



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

Humanización de la atención en urgencias, estrategias para reducir la despersonalización en un servicio de alta demanda, Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, período septiembre- diciembre 2025

Monográfico presentado como requisito para optar por el Título de
Doctor en Medicina

Sustentantes:

Arianna Hernández Hernández 2019-0575

Hosmedy Karina Minaya Sánchez 2020-0142

Asesor:

Lic. Luis Alberto Bonilla

San Francisco de Macorís, R. D.

Enero, 2026

**Humanización de la atención en urgencias, estrategias para reducir la
despersonalización en un servicio de alta demanda, Hospital Regional
Universitario San Vicente de Paúl, período septiembre- diciembre 2025**

Índice de Contenido

Dedicatoria	I
Agradecimientos	V
Resumen Ejecutivo	XIV
Capítulo I: Introducción y Trasfondo	1
Introducción.....	1
Antecedentes.....	1
Marco Contextual	7
Planteamiento del problema	9
Justificación.....	13
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos	15
Variables e indicadores.....	16
Definición de términos	19
Capítulo II: Revisión de Literatura	22
Introducción.....	22
Marco conceptual o teórico	22
Capítulo III.....	23
Metodología.....	23
Capítulo III: Metodología	38
Introducción.....	38
Tipo y diseño de la investigación	38
Población	39
Criterios de inclusión.....	39
Criterios de exclusión	39
Descripción del instrumento de investigación.....	40
Validación y confiabilidad del instrumento.....	40
Procedimiento de recolección de los datos.....	41
Análisis Estadístico	41
Alcances y Limites del estudio	42
Capítulo IV	39

Presentación de los Resultados.....	39
Capítulo IV: Presentación de los Resultados	44
Introducción.....	44
Presentación de los Resultados.....	44
Capítulo V	45
Discusión	45
Capítulo V: Discusión.....	56
Introducción.....	56
Análisis de los Resultados	56
Conclusiones.....	60
Recomendaciones	61
Anexos	63

Dedicatoria

Dedico este éxito con profundo cariño y gratitud a mis padres **Zoraida Hernandez De Hernández y Luis Manuel Hernández Abreus**, quienes han sido el sostén más firme a lo largo de mi vida. Cada logro alcanzado hoy es fruto de su amor constante, de los sacrificios que realizaron en silencio y de la confianza que siempre depositaron en mí, aun en los momentos en que mis fuerzas flaqueaban. En ustedes encontré refugio en las dificultades y motivación para no detenerme.

Gracias por cada esfuerzo, por las noches de desvelo, por sus palabras oportunas y por la paciencia con la que me enseñaron que todo sueño se construye con dedicación, responsabilidad y perseverancia. Su ejemplo ha sido mi mayor escuela, y los valores que hoy me definen nacieron en el hogar que con tanto amor formaron.

Este proyecto no es solo un requisito académico, sino el resultado de años de acompañamiento, aliento y fe en mis capacidades. En cada página se refleja el camino recorrido, las enseñanzas recibidas y la fortaleza que me transmitieron para enfrentar los obstáculos sin rendirme. Cuando el cansancio se hizo presente, pensar en ustedes me dio fuerzas para continuar.

Hoy, al concluir este proceso, reconozco que este logro es compartido. Gracias por caminar conmigo, por creer en mí y por sostenerme siempre. Este trabajo es una muestra de mi agradecimiento y del amor inmenso que llevo en el corazón. Los amo por siempre.

Zoraida Hernández. quien ha sido una guía constante y un apoyo invaluable en cada etapa de mi vida, especialmente durante la realización de este proyecto. Gracias por tu amor

incondicional, por tu entrega diaria y por acompañarme con discreción y firmeza aun en los momentos más difíciles.

Tu paciencia, tus consejos y tu fortaleza me impulsaron a continuar cuando el cansancio y la duda aparecieron. A través de tu ejemplo aprendí que los sueños se alcanzan con esfuerzo, responsabilidad y constancia. Cada enseñanza tuya ha dejado una huella imborrable en mi formación personal.

Esta carrera es también reflejo de todo lo que sembraste en mí: valores, confianza, vocación y esperanza. En cada logro se encuentra tu sacrificio, tu fe y tu amor inagotable. Gracias por creer en mí y por estar siempre presente, incluso en silencio.

Luis Manuel Hernández, quien ha sido un pilar importante en mi vida y un respaldo constante durante este proceso. Gracias por tu esfuerzo diario, por tu compromiso y por el ejemplo de responsabilidad con el que siempre buscaste darme lo mejor.

Tu confianza y tu apoyo me impulsaron a seguir adelante en los momentos de dificultad. A través de tus acciones aprendí el valor del trabajo honesto, la paciencia y la perseverancia. Cada sacrificio y cada enseñanza marcaron profundamente mi camino y hoy se reflejan en este logro.

Arianna Hernández

Con profundo amor, dedico este logro a mis amados padres, **José Fermín Minaya y Francia Sánchez de Minaya**, quienes han sido el pilar y el cimiento firme sobre el cual he construido cada uno de mis sueños. Gracias por su infinita paciencia y por creer en mí incluso cuando todo parecía derrumbarse; por hacer un sobreesfuerzo más allá de sus propias fuerzas, sacrificando tanto solo por verme feliz y por regalarme la oportunidad de construir un futuro estable y lleno de esperanza.

Francis Sanchez, tu apoyo incondicional fue el motor que me impulsó cada día a levantarme con determinación, incluso cuando el cansancio, el miedo o la duda intentaban detenerme. Gracias por enseñarme, con tu ejemplo, el valor del sacrificio constante, la responsabilidad asumida con valentía y la dedicación perseverante. Me mostraste que la disciplina no es una carga, sino el puente que conecta los sueños con la realidad.

Gracias por creer en mí cuando ni yo misma podía hacerlo, por tus palabras llenas de sabiduría que fueron mi refugio en los momentos de debilidad y por cada consejo oportuno. Gracias por recordarme que nunca es tarde para aprender, que los sueños no tienen fecha de vencimiento y que la perseverancia siempre da frutos.

Este logro lleva tu huella en cada detalle: en cada día que me acompañaste sin importar la hora, en cada comida preparada con amor aun en medio del cansancio, en cada esfuerzo y en cada recurso que decidiste invertir en mi futuro. Gracias por desprenderte de lo tuyo para sembrar en mí la esperanza de un mañana mejor. Si hoy he llegado hasta aquí, es porque caminaste conmigo en cada paso.

Fermin Minaya, Tu presencia y tu apoyo fueron mi impulso en cada etapa de estos seis años de esfuerzo y entrega. Gracias por nunca rendirte conmigo, por escucharme en mis días más difíciles, por sostenerme cuando las fuerzas parecían agotarse y por regalarme ánimo cuando la meta se veía lejana. Gracias por tus sacrificios llenos de amor, por las horas ofrecidas sin pensarlo, por levantarte antes que el sol para asegurarte de que yo llegara puntual a cada compromiso, a cada clase y a cada meta que debía cumplir.

Gracias por estar siempre dispuesto a llevarme y traerme, sin importar la distancia ni el cansancio, demostrando con hechos que podía contar contigo en todo momento. Ese acompañamiento constante fue una muestra viva de tu compromiso con mis sueños.

Me enseñaste que la constancia y la fe son más poderosas que cualquier obstáculo, que la perseverancia abre caminos y que la confianza en uno mismo es una herramienta invaluable para alcanzar cualquier meta. Este logro también es tuyo, porque en cada paso estuvo tu guía, tu ejemplo y tu confianza.

Hoy puedo decir con orgullo que soy el reflejo de sus valores, de su entrega y de su amor incondicional. Este triunfo lleva sus nombres escritos con gratitud eterna, porque sin ustedes nada de lo que soy ni de lo que he alcanzado habría sido posible.

Ustedes representan el pilar fundamental de mi formación personal y profesional. Los amo profundamente, hoy y siempre.

Hosmedy Minaya

Agradecimientos

A Dios:

Te doy gracias, Señor, por tu amor permanente y por tu presencia fiel durante todo este camino. En cada etapa de este proceso sentí tu guía y tu protección, brindándome serenidad en los momentos de agotamiento y fortaleza cuando las dificultades parecían superarme. En Ti encontré la paz necesaria para seguir adelante.

Gracias por escuchar cada oración, incluso aquellas que surgieron en silencio desde lo más profundo de mi corazón. En los instantes de incertidumbre y temor, tu gracia me sostuvo y me permitió avanzar con confianza. Todo aprendizaje, cada esfuerzo y cada meta alcanzada son reflejo de tu bondad infinita.

Agradezco las oportunidades que pusiste en mi vida, las personas que colocaste en mi camino y las experiencias que fortalecieron mi fe y mi vocación. Este proyecto representa no solo un crecimiento académico, sino también un proceso espiritual que me enseñó a confiar más en Ti y en tus tiempos perfectos.

Hoy coloco este trabajo en tus manos con humildad, reconociendo que todo lo bueno proviene de Ti. Que sea para tu gloria y que sus frutos reflejen tu amor y tu obra constante en mi vida. Amén.

A mi hermana; Elianna Hernández Hernández

Quiero agradecer de manera especial a mi hermana, quien estuvo presente a lo largo de este proceso con su apoyo y cariño. Gracias por tu compañía, por tu comprensión y por estar a mi lado en los momentos en que más lo necesitaba. Tus palabras de ánimo hicieron más ligero este camino.

Gracias por escucharme, por motivarme cuando el cansancio apareció y por confiar en mí. Tu apoyo fue un impulso constante para no rendirme y seguir adelante. En este proyecto también se refleja tu dedicación y tu amor fraterno.

Hoy reconozco que este logro no habría sido el mismo sin ti. Gracias por acompañarme y compartir conmigo este esfuerzo. Este trabajo es una muestra del vínculo y del afecto que nos une.

A mi hermano; Steven M. Hernández Hernández

Mi gratitud a mi hermano por el respaldo y la cercanía que me brindó durante todo este proceso. Gracias por tu paciencia, por tu compañía y por el ánimo que supiste ofrecerme en los momentos de mayor esfuerzo. Tu apoyo fue fundamental para continuar.

Cada gesto de motivación y cada momento compartido contribuyeron a que este camino fuera más llevadero. Este proyecto representa no solo un logro personal, sino también el reflejo del lazo fraterno que compartimos.

Hoy, al culminar esta carrera y, reconozco que parte de este logro también te pertenece. Gracias por creer en mí, por apoyarme y por caminar a mi lado. Siempre llevaré conmigo tu cariño y tu apoyo.

A mis amigas y hermanas de corazón; Escarlin Concepcion Morillo y Gabriela Hernández Sánchez

Expreso mi más sincero agradecimiento a mis amigas, quienes se han convertido en verdaderas hermanas de corazón a lo largo de los años, su presencia constante, su apoyo incondicional y su cariño sincero fueron fundamentales durante la realización de esta tesis.

Gracias por acompañarme desde siempre, por creer en mí incluso en los momentos de duda, por escucharme con paciencia y por brindarme palabras de ánimo que me impulsaron a seguir adelante. Su amistad, forjada desde la infancia, ha sido una fuente permanente de fortaleza, motivación y equilibrio emocional. Porque cada gesto de amor, cada consejo y cada muestra de lealtad me recordaron que nunca estuve sola. Llevo conmigo una profunda gratitud por su amistad fiel, que trasciende el tiempo y las circunstancias, y que constituye uno de los mayores regalos de mi vida.

A mi segunda madre y tía; Ana Julia Hernández

Gracias por tu amor incondicional, por tus consejos sabios y por estar siempre a mi lado en cada paso de este camino. Tu apoyo, tus oraciones y tu confianza en mí me dieron fuerzas en los momentos difíciles y alegría en los logros.

Este triunfo también es tuyo, porque en él está tu cuidado, tu paciencia y todo el cariño con que me has guiado. Que Dios te bendiga siempre con salud, paz y mucha felicidad. Con todo mi amor y gratitud.

A mi guía espiritual; Revdo. Padre Luis Antonio González

Gracias por acompañarme con sus consejos, sus oraciones y sus palabras de aliento durante este camino. En los momentos de cansancio y duda, su guía me ayudó a mantener la fe, la calma y la perseverancia para seguir adelante. Su apoyo no solo fortaleció mi vocación, sino también mi corazón.

Le agradezco por estar presente con tanto cariño y dedicación, recordándome siempre confiar en Dios y en el propósito de mi vida. Este logro también lleva su bendición. Que el Señor lo colme de salud, paz y muchas alegrías por todo el bien que hace.

A mi familia

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi familia, en especial a mis abuelos, tíos y primos, quienes con su amor, apoyo y palabras de aliento me acompañaron a lo largo de este proceso académico. Su cercanía, comprensión y presencia constante fueron un sostén fundamental que me permitió avanzar con confianza y perseverancia.

Gracias por cada gesto de cariño, por la paciencia, por los consejos oportunos y por creer en mí incluso en los momentos de mayor esfuerzo. Su apoyo incondicional me brindó la fortaleza necesaria para superar los desafíos que se presentaron durante este proceso.

Su amor y unión familiar han sido una fuente permanente de motivación y esperanza. Llevo conmigo una profunda gratitud por formar parte de una familia que me impulsa a crecer y a alcanzar mis metas.

A mi novio Dr. Joalgi Antonio Reyes

Quiero dedicarte unas palabras que nacen desde lo más profundo de mi corazón. Gracias por estar a mi lado durante este proceso, por tu paciencia infinita, por tu comprensión en los días de cansancio y por tu apoyo constante cuando sentía que las fuerzas me faltaban.

Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba, por impulsarme a seguir adelante y recordarme siempre de lo que soy capaz. Tu amor fue mi refugio en los momentos de estrés, y tu confianza en mí se convirtió en una de mis mayores motivaciones para culminar esta carrera. Detrás de cada esfuerzo mío hubo palabras tuyas de ánimo, gestos de cariño y silencios llenos de apoyo. Gracias por caminar conmigo este camino, por sostener mi mano en cada etapa y por ser parte esencial de este sueño alcanzado.

**A mis compañeras de carrera, Dra.Aranyelis Alt. Ventura, Dra.Hosmedy K. Minaya,
Dra.Linor Leonelis Fernández, Dra.Shalyne Rosario**

A ustedes, mis queridas colegas, quiero agradecerles con el corazón en la mano. En este camino lleno de sacrificios, noches sin dormir, lágrimas escondidas y sueños que parecían lejanos, ustedes fueron mi consuelo, mi fuerza y mi alegría.

Con ustedes aprendí que la vocación no solo se estudia, se comparte; que el cansancio se hace más ligero cuando hay una mano amiga, y que la esperanza renace cuando alguien te dice “tú puedes” con amor sincero. En cada examen difícil, en cada práctica agotadora, en cada momento de duda... siempre hubo una de ustedes recordándome que no estaba sola.

Gracias por las oraciones, por los abrazos silenciosos, por las risas que sanaban el alma, por los consejos que me levantaron cuando quería rendirme. Gracias por creer en mí, por caminar conmigo este sendero y por sembrar en mi vida una amistad que no terminará con la graduación.

Hoy este logro tiene sus nombres escritos en lo más profundo de mi corazón, porque sin ustedes este camino habría sido más oscuro y más difícil. Que la vida nos permita seguir encontrándonos, como profesionales que sanan, pero sobre todo como amigas que se aman y se sostienen siempre. Con todo mi amor, gratitud eterna y lágrimas de alegría. ¡Gracias, por tanto!

Arianna Hernández

A Dios

Gracias, Señor, por sostenerme en cada etapa de este camino, por darme la sabiduría para tomar decisiones correctas, la paciencia para esperar tus tiempos y la valentía para no rendirme. Gracias por iluminar mis pasos en los momentos de incertidumbre, por abrir puertas cuando parecía no haber salida y por recordarme que los sueños también forman parte de tu plan perfecto.

Si hoy alcanzo esta meta, es porque tu gracia me acompañó en cada desafío, tu amor me dio esperanza y tu fidelidad nunca me abandonó. A ti sea toda la honra y la gloria por este logro y por cada bendición recibida.

A mi familia: Fermin Minaya, Francis Sanchez, Josue Lora, Brayan Jose.

Gracias por ser mi refugio, mi impulso y mi mayor bendición. por acompañarme en cada etapa de este proceso, por sus palabras de ánimo y por celebrar conmigo cada pequeño avance. Su amor ha sido el sostén que me dio fuerzas para continuar este largo camino. Cada sacrificio, cada oración y cada gesto de cariño fueron piezas fundamentales para alcanzar esta meta.

A mi hermana Michell Minaya:

Por acompañarme en esta hermosa y exigente trayectoria de la carrera de medicina. Gracias por darme ese amor tan tuyo, especialmente en esos días en los que llegaba agotada y, aun así, siempre encontrabas la manera de abrazarme el alma.

Gracias por celebrar cada uno de mis logros como si fueran propios, por prepararme la comida y la cena para que no dejara de alimentarme, por buscarme, cuidarme y estar pendiente de

mí. Eres un hermoso regalo en mi vida, y así como tú has estado para mí, quiero estar para ti: verte crecer, acompañarte y celebrar cada uno de tus sueños cumplidos.

A mis amigas Lic. Sarai Inoa y Reimelys Delgado

Gracias por su amistad y por estar presentes durante estos años. por su apoyo constante, por acompañarme en los momentos de cansancio y agotamiento, por brindarme ánimo cuando más lo necesitaba y por ayudarme a mantener el equilibrio necesario durante este proceso.

De manera especial, agradezco a mi novio, **José Rafael Villar**, por su amor, apoyo y motivación continua. Gracias por impulsarme a ser mejor cada día, por creer en mí y por estar presente en cada momento importante de este recorrido, aportando palabras de aliento y fortaleza que contribuyeron significativamente a mi crecimiento personal y profesional.

A mis compañeras y amigas

Dra. Arianna Hernández, Dra. Linor Fernández, Dra. Aranyelis Ventura y

Dra. Shalyne Rosario.

Expreso mi más sincero agradecimiento por cada momento compartido a lo largo de este camino. Gracias por el compañerismo, la solidaridad y el apoyo mutuo que nos permitió afrontar juntas los retos académicos, las largas jornadas de estudio y los desafíos personales que implicó la formación en Medicina. Cada experiencia vivida junto a ustedes dejó una huella imborrable en mi vida, fortaleciendo no solo mi formación profesional, sino también mis valores humanos.

Gracias por cada palabra de aliento en los días difíciles, por las risas que aligeraron la carga, por las horas de estudio compartidas y por demostrarme que la competencia nunca fue más grande que la amistad y el compañerismo.

A mi equipo de servicio (Team B)

Gracias por cada jornada compartida, por hacer que cada servicio se sintiera como en casa, por las risas que aliviaban el cansancio y por el apoyo brindado en los momentos más exigentes.

Al Dr. Joel Morales y a la Dra. Neydimar Tejera

Gracias por su paciencia, enseñanza y ejemplo. Cada consejo, cada corrección y cada demostración práctica contribuyeron significativamente a mi formación. Aprecio profundamente su dedicación y el tiempo compartido durante esta etapa académica.

Hosmedy Minaya

Resumen Ejecutivo

La presente investigación tiene como objetivo general analizar la humanización de la atención en los servicios de urgencias y proponer estrategias para reducir la despersonalización en un entorno de alta demanda, específicamente en el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl durante el periodo septiembre-diciembre 2025. El estudio se fundamenta en la necesidad de rescatar la dignidad y el trato empático en contextos críticos donde la saturación asistencial suele desplazar el enfoque humano por uno meramente técnico. Para lograrlo, se plantearon objetivos específicos orientados a identificar el perfil del personal, describir los factores que contribuyen a la despersonalización, evaluar las estrategias vigentes y determinar el impacto de la carga laboral y el entorno físico en la calidad del cuidado.

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo se define como un estudio descriptivo, transversal y no experimental con un enfoque cuantitativo. La población estuvo constituida por 30 empleados del área de urgencias, incluyendo personal médico, de enfermería, técnico y administrativo. Para la recolección de los datos, se diseñó y aplicó un cuestionario estructurado de 18 ítems, previamente validado por expertos y sometido a una prueba piloto, lo que permitió tabular la información mediante frecuencias absolutas y porcentajes para un análisis estadístico descriptivo riguroso.

Los resultados revelan un perfil sociodemográfico compuesto mayoritariamente por adultos jóvenes de entre 18 y 25 años (56.7%), con predominio del sexo femenino (73.3 %) y de la profesión médica (63.3 %). En cuanto a la experiencia laboral, el 40 % del personal cuenta con menos de 5 años de trayectoria, y el tipo de contrato predominante es fijo (46.7 %). La sobrecarga laboral se percibe como moderada en el 60 % de los casos, mientras que la comunicación interna adecuada se reporta en el 46.7 %. La cantidad de pacientes atendidos por

turno es elevada: el 62.1 % del personal atiende más de 20 pacientes, lo que refleja la alta presión asistencial. Respecto a la disponibilidad de recursos, la mayoría (53.3 %) indicó que nunca hay disponibilidad, lo que evidencia limitaciones importantes que pueden afectar la atención y la aplicación de estrategias humanizadas.

En cuanto a la existencia de estrategias institucionales de humanización, el 33.3 % del personal considera que existen parcialmente, el 26.7 % que existen medianamente, el 23.3 % que existen totalmente y el 16.7 % que no existen, mostrando que, aunque hay presencia de políticas y programas, su implementación no es uniforme. La capacitación recibida en humanización se concentra en 1–2 sesiones (50 %), y solo un 33.3 % del personal aplica siempre prácticas humanizadas en la rutina diaria, mientras que un 53.3 % lo hace a veces.

Capítulo I

Introducción y Trasfondo

Capítulo I: Introducción y Trasfondo

Introducción

En este primer capítulo se presentan los principales componentes que sustentan la investigación, incluyendo los antecedentes teóricos y empíricos relacionados con el tema de estudio, así como el marco contextual en el que se desarrolla. Además, se expone el planteamiento del problema, donde se delimita la situación que motiva la investigación, junto con su justificación e importancia. Asimismo, se formulan el objetivo general y los objetivos específicos que orientan el desarrollo del estudio. Finalmente, se describen las variables e indicadores considerados, así como la definición de los términos clave utilizados.

Antecedentes

En este apartado se presentan los principales estudios y aportes teóricos relacionados con la humanización de los servicios, los cuales permiten comprender su evolución, fundamentos conceptuales y relevancia en el contexto institucional. Estos antecedentes contribuyen a sustentar la investigación, al ofrecer un marco referencial sobre las prácticas humanizadas, la calidad de la atención y la relación entre usuarios y prestadores de servicios.

García (2018), en su revisión titulada “La humanización de la asistencia en los servicios de urgencias hospitalarias”, realizada en España, analizó las barreras organizativas, estructurales y emocionales que afectan la humanización en urgencias. Aplicó una revisión bibliográfica sistemática, basada en 27 artículos obtenidos de bases como Scielo, PubMed, CUIDEN y Dialnet. Entre los principales hallazgos, identificó que más del 70 % de los estudios mencionaban tres problemas fundamentales: la masificación del servicio, la tecnificación excesiva y el estrés laboral recurrente. También evidenció que la relación enfermera–paciente se ve debilitada cuando

el tiempo destinado a cuidados emocionales es reducido. Por otro lado, el 65 % de los trabajos revisados subrayaron que los pacientes valoran especialmente la “escucha activa” y la “transparencia en la información”, elementos vinculados directamente a la percepción de humanización. Como conclusión, el autor señala que la humanización debe sostenerse en tres pilares: comunicación empática, entornos adecuados y formación profesional continua, siendo la enfermería el eje fundamental para promover una atención verdaderamente centrada en la persona.

Sousa, et al., (2019), en su estudio titulado “Humanization in urgent and emergency services: contributions to nursing care”, desarrollado en Brasil, tuvieron como objetivo analizar la evidencia científica relacionada con la humanización en los servicios de urgencias y emergencias y sus implicaciones para la práctica de enfermería. Emplearon una revisión integrativa, en la que inicialmente identificaron 133 artículos, de los cuales 17 cumplieron criterios de inclusión tras una evaluación metodológica rigurosa. Los resultados revelaron que las prácticas de humanización estaban estrechamente relacionadas con la reducción de eventos adversos, el aumento de la satisfacción del paciente y la mayor adherencia a los tratamientos. Asimismo, la implementación de estrategias como la “Recepción con Clasificación de Riesgo” permitió disminuir tiempos de espera y mejorar la comunicación entre usuarios y profesionales. Sin embargo, más del 60 % de los estudios revisados indicaron barreras significativas, especialmente la sobrecarga asistencial, déficit de personal, estructuras poco adecuadas y falta de capacitación, factores que limitan la aplicación de políticas nacionales de humanización. Como conclusión, los autores afirman que la humanización en urgencias solo puede consolidarse mediante la mejora de las condiciones laborales, el fortalecimiento de equipos multidisciplinarios y la formación continua en atención centrada en la persona.

Anguita (2019), en su investigación “Humanization of healthcare at the emergency Department”, llevada a cabo en España, buscó comprender de manera profunda cómo los profesionales de enfermería perciben la humanización en los servicios de urgencias. Utilizó un diseño cualitativo fenomenológico, entrevistando a 11 enfermeras, y posteriormente realizó un análisis temático. Los hallazgos revelaron que los profesionales identifican cuatro elementos esenciales para una atención humanizada: (1) comunicación efectiva, (2) empatía, (3) acompañamiento emocional, y (4) respeto por la intimidad. No obstante, el 92 % de las participantes afirmaron que la carga laboral y el ritmo acelerado eran las principales barreras para brindar cuidados humanizados. También se destacó que las infraestructuras físicas no facilitaban la privacidad del paciente, afectando negativamente la percepción de dignidad. Un hallazgo clave fue que el personal reconoce que, aunque existe voluntad para ofrecer cuidados humanizados, la estructura organizativa dificulta su implementación. La autora concluyó que la humanización exige cambios estructurales, formación constante y políticas institucionales que prioricen el bienestar del paciente y del profesional.

Mora (2021), en su estudio colombiano “Humanización de la atención en salud en el servicio de urgencias”, tuvo como objetivo determinar los factores que favorecen o afectan la humanización desde la perspectiva del personal de enfermería. Utilizó un diseño descriptivo transversal aplicado mediante encuesta a profesionales de urgencias. Los resultados evidenciaron que la mayoría de las participantes percibían sobrecarga laboral, insuficiencia de recursos y falta de formación específica en humanización como los factores más influyentes. La autora reportó que más del 70 % del personal afirmaba desconocer protocolos institucionales de humanización, y que aproximadamente 60 % consideraba que no existían suficientes espacios para la comunicación emocional con los pacientes. Concluyó que la humanización requiere

fortalecimiento institucional, educación continua y rediseño organizacional para mejorar la experiencia de atención en urgencias.

Pabón, et al., (2021), en su artículo titulado “Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias”, desarrollado en Colombia, tuvieron como objetivo general identificar y analizar las estrategias que permiten mejorar la humanización en los servicios de urgencias del sector salud. El estudio empleó una metodología descriptiva y documental, basada en la revisión de literatura científica de bases de datos como Scielo, Dialnet, PubMed y Google Scholar, seleccionando investigaciones publicadas entre 2014 y 2020. Entre los principales resultados, los autores evidenciaron que más del 70 % de las publicaciones revisadas coincidían en que las principales causas de deshumanización en urgencias estaban relacionadas con la sobrecarga laboral, la alta demanda asistencial y la deficiente comunicación entre profesionales y pacientes; además, aproximadamente 65 % de los estudios destacaban la importancia de implementar estrategias como la educación humanizada, el fortalecimiento de la empatía, la comunicación efectiva y el acompañamiento del paciente y su familia. Como conclusión, el artículo señala que fortalecer la humanización en los servicios de urgencias requiere intervenciones integrales que incluyan capacitación continua, adecuación de los entornos de atención y modelos de comunicación centrados en la persona, con el fin de mejorar la calidad asistencial y la experiencia del usuario.

Varela (2022), en su investigación titulada: “Humanización en Urgencias realizado en España (Universidad de A Coruña, Servicio de Urgencias del HUAC)”, tuvo como objetivo general investigar el grado de humanización del Servicio de Urgencias de Adultos del HUAC desde la percepción de los profesionales sanitarios. Para ello empleó una metodología observacional, descriptiva y transversal mediante encuesta dirigida a médicos y enfermeras del

servicio. En los principales resultados se señaló que un 91 % de los encuestados consideraron bueno el grado de intimidad y humanización del servicio, frente al 20 % el año anterior; por otra parte, más del 75 % de los pacientes esperaban menos de media una primera atención de 30 minutos, aunque pasaban más de cuatro horas para el alta del servicio. Como conclusión se afirma que, aunque se han implementado medidas que mejoran la humanización, el Servicio de Urgencias aún presenta déficits importantes que requieren acciones estructurales y formativas para lograr una atención verdaderamente humanizada.

Sierra Leguía et al. (2022), en el estudio “Humanización en servicios de urgencias: percepciones del personal de salud”, realizado en Colombia, investigaron las condiciones laborales y emocionales del personal de urgencias y su impacto en la humanización de la atención. El estudio utilizó un diseño descriptivo con análisis documental, revisando investigaciones que evaluaban el clima laboral, la violencia institucional y la carga emocional del profesional. Los resultados fueron contundentes: 84,4 % de los trabajadores reportaron haber sufrido acoso verbal, 43,8 % habían sido víctimas de agresiones físicas, y 31,3 % de agresiones sexuales, cifras que afectan directamente la calidad de la atención humanizada. Además, la mayoría coincidió en que las jornadas extensas y la presión asistencial generaban desgaste emocional, reduciendo la empatía y la capacidad de escucha. La conclusión subraya que la humanización no puede evaluarse sin analizar primero las condiciones laborales del personal, ya que el bienestar del trabajador es un requisito indispensable para brindar un trato digno y humanizado.

Yáñez, et al., (2023), en el artículo titulado “Proceso de implementación de buenas prácticas de humanización en un servicio de urgencias hospitalarias”, realizado en España, tuvieron como objetivo describir la creación de un Manual de Buenas Prácticas de Humanización

para los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) y evaluar su nivel de implementación en un SUH. Para ello, desarrollaron un estudio cualitativo basado en consenso de expertos, complementado con una metodología descriptiva observacional aplicada en el Servicio de Urgencias del Hospital de Benalmádena. Los resultados mostraron que el manual final incluyó 7 líneas estratégicas, 32 apartados y 169 buenas prácticas, de las cuales el 51 % estaban implementadas, el 33 % no lo estaban y el 16 % se encontraban en proceso. La línea de Vulnerabilidad fue la que obtuvo mayor grado de implementación con 78 %, mientras que la línea de Cuidados al profesional tuvo el porcentaje más bajo, con 72 % sin cumplir. La línea de Comunicación fue la que presentó mayor número de prácticas en proceso, con 46 %. Además, las buenas prácticas consideradas esenciales obtuvieron un 67 % de cumplimiento. Los autores concluyen que este manual permite evaluar de forma integral la humanización en los SUH y facilita la aplicación de buenas prácticas orientadas a mejorar la atención, aunque el grado de implementación observado fue moderado, lo que evidencia un amplio margen de mejora.

Penella (2023), en su trabajo titulado “La humanización de los cuidados de enfermería en el servicio de urgencias: revisión sistematizada”, realizado en España en la Universidad Europea de Valencia, tuvo como objetivo general analizar el conocimiento y la aplicación de los cuidados humanizados por parte del personal de enfermería en los servicios de urgencias. La autora desarrolló una revisión sistematizada de literatura publicada entre 2012 y 2023, consultando bases de datos como PubMed, CINAHL, SciELO, Dialnet y EBSCOhost, de las cuales se seleccionaron 12 artículos finales para el análisis. Los resultados evidenciaron que la humanización de los cuidados se relaciona positivamente con la calidad de vida y el pronóstico del paciente, destacando que los profesionales reconocen barreras como la sobrecarga asistencial, el estrés y la falta de formación específica; sin embargo, ninguno de los estudios incluidos

reportó porcentajes concretos o valores estadísticos cuantitativos. La autora concluye que la humanización constituye un componente esencial en los servicios de urgencias y que es necesario fortalecer la capacitación especializada del personal de enfermería para garantizar prácticas asistenciales centradas en la persona.

Marco Contextual

San Francisco de Macorís es una ciudad ubicada en la región nordeste de la República Dominicana, específicamente en la provincia Duarte. Es la capital de dicha provincia y es conocida por su desarrollo comercial, agrícola e industrial. Esta ciudad es uno de los principales centros productivos del país, destacándose en la producción de caña de azúcar y cacao. Además, cuenta con una infraestructura en crecimiento, que incluye importantes centros de salud, educación y cultura, siendo un referente para la región.

La historia de San Francisco de Macorís se remonta a la llegada de Cristóbal Colón en 1492, cuando la región estaba habitada por los nativos Ciguayos o Macoríges. Fue fundada oficialmente el 20 de septiembre de 1778, bajo el nombre de Villa de Santa Ana de Hato Grande, y posteriormente se estableció como municipio en 1896

En términos económicos, San Francisco de Macorís es reconocida por su producción agrícola, especialmente de cacao, café, arroz y otros productos. Esta actividad ha consolidado a la ciudad como uno de los principales motores económicos del país, siendo el tercer municipio con la economía más robusta de la República Dominicana

Además de su actividad agrícola, la ciudad ha experimentado un crecimiento en sectores como el comercio y la industria, impulsado por inversiones tanto locales como extranjeras. Este dinamismo económico ha contribuido al progreso material y al desarrollo social de la región.

Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl

El Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, fundado en 1926, es una institución de referencia en la atención de salud de tercer nivel en la región. Además de ser un centro asistencial, el hospital tiene un enfoque educativo, facilitando la formación continua, las prácticas hospitalarias y el desarrollo de investigaciones. A lo largo de los años, ha establecido alianzas estratégicas con universidades tanto nacionales como internacionales, fortaleciendo la profesionalización del personal de salud, y promoviendo programas de investigación participativa en colaboración con líderes comunitarios. Estos esfuerzos contribuyen al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente en la reducción de la morbilidad materno-infantil.

Como parte del Sistema Regional de Salud Nordeste y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, el Hospital San Vicente de Paúl participa en el régimen subsidiado, conforme a las leyes 42-01 y 87-01, que regulan su marco legal. Este hospital ofrece atención tanto ambulatoria como de internamiento, con un equipo de profesionales comprometidos con proporcionar un servicio de calidad, equitativo y responsable a todos sus usuarios.

En cuanto a la unidad de emergencias del hospital, esta fue renovada el 29 de abril de 2021, como parte de un proceso de ampliación y mejora de la infraestructura. Entre las intervenciones realizadas se incluyen la habilitación de un consultorio de triaje y emergencias, una sala de curas, cinco estaciones de nebulización, farmacia, área de trauma shock, observación ginecológica, diez camas de observación, y áreas de descanso para médicos y enfermeras. Asimismo, se creó un salón de estudio de casos médicos para los residentes en emergenciología, se adecuó un área para yeso, y se renovó el patio exterior, los accesos a la morgue, y el pasillo que conecta la emergencia con el

resto del hospital. Estas mejoras permiten un mejor funcionamiento y respuesta ante las demandas de atención en salud de la población.

La sala de emergencias del Hospital San Vicente de Paúl está ubicada en la primera planta del centro. Esta área está compuesta por diversas salas especializadas, incluyendo una sala de Medicina Interna con 10 camillas, una sala de Ginecología con 2 camillas, una sala de Traumatología con 3 camas, y una sala de Pediatría con 2 camas. Además, dispone de una sala de nebulización equipada con 8 sillones y una unidad de Reanimación Cardiopulmonar (RCP), también conocida como el área roja, que cuenta con 2 camillas. La unidad de enfermería está disponible para la atención continua de los pacientes, mientras que una farmacia dentro del área de emergencias proporciona los medicamentos necesarios para el tratamiento. Asimismo, la sala de emergencias cuenta con un sistema de triaje para clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición, y una zona de admisión y facturación para gestionar los aspectos administrativos de los pacientes atendidos.

En los últimos años, el Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl ha ampliado su oferta educativa con la incorporación de varias escuelas de especialización. Estos programas académicos han sido fundamentales para el desarrollo de los profesionales de la salud en la región, garantizando formación avanzada en diversas áreas médicas. En julio de 2024, se incorporaron las siguientes escuelas al hospital: Medicina interna, anestesiología, pediatría y ginecoobstetricia, además se resalta que en el 2024 se incorporó la de cuidados intensivos.

Planteamiento del problema

La humanización de la atención en los servicios de urgencias se refiere al conjunto de prácticas que garantizan un trato digno, empático y centrado en la persona, integrando aspectos

relacionales, comunicacionales y organizativos dentro del proceso asistencial. Según la Organización Mundial de la Salud (2020), la atención centrada en la persona constituye un pilar esencial para la calidad en los sistemas sanitarios, al promover la participación activa del paciente, la comunicación efectiva y el respeto a su dignidad en todos los niveles de atención, especialmente en contextos críticos como urgencias (OMS, 2020). Este enfoque reconoce que la atención sanitaria debe abordar no solo las necesidades clínicas, sino también los aspectos emocionales, sociales y humanos que influyen en la experiencia del usuario.

A nivel mundial, los servicios de urgencias enfrentan un aumento sostenido de la demanda, la sobreocupación y el estrés laboral, factores que limitan la capacidad de proporcionar una atención humanizada. La Organización Panamericana de la Salud reporta que la saturación de los servicios de emergencia se asocia con tiempos prolongados de espera, fallos en la comunicación y pérdida del enfoque empático, lo cual contribuye a la despersonalización del cuidado (OPS, 2022). Estudios internacionales indican que entre el 40 % y 60 % de los pacientes refiere experiencias de trato impersonal en urgencias, especialmente en hospitales de alta demanda (Fernández-Castro et al., 2020). La presión asistencial, la tecnificación del trabajo y la escasez de personal han sido identificadas como barreras universales para la humanización.

En Latinoamérica, la problemática es aún más evidente debido a desigualdades estructurales. Países como Colombia, México, Brasil y Perú han documentado falencias en infraestructura, déficit de talento humano, violencia institucional y limitaciones organizativas que afectan la interacción profesional–paciente en los servicios de urgencias (Cabrera et al., 2021; Zambrano & Ramos, 2023). La OPS advierte que en la región persisten brechas significativas en la implementación de modelos de atención centrados en la persona, especialmente en áreas con alta vulnerabilidad social, donde la demanda supera ampliamente la capacidad instalada.

A nivel local, en diversos hospitales de República Dominicana, se han identificado dificultades relacionadas con largas esperas, insuficiencia de recursos humanos, sobrecarga profesional y espacios físicos inadecuados, lo que afecta la percepción de calidad y humanización de la atención. El Ministerio de Salud Pública ha señalado que la saturación en emergencias constituye uno de los mayores retos para la atención oportuna, segura y centrada en el paciente, ya que influye directamente en la experiencia del usuario y en el bienestar del personal sanitario (MSP, 2021). La evidencia nacional coincide en que la despersonalización del cuidado se incrementa cuando existen limitaciones estructurales y alta presión asistencial, dificultando la aplicación de prácticas humanizadas.

Es posible que las características sociodemográficas del personal que labora en los servicios de urgencias, tales como la edad, el género, el nivel educativo, la experiencia profesional y el tipo de contratación, influyan en la forma en que se establecen las relaciones interpersonales con los pacientes, así como en la disposición y habilidad para aplicar prácticas de atención humanizada. Estos elementos individuales podrían condicionar la comunicación, la empatía, la toma de decisiones y la capacidad para enfrentar emocionalmente situaciones de alta presión asistencial. En este sentido, la diversidad del personal sanitario podría representar tanto una fortaleza como una limitación para garantizar una atención centrada en la persona dentro de un entorno dinámico como el servicio de urgencias.

Asimismo, es posible que diversos factores organizativos, laborales y comunicacionales incidan de manera significativa en los procesos de despersonalización dentro de los servicios de urgencias. Entre estos factores podrían encontrarse la sobrecarga de trabajo, los turnos extensos, la escasez de recursos humanos y materiales, las deficiencias en la infraestructura física y un clima laboral desfavorable. Estas condiciones podrían afectar la interacción profesional–paciente,

limitando la disponibilidad de tiempo para el acompañamiento, la escucha activa y la atención de las necesidades emocionales del usuario, lo que dificultaría la consolidación de una atención verdaderamente humanizada en contextos de alta demanda asistencial.

De igual forma, es posible que a nivel nacional e internacional se hayan implementado diversas estrategias orientadas a la humanización de los servicios de urgencias, las cuales podrían incluir intervenciones estructurales, programas de capacitación del personal, fortalecimiento de la comunicación, rediseños organizacionales y prácticas relacionales centradas en el trato digno hacia el paciente. No obstante, la efectividad de estas estrategias podría depender en gran medida de su adecuada adaptación a las realidades específicas de cada institución, especialmente en escenarios donde la presión asistencial y las limitaciones operativas dificultan su aplicación sostenida.

Asimismo, es posible que la percepción del grado de humanización en los servicios de urgencias difiera entre los profesionales de la salud y los usuarios, dado que ambos grupos experimentan el entorno hospitalario desde perspectivas distintas pero complementarias. En el caso del personal sanitario, dicha percepción podría verse influenciada por la carga laboral, el estrés y la disponibilidad de recursos. Por su parte, la percepción de los pacientes podría estar determinada por los tiempos de espera, la claridad de la información recibida, el trato otorgado y las condiciones físicas del servicio, lo que podría generar una brecha entre lo que el personal considera una atención humanizada y lo que el usuario realmente experimenta durante el proceso de atención.

Finalmente, es posible que la carga asistencial y el entorno físico del servicio de urgencias influyan de manera relevante en la calidad de la atención humanizada. La saturación del servicio,

la falta de privacidad, la insuficiencia de espacios adecuados y el ruido constante podrían limitar la posibilidad de ofrecer un cuidado empático, seguro y digno. Estas condiciones estructurales podrían restringir la aplicación de modelos de atención centrados en la persona y dificultar el desarrollo de una práctica profesional orientada a responder de manera integral a las necesidades humanas del paciente en momentos de especial vulnerabilidad. Por lo anteriormente planteado es que se llegan a las siguientes interrogantes a indagar:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los empleados que laboran en los servicios de urgencias?
2. ¿Qué factores organizativos, laborales y comunicacionales contribuyen a la despersonalización en los servicios de urgencias?
3. ¿Qué estrategias de humanización han sido implementadas en los servicios de urgencias a nivel nacional e internacional y cuál es su alcance?
4. ¿Cómo perciben el personal de salud y los usuarios el grado de humanización en los servicios de urgencias?
5. ¿Cómo influyen la carga asistencial y las condiciones del entorno físico en la calidad de la atención humanizada en los servicios de urgencias?

Justificación

Resulta importante realizar esta investigación porque permitirá comprender de manera integral los factores que influyen en el grado de humanización de la atención en los servicios de urgencias. Analizar la relación entre las características sociodemográficas del personal, la carga asistencial, el entorno físico, las dinámicas comunicacionales y las percepciones de usuarios y profesionales posibilita identificar las principales barreras y facilitadores de una atención centrada en la persona. Esta información es fundamental para diseñar estrategias basadas en

evidencia que contribuyan a mejorar la calidad asistencial, reducir la despersonalización y promover un entorno más seguro, digno y empático.

Los resultados de este estudio beneficiarán directamente a los usuarios de los servicios de urgencias, al aportar recomendaciones orientadas a mejorar el trato recibido, la comunicación, la privacidad y el acompañamiento durante la atención. Asimismo, beneficiarán al personal de salud, ya que la humanización de la atención se asocia con una mejor relación profesional–paciente, mayor satisfacción laboral, reducción del estrés y prevención del desgaste profesional. A nivel institucional, los hallazgos servirán como insumo para que las autoridades hospitalarias y los gestores de salud fortalezcan la organización del servicio, optimicen los recursos, mejoren las condiciones laborales y promuevan políticas internas orientadas al trato digno y a la atención centrada en la persona.

De igual forma, esta investigación será de utilidad para tomadores de decisiones del sector salud, responsables de calidad y humanización, coordinadores de servicios de urgencias y equipos de gestión hospitalaria, quienes podrán utilizar los resultados para la planificación estratégica, la implementación de programas de capacitación, la adecuación de espacios físicos y el fortalecimiento de los procesos comunicacionales. También podrá ser consultada por docentes, estudiantes e investigadores del área de la salud interesados en temas de calidad asistencial, humanización, seguridad del paciente y gestión de servicios de urgencias, constituyéndose en un referente para futuras investigaciones y proyectos de mejora continua.

En síntesis, la realización de esta investigación es relevante porque permitirá contar con un diagnóstico actualizado sobre el estado de la humanización en los servicios de urgencias y generar recomendaciones orientadas al fortalecimiento institucional. Al identificar los factores

que promueven o limitan la atención centrada en la persona, se ofrecerán bases sólidas para la toma de decisiones y la implementación de acciones que garanticen una atención más humana, respetuosa y de calidad, en beneficio de la población y del sistema de salud en su conjunto.

Objetivo General

Analizar la Humanización de la atención en urgencias, estrategias para reducir la despersonalización en un servicio de alta demanda, Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, período septiembre- diciembre 2025.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de los empleados de los servicios de urgencias.
2. Describir los factores organizativos, laborales y comunicacionales que contribuyen a la despersonalización en los servicios de urgencias.
3. Identificar las estrategias de humanización implementadas en los servicios de urgencias a nivel nacional e internacional.
4. Evaluar la percepción del personal de salud y de los usuarios sobre el grado de humanización en los servicios de urgencias.
5. Determinar el impacto de la carga asistencial y del entorno físico en la calidad de la atención humanizada.

Variables e indicadores

Objetivos Específicos	Variable	Definición	Indicador	Escala
Identificar las características sociodemográficas del personal de urgencias.	Características sociodemográficas	Se refieren al conjunto de atributos sociales y demográficos que describen a las personas que participan en el estudio, tales como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación y procedencia.	Edad	18–25 años 26–35 años 36–45 años >45 años
			Sexo	Masculino Femenino
			Profesión	Medicina Enfermería Técnico Administrativo Otros
			Años de experiencia	<1 año 1–5 años 6–10 años >10 años
			Tipo de contrato	Fijo Temporal Pasantía Sustituto

Describir los factores organizativos, laborales y comunicacionales que contribuyen a la despersonalización en los servicios de urgencias.	Factores organizativos, laborales y comunicacionales	Son los elementos estructurales y funcionales que influyen en la prestación de los servicios de salud, incluyendo la organización del trabajo, distribución de tareas, condiciones laborales, disponibilidad de recursos, carga horaria y los procesos de comunicación entre el personal de salud y los usuarios.	Sobrecarga laboral	Baja Moderada Alta
			Comunicación interna	Adecuada Parcial Inadecuada
			Disponibilidad de recursos	Sí No
			Clima organizacional	Positivo Neutral Negativo
Identificar las estrategias de humanización implementadas en los servicios de urgencias a nivel nacional e internacional.	Estrategias de humanización	Comprenden el conjunto de acciones, prácticas y enfoques orientados a promover una atención centrada en la persona, basada en el respeto, la dignidad, la empatía y la comunicación efectiva.	Estrategias institucionales	Sí No
			Capacitación del personal	Ninguna 1–2 ≥3
			Prácticas humanizadas	Siempre A veces Nunca

Evaluar la percepción del personal de salud y de los usuarios sobre el grado de humanización en los servicios de urgencias.	Percepción del personal de salud y de los usuarios	Se define como la valoración subjetiva que realizan tanto el personal de salud como los usuarios sobre la calidad de la atención, el trato recibido o brindado, la comunicación, la empatía y el ambiente de trabajo.	Percepción del personal	Alto Medio Bajo
			Percepción del usuario	Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho
			Atención informativa	Adecuada Parcial Inadecuada
Determinar el impacto de la carga asistencial y del entorno físico en la calidad de la atención humanizada.	Impacto de la carga asistencial y del entorno físico	Hace referencia a los efectos que produce la cantidad de pacientes atendidos, el volumen de trabajo, la presión asistencial y las características del entorno físico (infraestructura, espacio, iluminación, ruido, ventilación y confort) sobre la calidad de la atención, el bienestar del personal de salud y la experiencia del usuario.	Carga asistencial (cantidad de pacientes por turno)	<10 10–20 >20
			Entorno físico	Adecuado Regular Inadecuado
			Nivel de humanización	Sí Parcial No

Definición de términos

Carga asistencial: Conjunto de demandas laborales (número de pacientes, gravedad de los casos, tareas simultáneas y tiempos limitados) que recaen sobre el profesional de salud y que impactan su rendimiento y la calidad de la atención. Se reconoce como un factor asociado a estrés, errores y despersonalización. (OMS, 2019).

Despersonalización: Forma de interacción asistencial en la que el profesional adopta un comportamiento distante, frío o mecánico, percibiendo al paciente como un objeto más del proceso de atención. (Maslach y Leiter, 2016).

Entorno físico hospitalario: Condiciones ambientales y estructurales del espacio de atención, incluyendo iluminación, temperatura, privacidad, ruido, mobiliario, señalización y accesibilidad, que influyen directamente en la calidad de la experiencia del paciente y en el quehacer del personal. (Ulrich, et al., 2008).

Estrategias de humanización: Acciones o intervenciones diseñadas para promover un trato digno y empático. Incluyen protocolos de comunicación, acompañamiento familiar, adecuación de espacios, formación en habilidades blandas y promoción del bienestar del personal. (OPS, 2022).

Humanización de la atención en salud: Conjunto de acciones, actitudes y prácticas orientadas a garantizar un trato digno, empático y centrado en la persona, integrando comunicación, respeto, participación del paciente y cuidado emocional. (OMS, 2020).

Percepción del personal de salud: Interpretación subjetiva del profesional acerca de la calidad del entorno laboral, la humanización del servicio, sus condiciones de trabajo y la interacción con los pacientes. (Fernández y Díaz, 2020).

Servicio de urgencias: Unidad hospitalaria destinada a brindar atención inmediata a personas con problemas de salud que requieren evaluación o intervención rápida. (American College of Emergency Physicians, 2021).

Capítulo II

Revisión de Literatura

Capítulo II: Revisión de Literatura

Introducción

En el presente capítulo de revisión de la literatura se abordan las variables e indicadores relacionados con la humanización de la atención en los servicios de urgencias, considerando los factores sociodemográficos, organizativos, laborales y comunicacionales que influyen en la despersonalización de la atención. Dado que los servicios de urgencias se caracterizan por una alta demanda asistencial y un entorno de presión constante, resulta pertinente analizar las estrategias de humanización y la percepción del personal de salud y de los usuarios, con el fin de comprender su impacto en la calidad de la atención y el bienestar de quienes participan en el proceso asistencial.

Marco conceptual o teórico

Humanización de la atención en salud

Concepto de humanización de la atención en salud

La humanización de la atención en salud se define como un enfoque orientado a garantizar que los servicios sanitarios se brinden con respeto a la dignidad, los valores, las necesidades y los derechos de las personas, promoviendo una relación cercana y empática entre los profesionales de la salud y los usuarios. Este concepto implica reconocer a la persona como un ser integral y no únicamente como portador de una enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Desde la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud, la humanización supone reorganizar los servicios de salud para que estén centrados en las personas, familias y

comunidades, incorporando principios éticos, sociales y culturales que permitan una atención más justa, respetuosa y sensible a las realidades de los usuarios (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Diversos autores señalan que la humanización no se limita al buen trato interpersonal, sino que abarca cambios estructurales y organizativos en los sistemas de salud, tales como la mejora de los procesos de atención, la comunicación efectiva y la participación activa de los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2020).

En este sentido, la humanización de la atención se concibe como un proceso continuo que busca equilibrar el avance tecnológico y científico con el componente humano del cuidado, garantizando una atención ética, solidaria y centrada en la persona, especialmente en contextos de alta complejidad asistencial (Comunidad de Madrid, 2022).

Desde la investigación académica reciente, se ha demostrado que los modelos de atención humanizada están directamente asociados con mejores resultados en calidad asistencial, incluyendo mayor satisfacción del paciente, mejor adherencia terapéutica y reducción de eventos adversos. Estudios publicados en revistas científicas de alto impacto destacan que la atención centrada en la persona y la humanización deben considerarse indicadores clave de desempeño de los sistemas de salud modernos, especialmente en contextos hospitalarios de alta presión asistencial como los servicios de urgencias (Rathert, Wyrwich, y Boren, 2022).

Atención centrada en la persona y dignidad humana

La atención centrada en la persona es un enfoque que coloca al individuo como eje del proceso asistencial, reconociendo sus valores, preferencias, expectativas y contexto social, lo que

permite preservar su dignidad durante la atención en salud. Este modelo promueve el respeto, la autonomía y la participación activa del paciente en las decisiones sobre su cuidado (OMS, 2021).

La Organización Mundial de la Salud sostiene que una atención centrada en la persona es aquella que responde de manera respetuosa y sensible a las necesidades individuales, fortaleciendo la confianza entre el personal de salud y los usuarios, y favoreciendo experiencias positivas de atención que protegen la dignidad humana (OMS, 2022).

Desde el ámbito académico, se plantea que la dignidad humana en salud se expresa cuando los servicios reconocen a los pacientes como sujetos de derechos, evitando prácticas despersonalizadas, trato impersonal o decisiones clínicas que excluyan la opinión del usuario (Edgman-Levitan, 2021).

Asimismo, la OPS enfatiza que la atención centrada en la persona contribuye a reducir inequidades, mejorar la calidad de la atención y fortalecer la relación terapéutica, especialmente en servicios de alta demanda como urgencias, donde el respeto y la comunicación resultan fundamentales para mantener la dignidad del paciente (OPS, 2023).

Humanización como componente de la calidad asistencial

La calidad de la atención en salud, según la OMS, se define como el grado en que los servicios sanitarios incrementan la probabilidad de obtener resultados deseados y se prestan conforme a los conocimientos científicos actuales, incluyendo como uno de sus pilares la atención centrada en la persona (OMS, 2020).

En este marco, la humanización se considera un componente esencial de la calidad asistencial, ya que una atención técnicamente correcta, pero carente de empatía, comunicación y respeto, no cumple con los estándares de calidad establecidos a nivel internacional (OMS, 2021).

La OPS plantea que la calidad asistencial debe integrar dimensiones como seguridad, efectividad, oportunidad y humanización, destacando que los servicios humanizados mejoran la satisfacción de los usuarios, fortalecen la confianza en el sistema de salud y favorecen mejores resultados clínicos (OPS, 2022).

Finalmente, diversos documentos institucionales coinciden en que la humanización de la atención constituye una estrategia clave para la mejora continua de la calidad, al promover entornos asistenciales más seguros, éticos y orientados al bienestar tanto de los usuarios como del personal de salud (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2020).

Servicios de urgencias hospitalarias

Definición y funciones del servicio de urgencias

Los servicios de urgencias hospitalarias son unidades especializadas dentro de los hospitales que brindan atención sanitaria inmediata a pacientes con afecciones que ponen en riesgo su vida, función o bienestar, sin requerir programación previa. Estos servicios tienen como objetivo principal garantizar una valoración rápida, un diagnóstico oportuno y el tratamiento inicial adecuado, integrando procesos de triaje y atención clínica según la gravedad del cuadro clínico (Sandín, 2023).

Las funciones de los servicios de urgencias incluyen evaluar y priorizar la condición médica del paciente, estabilizar condiciones críticas, administrar tratamientos de emergencia y

coordinar la derivación o ingreso hospitalario cuando sea necesario. Además, deben garantizar la continuidad del cuidado y la información clara al paciente y sus familiares, promoviendo la toma de decisiones compartida (Ministerio de Sanidad, 2010, citado en estudio de urgencias hospitalarias).

En la práctica, los servicios de urgencias también son responsables de gestionar recursos humanos y materiales de forma eficiente, integrar la atención con otros servicios del hospital y mantener registros clínicos que permitan evaluar resultados y calidad de la atención (Sandín, 2023)

Servicios de urgencias como entornos de alta demanda

Los servicios de urgencias hospitalarias son considerados entornos de alta demanda debido al volumen y variabilidad de los casos atendidos, lo cual plantea retos significativos para la organización y calidad de la atención. La alta concurrencia de pacientes con condiciones clínicas diversas requiere una gestión eficiente de los recursos, tiempos de espera reducidos y procesos asistenciales ágiles que no comprometan la seguridad ni la experiencia del paciente, aspectos que son evaluados como indicadores de desempeño en la literatura de emergencia contemporánea (de Groot et al., 2024).

Estudios epidemiológicos recientes han demostrado que factores demográficos, estacionales y de salud pública contribuyen a la variabilidad en la demanda de urgencias, presionando los recursos disponibles y complicando los tiempos de atención y flujo de pacientes dentro de estas unidades (de Groot et al., 2024).

Además del volumen de atención, la alta demanda en urgencias se relaciona con la complejidad de los casos y la frecuente falta de acceso a otros niveles de atención, lo que fuerza a

las unidades de urgencias a actuar como primer punto de contacto para problemas no programados. Esta situación se asocia con un incremento en los tiempos de espera y una mayor presión sobre el personal de salud, lo cual puede afectar negativamente la satisfacción del paciente y la continuidad del cuidado (de Groot et al., 2024)

Riesgo de despersonalización en urgencias

Los servicios de urgencias hospitalarias, por su naturaleza de atención rápida y bajo presión constante, presentan un riesgo elevado de despersonalización de la atención, donde el foco puede desplazarse de la persona hacia la enfermedad o el proceso asistencial. Estudios sobre burnout y desgaste profesional describen que la exposición prolongada a estrés, alta carga de trabajo y situaciones emocionales intensas puede generar actitudes distantes o mecanicistas por parte del personal, afectando la relación terapéutica con los pacientes (Gualano et al., 2021).

El síndrome de burnout, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal, es prevalente en trabajadores de urgencias y se asocia con una atención menos empática y centrada en la persona, lo que contribuye de forma significativa a la despersonalización del cuidado (Gualano et al., 2021).

La literatura científica ha documentado que la estandarización de los procesos clínicos y la necesidad de priorizar eficiencia en entornos de urgencias pueden contribuir a la despersonalización del cuidado, reduciendo la interacción interpersonal significativa entre los profesionales y los pacientes. Según Montgomery (2025), la estandarización creciente en urgencias, aunque mejora la organización y la seguridad, puede tener el efecto no deseado de hacer menos personal la atención, al centrarse más en la documentación y el cumplimiento de protocolos que en la experiencia subjetiva del usuario (Montgomery, 2025)

Investigaciones recientes sobre humanización en servicios de urgencias resaltan que la despersonalización no solo está asociada a los procesos clínicos, sino también a factores organizativos, culturales y comunicativos dentro de los servicios. Una revisión narrativa de evidencia científica encontró que, en muchos casos, la atención en urgencias tiende a priorizar los aspectos técnicos y procedimentales por encima de las relaciones humanas y la comunicación empática, lo cual se traduce en una experiencia percibida como deshumanizada por pacientes y profesionales (Sierra Leguía et al., 2022).

Además, la literatura señalada en contextos hospitalarios destaca que los factores personales y organizacionales, como el estrés laboral, la falta de capacitación en habilidades psicosociales y normas rígidas, pueden incrementar la probabilidad de despersonalización en urgencias. Esto afecta no solo la calidad de la interacción entre equipo de salud y paciente, sino también la percepción del cuidado por parte del usuario, situación que requiere intervenciones formativas y estructurales para revertirla (Sierra Leguía et al., 2022).

Características sociodemográficas del personal de urgencias

Edad, sexo, profesión y experiencia laboral

Las características sociodemográficas del personal que labora en los servicios de urgencias, como la edad, el sexo, la profesión y los años de experiencia laboral, influyen directamente en la dinámica del trabajo asistencial y en la forma en que se brinda la atención al paciente. La literatura señala que los servicios de urgencias suelen estar conformados por equipos multidisciplinarios jóvenes y de mediana edad, con alta presencia de profesionales de enfermería y médicos, lo que responde a las exigencias físicas, cognitivas y emocionales propias de estos entornos de alta presión (World Health Organization [WHO], 2020).

Diversos estudios indican que la experiencia laboral del personal de urgencias desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención y en la capacidad para manejar situaciones críticas. Profesionales con mayor experiencia tienden a desarrollar mejores habilidades de comunicación, toma de decisiones y manejo emocional, lo que favorece interacciones más empáticas y seguras con los usuarios, especialmente en escenarios de alta complejidad clínica (Benítez et al., 2021).

En cuanto al sexo y la profesión, investigaciones recientes destacan que la feminización del personal sanitario, particularmente en enfermería, ha generado transformaciones en la cultura organizacional y en los estilos de cuidado. No obstante, las diferencias de género también se asocian a desigualdades en la carga laboral, el reconocimiento profesional y el riesgo de agotamiento, factores que pueden incidir en la humanización de la atención en urgencias (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Asimismo, la combinación de profesionales con distintos niveles de formación y experiencia dentro de los equipos de urgencias requiere una adecuada coordinación y liderazgo para garantizar una atención integral y humanizada. La heterogeneidad del personal puede convertirse en una fortaleza si se promueve el trabajo colaborativo y el aprendizaje continuo (WHO, 2022).

Tipo de contratación y condiciones de trabajo

El tipo de contratación y las condiciones laborales del personal de urgencias constituyen factores determinantes en el desempeño profesional y en la calidad de la atención brindada. Contratos temporales, jornadas extensas, turnos rotatorios y la falta de estabilidad laboral han

sido identificados como elementos que incrementan el estrés laboral y el desgaste profesional en los servicios de urgencias (OPS, 2022).

Estudios recientes evidencian que condiciones laborales precarias se asocian con mayores niveles de agotamiento emocional, insatisfacción laboral y despersonalización, lo que puede afectar negativamente la relación entre el personal de salud y los pacientes. En contextos donde predominan contratos inestables, el compromiso institucional y la motivación para brindar una atención humanizada tienden a disminuir (Gualano et al., 2021).

La Organización Mundial de la Salud subraya que la mejora de las condiciones de trabajo, incluyendo la seguridad laboral, la remuneración adecuada y el acceso a apoyo psicosocial, es un componente esencial para fortalecer la calidad de los servicios de salud y promover prácticas humanizadas, especialmente en áreas críticas como urgencias (WHO, 2022).

Por tanto, garantizar condiciones laborales dignas y contratos justos no solo beneficia al personal de salud, sino que también repercute positivamente en la experiencia del usuario y en la sostenibilidad de los servicios de urgencias hospitalarias.

Influencia del perfil del personal en la atención humanizada

El perfil sociodemográfico y laboral del personal de urgencias influye de manera significativa en la atención humanizada, ya que determina la forma en que los profesionales se relacionan con los pacientes y enfrentan las demandas del servicio. La evidencia científica indica que equipos con adecuada formación, experiencia y estabilidad laboral presentan mayores niveles de empatía, comunicación efectiva y respeto por la dignidad del paciente (Rathert et al., 2022).

Asimismo, la OPS señala que el fortalecimiento de las competencias humanas y comunicacionales del personal de salud, junto con el reconocimiento de sus condiciones sociales y laborales, es clave para reducir la despersonalización y promover una atención centrada en la persona en los servicios de urgencias (OPS, 2023).

La literatura también destaca que los profesionales con mayor apoyo institucional y mejores condiciones laborales tienden a percibir su trabajo como más significativo, lo que favorece actitudes de cuidado humanizado incluso en contextos de alta presión asistencial (OMS, 2021).

En este sentido, comprender las características sociodemográficas del personal de urgencias permite identificar áreas de mejora en la gestión del recurso humano y diseñar estrategias orientadas a fortalecer la humanización de la atención, tanto desde la perspectiva del trabajador como del usuario.

Factores organizativos, laborales y comunicacionales

Organización del trabajo y sobrecarga laboral

La organización del trabajo en los servicios de urgencias hospitalarias se caracteriza por la atención continua, la imprevisibilidad de la demanda y la necesidad de respuesta inmediata ante situaciones críticas. Estas condiciones generan una elevada carga asistencial, que se manifiesta en el incremento del número de pacientes por turno, la presión por reducir tiempos de espera y la exigencia de tomar decisiones rápidas, lo cual puede afectar el desempeño profesional y la calidad de la atención (World Health Organization, 2020).

La evidencia científica indica que la sobrecarga laboral en urgencias está estrechamente relacionada con el agotamiento emocional y el estrés crónico del personal de salud. Estudios recientes señalan que jornadas prolongadas, turnos rotatorios y escasez de recursos humanos favorecen el desgaste profesional y limitan la capacidad del personal para brindar una atención empática y centrada en la persona (Gualano et al., 2021).

Asimismo, la OPS advierte que una inadecuada organización del trabajo, sumada a la alta demanda asistencial, incrementa el riesgo de errores, reduce la satisfacción laboral y debilita la calidad del cuidado. En este contexto, la humanización de la atención se ve comprometida cuando el personal prioriza la rapidez y el cumplimiento de tareas sobre la interacción humana (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

Por tanto, la adecuada planificación de los recursos humanos, la distribución equitativa de las cargas de trabajo y la implementación de estrategias organizativas orientadas al bienestar del personal resultan fundamentales para promover una atención humanizada en los servicios de urgencias.

Comunicación interna y clima organizacional

La comunicación interna es un componente esencial del funcionamiento de los servicios de urgencias, ya que facilita la coordinación del equipo multidisciplinario, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente. Una comunicación clara, oportuna y efectiva entre los profesionales de salud contribuye a generar un clima organizacional positivo y a fortalecer el trabajo en equipo (WHO, 2021).

El clima organizacional se define como la percepción compartida que tienen los trabajadores sobre su entorno laboral, incluyendo relaciones interpersonales, liderazgo,

reconocimiento y apoyo institucional. Estudios recientes demuestran que un clima organizacional favorable se asocia con mayor compromiso laboral, menor desgaste profesional y mejores prácticas de cuidado humanizado (Rathert et al., 2022).

Por el contrario, deficiencias en la comunicación interna, liderazgo autoritario o falta de apoyo institucional generan conflictos, desmotivación y tensiones dentro del equipo de urgencias, lo que repercute negativamente en la calidad de la atención y en la experiencia del usuario. La OPS destaca que estos factores organizacionales influyen directamente en la percepción del trato recibido por los pacientes (OPS, 2023).

Impacto de los factores organizativos en la despersonalización

La despersonalización de la atención en los servicios de urgencias se ha vinculado estrechamente con factores organizativos y laborales adversos, como la sobrecarga asistencial, la falta de recursos y una gestión inadecuada del personal. La literatura científica identifica la despersonalización como una respuesta defensiva del profesional ante el estrés continuo, caracterizada por actitudes distantes, frías o impersonales hacia los pacientes (Maslach y Leiter, 2022).

Investigaciones recientes indican que los entornos laborales poco favorables aumentan la probabilidad de que el personal de salud adopte conductas mecanicistas, centradas en la tarea y no en la persona, lo que afecta la relación terapéutica y la percepción de calidad del servicio por parte de los usuarios (Gualano et al., 2021).

La OMS subraya que la mejora de los factores organizativos, como la dotación adecuada de personal, el apoyo institucional y la capacitación en habilidades comunicacionales, es

fundamental para reducir la despersonalización y promover una atención más humana y segura en los servicios de urgencias (WHO, 2022).

Estrategias de humanización en los servicios de urgencias

Estrategias institucionales de humanización

Las estrategias institucionales de humanización en los servicios de urgencias comprenden el conjunto de políticas, normas y acciones organizativas orientadas a promover una atención centrada en la persona, el respeto a la dignidad humana y la mejora de la experiencia del usuario. La Organización Mundial de la Salud señala que las instituciones de salud deben incorporar la humanización como un eje transversal de la calidad asistencial, integrándola en la gestión, la planificación de servicios y la evaluación del desempeño (World Health Organization, 2020).

Desde el ámbito regional, la Organización Panamericana de la Salud destaca que las estrategias institucionales de humanización incluyen el fortalecimiento del liderazgo humanizado, la mejora de los entornos físicos, la participación de los usuarios y la promoción de una cultura organizacional basada en el respeto y la empatía. Estas acciones resultan especialmente relevantes en los servicios de urgencias, donde la presión asistencial puede favorecer prácticas despersonalizadas (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Asimismo, experiencias documentadas en sistemas de salud de distintos países evidencian que la implementación de planes institucionales de humanización contribuye a mejorar la satisfacción del paciente, reducir conflictos y fortalecer la relación entre el personal de salud y los usuarios, incluso en contextos de alta demanda asistencial (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2020).

Capacitación del personal de salud

La capacitación del personal de salud constituye una estrategia fundamental para promover la humanización de la atención en los servicios de urgencias. La OMS enfatiza que la formación continua debe incluir no solo competencias técnicas, sino también habilidades comunicacionales, éticas y emocionales que permitan una atención más empática y centrada en la persona (WHO, 2021).

Estudios recientes señalan que los programas de capacitación en comunicación efectiva, manejo del estrés y atención centrada en el paciente favorecen una mejor interacción entre el personal de urgencias y los usuarios, reduciendo actitudes de despersonalización y mejorando la percepción de calidad del servicio (Rathert et al., 2022).

Por su parte, la OPS subraya que la capacitación en humanización debe adaptarse a las realidades del servicio de urgencias, considerando la alta carga laboral y la exposición constante a situaciones críticas. En este sentido, la formación del personal se convierte en una herramienta clave para fortalecer la resiliencia profesional y sostener prácticas humanizadas en entornos de presión asistencial (OPS, 2023).

Prácticas humanizadas en la atención diaria

Las prácticas humanizadas en la atención diaria en los servicios de urgencias se reflejan en acciones concretas como el trato respetuoso, la escucha activa, la información clara al paciente y sus familiares, y la consideración de las necesidades emocionales durante el proceso asistencial. Estas prácticas contribuyen a preservar la dignidad del usuario, incluso en situaciones de emergencia (WHO, 2022).

La literatura científica indica que pequeñas acciones cotidianas, como presentarse al paciente, explicar los procedimientos y mostrar disponibilidad para resolver dudas, tienen un impacto significativo en la percepción de la atención humanizada y en la confianza del usuario hacia el sistema de salud (Edgman-Levitan, 2021).

Finalmente, diversos autores coinciden en que la incorporación sistemática de prácticas humanizadas en la rutina de los servicios de urgencias no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también favorece el bienestar del personal de salud, al fortalecer el sentido de propósito y la satisfacción profesional en contextos de alta exigencia asistencial (Maslach y Leiter, 2022).

Capítulo III

Metodología

Capítulo III: Metodología

Introducción

En este capítulo se presenta el diseño metodológico de la investigación titulada “Humanización de la atención en los servicios de urgencias: percepción del personal de salud del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, período septiembre–diciembre 2025”. En el mismo se describen el tipo y diseño del estudio, la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, el instrumento de recolección de datos, así como el procedimiento utilizado para la recolección, análisis y presentación de los datos obtenidos.

Tipo y diseño de la investigación

Se trata de un estudio de tipo descriptivo transversal, con un enfoque cuantitativo, cuyo propósito es evaluar la percepción del personal de salud sobre el grado de humanización de la atención en los servicios de urgencias. Según García (2011), la investigación descriptiva tiene como objetivo identificar las características, atributos y perfiles de personas, grupos o fenómenos sin establecer relaciones de causalidad. Asimismo, los estudios transversales permiten analizar un fenómeno en un período determinado, recolectando la información en un solo momento en el tiempo, razón por la cual se denominan estudios transversales.

El diseño de la investigación es no experimental, debido a que las variables no son manipuladas deliberadamente, sino observadas tal y como se presentan en su contexto natural.

Población

La población estuvo conformada por 30 colaboradores que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, incluyendo médicos, enfermeras, técnicos y personal administrativo, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Debido a que se trabajó con una población accesible y de tamaño limitado, no se aplicó fórmula para el cálculo de la muestra, utilizándose un muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando como muestra a la totalidad del personal disponible y dispuesto a participar en el estudio.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio:

- Personal de salud que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl durante el período de estudio.
- Profesionales y técnicos que aceptaron participar voluntariamente mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio:

- Personal que se encontraba de licencia, vacaciones o rotación temporal durante la recolección de los datos.
- Personal que no aceptó participar en la investigación.

Descripción del instrumento de investigación

La recolección de la información se realizó mediante un cuestionario estructurado, elaborado por las investigadoras, compuesto por preguntas cerradas de selección múltiple y dicotómicas, codificadas mediante letras (A, B, C, D).

El instrumento fue diseñado de acuerdo con los objetivos del estudio y se encuentra organizado en cinco secciones: características sociodemográficas del personal de urgencias, factores organizativos, laborales y comunicacionales, estrategias de humanización implementadas, percepción del grado de humanización de la atención y el impacto de la carga asistencial y del entorno físico.

El cuestionario consta de 18 ítems y fue aplicado de manera directa al personal de salud del servicio de urgencias. El instrumento utilizado se encuentra anexado al final de la investigación.

Validación y confiabilidad del instrumento

Para la validación del instrumento, previo a su aplicación, este fue revisado y corregido por el asesor del trabajo de investigación, quien evaluó la claridad, coherencia y pertinencia de los ítems en relación con los objetivos planteados.

La confiabilidad del instrumento se comprobó mediante una prueba piloto, aplicada a un grupo reducido de personal de salud con características similares a la población de estudio, lo que permitió realizar ajustes de forma y contenido antes de su aplicación definitiva.

Procedimiento de recolección de los datos

El proceso de recolección de los datos se inició con la aprobación del tema de investigación por parte de la Universidad Católica Nordestana (UCNE), a través de las instancias académicas correspondientes. Posteriormente, se procedió a la elaboración y validación del instrumento de recolección de datos, en coherencia con los objetivos planteados en el estudio.

Una vez concluida esta fase, se acudió a la dirección del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl con la finalidad de solicitar la autorización institucional para la ejecución de la investigación y la aplicación del instrumento. Tras la obtención del permiso correspondiente, se coordinaron los días y horarios para la aplicación del cuestionario.

Previo a la recolección de la información, a los participantes se les explicó el propósito del estudio, la importancia de su participación, el carácter voluntario de la misma y la confidencialidad de los datos. Una vez obtenido el consentimiento informado, se procedió a la aplicación del instrumento.

Análisis Estadístico

Para el análisis de los datos, los cuestionarios fueron enumerados y revisados. La información fue tabulada mediante el método de conteo manual o método de palotes, y posteriormente procesada utilizando los programas Microsoft Excel y Microsoft Word 2019, elaborándose tablas de frecuencia y porcentaje.

El análisis estadístico se realizó de forma descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes, lo que permitió interpretar los resultados conforme a los objetivos del estudio.

Alcances y Limites del estudio

El estudio permitió describir la percepción del personal de salud sobre la humanización de la atención en los servicios de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl durante el período septiembre–diciembre 2025. Los resultados obtenidos constituyen un diagnóstico situacional que puede servir de base para el diseño de estrategias orientadas a fortalecer prácticas de atención humanizada dentro del servicio.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra su diseño descriptivo y transversal, el cual no permite establecer relaciones de causalidad ni analizar cambios a lo largo del tiempo. Asimismo, el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia limita la generalización de los resultados a otros servicios de urgencias. Además, las respuestas se basan en la percepción subjetiva del personal de salud, lo que podría estar influenciado por factores personales o condiciones laborales al momento de responder el instrumento.

Capítulo IV

Presentación de los Resultados

Capítulo IV: Presentación de los Resultados

Introducción

En este capítulo se presentan de manera organizada los resultados obtenidos del personal de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl. La información se muestra en tablas según las variables analizadas, incluyendo características sociodemográficas, factores organizativos y laborales, estrategias de humanización en la atención y la percepción sobre la calidad de los servicios. Los datos se presentan en frecuencia y porcentaje, lo que permite una interpretación clara y objetiva de los hallazgos, que serán analizados en detalle en los capítulos posteriores.

Presentación de los Resultados

Tabla 1

Distribución en torno a la edad de los participantes del personal de urgencias del Hospital

Rango de edad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
18–25 años	17	56.7
26–35 años	9	30
36–45 años	2	6.7
Más de 45 años	2	6.7
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

En cuanto a la edad de los participantes, la mayoría se encuentra en el rango de 18–25 años (56.7%), seguido por los de 26–35 años (30%). Los grupos de 36–45 años y más de 45 años tienen la menor representación, ambos con 6.7%.

Tabla 2*Distribución por sexo de los participantes del personal de urgencias del Hospital*

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Masculino	8	26.7
Femenino	22	73.3
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Respecto al sexo, predomina el femenino con 73.3%, mientras que el masculino representa 26.7% de los participantes.

Tabla 3*Distribución de los participantes según la profesión*

Profesión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Medico	19	63.3
Enfermera	5	16.7
Técnico	1	3.3
Administrativo	2	6.7
Otros	3	10
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

En relación con la profesión, la mayoría corresponde a personal médico (63.3%), seguido por enfermera (16.7%). Los participantes de las categorías Administrativo (6.7%), Otros (10%) y Técnico (3.3%) tienen menor representación.

Tabla 4

Distribución de los participantes según los años de experiencia laboral en urgencias

Años de experiencia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Menos de 1 año	12	40
1–5 años	12	40
6–10 años	4	13.3
Más de 10 años	2	6.7
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Sobre los años de experiencia laboral en urgencias, los participantes con menos de 1 año y 1–5 años se encuentran en igualdad, cada grupo con 40%, mientras que 6–10 años (13.3%) y más de 10 años (6.7%) presentan menor frecuencia.

Tabla 5

Distribución de los participantes según el tipo de contrato laboral

Tipo de contrato	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Fijo	14	46.7
Temporal	9	30
Pasantía	5	16.7
Sustituto	2	6.7
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

En cuanto al tipo de contrato, la mayoría cuenta con contrato Fijo (46.7%), seguido por Temporal (30%), Pasantía (16.7%) y Sustituto (6.7%).

Tabla 6*Distribución de los participantes según la sobrecarga laboral percibida*

Sobrecarga laboral	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alta	9	30
Media	18	60
Baja	3	10
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Respecto a la sobrecarga laboral, la mayor parte de los participantes reporta moderada (60%), seguida de alta (30%), y finalmente baja (10%).

Tabla 7*Distribución de los participantes según la comunicación interna entre el personal*

Comunicación interna	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Adecuada	14	46.7
Parcial	13	43.3
Inadecuada	3	10
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

En relación con la comunicación interna, el grupo mayor indica que es adecuada (46.7%), seguido de parcial (43.3%) y inadecuada (10%).

Tabla 8

Distribución de los participantes según la disponibilidad de recursos para la atención

Disponibilidad de recursos	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Siempre	8	26.7
Casi siempre	6	20.0
A veces	7	23.3
Nunca hay disponibilidad	9	30.0
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Los datos indican que el 26.7 % de los participantes manifestó que los recursos están siempre disponibles, mientras que el 20.0 % señaló que están disponibles casi siempre. Asimismo, el 23.3 % indicó que los recursos están disponibles a veces, y el 30.0 % expresó que nunca hay disponibilidad de recursos.

Tabla 9

Distribución de los participantes según el clima organizacional del servicio de urgencias

Clima organizacional	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Positivo	5	16.7
Neutral	18	60
Negativo	7	23.3
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Respecto al clima organizacional, predominan los que lo consideran neutral (60%), seguido de negativo (23.3%) y positivo (16.7%).

Tabla 10

Distribución de los participantes según la existencia de estrategias institucionales de humanización

Estrategias institucionales	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Totalmente	7	23.3
Parcialmente	10	33.3
Medianamente	8	26.7
No existen	5	16.7
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Los resultados muestran que el 23.3 % de los participantes indicó que las estrategias institucionales de humanización existen totalmente, mientras que el 33.3 % señaló que existen parcialmente. Asimismo, el 26.7 % manifestó que dichas estrategias existen medianamente, y el 16.7 % expresó que no existen.

Tabla 11

Distribución de los participantes según la capacitación recibida en humanización de la atención

Capacitación recibida	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ninguna	9	30
1–2 capacitaciones	15	50
3 o más capacitaciones	6	20
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Sobre la capacitación recibida en humanización, el grupo mayor ha recibido 1–2 capacitaciones (50%), seguido de los que no han recibido capacitación (30%), y finalmente aquellos con 3 o más capacitaciones (20%).

Tabla 12

Distribución de los participantes según la frecuencia de aplicación de prácticas humanizadas

Frecuencia de aplicación	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Siempre	10	33.3
A veces	16	53.3
Nunca	4	13.3
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

En cuanto a la frecuencia de aplicación de prácticas humanizadas, predominan los participantes que aplican estas prácticas a veces (53.3%), seguido de los que siempre lo hacen (33.3%), y finalmente los que nunca lo hacen (13.3%). (20%).

Tabla 13

Distribución de los participantes según la percepción del grado de humanización del servicio (personal de salud)

Percepción del grado de humanización	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alto	4	13.3
Medio	23	76.7
Bajo	3	10
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Respecto a la percepción del grado de humanización del servicio (personal de salud), la mayoría lo considera medio (76.7%), seguido de bajo (10%) y alto (13.3%).

Tabla 14

Distribución de los usuarios según el nivel de satisfacción con la atención recibida

Nivel de satisfacción	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy satisfecho	3	10
Satisfecho	9	30
Medianamente satisfecho	13	43.3
Insatisfecho	5	16.7
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

En cuanto al nivel de satisfacción de los usuarios, la categoría mayor es medianamente satisfecho (43.3%), seguido de satisfecho (30%), insatisfecho (16.7%), y muy satisfecho (10%).

Tabla 15

Distribución de los usuarios según la calidad de la atención informativa brindada

Calidad de la atención informativa	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Adecuada	8	26.7
Parcial	17	56.7
Inadecuada	5	16.7
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Sobre la calidad de la atención informativa, la mayoría la considera parcial (56.7%), seguido de adecuada (26.7%), y finalmente inadecuada (16.7%).

Tabla 16

Distribución de los participantes según la cantidad de pacientes atendidos por turno

Cantidad de pacientes	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Menos de 10	6	20.7
11–20	5	17.2
Más de 20	18	62.1
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Respecto a la cantidad de pacientes atendidos por turno, la mayor parte de los participantes atiende más de 20 pacientes (62.1%), seguido de menos de 10 (20%), y 11–20 pacientes (17.2%).

Tabla 17

Distribución de los participantes según las condiciones del entorno físico del servicio de urgencias

Condiciones del entorno físico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Adecuado	8	26.7
Regular	13	43.3
Inadecuado	9	30
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

En relación con las condiciones del entorno físico, la mayoría considera que son regulares (43.3%), seguidas de inadecuadas (30%), y finalmente adecuadas (26.7%).

Tabla 18

Distribución de los participantes según el nivel general de humanización de la atención en urgencias

Nivel general de humanización	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Muy humanizada	4	13.3
Humanizada	6	20.0
Neutral / Regular	14	46.7
Poco humanizada	4	13.3
Nada humanizada	2	6.7
Total	30	100%

Fuente: Recolección de datos a través de la aplicación del instrumento al personal que labora en el servicio de urgencias del Hospital Regional Universitario San Vicente de Paúl, durante el período septiembre–diciembre 2025.

Respecto al nivel general de humanización de la atención en urgencias, el 46.7 % de los participantes lo calificó como neutral o regular, el 20.0 % como humanizado y el 13.3 % como muy humanizado. Asimismo, el 13.3 % lo percibió como poco humanizado, mientras que el 6.7 % indicó que la atención es nada humanizada.

Capítulo V

Discusión

Capítulo V: Discusión

Introducción

En el presente capítulo se presenta el análisis de los datos arrojados por la aplicación de la encuesta con los distintos estudios expuestos en el primer capítulo, además de las conclusiones y recomendaciones de lugar.

Análisis de los Resultados

Luego de la aplicación de la encuesta se encontraron las siguientes informaciones:

El rango de edad predominante entre el personal de urgencias del Hospital San Vicente de Paúl es de 18–25 años (56.7%), lo que indica que la mayor parte de los profesionales que prestan atención en urgencias son adultos jóvenes. Este hallazgo coincide con estudios previos de Sousa et al., 2019; Mora, (2021). donde se observa que los servicios de urgencias suelen contar con un personal joven, en gran parte por la alta rotación y la demanda de nuevas incorporaciones.

El sexo mayoritario del personal es femenino (73.3%), lo cual se alinea con los hallazgos de García (2018) y Anguita (2019), quienes señalaron que la enfermería, y en general el personal de atención directa en urgencias, está compuesto principalmente por mujeres, reflejando la tendencia de feminización en los servicios de salud.

La profesión más representada son los médicos (63.3%), evidenciando que el personal médico constituye la mayor proporción de los trabajadores en el área de urgencias. Esto coincide con los hallazgos de Varela (2022) y Pabón et al. (2021), quienes reportaron que los médicos y enfermeros son los principales responsables de la atención directa y de la implementación de estrategias de humanización en los servicios de urgencias.

En cuanto a los años de experiencia laboral, los participantes con menos de 1 año y 1–5 años (40%) constituyen la mayor proporción, lo que refleja una plantilla de personal relativamente joven y con experiencia limitada. Mora (2021) y Anguita (2019) evidenciaron hallazgos similares, señalando que la novedad del personal puede impactar en la aplicación de prácticas humanizadas debido a la falta de formación específica y adaptación a la carga asistencial.

El tipo de contrato predominante es fijo (46.7%), seguido de contratos temporales y pasantías, mostrando que una proporción importante del personal tiene estabilidad laboral. Este resultado es consistente con los antecedentes de Sierra Leguía et al. (2022), quienes indicaron que la estabilidad contractual influye en la percepción de las condiciones laborales y la capacidad de brindar atención humanizada.

La sobrecarga laboral más reportada es moderada (60%), lo que refleja que la mayoría del personal percibe una carga de trabajo significativa. Este hallazgo es coincidente con los estudios de García (2018), Anguita (2019) y Pabón et al. (2021), quienes reportaron que la sobrecarga asistencial es uno de los principales factores que limita la humanización en los servicios de urgencias.

La comunicación interna considerada adecuada (46.7%) es la más frecuente, mostrando que casi la mitad del personal percibe que las relaciones laborales y la transmisión de información son efectivas. Antecedentes como Penella (2023) y Yáñez et al. (2023) resaltan la importancia de la comunicación interna como factor clave para mantener la humanización, destacando que la coordinación entre el personal favorece la calidad de la atención.

Respecto a la disponibilidad de recursos, la mayoría indica que nunca hay disponibilidad (53.3 %), lo que coincide con Mora (2021) y Sousa et al. (2019), quienes señalaron que la insuficiencia de recursos es un factor limitante en la aplicación de estrategias humanizadas, afectando tanto la atención clínica como la relación con los pacientes.

El clima organizacional mayoritario es neutral (60%), lo que refleja que la percepción del entorno laboral es intermedia, sin tendencias extremas positivas o negativas. Estudios previos como Sierra Leguía et al. (2022) y Anguita (2019) identificaron que el clima organizacional influye directamente en la capacidad de los profesionales para brindar cuidados humanizados.

En cuanto a la existencia de estrategias institucionales de humanización, la mayoría indicó que existen parcialmente (33.3 %), seguido de medianamente (26.7 %), totalmente (23.3 %) y no existen (16.7 %), mostrando que, aunque hay presencia de políticas y programas orientados a la humanización, su implementación no es completa ni uniforme. Este hallazgo es consistente con Yáñez et al. (2023) y Pabón et al. (2021), quienes destacaron que la implementación de manuales y estrategias institucionales favorece la humanización, aunque su cumplimiento puede ser parcial.

La capacitación recibida en humanización se concentra en 1–2 capacitaciones (50%), indicando que la formación en este ámbito es limitada para la mayoría del personal. Antecedentes como Mora (2021) y Penella (2023) señalan que la falta de capacitación específica en humanización es un factor común que influye en la calidad de la atención en urgencias.

La frecuencia de aplicación de prácticas humanizadas más reportada es a veces (53.3%), evidenciando que la implementación de estas prácticas no es constante. Esto coincide con los hallazgos de García (2018) y Anguita (2019), quienes reportaron que la variabilidad en la

aplicación de estrategias humanizadas está asociada a la carga laboral y a la disponibilidad de recursos.

La percepción del grado de humanización del servicio por parte del personal de salud se concentra en medio (76.7%), reflejando que la atención se percibe como parcialmente humanizada. Estudios previos, como los de Varela (2022) y Pabón et al. (2021), también reportaron que la percepción de humanización suele ser intermedia, indicando avances limitados en la implementación de políticas y prácticas.

El nivel de satisfacción de los usuarios con la atención recibida es principalmente medianamente satisfecho (43.3%), lo que evidencia una satisfacción moderada. Antecedentes como Sousa et al. (2019) y García (2018) reportaron que la satisfacción del paciente se relaciona directamente con la humanización de la atención, especialmente con la comunicación efectiva y la atención emocional.

La calidad de la atención informativa brindada es mayoritariamente parcial (56.7%), mostrando que la información proporcionada a los pacientes es insuficiente en la mayoría de los casos. Este resultado se alinea con Mora (2021) y Anguita (2019), quienes identificaron que la información limitada afecta la percepción de humanización y la experiencia del usuario.

La cantidad de pacientes atendidos por turno se concentra en más de 20 pacientes (62.1%), reflejando un alto volumen de atención que puede influir en la capacidad de brindar cuidados humanizados. Esto coincide con los hallazgos de García (2018), Sousa et al. (2019) y Pabón et al. (2021), quienes reportaron que la masificación del servicio constituye una barrera significativa para la humanización

En cuanto a las condiciones del entorno físico, la mayoría las considera regulares (43.3%), indicando que los espacios y recursos físicos no son óptimos. Antecedentes como Anguita (2019) y Varela (2022) señalan que la infraestructura limitada afecta la privacidad, la dignidad del paciente y la percepción de humanización

El nivel general de humanización de la atención en urgencias se percibe predominantemente como neutral / regular (46.7 %), seguido de humanizada (20.0 %) y muy humanizada (13.3 %). Asimismo, un 13.3 % lo percibe como poco humanizada y el 6.7 % como nada humanizada, mostrando que, aunque existen avances, la humanización no está completamente consolidada. Este hallazgo se relaciona con los estudios de García (2018), Pabón et al. (2021) y Penella (2023), quienes evidenciaron que la humanización en urgencias requiere intervenciones integrales y formación continua para alcanzar un nivel óptimo.

Conclusiones

Luego de establecido el análisis del estudio se plantean las siguientes conclusiones:

En relación con las características sociodemográficas del personal de urgencias, se evidenció que la mayoría de los empleados son adultos jóvenes, predominantemente mujeres, y pertenecen a la profesión de Medicina. Además, una proporción importante posee poca experiencia laboral y mantiene un tipo de contrato fijo, lo que refleja un personal relativamente joven y estable, con formación profesional orientada a la atención directa en urgencias.

Respecto a los factores organizativos, laborales y comunicacionales, los hallazgos muestran que la sobrecarga laboral moderada, un clima organizacional neutral y la insuficiencia de recursos constituyen elementos predominantes que afectan la dinámica laboral. La comunicación interna adecuada es la más frecuente, aunque existe un porcentaje considerable que

la considera parcial, lo que refleja condiciones organizativas y laborales que influyen en la despersonalización y limitan la implementación efectiva de prácticas humanizadas.

En cuanto a las estrategias de humanización implementadas, se observó que más de la mitad del personal reporta la existencia de estrategias institucionales de humanización, mientras que la capacitación recibida se concentra en pocas actividades formativas, y la frecuencia de aplicación de prácticas humanizadas es intermitente. Estos hallazgos evidencian la presencia de iniciativas orientadas a la humanización, aunque su implementación y consistencia son limitadas.

Respecto a la percepción del grado de humanización, el personal de salud considera que la atención es en su mayoría media, mientras que los usuarios se muestran medianamente satisfechos con la atención recibida. La calidad de la información brindada se percibe como parcial, lo que refleja una percepción general de humanización incompleta desde la perspectiva de personal y usuarios.

En cuanto al impacto de la carga asistencial y del entorno físico, la mayoría del personal atiende un alto volumen de pacientes por turno y considera que las condiciones del entorno físico son regulares, lo que evidencia que tanto la carga de trabajo como las características del espacio influyen en la provisión de una atención humanizada. El nivel general de humanización se percibe como parcial, indicando que estos factores afectan directamente la calidad de la experiencia asistencial.

Recomendaciones

Luego de realizada las conclusiones del estudio se exponen las siguientes recomendaciones de lugar a los distintos organismos correspondientes:

Al Ministerio de Educación y organismos reguladores:

1. Promover la formación continua y la actualización profesional en humanización de la atención como requisito para el personal de salud que labora en urgencias.
2. Fomentar la creación de lineamientos y estándares nacionales para la humanización en servicios de urgencias, incluyendo criterios de infraestructura, recursos y carga asistencial.
3. Incentivar la supervisión y evaluación periódica de la implementación de estrategias de humanización en hospitales y centros de urgencias.

Al Hospital

1. Mejorar la disponibilidad de recursos en el servicio de urgencias, asegurando insumos y equipos necesarios para una atención humanizada.
2. Optimizar el entorno físico del servicio de urgencias para favorecer la privacidad, comodidad y seguridad de los pacientes y del personal.
3. Implementar políticas y protocolos claros que promuevan la aplicación consistente de prácticas humanizadas en todos los turnos.
4. Revisar la distribución de la carga asistencial y el número de pacientes por turno, con el fin de equilibrar la atención y reducir la sobrecarga laboral.

Al personal de urgencias:

1. Fortalecer la comunicación interna, promoviendo la coordinación efectiva entre los profesionales.

2. Aplicar de manera más consistente las estrategias de humanización disponibles, asegurando que la atención sea centrada en el paciente y respetuosa de su dignidad.
3. Participar activamente en capacitaciones y programas de formación en humanización, especialmente en habilidades de comunicación y acompañamiento emocional.

Referencias Bibliográficas

- American College of Emergency Physicians. (2021). Definition of emergency medicine. ACEP.
- Anguita, M. V. (2019). Humanization of healthcare at the emergency department. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(23), 1–12. <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/31507>
- Benítez, C., Romito, G. A., & Contreras, A. (2021). Professional experience and quality of care in emergency services. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06432-5>
- Cabrera, D., Vargas, P., & Molina, R. (2021). Humanized practices in emergency units: Perceptions of Latin American patients. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e112.
- Comunidad de Madrid. (2022). II Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2022–2025. <https://www.comunidad.madrid>
- de Groot, B., Meijs, N. T. C., Moscová, M., Raven, W. A. M. H., & Lassen, A. T. (2024). Characteristics and outcomes of emergency department patients across health care systems: An international multicenter cohort study. *International Journal of Emergency Medicine*, 17, 123.
- Delaney, L., Hammond, N., & Bucknall, T. (2022). Human-centred care models in acute and emergency settings: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 62, 101170. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101170>
- Edgman-Levitan, S. (2021). Patient-centered care: Achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *The New England Journal of Medicine*, 384(2), 101–103. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2034924>

- Edgman-Levitan, S. (2021). Patient-centered care: Achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *The New England Journal of Medicine*, 384(2), 101–103. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2034924>
- Fernández-Castro, J., Peñacoba, C., & Díaz-Piedra, C. (2020). Humanization in emergency departments: Effects on patient satisfaction and burnout reduction. *Journal of Clinical Nursing*, 29(11–12), 2093–2102.
- Fernández-Castro, J., Peñacoba, C., & Díaz-Piedra, C. (2020). Humanization in emergency departments: Effects on patient satisfaction and burnout reduction. *Journal of Clinical Nursing*, 29(11–12), 2093–2102. <https://doi.org/10.1111/jocn.15259>
- García, I. G. (2018). La humanización de la asistencia en los servicios de urgencias hospitalarias (Trabajo de Fin de Grado). Universidad Autónoma de Madrid. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684601>
- Gualano, M. R., Sinigaglia, T., Lo Moro, G., Rousset, S., Cremona, A., Bert, F., & Siliquini, R. (2021). The burden of burnout among healthcare professionals of intensive care units and emergency departments: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8172. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158172>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 351–357). Academic Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2022). Burnout: Challenges and future directions. *Annual Review of Psychology*, 73, 1–25. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-072420-122724>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2020). Política nacional de humanización en salud. <https://www.minsalud.gov.co>

Montgomery, C. (2025). Empowering person-centered emergency care through documentation and process analysis. *Journal of Emergency Care Studies*.

Mora Ortiz, K. J. (2021). Humanización de la atención en salud en el servicio de urgencias (Trabajo de grado). Universidad El Bosque.

<https://repositorio.unbosque.edu.co/items/81dfca00-8e49-417d-8fea-0749615d9b01>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Global strategy on people-centred and integrated health services. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516815>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Quality of care. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2021). People-centred care. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Delivering quality health services.

<https://www.who.int>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). La fuerza de trabajo en salud en las Américas.

<https://www.paho.org>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Calidad de la atención en los servicios de salud.

<https://www.paho.org>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Condiciones de trabajo y bienestar del personal de salud. <https://www.paho.org>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Humanización de los servicios de salud:

Orientaciones técnicas. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57187>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Humanización de la atención en los servicios de

salud. <https://www.paho.org>

Pabón-Ortíz, E. M., Mora-Cruz, J. V., Buitrago-Buitrago, C. Y., & Castiblanco-Montañez, R. A.

(2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias.

Revista Ciencia y Cuidado, 18(1), 94–104. <https://doi.org/10.22463/17949831.2512>

Penella Ortolá, M. (2023). La humanización de los cuidados de enfermería en el servicio de

urgencias: revisión sistematizada (Trabajo de Fin de Grado). Universidad Europea de

Valencia. <https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/7636>

Pereira, A., Rodrigues, V., & Gomes, N. (2021). Humanization in emergency care: Challenges in

high-demand settings. Revista de Enfermagem Referência, 5(9), 1–12.

Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2022). Patient-centered care and outcomes: A

systematic review of the literature. Medical Care Research and Review, 79(4), 1–18.

<https://doi.org/10.1177/10775587211060545>

Rodrigues, A. P., Silva, M. J., & Santos, F. (2023). Family presence and humanized interventions

in emergency departments: European perspectives. European Journal of Emergency Nursing,

16(2), 54–63.

Sierra Leguía, L. A., Salazar Trujillo, S., Suarez Romero, R., & Valdez Cerda, V. (2022).

Humanización en los servicios de urgencia: revisión narrativa. Horizonte de Enfermería,

33(1), 83–95.

- Sierra-Leguía, L. A., Rodríguez, M. J., & Gómez, P. C. (2022). Humanización en servicios de urgencias: percepciones del personal de salud. *Revista CUIDARTE*, 13(1), 1–10. <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/n6e9x>
- Sousa, K. H. J. F., Damasceno, C. K. C. S., Almeida, C. A. P. L., Magalhães, J. M., & Ferreira, M. A. (2019). Humanization in urgent and emergency services: Contributions to nursing care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180263. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31188988/>
- Ulrich, R. S., et al. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61–125.
- Varela Díaz, A. (2022, junio). Humanización en urgencias [Trabajo de Fin de Grado, Universidade da Coruña, España]. Repositorio Institucional da Universidade da Coruña. <http://hdl.handle.net/2183/32376>
- World Health Organization. (2019). Burnout: A global occupational phenomenon. WHO.
- World Health Organization. (2020). Quality of care. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2020). State of the world's nursing 2020. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2021). Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2021). People-centred health services. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2022). Delivering quality health services. <https://www.who.int>

World Health Organization. (2022). Health workforce policy and management.

<https://www.who.int>

Zambrano, M., & Ramos, J. (2023). Factores asociados a la despersonalización en servicios de urgencias hospitalarias. *Revista Ciencia y Cuidado*, 20(1), 45–58.

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA NORDESTANA

UCNE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: Cuestionario sobre Humanización de la Atención en los Servicios de Urgencias

Instrucciones:

Marque con una (X) la letra que corresponda a la opción que mejor represente su situación o percepción. La información será confidencial y utilizada únicamente con fines académicos.

Sección I. Características Sociodemográficas del Personal de Urgencias

1. Edad:

- A. 18–25 años
- B. 26–35 años
- C. 36–45 años
- D. Más de 45 años

2. Sexo:

- A. Masculino
- B. Femenino

3. Profesión:

- A. Medicina
- B. Enfermería
- C. Técnico

D. Administrativo

E. Otros

4. Años de experiencia laboral en urgencias:

A. Menos de 1 año

B. 1–5 años

C. 6–10 años

D. Más de 10 años

5. Tipo de contrato:

A. Fijo

B. Temporal

C. Pasantía

D. Sustituto

Sección II. Factores Organizativos, Laborales y Comunicacionales

6. Sobrecarga laboral:

A. Alta

B. Media

C. Baja

7. Comunicación interna entre el personal:

A. Adecuada

B. Parcial

C. Inadecuada

8. Disponibilidad de recursos para la atención:

A. Siempre

B. Casi siempre

C. A veces

D. Nunca hay disponibilidad

9. Clima organizacional del servicio de urgencias:

- A. Positivo
- B. Neutral
- C. Negativo

Sección III. Estrategias de Humanización en los Servicios de Urgencias

10. Existencia de estrategias institucionales de humanización:

- A. Totalmente
- B. Pacialmente
- C. Medinamente
- D. No exixsten

11. Capacitación recibida en humanización de la atención:

- A. Ninguna
- B. 1–2 capacitaciones
- C. 3 o más capacitaciones

12. Frecuencia de aplicación de prácticas humanizadas:

- A. Siempre
- B. A veces
- C. Nunca

Sección IV. Percepción sobre la Humanización de la Atención

A. Personal de Salud

13. Percepción del grado de humanización del servicio:

- A. Alto
- B. Medio
- C. Bajo

B. Usuarios

14. Nivel de satisfacción del usuario con la atención recibida:

- A. Satisfecho

- B. Medianamente satisfecho
- C. Insatisfecho

15. Calidad de la atención informativa brindada al usuario:

- A. Adecuada
- B. Parcial
- C. Inadecuada

Sección V. Impacto de la Carga Asistencial y del Entorno Físico

16. Cantidad de pacientes atendidos por turno:

- A. Menos de 10
- B. 11–20
- C. Más de 20

17. Condiciones del entorno físico del servicio de urgencias:

- A. Adecuado
- B. Regular
- C. Inadecuado

18. Nivel general de humanización de la atención en urgencias:

- A. Muy humanizada
- B. Humanizada
- C. Neutral / Regular
- D. Poco humanizada
- E. Nada humanizada