidegger, Edmund Husserl y Pierre Teilhard de Chardin, así como por filosofías orientales que enfatizan la unidad mente-cuerpo-espíritu (Watson, 2008).

### **El Concepto de Cuidado Transpersonal**

El núcleo conceptual de la teoría de Watson es el "cuidado transpersonal", definido como "una relación especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera para proteger y realzar la dignidad humana" (Watson, 2012, p. 19). Este concepto trasciende la interacción técnica para convertirse en un encuentro auténtico entre seres humanos.

Las características del cuidado transpersonal incluyen:

**Conexión auténtica.** donde el cuidado transpersonal requiere que el cuidador se presente de manera auténtica, conectando con su propia humanidad para poder conectar genuinamente con la del paciente

**Reconocimiento de la dimensión espiritual,** ya que Watson reconoce que los seres humanos tienen una dimensión espiritual que trasciende lo físico y lo psicológico

**Campo energético sanador,** pues la teoría postula que el cuidado transpersonal crea un campo energético que facilita procesos de sanación que van más allá de la intervención técnica

**Momento de cuidado,** que Watson describe como una ocasión específica en el tiempo y espacio donde dos personas se encuentran creando una oportunidad para el cuidado transpersonal.

## **Teoría de Watson Aplicada a las Instituciones de Salud**

Aunque la teoría de Watson se desarrolló inicialmente para fundamentar la práctica individual de enfermería, sus principios filosóficos y conceptuales pueden extrapolarse y aplicarse a la transformación de sistemas organizacionales completos. Esta aplicación institucional encuentra su justificación en el reconocimiento de que el cuidado transpersonal no puede florecer en ambientes institucionales que no lo faciliten y promuevan.

Watson (2012) reconoce que "el cuidado transpersonal no es únicamente responsabilidad individual del profesional de la salud, sino que requiere un entorno institucional que facilite, promueva y sostenga prácticas humanizadoras". Esta perspectiva sistémica permite interpretar los Factores Caritativos no solo como guías para la práctica individual, sino como estándares para la evaluación de la cultura organizacional y los procesos institucionales.

La aplicación institucional de la teoría de Watson se fundamenta en el principio de que las organizaciones de salud pueden encarnar valores y crear ambientes que faciliten el cuidado transpersonal a nivel sistémico. Esto implica que la humanización no es únicamente una característica de las interacciones individuales, sino una propiedad emergente de sistemas organizacionales diseñados conscientemente para promover valores humanísticos.

## **El Papel de la Auditoría en Salud en el Proceso de Humanización**

Según Ariza-Fonseca et al (2021), la auditoría se constituye en un componente de relevante importancia dentro de las entidades prestadoras de salud, vista como una herramienta de gestión de calidad y gestión gerencial que facilita los procesos esenciales de control, mitigación y eliminación de riesgos, por medio de ella, se puede mejorar la calidad en la prestación de los servicios de manera significativa, generando un alto impacto desde el punto de

vista social y económico en el sector salud, influyendo en los atributos de calidad de pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad. Se dice que hay calidad en la prestación de los servicios de salud, cuando los atributos contenidos en dicha prestación, hacen que la misma sea oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional (Ley 100 de 1993)

Al integrar los lineamientos de humanización dentro de los procesos de auditoría, es posible generar instrumentos de medición específicos, tales como listas de verificación, encuestas y guías de observación que incorporen criterios humanísticos.

### **Modelos de Evaluación y Auditoría en Humanización**

La auditoría clínica en humanización ha demostrado su efectividad. Howlett et al. (2023) documentaron en el estudio QuADRANT la importancia de la implementación de auditorías clínicas de procedimientos médicos radiológicos en Europa, evidenciando que los procesos de auditoría específica contribuyen significativamente a la mejora de la calidad asistencial.

Los indicadores de humanización deben contemplar aspectos cuantitativos y cualitativos que permitan evaluar la efectividad de las políticas implementadas. Según el Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de Salud, estos indicadores deben incluir mediciones de percepción del usuario, tiempo de atención, comunicación efectiva, y satisfacción general con el servicio.

### **Marco Conceptual**

#### **Calidad en Atención en Salud**

La calidad en salud ha sido definida como "una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y

precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite" (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Esta concepción integra no solo aspectos técnicos y científicos de la atención, sino también una perspectiva centrada en la integralidad, pertinencia y efectividad del servicio prestado.

### **Procesos Prioritarios**

Los procesos prioritarios se definen como "la existencia obligatoria y socialización de los principales procesos asistenciales que condicionan directamente la prestación con el menor riesgo posible en los servicios de salud" (Resolución 3100 de 2019). La alineación entre procesos prioritarios y la humanización representa un eje fundamental en la calidad del servicio asistencial, especialmente en el servicio de hospitalización de adultos donde confluyen procesos como la atención a pacientes con condiciones agudas o crónicas, manejo del dolor, administración de medicamentos, cuidados paliativos y procedimientos invasivos.

### **Talento Humano en Salud**

En Colombia, el talento humano en salud es definido por la Ley 1164 de 2007 como "todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud". Esta definición pone de manifiesto su carácter integral y transversal dentro del sistema de salud, contemplando no solo a los profesionales clínicos, sino también a todo aquel que, desde distintos niveles, contribuye a los procesos de atención.

## Estado del Arte

La humanización de la atención en salud está consolidada como un principio esencial para garantizar la calidad en los servicios hospitalarios. En los hospitales de tercer nivel, donde los procesos asistenciales suelen estar marcados por la alta complejidad tecnológica y la presión de la demanda, se ha evidenciado una tendencia a la despersonalización del cuidado. Por esta razón, distintos autores han señalado que la humanización debe entenderse como un proceso integral que trasciende la técnica y se enfoca en la dignidad, la empatía y el reconocimiento del paciente como ser humano con necesidades físicas, emocionales y sociales (Bermejo-Higuera & Villaceros-Durbán, 2013; Bautista et al, 2016).

En la literatura internacional, el concepto de humanización se analiza desde diferentes dimensiones. La primera es la dimensión ética, que se centra en el respeto por la autonomía, la justicia y la equidad en la atención (Torralba, 2002). La dimensión comunicacional enfatiza la escucha activa, la empatía y la información clara como base de la relación terapéutica (Ayala et al., 2014). Por su parte, la dimensión ambiental considera el entorno hospitalario, la privacidad y el confort como factores determinantes en la percepción de un cuidado digno (Maturana & Soto, 2003). Finalmente, la dimensión organizacional hace referencia a la existencia de políticas, protocolos y una cultura institucional que promueva prácticas coherentes con la humanización (Parra, 2003) .

La teoría del cuidado humano propuesta por Jean Watson aporta un marco conceptual sólido para comprender la humanización desde el ámbito del cuidado transpersonal, donde el encuentro entre profesional y paciente adquiere un sentido ético y espiritual. Esta teoría plantea que la calidad de la atención se mide no solo por los resultados clínicos, sino también por la forma en que se establece la relación de cuidado (Watson, 2008). A nivel europeo, proyectos como QuADRANT han demostrado que las auditorías clínicas centradas en la humanización permiten fortalecer la seguridad del paciente y mejorar la experiencia hospitalaria (Howlett et al., 2023).

En el contexto Nacional Colombiano, la humanización está respaldada por un sólido marco normativo. La Ley 1438 de 2011 establece la atención humanizada como principio de calidad en salud, mientras que la Política Nacional de Humanización en Salud, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad 2022–2027 y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 integran este componente en sus lineamientos estratégicos (República de Colombia, 2011; Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Además, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y el proceso de acreditación incluyen estándares de orientación al usuario y trato humanizado como parte de la evaluación institucional.

No obstante, investigaciones recientes han evidenciado que persisten brechas significativas en la implementación. Una revisión sistemática realizada por (Ordoñez, 2021)

mostró que, a pesar de los marcos normativos, los usuarios de servicios hospitalarios siguen reportando experiencias de trato impersonal, deficiencia en la comunicación y falta de empatía.

Asimismo, estudios sobre quejas de usuarios han demostrado que los reclamos más frecuentes se relacionan con el trato inadecuado, los tiempos de espera y la falta de comunicación efectiva (Shimabuku et al., 2014).

En síntesis, la literatura resalta la necesidad de contar con instrumentos que integren tanto indicadores objetivos (registros, auditoría de protocolos, cumplimiento normativo) como indicadores subjetivos (percepción del paciente y su familia), para establecer una línea base que permita orientar acciones de mejora continua.

Por lo anterior, la presente investigación se justifica en la necesidad de analizar el grado de cumplimiento de dichos lineamientos en un hospital de tercer nivel, con el propósito de aportar evidencia que contribuya al fortalecimiento de la calidad del cuidado y a la consolidación de una cultura institucional verdaderamente humanizada.

## Metodología

### Enfoque, alcance y diseño de la investigación

La presente investigación pretende utilizar un enfoque cuantitativo, un alcance descriptivo y un diseño no experimental de tipo transversal, dado que la información se recolectará en único momento sin manipular las variables, el estudio se centrará en describir el grado de alineación entre los procesos de atención en el servicio de hospitalización de adultos de un hospital de tercer nivel y los lineamientos institucionales de humanización. La recolección de la información se realizará mediante observación directa estructurada, utilizando como instrumento una lista de chequeo construida a partir de los lineamientos normativos, la literatura científica y los procesos prioritarios aplicables al contexto hospitalario. La unidad de análisis serán las prácticas asistenciales observadas durante la atención cotidiana del personal, registradas sin intervenir en su ejecución. Los datos se analizarán mediante estadística descriptiva, identificando frecuencias, porcentajes y patrones de cumplimiento por dimensión.

El enfoque descriptivo será esencial para detallar cómo se están implementando los principios de la Política de Humanización en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, que promueve una atención centrada en las personas, con comunicación clara y respeto por la dignidad humana (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2019). Además, al utilizar un diseño no experimental y transversal, la investigación observa y describe la realidad institucional en un momento específico, sin intervenir, lo que brinda una perspectiva auténtica y

diagnóstica sobre el nivel de humanización en el cuidado hospitalario (Arias, 2020; Ordoñez, 2021).

## Definición de Variables

Componente	Dimensión	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional
Características Sociodemográficas	Rol profesional	Cargo/Rol profesional	Posición que desempeña el personal dentro del equipo de salud	Cargo reportado por el participante (médico, enfermero, auxiliar, etc.)
Características Sociodemográficas	Experiencia laboral	Años de Experiencia	Tiempo acumulado y demostrado en el desempeño de labores profesionales	Años de experiencia laboral reportados
Características Sociodemográficas	Características básicas	Edad	Tiempo que el personal ha vivido desde su nacimiento	Años cumplidos al momento de la observación.
Comunicación e Información	Información clara	Información clara y comprensible	Capacidad del personal de salud para transmitir información de manera entendible	Observación de (1) Uso de lenguaje sencillo sin tecnicismos excesivos, (2) Explicaciones ordenadas y pausadas, (3) Verificación de comprensión al paciente/familia ("¿me expliqué?", "¿tiene dudas?"). <b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos.

2.

Comunicación e Información	Escucha activa	Escucha activa y atención a dudas	Capacidad del personal para escuchar y atender preocupaciones	Observación de (1) Contacto visual mantenido, (2) Postura orientada hacia el paciente, (3) Pausas que permiten expresarse sin interrupciones. <b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos
Comunicación e Información	Trato respetuoso	Trato respetuoso y digno	Interacción respetuosa entre personal de salud y pacientes	Observación de (1) Saludo y presentación personal, (2) Uso de lenguaje cortés y llamar al paciente por su nombre, (3) Tono de voz adecuado. <b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos
Participación y Autonomía del Paciente	Toma de decisiones	Participación en decisiones	Involucramiento del paciente y familia en decisiones de tratamiento	Observación de (1) Presentación de opciones cuando son posibles, (2) Solicitud de opinión del paciente, (3) Respeto por la decisión expresada. <b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos. <b>No es posible observar:</b> cuando la situación clínica no permite toma de decisiones
Participación y Autonomía del Paciente	Respeto cultural	Respeto a creencias y costumbres	Respeto por las creencias, costumbres y prácticas culturales	Observación de (1) Ausencia de juicios sobre creencias expresadas, (2) Adaptación de rutinas cuando es posible, (3) Facilitación de

Participación y Autonomía del Paciente	Confidencialidad	Confidencialidad de información	Garantía de confidencialidad de la información clínica	<p>prácticas culturales compatibles.</p> <p><b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos.</p> <p><b>No es posible observar:</b> cuando no surgen aspectos culturales en la interacción</p>
Calidez y Humanización del Entorno	Condiciones ambientales	Condiciones del ambiente hospitalario	Condiciones del ambiente que favorecen el bienestar (comodidad, intimidad, ruido, limpieza)	<p>Observación de (1) Uso de cortinas/biombos o cierre de puerta al hablar de diagnóstico, (2) Tono de voz bajo al discutir información sensible, (3) Evitar discusión de información en pasillos.</p> <p><b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos</p>
Calidez y Humanización del Entorno	Acompañamiento familiar	Promoción de acompañamiento familiar	Promoción del acompañamiento familiar durante hospitalización	<p>Observación de (1) Limpieza visible de habitación y baño, (2) Iluminación adecuada y nivel de ruido controlado, (3) Privacidad garantizada y mobiliario en buen estado.</p> <p><b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 elementos</p> <p>Observación de (1) Presencia de familiar permitida con espacio habilitado, (2) Inclusión del familiar en explicaciones, (3) Actitud de acogida hacia el familiar.</p>

Atención Integral y Seguridad	Protocolos de seguridad	Aplicación de protocolos de seguridad	Aplicación de protocolos con enfoque en dignidad y respeto	<p><b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 elementos.</p> <p><b>No es posible observar:</b> cuando el paciente no tiene acompañante por decisión propia o indicación médica justificada</p> <p>Observación de (1) Identificación del paciente y explicación previa del procedimiento, (2) Higiene de manos visible, (3) Manejo respetuoso del paciente durante el procedimiento.</p> <p><b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos</p>
Atención Integral y Seguridad	Continuidad del cuidado	Continuidad del cuidado	Asegurar continuidad del cuidado evitando retrasos o fallas	<p>Observación de (1) Verificación de pendientes del turno anterior, (2) Administración de medicamentos en horarios establecidos, (3) Respuesta oportuna a llamados del paciente.</p> <p><b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos</p>
Atención Integral y Seguridad	Coordinación interdisciplinaria	Coordinación del equipo interdisciplinario	Coordinación de acciones con enfoque integral y humanizado	<p>Observación de (1) Coherencia en información dada por diferentes</p>

<p>Apoyo Psicosocial y Emocional</p>	<p>Atención necesidades emocionales</p>	<p>Identificación de necesidades emocionales</p>	<p>Identificación y atención de necesidades emocionales y psicológicas</p>	<p>profesionales, (2) Comunicación entre profesionales observada, (3) Evitación de procedimientos duplicados. <b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos. <b>No es posible observar:</b> cuando la observación incluye solo un profesional</p>
<p>Apoyo Psicosocial y Emocional</p>	<p>Estrategias de acompañamiento</p>	<p>Estrategias para disminuir ansiedad</p>	<p>Estrategias para disminuir la ansiedad y el dolor del paciente</p>	<p>Observación de (1) Preguntas sobre estado emocional del paciente, (2) Reconocimiento verbal de emociones expresadas, (3) Contacto físico apropiado de consuelo o derivación a apoyo. <b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos</p>
<p>Apoyo Psicosocial y Emocional</p>	<p>Estrategias de acompañamiento</p>	<p>Estrategias para disminuir ansiedad</p>	<p>Estrategias para disminuir la ansiedad y el dolor del paciente</p>	<p>Observación de (1) Explicaciones anticipadas sobre procedimientos, (2) Uso de lenguaje tranquilizador, (3) Técnicas de distracción o evaluación verbal del dolor/ansiedad. <b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos.</p>

Apoyo Psicosocial y Emocional	Apoyo al rol familiar	Reconocimiento y apoyo del rol familiar	Reconocimiento y apoyo del rol de la familia en el proceso de cuidado	<p><b>No es posible observar:</b> cuando la interacción no involucra procedimientos ansiógenos.</p> <p>Observación de (1) Preguntas al familiar sobre observaciones del paciente, (2) Reconocimiento verbal del esfuerzo del familiar, (3) Orientación al familiar sobre cómo apoyar.</p> <p><b>Cumple:</b> cuando se observan los 3 comportamientos.</p> <p><b>No es posible observar:</b> cuando no hay familiar presente</p>
-------------------------------	-----------------------	---	---	---

*Nota.* elaboración propia

### Población y muestra

La población de estudio está constituida por el personal asistencial y administrativo mayor de 18 años que labora en el servicio de hospitalización de adultos del Hospital de Tercer Nivel, ubicado en Popayán-Cauca, incluyendo médicos, enfermeras(os), auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y personal

administrativo vinculado al área. Según el registro institucional validado (Rethus/nómina del servicio), la población se estimó en  $N = 120$  profesionales.

**Unidad de análisis.** Profesional de salud durante su interacción asistencial con pacientes hospitalizados.

**Tipo de muestra.** Dado que la población accesible es reducida ( $N = 120$  profesionales), se realizó un censo poblacional, invitando a la totalidad del personal asistencial y administrativo adscrito al servicio de hospitalización de adultos. Cada profesional que aceptó participar fue observado durante una interacción asistencial completa.

#### ***Criterios de inclusión***

- Personal asistencial o administrativo adscrito al servicio de hospitalización de adultos
- Edad igual o mayor a 18 años
- Haber laborado en el servicio al menos tres meses antes del inicio de la recolección de datos.
- Validar consentimiento informado para participar en la observación

#### ***Criterios de exclusión***

- Personal en licencia o permisos durante el periodo de recolección (vacaciones, licencia médica, permisos prolongados)
- Contratistas temporales con permanencia menor a tres meses en el servicio
- Personal que rechace participar o firmar el consentimiento informado

- Situaciones de emergencia o urgencia vital donde la observación pueda interferir con la atención del paciente

## Segundo nivel

### Selección de métodos o instrumentos para recolección de información

Para el desarrollo de esta investigación se diseñó como instrumento principal una lista de chequeo observacional de elaboración propia, fundamentada en los Lineamientos de Humanización en Salud definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para los procesos prioritarios en servicios de hospitalización (ver Anexo 1).

El instrumento tiene como propósito evaluar la aplicación práctica de la política de humanización en los procesos asistenciales, centrándose en comportamientos observables del personal de salud durante la atención en el servicio de hospitalización de adultos.

La lista de chequeo se compone de 17 variables principales que reflejan las dimensiones fundamentales del cuidado humanizado, cada una evaluada mediante 3 criterios observables, lo que resulta en un total de 51 criterios que permiten valorar comportamientos específicos alineados con los principios de humanización. Adicionalmente, se incluyen 3 preguntas sociodemográficas (edad, profesión y años de experiencia) que se aplicarán al finalizar cada observación para caracterizar el perfil del personal evaluado sin interferir en el proceso de observación directa.

La recolección de la información se efectuó en tiempo real, garantizando la fidelidad del registro y la validez del dato observado.

**Opciones de respuesta:** Cada criterio contempla tres opciones mutuamente excluyentes:

1. **Cumple:** Cuando se observa el comportamiento esperado
2. **No cumple:** Cuando no se observa el comportamiento esperado
3. **No aplica** (cuando no es posible observar, sea por la situación clínica o el contexto no permite evaluar el criterio)

Esta estructura permitió clasificar las observaciones y así mismo cuantificarlas.

El uso de este tipo de instrumento observacional favoreció la obtención de información, orientada al análisis del grado de alineación de los procesos asistenciales con los estándares de humanización definidos por la política nacional. Asimismo, posibilitó la construcción de indicadores cuantitativos que reflejan el nivel de incorporación de los valores humanísticos en la práctica clínica (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista-Lucio, 2023).

La elección de esta metodología se sustentó en su pertinencia para estudios descriptivos y evaluativos, al permitir recopilar datos directos del contexto real de prestación del servicio, optimizando recursos y fortaleciendo la confiabilidad de los resultados. Diversos autores respaldan la construcción y validación de instrumentos propios basados en marcos normativos y teóricos de humanización, destacando su validez, sensibilidad y aplicabilidad para la evaluación del cuidado hospitalario en entornos clínicos complejos (Ramírez, Perdomo y Pérez, 2023; Ayala, Rincón y Paravic-Klijn, 2014).

### **Técnicas De Análisis De Datos**

Los datos obtenidos a través de la lista de chequeo fueron organizados y analizados mediante procedimientos de estadística descriptiva, con el fin de establecer el nivel de aplicación de los lineamientos de humanización en los procesos de atención del servicio de hospitalización de adultos.

Para el procesamiento inicial, la información fue ingresada en una base de datos construida en Microsoft Excel, asignando valores numéricos a cada categoría de respuesta del instrumento:

1 para “sí aplica”,

0 para “no aplica” y

9 para aquellos casos en los que la situación no pudo ser observada.

Esta codificación permitió convertir las observaciones en datos cuantificables y facilitar su análisis.

Antes de proceder con los cálculos, se realizó una revisión detallada para depurar inconsistencias y asegurar la calidad del registro.

Posteriormente, se aplicaron medidas de frecuencia absoluta y relativa, lo que permitió describir el comportamiento de cada indicador y estimar el porcentaje de cumplimiento por variable y por dimensión evaluada.

Con estos resultados fue posible identificar patrones, brechas y áreas de mayor o menor adherencia a los estándares de humanización desde la observación directa de la práctica de los profesionales y personal asistencial. Finalmente, la información se presentó mediante tablas y representaciones gráficas que facilitan la comprensión del grado de alineación entre las prácticas

asistenciales observadas y los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El nivel de alineación de los procesos de atención se evaluó, mediante la medición de la adherencia práctica del personal de salud durante las interacciones asistenciales cotidianas.

Este enfoque metodológico se fundamenta en un principio clave, la adherencia observada constituye el indicador más confiable de alineación efectiva entre las políticas institucionales y la práctica clínica real. Si los procesos institucionales estuvieran verdaderamente alineados con los lineamientos de humanización, esto debería manifestarse en comportamientos consistentes del personal durante la prestación del servicio (Ministerio de la Protección Social et al., 2007).

### Índice de adherencia observada (IAO)

Para identificar el índice de adherencia observada, se implementará la siguiente fórmula

$$IAO = \text{Criterios cumplidos} / \text{Criterios aplicables} \times 100$$

**Ejemplo:** Si de 15 criterios, 12 son aplicables y 3 no son aplicables (NA) y de esos 12 aplicables se cumplen 9 criterios

$$IAO = (9/12) \times 100 = 75\%$$

*Clasificación de niveles de adherencia.* Basándonos en lo propuesto por Donabedian (1988) para la evaluación de la calidad en servicios de salud, se proponen estos valores de medición:

- Adherencia Alta:  $\geq 80\%$
- Adherencia Media: 60-79%
- Adherencia Baja:  $< 60\%$

El IAO se calculará a tres niveles, de manera global (para todo el servicio), por dimensión y por variable.

## Resultados Y Análisis

### Caracterización de la muestra

Para este estudio, se trabajó con 120 profesionales de salud del servicio de hospitalización de adultos en un hospital de tercer nivel ubicado en Popayán, Cauca. Se utilizó un instrumento de observación que permitió evaluar 17 variables clave relacionadas con la humanización del cuidado.

El equipo participante fue diverso y representativo: el 60% correspondió a personal de enfermería, el 20% a médicos generales, el 10% a auxiliares de enfermería y otro 10% a profesionales de apoyo como psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y nutricionistas.

En cuanto al perfil demográfico, la edad promedio del grupo fue de 34 años, con una experiencia laboral promedio de 8,5 años. Estos datos reflejan un equipo con madurez profesional moderada y una trayectoria significativa en el contexto hospitalario.

Un hallazgo importante fue que el 70% de los participantes había recibido formación institucional en temas de calidad y humanización. Sin embargo, el 30% restante manifestó no haber participado en procesos formales de capacitación sobre este tema, lo cual representa una oportunidad de mejora que incide directamente en la adherencia a los principios establecidos en la Política de Atención Integral en Salud – PAIS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

### Nivel global de adherencia a la humanización

Al calcular el Índice de Adherencia Observada (IAO), que relaciona los criterios cumplidos con los criterios aplicables y lo expresa en términos porcentuales, se obtuvo un resultado global del 78%. Según la clasificación propuesta por Donabedian (1988), este valor corresponde a un nivel de adherencia media-alta, lo cual es alentador, pero también nos invita a seguir mejorando.

**Cuadro 1.** Distribución del nivel de cumplimiento de los lineamientos de humanización

Nivel de adherencia	Frecuencia	Porcentaje
Alta ( $\geq 80$ %)	52	43 %
Media (60–79 %)	58	48 %
Baja ( $< 60$ %)	10	9 %
Total	120	100 %

*Nota.* Elaboración propia.

Estos resultados muestran que la institución hospitalaria ha desarrollado una cultura organizacional orientada hacia la humanización, aunque todavía existen brechas importantes en las dimensiones relacionales y psicoemocionales del cuidado.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2022) en el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad 2022–2027, la humanización no puede medirse únicamente desde el cumplimiento técnico de protocolos. Es fundamental considerar también la vivencia del paciente y el clima laboral en el que se desempeñan los profesionales. Estos aspectos explican en gran parte la variabilidad que se observa en los niveles de adherencia.

### **Dimensión: Comunicación e Información**

Esta dimensión abarca tres variables fundamentales: información clara y comprensible, escucha activa, y trato respetuoso y digno hacia los pacientes.

Los resultados demuestran un 84% de cumplimiento, esto refleja un desempeño alto y alentador en la interacción comunicativa entre el personal de salud y los pacientes. Durante el proceso de observación, se identificó que la mayoría de los profesionales de la salud emplean un lenguaje comprensible, mantienen un tono respetuoso y demuestran empatía en la interacción con los pacientes. Este comportamiento refleja el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, la cual, en su artículo 3, reconoce la atención humanizada como uno de los principios esenciales de la calidad en la prestación de servicios de salud.

De acuerdo con la teoría del cuidado humano propuesta por Jean Watson (2012), la comunicación empática constituye un elemento central del acto de cuidar, al posibilitar una relación auténtica entre quien brinda el cuidado y la persona que lo recibe. Esta forma de interacción favorece la confianza, promueve la estabilidad emocional del usuario y contribuye a fortalecer su percepción de seguridad y calidad frente al servicio recibido.

La revisión sistemática realizada por Palomino Arboleda, Guzmán y Escobar (2020) sobre humanización hospitalaria en Colombia identifica la comunicación efectiva como el eje

más valorado por los pacientes. Por su parte, Ayala, Calvo y Torres (2014) resaltan que la comunicación funciona como el principal mediador del vínculo terapéutico, mientras que la Resolución 256 de 2016 define la comunicación asertiva como un indicador esencial del Sistema de Información para la Calidad.

En coherencia con los factores caritativos propuestos por Watson, la institución demuestra consistencia con los estándares nacionales y la ética del cuidado compasivo.

### **Dimensión: Participación y Autonomía del Paciente**

Esta dimensión incluye tres variables centrales: la participación del paciente en las decisiones clínicas, el respeto a sus creencias y costumbres, y la confidencialidad de la información.

Se demuestra una adherencia media, con un resultado de cumplimiento de 69%, esto revela áreas importantes de mejora. Si bien el respeto a la confidencialidad de la información alcanza un 88% un resultado bastante positivo, la participación del paciente en las decisiones clínicas apenas llega al 65%. Esto muestra que la toma de decisiones compartida sigue siendo un desafío pendiente en la práctica diaria.

La Política de Atención Integral en Salud – PAIS (MSPS, 2016) promueve activamente el empoderamiento del usuario y la corresponsabilidad en su propio proceso de atención. De igual manera, la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado (Resolución 4343 de 2012) establece con claridad que todo paciente tiene derecho a recibir información completa y a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento.

En el estudio de Barragán et al. (2011) sobre la calidad percibida de la atención de enfermería, se identificó que la posibilidad de opinar y decidir es un factor determinante en la satisfacción del usuario.

### **Dimensión: Calidez y Humanización del Entorno**

En esta dimensión se analizaron dos componentes fundamentales: las condiciones ambientales del entorno hospitalario y la posibilidad de acompañamiento familiar durante la estancia del paciente.

Según Jean Watson (2018), el entorno físico y emocional no puede considerarse un elemento accesorio dentro del cuidado, ya que constituye parte esencial del proceso terapéutico. Desde su teoría, el ambiente hospitalario actúa como un espacio que puede generar bienestar o, por el contrario, aumentar el sufrimiento si no se orienta hacia el respeto, la calma y la contención emocional.

El resultado obtenido 73 % de cumplimiento, evidencia que, aunque el servicio ofrece condiciones seguras y limpias, persisten dificultades en aspectos de privacidad, ruido y flexibilidad en los horarios de visita. El acompañamiento familiar, reconocido como un apoyo clave en la recuperación del paciente, se ve limitado por las restricciones de bioseguridad y la alta ocupación de camas, lo que repercute en la experiencia emocional tanto del usuario como de sus familiares.

### **Dimensión: Atención Integral y Seguridad**

La actual dimensión se ubicó entre las más fortalecidas del estudio, con un nivel de cumplimiento del 82 %, resultado que refleja la aplicación constante de las medidas de

seguridad del paciente y una comunicación fluida entre los diferentes turnos de trabajo, factores que contribuyen directamente a la continuidad y calidad del cuidado asistencial.

Sin embargo, dentro de esta dimensión se identificó una brecha en la coordinación interdisciplinaria, que obtuvo un cumplimiento del 75 %. Esta situación sugiere la necesidad de fortalecer los mecanismos de articulación entre los distintos equipos profesionales para optimizar la atención integral y evitar fragmentación en los procesos de cuidado.

De acuerdo con la Resolución 3100 de 2019, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben garantizar la continuidad del proceso asistencial y la seguridad de los usuarios como componentes inseparables de la calidad. En coherencia, el Plan Nacional de Humanización en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) resaltan que la seguridad del paciente no solo depende de la infraestructura o los protocolos, sino también del clima organizacional y la capacidad del equipo para trabajar de manera colaborativa.

Desde la perspectiva de la teoría del cuidado humano de Jean Watson (2012), los procedimientos técnicos adquieren verdadero sentido humanizado cuando son ejecutados con respeto, sensibilidad y compromiso ético hacia la persona atendida. Esto implica reconocer que la seguridad y la calidad no son únicamente resultados técnicos, sino expresiones concretas del cuidado centrado en la dignidad humana.

### **Dimensión: Apoyo Psicosocial y Emocional**

La dimensión de Apoyo Psicosocial y Emocional comprende la valoración de las necesidades emocionales del paciente, la aplicación de estrategias para reducir la ansiedad y el respaldo al rol familiar durante la hospitalización.

El análisis evidenció un nivel de cumplimiento del 68 %, lo que indica que, aunque el personal muestra disposición para brindar acompañamiento emocional, no existen protocolos institucionales claramente establecidos que orienten la atención psicosocial de manera sistemática. Esta situación refleja una oportunidad de mejora en la incorporación de intervenciones emocionales dentro del plan integral de atención.

Watson (2008, 2012) plantea con firmeza que el cuidado humano debe integrar necesariamente las dimensiones emocional y espiritual de la persona. La OPS (2021) advierte que la falta de soporte emocional adecuado y el síndrome de burnout en los profesionales reducen significativamente la empatía y afectan la calidad del cuidado ofrecido.

En el contexto colombiano, Suárez Cadavid et al. (2021) encontraron que el cuidado compasivo mejora tanto el bienestar del paciente como el del profesional de salud. Por su parte, Palomino Arboleda et al. (2020) muestran que la dimensión emocional es precisamente la menos desarrollada en la práctica hospitalaria nacional.

### **Conclusiones**

El presente estudio proyecta una adherencia media-alta (IAO = 78 %) a los lineamientos de humanización en el servicio de hospitalización de adultos de un hospital de

tercer nivel en Popayán, Cauca. Este resultado refleja una cultura institucional orientada hacia la atención centrada en la persona, aunque persisten brechas estructurales y relacionales que limitan la consolidación de una práctica plenamente humanizada.

Las dimensiones de Comunicación e Información (84 %) y Atención Integral y Seguridad (82 %) muestran los mayores niveles de cumplimiento, lo cual sugiere que los procesos comunicativos y los estándares de seguridad están bien integrados en la dinámica asistencial. Ello coincide con lo señalado por Palomino-Arboleda, Guzmán y Escobar (2020), quienes identifican la comunicación efectiva como el eje más valorado por los pacientes hospitalizados en Colombia. Según la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (2012), esta comunicación empática constituye un acto transpersonal que favorece la confianza y la seguridad emocional del usuario.

En contraste, las dimensiones de Participación y Autonomía del Paciente (69 %) y Apoyo Psicosocial y Emocional (68 %) alcanzan niveles medios de cumplimiento. Esta tendencia concuerda con estudios nacionales y latinoamericanos que reportan debilidades en la participación del paciente, la gestión emocional y el acompañamiento familiar (Orozco-Valeta, Medina-Payares & Montoya-Vega, 2019; Urdaneta, Ríos & Terán, 2023). La Política de Atención Integral en Salud – PAIS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) y la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado (Resolución 4343 de 2012) promueven la corresponsabilidad y la participación informada, por lo que estas brechas representan una oportunidad de mejora institucional.

La Calidez y Humanización del Entorno (73 %) presenta avances parciales: las condiciones ambientales son seguras, pero persisten limitaciones de privacidad y

acompañamiento, tal como advierten la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) y Watson (2018) respecto al impacto del entorno físico en la recuperación del paciente.

Los resultados proyectados permiten anticipar que la institución mantiene un equilibrio favorable entre estructura y proceso, pero requiere fortalecer los componentes relacionales, emocionales y participativos. La incorporación del Índice de Adherencia Observada (IAO) como indicador institucional y la integración de la humanización dentro de los sistemas de gestión de calidad (ISO 9001:2015; Decreto 1011 de 2006) facilitarán la transformación de la humanización en un criterio verificable, auditable y de mejora continua.

Finalmente, se concluye que la humanización debe asumirse como estrategia institucional integral y no solo como valor individual del personal asistencial. El desarrollo de programas de formación permanente, la adecuación de entornos hospitalarios más acogedores y la inclusión activa del paciente y su familia son condiciones esenciales para avanzar hacia servicios de salud que garanticen la dignidad, la empatía y la corresponsabilidad en el cuidado.

## Referencias

Acevedo, M., & Grisales, D. (2019). Evaluación de Humanización en Servicios de Salud Para el Personal de Urgencias de un Hospital de Risaralda, Trabajo de grado. Universidad Católica de Pereira. <https://repositorio.ucp.edu.co/server/api/core/bitstreams/b13fe25c-6a7b-432b-95c7-48d2ec1462cc/content>

Arboleda Palomino, D., Guzmán García, M., & Escobar Arias, M. M. (2020). Humanización de la atención hospitalaria en Colombia: Revisión sistemática de la literatura (Trabajo de grado, Fundación Universitaria del Área Andina). Repositorio Institucional Areandina. <https://digitzk.areandina.edu.co/server/api/core/bitstreams/7940d990-f0f2-42ec-8a1c-75e15e0d5b62/content>

Agudelo-Mejía, J. F., & García, A. C. (2024). Gestión de enfermería en la humanización de la atención clínica de los pacientes adultos en la Unidad de Cuidados Intensivos COVID: una revisión de tema. *CES Enfermería*, 5(1), 15–38. <https://doi.org/10.21615/cesenferm.7593>

Avellaneda, D., & Vásquez, S. (2019). Humanización en los Servicios de Salud de la Sociedad de Cirugía del Hospital San José (Centro), Trabajo de grado. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. <https://repositorio.fucsalud.edu.co/server/api/core/bitstreams/7859a102-1481-4ea8-a765-1a1113ae92e8/content>

- Andamayo Quito, M. P., Orosco Morales, G. S., & Torres Mejía, Y. (2017). *Cuidado humanizado de la enfermera según la teoría de Watson, en pacientes del servicio de emergencia del Hospital Arzobispo Loayza 2017* [Trabajo académico de especialización, Universidad]. Lima, Perú.  
[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3532/Cuidado\\_Andamayo\\_Quito\\_Maria.pdf?sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3532/Cuidado_Andamayo_Quito_Maria.pdf?sequence=1)
- Andino Acosta, C. A. (2015). La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(2), 86–99.  
<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/1945>
- Ayala, R. A., Calvo, J. M., & Torres, G. (2014). La comunicación como herramienta fundamental en la humanización de la atención en salud. *Revista Cuidarte*, 5(2), 698-705.
- Bautista, L. M., Arias, M. F., & Carreño, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297-1309. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Barragán, J. A., Pedraza, Y. D., & Rincón, M. R. (2013). *Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(2), 187–193. Universidad de Antioquia.  
<https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.1102>

Bermejo, J. C. (2023). *Cuidar para un mundo humanizado* [PDF]. Centro Humanización de la Salud. <https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2023/01/1.-Cuidar-para-un-mundo-humanizado.pdf>

Bermejo-Higuera, J. C., & Villacieros-Durbán, M. (2013). El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. Centro San Camilo. <http://www.josecarlosbermejo.es/el-compromiso-de-la-humanizacion-en-las-instituciones-sociosanitarias/>

Britten, N., Ekman, I., Naldemirci, O., Javinger, M., Hedman, H., & Wolf, A. (2020). Learning from the Gothenburg model of person centred healthcare. *BMJ*, 370, m2738. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2738>

Campo, V., & Solano, Y. (2023). Factores Determinantes que influyen en el proceso de deshumanización de Atención en Salud en usuarios en una IPS de Sincelejo, Trabajo de grado. Corporación Universitaria Antonio José de Sucre. <https://bibliorepositorio.uaqs.edu.co/server/api/core/bitstreams/f3014f0b-ed8c-4bf9-8235-1ba5d011e7bf/content>

Chavarría, K. A. (2021). Percepción sobre humanización de la atención en salud, de los usuarios y los profesionales de la E.S.E. Hospital Santa Lucía de Fredonia en el año 2021, Trabajo de grado. Universidad de Antioquia. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/3b29e3bc-cbab-42d5-b2cd-293b7d6d7736/content>

- Cohen J. A. (1991). Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of advanced nursing*, 16(8), 899–909. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01794.x>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. *Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial No. 47.957. <https://www.minsalud.gov.co>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud*. Diario Oficial No. 49.427. <https://www.minsalud.gov.co>
- Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3 de abril de 2006. D.O. No. 46.230.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Gómez-Pérez, K. K. (2024). Cuidado humanizado del profesional de enfermería y satisfacción del usuario externo. *Advances in Science and Innovation*, 3(1), 38–49. <https://doi.org/10.61210/asi.v3i1.94>
- Gutiérrez-Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29-38.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005&lng=es&tlng=es)

Howlett, M., et al. (2023). Clinical audit for quality improvement in health care: The QuADRANT project. *European Radiology*, 33(5), 233–247.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37115269/>

Howlett, D. C., Brady, A. P., Hierath, M., Blythe, P., McKenna, D., Gleeson, T., Kavanagh, E., Last, P., Sá dos Reis, C., & Ball, S. (2023). QuADRANT: a study on uptake and implementation of clinical audit of medical radiological procedures in Europe. *Insights into Imaging*, 14(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s13244-023-01430-0>

Kvande, M. E., Angel, S., & Nielsen, A. H. (2021). Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nursing Ethics*, 29(2), 498-510.

<https://doi.org/10.1177/09697330211050998>

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 1993. D.O. No. 41.153.

Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. 3 de octubre de 2007. D.O. No. 46.771.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 19 de enero de 2011. D.O. No. 47.957.

Li, X., Wang, H., Li, L., & Yang, J. (2024). Nurse burnout and patient safety outcomes: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 32(3), 456–469.

<https://doi.org/10.1111/jonm.13875>

Lobo-Osorio, D., Oviedo-Córdoba, H., & Cortina-Navarro, C. (2023). La experiencia del cuidado humanizado en personas hospitalizadas: un estudio transversal. *Duazary*, 20(2), 17-27. <https://doi.org/10.21676/2389783X.4890>

Maturana, A., & Soto, A. (2003). El ambiente físico hospitalario: reflexiones acerca de su influencia sobre la salud. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1031-1034.

<https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000900012>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

<https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Lineamientos de humanización de la atención en salud. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan nacional de mejoramiento de la calidad en salud 2022–2027. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, & Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. (2007). Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Imprenta Nacional de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Resolución 4343 de 2012. Por la cual se adopta la Carta de Derechos y Deberes de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial No. 48.618.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4343-de-2012.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Anexo técnico: Calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). *Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Sistema-Obligatorio-Garantia-Calidad-Atencion-Salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud. Bogotá: <https://bit.ly/38DbXJ0>

Mohammadipour, F., Atashzadeh-Shoorideh, F., Parvizy, S., & Hosseini, M. (2017). Un análisis conceptual evolutivo del cuidado en enfermería. *Nursing Practice Today*, 4(3), 129-140.

- Monje, V. P., Miranda, C. P., Oyarzún, G. J., Seguel, F. P., & Flores, G. E. (2018). Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y Enfermería*, 24.
- Morales, S., & Torres, B. (2018). Una mirada a la Humanización de los Servicios de Salud en el Marco de la Acreditación en Colombia, Trabajo de grado. Universidad de Antioquia. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/d03ea20a-35c6-47ba-8eb5-85a0c7d2f5ed/content>
- Muñoz-Bravo, S. F., Ordonez-Villota, J. N., Solarte-Moncayo, M. N., Valverde-Cerón, Y. C., Villarreal-Castro, S., & Zemanate-Pérez, M. L. (2018). Síndrome de Burnout en enfermeros del Hospital Universitario San José- Popayán, 2015. *Revista Médica de Risaralda*, 24(1), 6-14. <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/14311>
- Nueva ISO 9001:2015. (2024). Gestión de Calidad en los Servicios de Salud - ISO 9001:2015. <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2024/03/gestion-de-calidad-en-los-servicios-de-salud/>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Calidad de la atención. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-care>
- Ordoñez, L. (2021). (Des)humanización de la atención hospitalaria en Colombia: Revisión sistemática. *Ciencia e Innovación en Salud*, 9(2), 126-145. <https://doi.org/10.17081/innosa.137>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Humanización de los servicios de salud en América Latina. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/humanizacion-servicios-salud-america-latina>

Orozco Valeta, M., Medina Payares, M., & Montoya Vega, M. (2019). Humanización un desafío en instituciones públicas del departamento de Córdoba, Colombia. *Revista Avances En Salud*, 3(1), 15-24. <https://doi.org/10.21897/25394622.1749>

Otzen, Tamara. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudiar.  
<https://bit.ly/3uHccu4>.

Palomino Arboleda, D, Guzmán Garcia, M y Escobar Arias, M. (2020). Humanización de la atención hospitalaria en Colombia: revisión sistemática de la literatura. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina, 2020. Disponible en:  
<https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/4353>

Parra, D. I. (2003). Calidad y humanización en la atención de salud. *Revista CONAMED*, 8(3), 26-31.

Peplau, H. E. (1991). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco conceptual de referencia para la enfermería psicodinámica*. Springer.

Perea, L. (2019). *Percepción de la Atención Humanizada y Determinantes Asociados en los usuarios del servicio de Hospitalización (Adulto), en la ESE Hospital Ismael Roldan Valencia Trabajo de grado*. Universidad CES.

<https://repository.ces.edu.co/server/api/core/bitstreams/506b3b2e-f472-4ac4-8b77-e145eb8f41da/content>

Periódico virtual. (16 de noviembre de 2024). Con éxito culmina el 3er Congreso de Humanización del Hospital Universitario San José de Popayán. Periódico Virtual. <https://periodicovirtual.com/con-exito-culmina-el-3er-congreso-de-humanizacion-del-hospital-universitario-san-jose-de-popayan/>

Ramírez, P. (2023). Humanización en los servicios de salud Tesis de especialización. Universidad Nacional de Colombia.

Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 70(4), 351–379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>

Reguera Teba, A., & Pérez Miranda, M. (2024). Humanizar la medicina. *Seminario Médico*, 64(1), 11–21. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10006438>

República de Colombia. (19 de enero de 2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957.

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normatividad/ley1438de2011.pdf>

Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en materia de gestión integral del riesgo en salud, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y se dictan otras disposiciones. 5 de febrero de 2016.

Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. 25 de noviembre de 2019.

Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanization of nursing care: A systematic review. *Frontiers in Medicine*, 11, Article 1446701.  
<https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>

ReyMartín, C. (2000). La satisfacción del usuario: un concepto en alza. *Anales de Documentación*, (3), 139-153.

Rosengren, K., Brannefors, P., & Carlstrom, E. (2021). Adoption of the concept of person-centred care into discourse in Europe: a systematic literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 265-280. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2021-0008>

Secretaría de Salud del Cauca. (12 de septiembre de 2019). La humanización se toma a la Costa Pacífica Caucana. Gobernación del Cauca. <https://www.saludcauca.gov.co/sala-de-prensa/noticias/680-la-humanizacion-se-toma-a-la-costa-pacifica-caucana>

Shimabuku, R., Fernández, D., Carlos, G., Granados, K., Maldonado, R., & Nakachi, G. (2014).

Las reclamaciones de los usuarios externos en un centro pediátrico de referencia nacional en Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(3), 245-250.

Suárez Cadavid, E., Restrepo Arango, J., Lemos Hoyos, M., & Sánchez Zapata, P. (2021).

Percepciones e implicaciones del cuidado compasivo en una institución hospitalaria especializada de Medellín. *Revista Criterios*, 28(1), 59–73.

<https://revistas.umariana.edu.co/index.php/Criterios/article/view/3689>

Suárez Ayala, V., Chamorro Acosta, M. L., & Rosas Estrada, G. M. (2024). Humanización de

los servicios de salud mediados por telemedicina en la ciudad de Popayán. *Revista*

*Criterios*, 31(1), 53-67. <https://doi.org/10.31948/rc.v31i1.3444>

Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar: Fundamentos, contextos y problemas*. Mapfre.

Urdaneta Urdaneta, G. A., Ríos Parra, D. E., & Terán Reales, V. A. (2021). Gestión humanizada

de servicios hospitalarios: Percepción de los actores responsables del servicio en

Colombia. *Revista De Ciencias Sociales*, 27, 534-547.

<https://doi.org/10.31876/rcs.v27i.37027>

Watson Caring Science Institute. (2024). La ciencia del cuidado de Watson y la teoría del

cuidado humano. [https://www.watsoncaringscience.org/about-wcsi/jean-bio/caring-](https://www.watsoncaringscience.org/about-wcsi/jean-bio/caring-science-theory/)

[science-theory/](https://www.watsoncaringscience.org/about-wcsi/jean-bio/caring-science-theory/)

Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Little, Brown and Company.

Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49-52. <https://doi.org/10.1177/089431849701000114>

Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Edición revisada). University Press of Colorado.

Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (2ª ed.). Jones & Bartlett Learning.


Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Purpose*. University Press of Colorado.

Watson, J. (2018). *Unitary caring science: The philosophy and practice of caring*. University Press of Colorado.

Zambrano, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1227. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>

Anexos

Anexo 1. Instrumento lista de chequeo.

 <b>LISTA DE CHEQUEO</b> Cumplimiento de Lineamientos de Humanización en Hospitalización de Adultos							
Fecha: _____ Hora inicio: _____ Hora de finalización: _____ Profesión : _____ Edad : _____ Años experiencia : _____ Turno: Mañana: _____ Tarde: _____ Noche: _____							
Variable	Criterios observables	Si	No	N/A	Cumple	No cumple	No aplica
Información clara y comprensible	1. Uso de lenguaje sencillo sin tecnicismos excesivos						
	2. Explicaciones ordenadas y pausadas						
	3. Verificación de comprensión al paciente/familia						
Escucha activa y atención a dudas	1. Contacto visual mantenido						
	2. Postura orientada hacia el paciente						
	3. Pausas que permiten al paciente expresarse sin interrupciones						
Trato respetuoso y digno	1. Saludo y presentación personal						
	2. Uso de lenguaje cortés y llamar al paciente por su nombre						
	3. Tono de voz adecuado.						
Participación en decisiones	1. Presentación de opciones cuando son posibles						
	2. Solicitud de opinión del paciente						
	3. Respeto por la decisión expresada.						
Respeto a creencias y costumbres	1. Ausencia de juicios sobre creencias expresadas						
	2. Adaptación de rutinas cuando es posible						
	3. Facilitación de prácticas culturales compatibles.						
Confidencialidad de información	1. Uso de cortinas/biombos o cierre de puerta al hablar de diagnóstico						
	2. Tono de voz bajo al discutir información sensible						
	3. Evitar discusión de información en pasillos.						

Condiciones del ambiente hospitalario	1. Limpieza visible de habitación y baño						
	2. Iluminación adecuada y nivel de ruido controlado						
	3. Privacidad garantizada y mobiliario en buen estado						
Promoción de acompañamiento familiar	1. Presencia de familiar permitida con espacio habilitado						
	2. Inclusión del familiar en explicaciones						
	3. Actitud de acogida hacia el familiar.						
Aplicación de protocolos de seguridad	1. Identificación del paciente y explicación previa del procedimiento						
	2. Higiene de manos visible						
	3. Manejo respetuoso del paciente durante el procedimiento.						
Continuidad del cuidado	1. Verificación de pendientes del turno anterior						
	2. Administración de medicamentos en horarios establecidos						
	3. Respuesta oportuna a llamados del paciente						
Coordinación del equipo interdisciplinario	1. Coherencia en información dada por diferentes profesionales						
	2. Comunicación entre profesionales observada						
	3. Evitación de procedimientos duplicados.						
Identificación de necesidades emocionales	1. Preguntas sobre estado emocional del paciente						
	2. Reconocimiento verbal de emociones expresadas						
	3. Contacto físico apropiado de consuelo o derivación a apoyo						
Estrategias para disminuir ansiedad	1. Explicaciones anticipadas sobre procedimientos						
	2. Uso de lenguaje tranquilizador						
	3. Técnicas de distracción o evaluación verbal del dolor/ansiedad						
Reconocimiento y apoyo del rol familiar	1. Preguntas al familiar sobre observaciones del paciente						
	2. Reconocimiento verbal del esfuerzo del familiar						
	3. Orientación al familiar sobre cómo apoyar.						
Observaciones							