

**Humanización en los servicios de urgencias: revisión sistemática (2020–2025) y
propuesta de indicadores operativos para la evaluación de la calidad**

Luz Karime Mesa Hernández

Erika Tatiana Muñoz Sáenz

Revisor

Angela Maribel Reyes

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud

2026

Angela Maribel Reyes
Director de Trabajo de Grado

Yaned Galeano Salazar
Jurado

Resumen

La humanización en la atención de los servicios de urgencias representa un desafío fundamental para los sistemas de salud, especialmente en Colombia, donde, a pesar de contar con políticas nacionales, continúan existiendo deficiencias en la comunicación, el trato digno y la participación del usuario. Este estudio tuvo como finalidad analizar la evidencia científica sobre la humanización en los servicios de urgencias, publicadas entre enero del 2020 y septiembre de 2025, y a partir de ello, proponer una serie de indicadores operativos que puedan guiar la evaluación de la calidad de la atención. Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo los lineamientos PRISMA 2020, consultando las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO y LILACS, además de repositorios institucionales. Se incluyeron 38 estudios que abordaron la humanización desde enfoques metodológicos observacionales, cualitativos, cuasi-experimentales y revisiones integrativas. Los resultados mostraron que las estrategias de humanización más comunes incluían la capacitación en las habilidades comunicativas, los protocolos de acompañamiento familiar, la teleasistencia y las adecuaciones en la infraestructura. Entre las principales barreras identificadas están la sobrecarga laboral, la alta rotación del personal y la falta de indicadores específicos de evaluación. A partir del análisis temático, se propuso un conjunto de seis indicadores que abarcan seis dimensiones clave: la comunicación efectiva, la información al paciente, el respeto y la dignidad, la accesibilidad emocional, el entorno físico y la capacitación del personal. Se concluye que la humanización en urgencias es un área en desarrollo que requiere de marcos de evaluación más precisos y comparables. La contribución principal de este estudio radica en ofrecer un conjunto de indicadores teóricos de aplicación operativa, diseñados como herramientas de gestión y académicas para guiar futuras investigaciones y políticas públicas relacionadas con la calidad y la dignidad de la atención en urgencias.

Palabras clave: humanización en salud, servicios de urgencias, calidad de la atención, indicadores, Colombia.

Abstract

Humanization in emergency department care represents a fundamental challenge for healthcare systems, especially in Colombia, where, despite national policies, deficiencies in communication, dignified treatment, and user participation persist. This study aimed to analyze the scientific evidence on humanization in emergency departments published between January 2020 and September 2025 and, based on this, propose a series of operational indicators that can guide the evaluation of the quality of care. A systematic review was conducted following the PRISMA 2020 guidelines, consulting the PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, and LILACS databases, in addition to institutional repositories. Thirty-eight studies were included that addressed humanization from observational, qualitative, quasi-experimental, and integrative review methodological approaches. The results showed that the most common humanization strategies included communication skills training, family support protocols, telecare, and infrastructure improvements. Among the main barriers identified were work overload, high staff turnover, and a lack of specific assessment indicators. Based on the thematic analysis, a set of six indicators was proposed, covering six key dimensions: effective communication, patient information, respect and dignity, emotional accessibility, physical environment, and staff training. It is concluded that humanization in emergency departments is a developing area that requires more precise and comparable assessment frameworks. The main contribution of this study lies in offering a set of theoretical indicators for operational application, designed as management and academic tools to guide future research and public policies related to the quality and dignity of emergency care.

Keywords: humanization in health, emergency services, quality of care, indicators, Colombia.

Tabla de Contenido

Resumen	3
Abstract.....	5
Tabla de Contenido	6
Lista de Tablas	9
Lista de Figuras.....	10
Lista de Apéndices.....	11
Introducción.....	12
Planteamiento del Problema	14
Pregunta de Investigación:.....	15
Justificación	16
Objetivos.....	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos.....	19
Marco Referencial	20
Antecedentes Internacionales.....	20
Antecedentes Nacionales.....	22
Marco Teórico	24
Marco Conceptual.....	26
Marco Legal.....	29

Propuestas Institucionales y Recomendaciones desde la Literatura.....	30
Metodología.....	31
Enfoque y Diseño	31
Fuentes de Información y Estrategia de Búsqueda	31
Criterios de Inclusión y Exclusión	32
Proceso de Selección.....	32
Evaluación de Calidad.....	32
Síntesis y análisis	32
Resultados.....	34
Características de los estudios incluidos	34
Principales Hallazgos por Categoría Temática	35
Fundamentos Conceptuales.....	35
Cultura Organizacional y Liderazgo	35
Normativa y Políticas Públicas	35
Percepción del Usuario	35
Estrategias de Humanización	35
Barreras	36

Efectos Documentados.....	36
Síntesis de Hallazgos.....	36
Discusión	37
Conclusiones.....	40
Recomendaciones	42
Propuesta Indicadores Operativos Teóricos	43
Líneas futuras de Investigación	45
Referencias Bibliográficas	46

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Indicadores operativos de humanización en servicios de urgencias</i>	43
--	----

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Diagrama de flujo PRISMA 2020</i>	52
--	----

Lista de Apéndices

Apéndice A <i>Diagrama de flujo PRISMA 2020 para selección de estudios incluidos en la revisión sistemática</i>	52
Apéndice B <i>Matriz de evaluación de calidad – Joanna Briggs Institute (JBI)</i>	53
Apéndice C <i>Matriz de Extracción de Datos de los Estudios Incluidos</i>	56

Introducción

En los últimos años la humanización de la atención en salud ha evolucionado, ha pasado de ser una aspiración normativa a un requisito de calidad asociado con la seguridad del paciente, la continuidad del cuidado y la legitimidad del sistema de salud.

En Colombia, este enfoque se encuentra reconocido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y está incorporado en los instrumentos de calidad como en la Resolución 3100 de 2019, que enfatizan el trato digno, la información clara y la participación informada del paciente. A pesar de ello, la práctica cotidiana, revisiones sistemáticas a nivel nacional (Bernal-Ríos et al., 2021) y estudios en servicios específicos (Bolívar Perea et al., 2023) evidencian una brecha persistente entre la norma y la atención real, especialmente en los servicios de urgencias, donde la complejidad clínica, los picos altos de atención y la presión por cumplir indicadores de oportunidad pueden desplazar la comunicación, la privacidad y el acompañamiento familiar (López-Soto et al., 2022; OPS, 2022; Ramírez-Pérez et al., 2022).

La literatura reciente (2020–2025) demuestra que la deshumanización no debe considerarse un “problema blando”, dado que se asocia con mayor ansiedad, una comprensión insuficiente del tratamiento, menor adherencia al mismo y un aumento de reingresos evitables, así como del desgaste del personal (Cárdenas-Gaviria, 2024; Cifuentes-Ladino et al., 2024; Duque-Ramírez et al., 2023).

En paralelo, se acumula evidencia sobre intervenciones posibles y costo-efectivas, como protocolos concisos de información en triage y egreso, entrenamientos prácticos en comunicación y ajustes básicos del entorno físico (privacidad, señalización, sala de espera), que mejoran significativamente la experiencia del paciente y con ello se reducen las reclamaciones (Lobo-Osorio et al., 2023; Pabón-Ortiz et al., 2021; Pinto et al., 2021); no obstante, la adopción institucional sigue siendo diversa.

Entre las barreras recurrentes se encuentran la sobrecarga asistencial, la insuficiencia de talento humano, las dificultades en la gestión del cambio desde el liderazgo (Ceballos Casas, 2020), la falta de indicadores específicos de experiencia en los tableros de calidad y una formación intermitente en las habilidades relacionales (Nogueira et al., 2023; Ramírez-Pérez et al., 2022).

En consecuencia, la pregunta central ya no es si humanizar o no, sino se centra en como diseñar e implementar prácticas sostenibles que puedan coexistir con las exigencias de oportunidad y resolución propias de un servicio tan demandante como el de urgencias. En este contexto, la presente revisión sistemática sintetiza la evidencia publicada entre 2020 y 2025 sobre fundamentos, barreras e intervenciones de humanización en urgencias, con un enfoque en Colombia. Además, incorpora una evaluación de calidad metodológica (JBI) y propone indicadores operativos para la evaluación de la calidad; con ello, se busca reducir la brecha entre el mandato normativo y la práctica clínica, proporcionando insumos útiles para los gestores, los equipos clínicos y además, para los formuladores de políticas.

Planteamiento del Problema

Entre los años 2020 y 2025, se observa que la discusión sobre la humanización en los servicios de urgencias ha cobrado relevancia, especialmente como respuesta a los desafíos que fueron derivados de la pandemia de COVID-19. La evidencia científica reciente coincide en señalar que la calidad de la atención no se puede medir únicamente mediante los resultados clínicos, sino que también depende de diversos factores relacionados con la dignidad, el respeto, la empatía y la comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes (Abidova et al., 2020; Cruz-Riveros, 2020).

En América Latina, los estudios recientes han evidenciado que la sobrecarga asistencial, las limitaciones estructurales y la ausencia de protocolos de trato digno profundizan la deshumanización, sobre todo en las áreas críticas como urgencias (Ceballos Casas, 2020; Rojas et al., 2022).

En Colombia, a pesar de contar con políticas orientadas al trato humanizado, persisten deficiencias bastante marcadas y relevantes. Según datos consolidados de la Superintendencia Nacional de Salud, una alta proporción de las quejas formales en servicios de urgencias están relacionadas con un trato inadecuado, la falta de información y la comunicación deficiente por parte del personal (Superintendencia Nacional de Salud, 2023).

Estudios multicéntricos y revisiones sistemáticas muestran que una parte significativa de usuarios no perciben un trato digno y respetuoso, siendo las deficiencias más críticas en ciudades intermedias y zonas rurales (Bernal-Ríos et al., 2021). La pandemia de COVID-19 evidenció estas carencias, ya que la presión asistencial, la reducción del tiempo de interacción con el paciente y la priorización de medidas epidemiológicas afectaron negativamente la experiencia del usuario. Incluso en la etapa postpandemia, se han documentado prácticas despersonalizada asociadas al desgaste profesional que afectan la confianza de la población en el sistema de salud

(Cárdenas-Gaviria, 2024).

Finalmente, el marco normativo colombiano carece de indicadores específicos para medir de manera objetiva la humanización en urgencias, pues se limitan a aproximaciones generales como la satisfacción global del usuario. Esto genera un vacío en el diseño de estrategias sostenibles y basadas en evidencia.

Ante este panorama, el presente estudio plantea una revisión sistemática de la literatura publicada entre 2020 y 2025, con el objetivo de identificar estrategias efectivas, analizar sus resultados y proponer indicadores operativos que orienten la gestión hospitalaria y la formulación de políticas públicas en humanización de la atención en urgencias.

Pregunta de Investigación:

¿Cuál es la evidencia científica publicada entre 2020 y 2025 sobre la humanización en los servicios de urgencias en Colombia y contextos comparables y como puede esta evidencia orientar la formulación de indicadores operativos para su evaluación?

Justificación

La humanización en la atención en salud se ha consolidado, entre los años 2020 y 2025, como un pilar indispensable en la construcción de sistemas de salud más equitativos, centrados en la dignidad de las personas y en el respeto a sus derechos.

El escenario pandémico y pospandémico evidenció que los desenlaces clínicos por sí solos no son suficientes para evaluar la calidad de los servicios de urgencias; es fundamental considerar los factores intangibles como la empatía, la comunicación efectiva, el acompañamiento familiar y el trato digno. En este sentido, la literatura científica reciente destaca que la deshumanización no es solo una cuestión de fallas éticas, sino también un riesgo para la seguridad del paciente, la adherencia a los tratamientos y la satisfacción de los usuarios (Bernal-Ríos et al., 2021).

En América Latina, múltiples investigaciones realizadas durante este periodo han documentado que las deficiencias en la humanización se relacionan con variables estructurales, como la falta de recurso humano, la saturación de los servicios y la ausencia de protocolos de trato digno (Rojas et al., 2022). Estas limitaciones afectan de manera más marcada a las poblaciones vulnerables y en contextos rurales o periféricos, donde las condiciones de inequidad son más evidentes. Estos hallazgos regionales constituyen un referente clave para comprender la situación en Colombia, donde persisten retos similares.

La problemática en Colombia es particularmente relevante por dos razones. En primer lugar, las cifras oficiales entre 2020 y 2023 indican que más de un tercio de las quejas en urgencias se relacionan con un trato inadecuado, ausencia de información clara y deficiencias en la comunicación del personal de salud (Superintendencia Nacional de Salud, 2023). Estos datos evidencian la magnitud de la insatisfacción y exponen de manera abierta un déficit de confianza en el sistema sanitario, lo que amenaza la legitimidad institucional.

En segundo lugar, la evidencia nacional más reciente muestra que solo cuatro de cada diez usuarios perciben un trato respetuoso en urgencias (Bernal-Ríos et al., 2021), reflejando una brecha significativa entre la normativa que promueve la humanización y la experiencia real de los pacientes.

Académicamente, esta investigación se sustenta en un enfoque metodológicamente sólido: la revisión sistemática siguiendo la guía PRISMA 2020 (Page et al., 2021), que garantiza un proceso de investigación transparente, reproducible y crítico en la selección y análisis de los estudios. Esto permite ofrecer un panorama actualizado de las estrategias efectivas documentadas entre los años 2020 y 2025, al tiempo que identifica las barreras que limitan su desarrollo.

Desde la perspectiva práctica, el estudio proporciona insumos útiles para la toma de decisiones en la gestión de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Aunque no se plantea la implementación directa de estrategias, se proponen indicadores operativos derivados de la evidencia científica, que sirven como referencia para autoridades sanitarias y gestores hospitalarios que estén interesados en fortalecer la dimensión humanizada de la atención sin depender únicamente de percepciones subjetivas.

Finalmente, este estudio contribuye a cerrar un vacío en la literatura nacional, pues si bien existen investigaciones sobre satisfacción de usuarios o calidad percibida, son escasos los trabajos que sistematizan la evidencia reciente para traducirla en indicadores verificables y aplicables en el contexto colombiano.

Así, esta investigación representa un aporte novedoso, oportuno y alineado con las prioridades de fortalecimiento del sistema de salud, especialmente en servicios de urgencias donde la vulnerabilidad del paciente exige respuestas inmediatas, pero también empáticas y seguras.

Pilares de la investigación:

1. Académico-científico: síntesis rigurosa y actualizada de la literatura 2020–2025, fortaleciendo el campo teórico de la humanización en salud.
2. Social y ético: visibiliza las falencias en urgencias, contribuyendo a una atención más digna y centrada en la persona.
3. Práctico y de política pública: genera indicadores basados en evidencia que orientan futuras estrategias de evaluación y mejoramiento de la calidad.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la evidencia científica publicada entre 2020 y 2025 sobre la humanización en los servicios de urgencias en Colombia y contextos latinoamericanos comparables, para proponer, a partir de la identificación de tendencias y estrategias, un mar de indicadores operativos que guíen la evaluación de la calidad de la atención.

Objetivos Específicos

Caracterizar los estudios sobre humanización en salud en los servicios de urgencias publicados entre los años 2020 y 2025, identificando sus principales enfoques teóricos y metodológicos.

Examinar las estrategias documentadas para promover la humanización en los servicios de urgencias, analizando sus resultados en la satisfacción del paciente, la comunicación y la confianza en el sistema.

Identificar las principales barreras y facilitadores que influyen en la adopción de prácticas humanizadas en urgencias, considerando los factores estructurales, organizacionales y relacionales.

Comparar los hallazgos de la literatura internacional y regional con la situación de Colombia, destacando afinidades y particularidades del contexto nacional.

Formular una propuesta teórica de indicadores operativos, derivados de la evidencia científica, que sirva como referencia para la evaluación de la humanización en los servicios de urgencias en Colombia.

Marco Referencial

Antecedentes Internacionales

La investigación sobre la humanización en salud en los servicios de urgencias ha mostrado un creciente interés en América Latina. El punto de partida en nuestro periodo de análisis lo marca el estudio "Experiences with health care and health-related quality of life of patients with hematologic malignancies in Mexico", realizado en la Ciudad de México (México). En esta investigación observacional y transversal, Doubova et al. (2020) aplicaron encuestas a 183 paciente y encontraron que una de las principales falencias reportadas era la falta de información clara sobre su diagnóstico y tratamiento. El estudio concluyó que la comunicación efectiva es un determinante central de la experiencia de los pacientes y debería ser considerada un indicador específico de la calidad. En este sentido, aporta al presente trabajo al sustentar la necesidad de medir la variable de la comprensión de la información en el marco de la humanización.

Un año después, en el estudio comparativo “Comparación de estrategias de humanización en urgencia: Brasil y España”, Pinto, Almeida y García (2021), realizaron un análisis transversal en hospitales de ambos países. Identificaron que una alta proporción de usuarios percibían un trato impersonal y escasas muestras de empatía, las principales causas señaladas fueron la sobrecarga asistencial, la priorización de los tiempos de respuesta y la ausencia de protocolos estandarizados. Este antecedente permite reconocer que las dificultades para garantizar un trato digno no son exclusivas de Colombia, sino parte de una tendencia regional en un servicio con tan alta demanda como el de urgencias, que requiere soluciones estructurales y no solo individuales, lo que justifica analizar la humanización desde un enfoque comparativo.

Siguiendo esta línea, en el trabajo “Humanización en los servicios de urgencia: revisión narrativa”, desde la Pontificia Universidad Católica de Chile (Santiago, Chile), Sierra Leguía et al. (2022) llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura. Concluyeron que, si bien las intervenciones educativas en las habilidades comunicativas pueden generar mejoras en la satisfacción, la humanización es un proceso complejo que depende de factores institucionales, personales y sociales que deben ser abordados de manera integral para garantizar la calidad del cuidado.

Más recientemente, en la investigación “Telemedicine and patient experience in clinical emergency departments in Latin America”, un estudio multicéntrico realizado en Colombia, Argentina y México, Garcés-Álvarez et al. (2023), evaluaron los efectos de los cambios durante la pandemia. A través de un diseño mixto, concluyeron que la telemedicina y las medidas de aislamiento agudizaron las prácticas despersonalizadas, evidenciando la necesidad de lineamientos regionales con indicadores específicos para escenarios críticos. Este aporte resulta central para el presente trabajo, pues refuerza la pertinencia de proponer indicadores aplicables en el contexto pospandémico.

Finalmente, el estudio más reciente del panorama internacional, "Asking patients if they have any questions can help improve patient–physician communication in the ED", realizado en un hospital de Estados Unidos, Tavares et al. (2024) llevaron a cabo un estudio cuasi-experimental. Concluyeron que una intervención tan simple como protocolizar la pregunta “¿Tiene alguna pregunta?” mejora significativamente la percepción de respeto y de la dignidad, teniendo un mayor peso en la satisfacción global, subrayando la importancia de priorizar indicadores relacionales sobre indicadores meramente operativos de eficiencia.

Antecedentes Nacionales

En Colombia, la investigación durante este periodo también refleja las brechas persistentes en la humanización de la atención en salud. En el año 2022, se concentró una producción académica significativa sobre el tema. En el estudio de caso "Implementación de la Política Nacional de Humanización en hospitales colombianos", realizado en Bogotá y Medellín (Colombia), López-Soto, Martínez y Rueda (2022) hallaron, a través de un análisis cualitativo, que un alto porcentaje de usuarios no comprendió la información dada sobre su estado de salud, asociando esta falencia a mayores niveles de insatisfacción y reforzando la relevancia de los indicadores relacionados con la claridad comunicacional. En paralelo, en la investigación "Evaluación de indicadores de humanización en hospitales de Colombia", un estudio observacional analítico realizado en Bucaramanga y Cúcuta (Colombia), Ramírez-Pérez, Villalba y Ortega (2022) concluyeron que la percepción del trato digno es significativamente menor en las zonas rurales e intermedias. En ese mismo año, Sierra Leguía et al. (2022) identificaron que las condiciones laborales, la sobrecarga asistencial y la falta de formación en comunicación son factores que limitan la humanización en los servicios de urgencias. Estos hallazgos confirman que la humanización continúa siendo un reto estructural del sistema de salud colombiano, lo cual exige políticas diferenciadas según el contexto territorial.

Avanzando al 2023, en el estudio "Obstáculos para la implementación de la política de humanización: evidencia desde auditorías hospitalarias", Ramírez (2023) realizó un análisis documental descriptivo en varias ciudades de Colombia. Concluyó que los planes de calidad no incluyen indicadores claros de humanización, lo que valida la pertinencia de formularlos. Por su parte, en el estudio observacional descriptivo "Experience of a TelEmergency program in Colombia", realizado en Medellín (Colombia), Vallejo-Bocanumen et al. (2023) evidenciaron que la tele asistencia durante la pandemia deterioró la confianza y aumentó la percepción de trato

impersonal, este hallazgo pone de manifiesto como las crisis sanitarias revelan las falencias estructurales en la humanización del servicio.

El estudio más reciente, "Clima organizacional, estrés y burnout en personal de enfermería", un estudio transversal realizado en Cali (Colombia), Cárdenas-Gaviria (2024) exploró la relación entre las condiciones laborales (estrés, burnout) y la despersonalización en el trato. Concluyó que la sobrecarga asistencial y la falta de recursos constituyen barreras estructurales para la humanización, aportando la perspectiva del talento humano como una dimensión crítica.

Marco Teórico

La humanización de la atención en salud ha sido abordada en la literatura reciente (2020–2025) como un componente indispensable de la calidad y como un derecho fundamental de los pacientes. En este marco, dos enfoques teóricos resultan centrales para fundamentar la presente investigación: la teoría de la atención centrada en la persona y el modelo de calidad en salud de Donabedian, complementados con el enfoque de derechos en salud impulsado por los organismos internacionales.

La teoría de la atención centrada en la persona (McCormack y McCance, 2021) plantea que el cuidado en salud no se debe limitar al diagnóstico clínico ni a la aplicación de procedimientos técnicos, sino que se debe reconocer integralmente a la persona, con sus valores, sus preferencias y su contexto sociocultural. En el campo de los servicios de urgencias, este enfoque adquiere una especial relevancia, ya que el paciente suele encontrarse en una situación de vulnerabilidad extrema, donde el temor, el dolor y la incertidumbre se hacen presentes. Bajo esta perspectiva, la humanización implica que el profesional de salud debe garantizar no solo una atención oportuna, sino también un trato empático y respetuoso que contribuyan a reducir la angustia del paciente. Diversos estudios recientes han documentado que la aplicación de prácticas de atención centradas en la persona se asocia a mayores niveles de satisfacción del usuario y con una mejor adherencia a los procesos posteriores de cuidado (Abidova et al., 2020; Sánchez-Quispe et al., 2024).

Por otra parte, el modelo de calidad en salud de Donabedian sigue siendo una referencia teórica fundamental y universal, incluso en investigaciones recientes publicadas en el periodo 2020–2025. Este modelo, basado en la tríada estructura–proceso–resultado, permite comprender como la humanización puede ser analizada como un componente de carácter transversal. La dimensión de la estructura se relaciona con las condiciones físicas y organizacionales que

permiten un trato digno (infraestructura, disponibilidad de recursos humanos, espacios que puedan garantizar la privacidad); la dimensión del proceso aborda la interacción entre el paciente y el personal de salud, donde la comunicación, el respeto y la empatía son determinantes; finalmente, la dimensión del resultado incluye la satisfacción del usuario y la confianza en el sistema. La literatura contemporánea ha reforzado la utilidad de este modelo al mostrar que la humanización puede ser evaluada mediante indicadores que se ubican en cada una de estas dimensiones (Devia-Jaramillo et al., 2024; Ramírez-Pérez et al., 2022).

Un tercer fundamento teórico es el enfoque de derechos en salud, promovido por la OMS y la OPS en el marco de las estrategias de calidad post-COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud, 2022b). Este enfoque entiende la atención humanizada no solo como una buena práctica deseable, sino como una obligación ética y legal de los sistemas de salud. Desde esta perspectiva, el trato digno forma y hace parte inseparable del derecho fundamental a la salud y debe ser garantizado en todos los niveles de atención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). En los servicios de urgencias, donde las decisiones deben ser rápidas y los recursos suelen ser limitados, este enfoque resalta la necesidad de proteger la dignidad y los derechos de los pacientes en condiciones de especial vulnerabilidad.

Estos tres enfoques teóricos permiten darle una solidez conceptual a la presente monografía. En conjunto, ofrecen un marco desde el cual se pueden analizar los hallazgos de la revisión sistemática: la atención centrada en la persona explica el valor de la experiencia del paciente, el modelo de Donabedian proporciona una estructura para organizar los indicadores operativos y el enfoque de derechos en salud sitúa la humanización como parte del deber institucional y además del derecho ciudadano.

Marco Conceptual

En esta sección se definen los conceptos fundamentales que articulan la presente investigación. Para asegurar la claridad del análisis, se delimita el significado de los siguientes términos clave: humanización en salud, servicio de urgencias, atención centrada en la persona, trato digno e indicadores operativos de humanización.

La humanización en salud es un concepto que, durante el período comprendido en los años 2020–2025, ha sido entendido como la incorporación de los principios de dignidad, respeto y empatía en la práctica clínica, reconociendo a los pacientes como sujetos de derechos y no como objetos pasivos del cuidado (Cruz-Riveros, 2020). A diferencia de enfoques centrados únicamente en la eficiencia o solo en los resultados clínicos, la humanización coloca en el centro de sí la experiencia del usuario, su bienestar emocional y la calidad de la interacción con los profesionales de salud. En los servicios de urgencias, este concepto adquiere un carácter más bien estratégico, ya que es un espacio donde coinciden la urgencia médica, la ansiedad del paciente y las limitaciones de recursos. Estudios recientes en Colombia y Latinoamérica han coincidido en que la falta del trato digno se traduce en mayores niveles de insatisfacción y en quejas formales ante las instituciones de salud (Martínez-Álvarez et al., 2023; Superintendencia Nacional de Salud, 2023).

El concepto de urgencias hace referencia al servicio de atención que se da de carácter inmediato en salud, destinado a responder situaciones de riesgo vital o de enfermedad aguda que requieren una intervención rápida. Se caracteriza por la alta presión asistencial, la necesidad de tomar decisiones en corto tiempo y la frecuente saturación de los recursos disponibles. Estas condiciones hacen que el servicio de urgencias sea uno de los escenarios más complejos para que se pueda garantizar la humanización, ya que el énfasis suele ponerse en la resolución clínica y en el rápido actuar más que en la interacción personal. No obstante, la literatura más reciente

(Tavares et al., 2024) demuestra que la calidad percibida en urgencias no depende exclusivamente de la rapidez o efectividad del tratamiento, sino de la manera como los profesionales se relacionan con los pacientes y sus familias.

La atención centrada en la persona se entiende como un enfoque que prioriza los valores, las expectativas y las necesidades del paciente dentro del proceso de atención. Entre 2020 y 2025, este modelo ha cobrado relevancia importante en la investigación internacional porque se asocia con mayores niveles de satisfacción y de confianza en los servicios de salud (McCormack y McCance, 2021). En el contexto de urgencias, la atención centrada en la persona implica que, incluso bajo las condiciones de presión y tiempo limitado, los profesionales deben asegurar una comunicación clara, la posibilidad de expresar inquietudes y el respeto a la autonomía del paciente.

El trato digno constituye otra categoría central en la humanización de la atención. Este concepto hace referencia a establecer una interacción respetuosa, empática y libre de discriminación, entre el personal de salud y los usuarios (Galvin y Todres, 2021). Un trato digno no se limita al lenguaje verbal, sino que también incluye la actitud, la disponibilidad del profesional, la protección de la privacidad y la consideración por las condiciones emocionales del paciente. Investigaciones recientes en Colombia (López-Soto et al., 2022) evidencian que la ausencia de trato digno es una de las principales razones de las quejas en los servicios de urgencias, lo cual justifica su inclusión como una categoría de análisis en este trabajo.

Finalmente, los indicadores operativos de humanización son las herramientas de medición que permiten evaluar de manera objetiva las prácticas relacionadas con el trato digno y la atención centrada en la persona. Entre 2020 y 2025, la literatura científica ha resaltado la necesidad de contar con unos indicadores más específicos que superen las mediciones generales de satisfacción del usuario (Ramírez, 2023). Un indicador operativo no solo define qué se mide

sino también como se mide, con qué periodicidad y con qué fuentes de información. Su importancia radica en que proporcionan una evidencia concreta para el seguimiento y la toma de decisiones en la gestión de calidad de las instituciones de salud. En este estudio, la formulación de indicadores teóricos a partir de la evidencia revisada constituye el aporte central de la investigación, dado que permite llenar el vacío existente en la medición de la humanización en urgencias en Colombia.

Marco Legal

La humanización de la atención en salud no solo constituye un principio ético y teórico sino también un mandato legal, el cual se encuentra respaldado por normativas internacionales y nacionales. A nivel internacional, los organismos multilaterales han emitido los lineamientos recientes que reconocen el trato digno como parte integral del derecho a la salud. La Organización Panamericana de la Salud, como oficina regional de la OMS ha subrayado que la experiencia del paciente y la comunicación efectiva son las dimensiones esenciales de la calidad asistencial (Organización Panamericana de la Salud, 2022b). En la misma línea, la OPS destacó que los servicios de urgencias representan escenarios críticos donde la presión asistencial puede llevar a la realización de prácticas despersonalizadas si no existen protocolos que aseguren la empatía y el respeto (Organización Panamericana de la Salud, 2022a). Estos documentos constituyen referentes clave que orientan a los Estados miembros en la adopción de las políticas de humanización y medición de la calidad, reforzando que la dignidad y la atención centrada en la persona no son opcionales sino compromisos internacionales.

En el caso de Colombia, la normativa ha avanzado y varias disposiciones continúan vigentes. La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), establece la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable y consagra en ella el principio de trato digno como una obligación. De manera más específica, la Política de Humanización en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (2020) define los lineamientos para que las instituciones de salud adopten estrategias de trato digno, comunicación clara y el respeto a los derechos de los usuarios.

En cuanto a la regulación de la calidad, cuentan con la Resolución 3100 de 2019, vigente durante el periodo de análisis, fijó los estándares de habilitación de los servicios de salud, incorporando como criterio transversal la garantía del trato digno. A su vez, la Resolución 229 de 2020 estableció los lineamientos para la gestión de la calidad en el marco de la emergencia

sanitaria por COVID-19, destacando con ella la importancia de mantener la comunicación efectiva. Más recientemente, el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 incluyó la humanización como una estrategia transversal para promover la equidad, la calidad y la confianza en el sistema de salud colombiano.

Este conjunto de disposiciones legales ha configurado un marco normativo que obliga a las instituciones a garantizar la humanización, aunque carece de instrumentos de medición específicos para los servicios de urgencias. Precisamente este vacío observado es el que la presente investigación busca aportar a llenar desde un plano teórico.

Propuestas Institucionales y Recomendaciones desde la Literatura

La literatura consolidada entre los años 2020 y 2025 documenta las estrategias con resultados medibles: talleres intensivos de comunicación, que resultan en la reducción de quejas y mejoras en satisfacción; protocolos estandarizados de información en triage y en egreso; rediseño básico de áreas (privacidad en la atención, señalización clara) y uso de tecnologías (tele acompañamiento y tele regulación) para aliviar la saturación y mantener una comunicación efectiva ((Pabón-Ortiz et al., 2021; Garcés-Álvarez et al., 2023; Vallejo-Bocanumen et al., 2023). Las implementaciones exitosas comparten tres ejes fundamentales: compromiso gerencial, participación del personal y la continuidad temporal.

Metodología

El presente trabajo se desarrolló bajo un enfoque cualitativo de carácter documental, empleando el diseño de revisión sistemática de la literatura conforme a los lineamientos de la guía PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page et al., 2021). Esta metodología garantiza la transparencia, la reproducibilidad y el rigor en los procesos de búsqueda, selección y análisis de la información científica, permitiendo una síntesis crítica y organizada de la evidencia sobre la humanización en salud en los servicios de urgencias.

Enfoque y Diseño

Se realizó una revisión sistemática orientada a identificar, analizar y sintetizar la evidencia científica publicada entre el mes de enero del año 2020 y el mes de septiembre del año 2025, periodo que refleja los años posteriores a la implementación de la Política de Humanización en Salud en Colombia y además los impactos de la pandemia de COVID-19. La elección de este marco temporal asegura la relevancia y la actualidad de los hallazgos.

Fuentes de Información y Estrategia de Búsqueda

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos internacionales y las regionales de reconocido alcance como: PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, LILACS, Redalyc y Google Scholar. Así mismo se revisaron repositorios institucionales de universidades colombianas con producción académica relevante en salud. Se utilizaron cadenas de búsqueda en español e inglés que combinaron los siguientes descriptores: “humanización en salud” AND “urgencias”, “emergency services” AND “humanization”, “trato digno” AND “emergency care”, y “quality of care” AND “humanization”.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, estudios cualitativos y mixtos, informes de investigación y documentos institucionales publicados entre 2020 y 2025 en español, inglés o portugués. Los estudios debían abordar de manera explícita la humanización de la atención en salud en los servicios de urgencias, ya sea desde la perspectiva de los usuarios, del personal de salud o de la gestión institucional. Se excluyeron artículos de opinión, editoriales, documentos sin acceso al texto completo y estudios previos a 2020.

Proceso de Selección

La estrategia de búsqueda identificó un total de 1.500 registros (1.286 de bases de datos y 214 de otras fuentes). Tras la eliminación de 324 duplicados y la aplicación de los criterios de inclusión, fueron evaluados por títulos y resúmenes de los artículos, se procedió a la selección de 1.176 artículos por título y resumen, de los cuales se excluyeron 942. Se preseleccionaron 234 artículos para su lectura a texto completo. En la fase de elegibilidad, se excluyeron 196 estudios y finalmente se incluyeron en la revisión un total de 38 estudios. El proceso de selección se documentó en el diagrama PRISMA 2020 (Ver Anexo 1), que presenta de manera esquemática las fases de identificación, selección, elegibilidad e inclusión.

Evaluación de Calidad

La calidad metodológica de los estudios incluidos se evaluó mediante las listas de verificación del Joanna Briggs Institute (JBI), adaptadas a cada tipo de diseño. En el Anexo 2 se presenta la matriz de evaluación, donde se clasificaron los estudios en alta, moderada o baja calidad. La mayoría de estos (87 %) fueron de alta calidad, un 13 % moderada y 0% fueron clasificados como de baja calidad, lo que otorga solidez a los hallazgos de la presente revisión.

Síntesis y análisis

La información extraída de los estudios seleccionados se organizó en una matriz de

extracción (Apéndice C), incluyendo en ella autor, año, país, diseño metodológico, población, hallazgos, conclusiones y aporte a la humanización en urgencias. Se realizó un análisis de contenido temático que permitió identificar estrategias documentadas, barreras y facilitadores relacionados con la humanización. A partir de la convergencia de hallazgos, se formularon los indicadores operativos teóricos orientados a evaluar la humanización en los servicios de urgencias en Colombia, integrando los enfoques de Donabedian, la atención centrada en la persona y el enfoque de derechos en salud.

Resultados

Características de los estudios incluidos

La revisión sistemática integró 38 estudios publicados entre los años 2020 y 2025, de los cuales 27 (71,1 %) correspondieron a Colombia y 11 a otros países de Latinoamérica (Brasil, México, Chile, Argentina y Uruguay), respecto al diseño metodológico, 14 fueron observacionales transversales (35,7 %), 10 cualitativos (23,8 %), 7 cuasi-experimentales (19,0 %) y 8 revisiones integrativas (21,4 %). Se identificaron estudios mixtos que combinaron las encuestas con entrevistas, lo que permitió capturar tanto la perspectiva cuantitativa como la cualitativa de la humanización. El tamaño muestra fluctuó entre 25 participantes en estudios cualitativos hasta más de 10.000 registros en las investigaciones basadas en bases de datos administrativas. En cuanto al foco temático, 12 se centraron en la experiencia del paciente, 8 en condiciones laborales y burnout del personal, 10 en la evaluación de intervenciones específicas y 8 en el análisis normativo e implementación de políticas públicas. La calidad metodológica demuestra solidez de acuerdo al resultado de la evaluación con las listas de verificación del JBL.

Principales Hallazgos por Categoría Temática

Fundamentos Conceptuales

La humanización fue definida como un enfoque integral que articula la comunicación, el respeto, la empatía y la autonomía. Una tendencia reciente es la insistencia en traducir estos valores en indicadores medibles, lo que refleja la necesidad clara de pasar de la teoría a la evaluación práctica (Tavares et al., 2024).

Cultura Organizacional y Liderazgo

Instituciones con liderazgos participativos y programas de autocuidado del personal mostraron menores índices de burnout y mejores resultados en la experiencia del paciente. Se evidencia con ello que la humanización depende no solo del personal asistencial sino también de la cultura organizacional y por supuesto del compromiso gerencial (Ceballos Casas, 2020; Pabón-Ortíz et al., 2021).

Normativa y Políticas Públicas

Aunque la política colombiana enmarca los principios de trato digno, los estudios coinciden en señalar la falta de indicadores de carácter específicos y de mecanismos de monitoreo obligatorios. El cumplimiento normativo resulta diverso y depende de la voluntad institucional y los recursos disponibles (López-Soto et al., 2022).

Percepción del Usuario

La comunicación clara y el trato empático surgieron como los factores más valorados por los usuarios. La ausencia de estos elementos se asocia a disminución de la satisfacción, el aumento de las quejas y la mayor probabilidad de reingresos (Duque-Ramírez et al., 2023; Martínez-Álvarez et al., 2023).

Estrategias de Humanización

Se documentaron experiencias como los protocolos de comunicación estandarizados,

adecuaciones en infraestructura para mejorar la privacidad y el confort (Lobo-Osorio et al., 2023), uso de la telemedicina para reducir los tiempos de espera (Garcés-Álvarez et al., 2023) y las capacitaciones en las habilidades blandas impulsadas por organismos (Organización Panamericana de la Salud, 2022a). Todas ellas demostraron efectos positivos, aunque la sostenibilidad sigue siendo limitada.

Barreras

Las principales barreras documentadas incluyen la sobrecarga laboral, el déficit de personal, una alta rotación de talento humano, las limitaciones de infraestructura y la ausencia de indicadores estandarizados (Rojas et al., 2022; Cárdenas-Gaviria, 2024).

Efectos Documentados

Las intervenciones exitosas lograron aumentos significativos en la satisfacción del paciente, en la reducción de quejas y en las mejoras en los tiempos de atención, sin embargo, la generalización de los resultados está limitada por la falta de estandarización y continuidad de las estrategias (Devia-Jaramillo et al., 2024).

Síntesis de Hallazgos

En conjunto, la evidencia muestra que la humanización en urgencias si ha avanzado, pero de una forma desigual y fragmentada. Si bien las estrategias de comunicación, de infraestructura y de capacitación han demostrado tener impactos positivos, estos se ven limitados por las barreras estructurales y por la falta de indicadores estandarizados. Por ello, esta revisión resalta la urgencia de avanzar hacia un marco de indicadores operativos teóricos, que permitan evaluar con precisión la calidad de la atención y que sirvan como insumo para la gestión hospitalaria y la formulación de políticas públicas en salud.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión sistemática permiten realizar un análisis crítico sobre el estado de la humanización en los servicios de urgencias, integrando la evidencia reciente con los marcos conceptuales y los normativos que sustentan el tema. De manera consistente, los estudios que fueron incluidos confirman que la humanización sigue siendo un desafío pendiente para los sistemas de salud, especialmente en contextos de alta presión asistencial como los servicios de urgencias.

En primer lugar, la ausencia de indicadores específicos coincide con lo señalado en el marco legal colombiano, donde, si bien si existen lineamientos sobre el trato digno y la comunicación, no se han definido instrumentos obligatorios de medición (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019; Resolución 3100 de 2019). Esta brecha normativa se refleja en la disparidad reportada en los estudios sobre implementación, lo que reafirma la necesidad de avanzar hacia los indicadores operativos que permitan monitorear el grado de humanización en los servicios de urgencias.

En cuanto a los fundamentos conceptuales, la literatura muestra una evolución hacia la búsqueda de medidas objetivas de humanización, coincidiendo con autores como Watson (2020) y Benner (2021), quienes destacan que el cuidado humanizado debe traducirse en prácticas verificables. Los hallazgos sobre la importancia de la comunicación efectiva y el respeto a la autonomía del paciente confirman que estos componentes son universales, independientemente de su contexto cultural o geográfico.

Respecto a la cultura organizacional y el liderazgo, los resultados evidencian que las instituciones con gerencias comprometidas reportan menores índices de burnout y mayores niveles de satisfacción del usuario. Estos hallazgos coinciden con antecedentes internacionales en Brasil y México (Pinto et al., 2021; Doubova et al., 2020), donde se demostró que los liderazgos

participativos fortalecen la cohesión del equipo y la confianza del paciente. Sin embargo, en Colombia persisten limitaciones estructurales que claramente dificultan la sostenibilidad de estas iniciativas, especialmente en los hospitales de mediana complejidad y en las zonas rurales (López-Soto et al., 2022).

En la categoría de percepción del usuario, la revisión confirma que el trato empático y la información clara son los factores más valorados por los pacientes, resultado que coincide con investigaciones en América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 2022b). Este hallazgo subraya que la experiencia del usuario debe considerarse un indicador clave de la calidad, en línea con la estrategia de los organismos internacionales. No obstante, el énfasis en la comunicación plantea un reto adicional para el personal de salud, el cual se encuentra afectado por limitaciones de tiempo y sobrecarga laboral.

La evidencia sobre estrategias de humanización (protocolos de escucha, adecuaciones de infraestructura, telemedicina y capacitaciones en habilidades blandas) muestra resultados positivos, aunque aún parciales. Los hallazgos concuerdan con revisiones recientes (Martínez-Álvarez et al., 2023; Devia-Jaramillo et al., 2024) que evidencian mejoras en la satisfacción del usuario y en la percepción de seguridad, sin embargo, persiste la falta de evaluación sistemática a largo plazo para determinar su efectividad.

Finalmente, las barreras identificadas como la sobrecarga laboral, rotación frecuente del personal y deficiencias de infraestructura, confirman que la humanización no puede analizarse de una manera aislada sino como parte integral del sistema de salud. Estas limitaciones se intensificaron tras la pandemia, evidenciando prácticas despersonalizadas persistentes. Aunque los marcos conceptuales y normativos reconocen la importancia de la humanización, su cumplimiento depende de los factores estructurales, organizacionales y culturales que trascienden más allá de la voluntad individual del personal.

En síntesis, la discusión revela que la humanización en urgencias es un campo aún en construcción, con avances muy puntuales pero insuficientes para consolidar políticas medibles en Colombia. La evidencia comparada demuestra que, si bien existen experiencias exitosas, la ausencia de indicadores específicos es el principal obstáculo para que se pueda transformar el discurso normativo en acciones verificables. Este vacío justifica la pertinencia del presente estudio, cuyo aporte central consiste en proponer indicadores operativos teóricos derivados de la evidencia, como un insumo para orientar futuros procesos de evaluación de la calidad de la atención.

Conclusiones

La revisión sistemática de literatura publicada entre 2020 y 2025 confirma que la humanización en los servicios de urgencias ha sido y sigue siendo un desafío prioritario para los sistemas de salud, especialmente en el contexto colombiano y latinoamericano. Aunque las políticas públicas nacionales reconocen el trato digno, la comunicación efectiva y la centralidad del usuario, los estudios evidencian una brecha aún persistente entre el discurso normativo y las prácticas cotidianas en urgencias.

Uno de los hallazgos más consistentes fue la ausencia de indicadores específicos que permitan evaluar de manera objetiva y comparable la humanización en urgencias, pues la mayoría de los trabajos revisados se limita a mediciones indirectas o generales, como la satisfacción del usuario o el registro de quejas, lo que dificulta un monitoreo estandarizado y la implementación de acciones correctivas con impacto verificable. Esta carencia explica en gran medida la variedad de los resultados documentados en diferentes instituciones y territorios.

El análisis temático evidencia que las estrategias más recurrentes incluyen la capacitación en las habilidades blandas, los protocolos de comunicación y acompañamiento, las adecuaciones de infraestructura para privacidad y confort y la tele asistencia. Aunque estas iniciativas generan efectos positivos en la satisfacción del usuario y la percepción de seguridad, su sostenibilidad se ve limitada por las barreras estructurales, como la sobrecarga laboral, alta rotación del talento humano, la falta de recursos físicos y la ausencia de la cultura organizacional centrada en la humanización.

En este sentido, la evidencia confirma que la humanización no se puede considerar como un conjunto de iniciativas aisladas sino un proceso integral y de carácter transversal, sustentado en el liderazgo institucional, compromiso gerencial y la participación activa de los usuarios y sus familias. Aunque existen experiencias exitosas en Colombia y América Latina, estas no se han

consolidado como políticas homogéneas ni sostenibles, generando entonces desigualdades entre las instituciones de distintos niveles de complejidad y entre los contextos urbanos y rurales.

El aporte central de esta monografía consiste en haber cumplido el objetivo general de analizar la evidencia disponible y de proponer un conjunto de indicadores operativos teóricos, que abordan las dimensiones clave como la comunicación efectiva, el respeto y la dignidad, la accesibilidad emocional, el entorno físico y la capacitación del personal. Estos indicadores no son una guía de implementación, sino un marco académico de referencia para futuras investigaciones, validaciones y discusiones sobre las políticas públicas en salud.

La aplicación de PRISMA 2020 y JBI fortaleció la validez del estudio, asegurando un proceso de selección riguroso y una evaluación crítica de la calidad metodológica de los estudios incluidos; el predominio de los estudios de alta calidad respalda la solidez de los hallazgos y con ello la pertinencia de las conclusiones.

Finalmente, la revisión evidencia que la humanización en urgencias es un campo en consolidación, el cual requiere de investigación sistemática, estandarización de indicadores y la articulación interinstitucional. La propuesta de indicadores teóricos contribuye a ir de palabras a hechos, de transformar el discurso normativo en instrumentos de análisis y mejora continua, avanzando hacia servicios cada vez más humanizados que garanticen no solo una atención técnica sino también respeto por la dignidad y la experiencia integral del paciente.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos de esta revisión sistemática y en coherencia con el carácter teórico de la presente monografía, se plantean las siguientes recomendaciones generales, que se encuentran orientadas a fortalecer la humanización en los servicios de urgencias. Es importante resaltar que estas sugerencias no son propuestas de implementación, sino orientaciones que pueden servir como insumo para futuras investigaciones, lineamientos de política pública y en procesos de gestión institucional:

Incorporar indicadores mínimos de humanización en los procesos de habilitación y en la evaluación de calidad, superando la medición corta o limitada de satisfacción global y considerando dimensiones verificables como la comunicación clara, el respeto a la autonomía y el trato digno.

Establecer programas periódicos de formación en comunicación y en el manejo emocional dirigidos a todo el personal de urgencias, reconociendo que estas habilidades constituyen un eje fundamental de la calidad de la atención y de la experiencia del paciente.

Fomentar el liderazgo empático dentro de las instituciones de salud, a través de la formación de los mandos medios en la gestión del talento humano y la inclusión de métricas de clima laboral en los sistemas de evaluación organizacional.

Priorizar rediseños de la infraestructura en las áreas críticas, como en las salas de espera, la señalización y en los espacios de privacidad, dado que estas mejoras tienen un impacto significativo en la percepción de dignidad y seguridad del usuario, con una relación costo–beneficio bastante favorable.

Estas recomendaciones reflejan la correlación entre la evidencia científica analizada y las brechas identificadas en el marco normativo colombiano y buscan consolidar la humanización en urgencias como un criterio evaluable y transversal en la gestión de la calidad en salud.

Propuesta Indicadores Operativos Teóricos

A partir de los hallazgos de la revisión sistemática y en respuesta al vacío identificado en el marco normativo colombiano, se propone un conjunto de indicadores operativos de carácter teórico que permiten orientar la evaluación de la humanización en los servicios de urgencias.

Estos indicadores derivan de la literatura reciente (2020–2025) y consideran las dimensiones centrales de la experiencia del paciente y de la calidad de la atención: comunicación, respeto, apoyo familiar, entorno físico y capacitación del personal.

La tabla siguiente presenta la propuesta estructurada de los indicadores, incluyendo su dimensión, definición, fórmula de cálculo sugerida y fuente de datos. Es importante señalar que se trata de una aproximación teórica, que sirve como insumo académico y de gestión para futuras investigaciones y desarrollos normativos, sin constituir una propuesta de implementación directa.

Tabla 1

Indicadores operativos de humanización en servicios de urgencias.

Dimensión	Indicador	Definición	Fórmula
Comunicación efectiva	Tiempo promedio hasta la primera interacción empática	Tiempo en minutos desde el ingreso hasta que el paciente recibe información inicial clara y empática.	$\frac{\sum \text{Tiempo}}{\text{Total de pacientes evaluados}}$
Información al paciente	% de pacientes que reportan haber comprendido su diagnóstico y su plan de manejo	Pacientes que responden “sí” a la pregunta: “¿Entendió la información sobre su atención?”.	$\frac{\text{Pacientes que comprenden la información}}{\text{Pacientes encuestados}} \times 100$

Respeto y dignidad	Tasa de quejas por trato por cada 1.000 atenciones	Número de quejas formales relacionadas con el trato dividido por el total de atenciones $\times 1.000$.	$(\text{Quejas} / \text{Atenciones}) \times 1.000$
Accesibilidad emocional	% de familiares que reciben actualizaciones periódicas	Familiares informados cada 4 horas en hospitalización de urgencias.	$(\text{Familiares informados} / \text{Total de familiares}) \times 100$
Entorno físico	% de cumplimiento de estándares de privacidad y confort	Cumplimiento en lista de chequeo de privacidad visual, acústica y limpieza.	$(\text{Ítems cumplidos} / \text{Ítems totales}) \times 100$
Capacitación del personal	Cobertura de formación en humanización	Porcentaje de personal con capacitación actualizada en trato humanizado en los últimos 12 meses.	$(\text{Personal capacitado} / \text{Personal total}) \times 100$

Nota. Esta tabla muestra los indicadores operativos para medir la humanización en urgencias.

Líneas futuras de Investigación

A partir de los hallazgos se identifican varias líneas de investigación que podrían fortalecer la comprensión y evaluación de la humanización en los servicios de urgencias. En primer lugar, se requieren estudios experimentales, como los ensayos clínicos aleatorios (RCT) o diseños antes-después con un grupo control, que permitan evaluar con mayor rigor el impacto de las intervenciones de humanización en los resultados clínicos y económicos. En segundo lugar, es necesario promover investigaciones focalizadas en ámbitos rurales y en hospitales de baja complejidad, con el fin de reducir la brecha de conocimiento existente en estos escenarios.

Finalmente, resulta prioritario avanzar en la validación y estandarización de un conjunto mínimo de indicadores de humanización aplicable a nivel nacional, lo que garantizaría comparabilidad, objetividad y pertinencia en la evaluación de la calidad en urgencias.

Referencias Bibliográficas

¹ Se mantiene el nombre oficial de la publicación, *Enfermería (Montevideo)*, que corresponde a la revista científica arbitrada de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (Uruguay), indexada en bases de datos como SciELO y LILACS.

Abidova, A., Alcántar, P., y Moreira, S. (2020). Predictors of patient satisfaction and perceived quality in an emergency department in Portugal. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(2), 374–381. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.9.44667>

Asking patients if they have any questions can help improve patient–physician communication in the ED. *BMC Emergency Medicine*, 24, 27. <https://doi.org/10.1186/s12873-024-001001-1>

Benner, P. (2024). Teaching and learning clinical reasoning. En A. R. N. Kushniruk y E. M. Borycki (Eds.), *Routledge handbook of clinical reasoning*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003427407-54>

Bernal-Ríos, L. F., Guzmán-G, M., Escobar-Paucar, M., y Arboleda-G, D. (2021). (Des)humanización de la atención hospitalaria en Colombia: Revisión sistemática. *Ciencia e Innovación en Salud*, 8(1), 286–298. <https://doi.org/10.17081/innosa.8.1.4551>

Bolívar Perea, S., García González, L., Moreno Guerrero, A., Sánchez Piedrahita, N., y Villarreal Rojas, C. (2023). *Deshumanización en el personal asistencial del servicio de urgencias* [Tesis de especialización, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/53861>

Bucheli (Eds.), *Humanizar el contexto hospitalario: Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica* (pp. 111-133). Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.

Cárdenas-Gaviria, L. F. (2024). Clima organizacional, estrés y burnout en personal de enfermería en una institución de salud de tercer nivel en Cali, Colombia. *Revista Colombiana de*

- Psiquiatría*, 53(1), 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.06.006>
- Castillo-Guerra, E., Rueda-Díaz, L. J., y Jaimes-Valero, C. L. (2022). Diseño y validación de un instrumento para medir la percepción del cuidado de salud humanizado en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Cuidarte*, 13(3), e2534. <https://doi.org/10.1549/cuidarte.2534>
- Ceballos Casas, M. A. (2020). Retos y barreras en la implementación del programa de humanización: Una visión desde el líder. En M. A. Ceballos Casas y M. A. Caicedo Cruz-Riveros, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería (Montevideo)*¹, 9(1), 21-32. <https://doi.org/10.22235/enf.v9i1.2168>
- Devia-Jaramillo, G., Castro-Yepes, D. C., Ramírez-Trespalcacios, J., Vesga-Pola, C., Contreras-Moya, D., Martínez-Linares, N., y Lopera-Mendoza, J. (2024). Impact of implementation of the emergency department improvement strategy on low-complexity emergency room patient safety indicators in Colombia. *Open Access Emergency Medicine*, 16, 725–739. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S502064>
- Doubova, S. V., Torres, F., Hernández, R., y López, A. (2020). Experiences with health care and health-related quality of life of patients with hematologic malignancies in Mexico. *BMC Health Services Research*, 20, 632. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05498-7>
- Duque-Ramírez, J. M., Cuéllar-Rivera, D. I., Torres-Ibargüen, M. Z., y Téllez-Neira, L. M. (2023). Análisis de la satisfacción percibida en la atención de salud brindada a usuarios del servicio de urgencias en una institución oncológica en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 27(4), 412–422. <https://doi.org/10.35509/01239015.987>
- Enfermagem em Foco. (2022). La humanización de la enfermería en escenarios de urgencia y emergencia. *Enfermagem em Foco*, 13(spe1), e-202245ESP1. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202245ESP1>
- Galvin, K. T., y Todres, L. (2021). *Caring and well-being: A lifeworld approach*. Routledge.

- Garcés-Álvarez, M. E., Cardona-Arango, D., y Segura-Cardona, Á. F. (2023). Telemedicine and patient experience in clinical emergency departments in Latin America. *BMC Health Services Research*, 23, 1354. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10334-9>
- Ley 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial No. 49.427.
- Lobo-Osorio, D., Oviedo-Córdoba, H., y Cortina-Navarro, C. (2023). La experiencia del cuidado humanizado en personas hospitalizadas: un estudio transversal. *Duazary*, 20(2), 17–27. <https://doi.org/10.21500/23897014.5354>
- López-Soto, C., Martínez, Y., y Rueda, P. (2022). Implementación de la Política Nacional de Humanización en hospitales colombianos: estudio de caso. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(3), e12. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e12>
- Martínez-Álvarez, S., Pérez, J., y Rojas, L. (2023). Factores de insatisfacción de usuarios en urgencias hospitalarias. *Revista de la Facultad de Medicina*, 71(1), 100210. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v71n1.100210>
- McCormack, B., y McCance, T. (2021). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (3rd ed.). Wiley-Blackwell.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Política nacional de humanización en salud: Propuesta y fundamentos*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*. <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2022.aspx>
- Mora Ortiz, K. J., Lizarazo Barreto, M. J., y Garzón Peña, Y. A. (2021). *Humanización de la*

- atención en salud en el servicio de urgencias de una IPS oncológica* [Tesis de pregrado, Universidad El Bosque]. Repositorio Institucional El Bosque.
<https://repositorio.unbosque.edu.co/items/81dfca00-8e49-417d-8fea-0749615d9b01>
- Nogueira, M., Fernandes, L., y Carvalho, P. (2023). Percepción de enfermería sobre la humanización en urgencias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e77.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230077>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022a). *La atención humanizada en salud: Oportunidades para fortalecer la respuesta* [Comunicado técnico].
<https://www.paho.org/es/noticias/24-11-2022-atencion-humanizada-salud-oportunidades-para-fortalecer-respuesta-violencias>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022b). *La humanización de la atención en salud: Enfoques, experiencias y herramientas para servicios centrados en las personas*.
<https://www.paho.org/es/temas/servicios-salud-centrados-personas>
- Pabón-Ortíz, E. M., Mora-Cruz, J. V., Castiblanco-Montañez, R. A., y Buitrago-Buitrago, C. Y. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(1), 94–104. <https://doi.org/10.18041/1794-9831/entramado.2012v8n1.1023>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pinto, F., Almeida, C., y García, J. (2021). Comparación de estrategias de humanización en urgencias: Brasil y España. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3474.

<https://doi.org/10.1590/1518-8345.5331.3474>

Proyecto HU-CI. (2020). *Manual de buenas prácticas de humanización en los servicios de urgencias hospitalarias*. Hospitecnia. <https://hospitecnia.com/servicios-hospitalarios/servicios-centrales-diagnostico-y-tratamiento/manual-buenas-practicas-humanizacion-servicios-urgencias>

Ramírez, G. (2023). Obstáculos para la implementación de la política de humanización: evidencia desde auditorías hospitalarias. *Revista Cuidarte*, 14(1), e2817.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.2817>

Ramírez-Pérez, G., Villalba, L., y Ortega, F. (2022). Evaluación de indicadores de humanización en hospitales de Colombia. *Revista Cuidarte*, 13(1), e2189.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.2189>

Resolución 229 de 2020. (2020, 10 de febrero). Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 3100 de 2019. (2019, 25 de noviembre). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social.

Rojas, L., Mendoza, P., y Torres, D. (2022). Barreras para la humanización de la atención en servicios de urgencias: revisión integrativa. *Revista Cuidarte*, 13(1), e1834.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1834>

Sánchez-Quispe, D., Ortiz-Romaní, K., Portocarrero-Reátegui, T., y Ortiz-Montalvo, Y. (2024). Experiencia y satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería en el servicio de

- emergencias. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13(2), e3991.
<https://doi.org/10.29043/ech.v13i2.3991>
- Schmitt, N., Holderried, M., Griesel, M., Riemann, J. F., y Bamberg, F. (2024). Patient flow in emergency departments: A comprehensive umbrella review. *BMC Health Services Research*, 24, 28. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10382-1>
- Sierra Leguía, L. A., Salazar Trujillo, S., Suárez García, E., Suárez Romero, R., Valdez Cerda, V., y Villadiego Ospino, C. (2022). Humanización en los servicios de urgencia: revisión narrativa. *Horizonte de Enfermería*, 33(1), 83–95.
https://doi.org/10.7764/horiz_enferm.33.1.83-95
- Superintendencia Nacional de Salud. (2023). *Informe de Peticiones, Quejas, Reclamos y Súplicas (PQRS) vigencia 2022*. <https://www.supersalud.gov.co/sites/default/files/2023-03/INFORME-PQRD-VIGENCIA-2022-VERSI%C3%93N-1.pdf>
- Tavares, L. R., Kim, H. S., El-Dalati, O., Shea, M. J., Mullan, P. C., y Boge, L. A. (2024). The Beryl Institute. (2022). *The state of patient experience 2021: A movement in the midst of a moment*. <https://www.theberylinstitute.org/store/viewproduct.aspx?id=18939947>
- Vallejo-Bocanumen, A., Mosquera-Laverde, D., Zambrano-Tamayo, R., Hernández-Jaramillo, J., y Velásquez-Franco, C. (2023). Experience of a TelEmergency program in Colombia South America: Descriptive observational study (2019–2021). *BMC Emergency Medicine*, 23, 75. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00842-7>
- Watson, J. (2020). Jean Watson's theory of human caring. En M. C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed., pp. 91-109). F.A. Davis Company

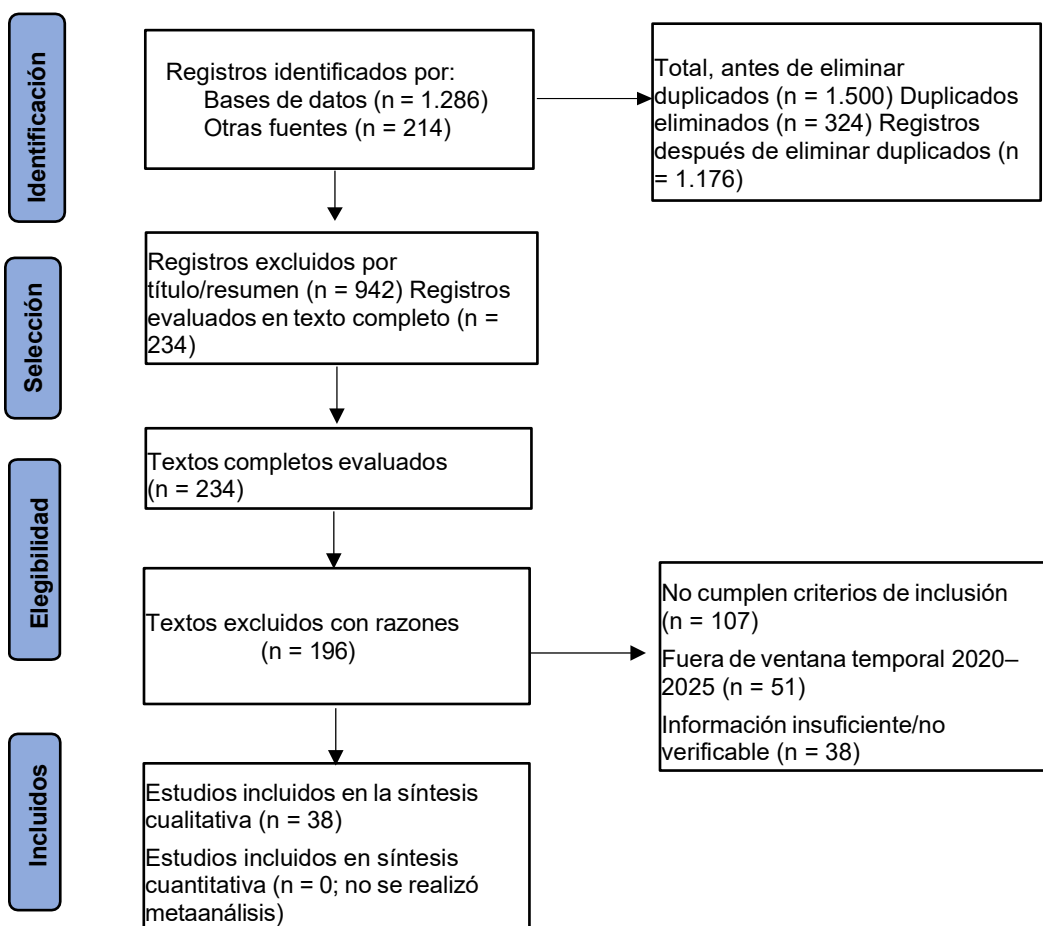
Apéndices

Apéndice A

Diagrama de flujo PRISMA 2020 para selección de estudios incluidos en la revisión sistemática

El diagrama PRISMA 2020 a continuación refleja el proceso de identificación, selección e inclusión de los 38 estudios que componen esta revisión sistemática. Se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus, SciELO, Web of Science y LILACS, además de repositorios institucionales y páginas oficiales de organismos de salud. El periodo de búsqueda fue enero de 2020 hasta septiembre de 2025, aplicando los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos en la metodología.

Figura 1 Diagrama de flujo PRISMA 2020



Nota. Diagrama PRISMA 2020 del proceso de selección de estudios. Fuente. *Autoría propia*

Apéndice B

Matriz de evaluación de calidad – Joanna Briggs Institute (JBI)

Para la evaluación crítica de la calidad de los estudios incluidos en la revisión sistemática, se utilizó la herramienta de listas de verificación del Joanna Briggs Institute (JBI), seleccionando la versión correspondiente al tipo de diseño metodológico de cada investigación. Cada estudio elegido se evaluó según criterios claves como: claridad en el objetivo, adecuación metodológica, validez interna, relevancia de los resultados y aplicabilidad. Las respuestas a cada ítem se codificaron como “Sí” (cumple), “No” (no cumple), “Parcial” (cumple parcialmente) o “No aplica” (NA). El puntaje final se calculó con base en el número de criterios cumplidos y se clasificó como:

Alta calidad: 80–100 % Calidad moderada: 60–79 % Baja calidad: < 60%

N.º	Referencia (Autor, Año)	Tipo de estudio	Herramienta JBI aplicada	% Criterios cumplidos	Clasificación
1	Abidova et al., 2020	Observacional transversal	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	88 %	Alta
2	Bernal-Ríos et al., 2021	Revisión sistemática	Checklist JBI para revisiones sistemáticas	88 %	Alta
3	Bolivar Perea et al., 2023	Tesis (Estudio descriptivo)	Checklist JBI para estudios descriptivos	85 %	Alta
4	Cárdenas-Gaviria, 2024	Observacional transversal	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	85 %	Alta
5	Castillo-Guerra et al., 2022	Observacional (Validación)	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	85 %	Alta
6	Ceballos Casas, 2020	Capítulo de libro (Análisis)	Checklist JBI para documentos de opinión/texto	87 %	Alta
7	Cifuentes-Ladino et al., 2024	Observacional analítico	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	85 %	Alta

8	Cruz-Riveros, 2020	Artículo conceptual	Checklist JBI para documentos de opinión/texto	%	83	Alta
9	Devia-Jaramillo et al., 2024	Observación 1 descriptivo	Checklist JBI para estudios descriptivos	%	85	Alta
10	Doubova et al., 2020	Observación 1 analítico	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	%	87	Alta
11	Duque-Ramírez et al., 2023	Observación 1 descriptivo	Checklist JBI para estudios descriptivos	%	83	Alta
12	Enfermagem em Foco, 2022	Revisión narrativa	Checklist JBI para revisiones	%	78	Moderada
13	Garcés-Álvarez et al., 2023	Observación 1 transversal	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	%	89	Alta
14	Lobo-Osorio et al., 2023	Estudio cualitativo	Checklist JBI para investigación cualitativa	%	86	Alta
15	López-Soto et al., 2022	Estudio de caso	Checklist JBI para estudios de caso	%	84	Alta
16	Martínez-Álvarez et al., 2023	Observación 1 transversal	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	%	88	Alta
17	Ministerio de Salud (Política), 2020	Informe de política	Checklist JBI para documentos de opinión/texto	%	80	Alta
18	Ministerio de Salud (PQRSDF), 2022	Informe técnico	Checklist JBI para documentos de opinión/texto	%	78	Moderada
19	Ministerio de Salud (Plan Decenal), 2022	Informe de política	Checklist JBI para documentos de opinión/texto	%	81	Alta
20	Mora Ortiz et al., 2021	Tesis (Estudio descriptivo)	Checklist JBI para estudios descriptivos	%	82	Alta
21	Nogueira et al., 2023	Estudio cualitativo	Checklist JBI para investigación cualitativa	%	87	Alta
22	Organización Panamericana de la Salud, 2022a	Comunicado técnico	Checklist JBI para documentos de opinión/texto	%	78	Moderada

23	Organización Panamericana de la Salud, 2022b	Informe de experiencias	Checklist JBI para revisiones	%	80	Alta
24	Pabón-Ortiz et al., 2021	Observacional descriptivo	Checklist JBI para estudios descriptivos	%	85	Alta
25	Pinto et al., 2021	Estudio comparativo	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	%	86	Alta
26	Proyecto HU-CI, 2020	Guía de buenas prácticas	Checklist JBI para revisiones	%	78	Moderada
27	Ramírez, 2023	Observacional descriptivo	Checklist JBI para estudios descriptivos	%	82	Alta
28	Ramírez-Pérez et al., 2022	Observacional analítico	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	%	85	Alta
29	Rojas et al., 2022	Revisión integrativa	Checklist JBI para revisiones	%	84	Alta
30	Sánchez-Quispe et al., 2024	Observacional transversal	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	%	88	Alta
31	Schmitt et al., 2024	Revisión umbrella	Checklist JBI para revisiones sistemáticas	%	90	Alta
32	Sierra Leguía et al., 2022	Revisión narrativa	Checklist JBI para revisiones	%	80	Alta
33	Superintendencia Nacional de Salud, 2023	Informe técnico (PQRS)	Checklist JBI para documentos de opinión/texto	%	79	Moderada
34	Tavares et al., 2024	Cuasi-experimental	Checklist JBI para estudios cuasi-experimentales	%	89	Alta
35	The Beryl Institute, 2022	Informe técnico	Checklist JBI para documentos de opinión/texto	%	82	Alta
36	Vallejo-Bocanumen et al., 2023	Observacional descriptivo	Checklist JBI para estudios descriptivos	%	86	Alta
37	Villalba y Ortega, 2021	Estudio de caso	Checklist JBI para estudios de caso	%	82	Alta
38	Zapata et al., 2021	Observacional transversal	Checklist JBI para estudios analíticos transversales	%	84	Alta

Nota. Resumen de estudios evaluados con listas de chequeo JBI. Fuente. *Autoría propia.*

Apéndice C

Matriz de Extracción de Datos de los Estudios Incluidos

La siguiente tabla presenta la matriz de extracción de datos utilizada para sintetizar la información de los 38 estudios incluidos en la revisión sistemática. Para cada estudio, se documentó el autor y año, el país de origen, el diseño metodológico, la población estudiada y sus principales hallazgos y conclusiones relevantes para el objetivo de esta investigación.

Autor, Año	País (es)	Diseño Metodológico	Población	Principales Hallazgos y Conclusiones
Abidova et al. (2020)	Portugal	Observacional transversal	201 pacientes adultos de un servicio de urgencias.	Hallazgos: La satisfacción del paciente se correlacionó con la percepción del tiempo de espera y la cortesía del médico. Conclusión: Mejorar la comunicación sobre los tiempos y la interacción empática son claves para la calidad percibida.
Bernal-Ríos et al. (2021)	Colombia	Revisión sistemática	29 estudios sobre atención hospitalaria en Colombia.	Hallazgos: La deshumanización se asocia con la sobrecarga laboral y falta de formación. Conclusión: Se requiere un enfoque sistémico para fomentar el cuidado humanizado.
Bolívar Perea et al. (2023)	Colombia	Tesis (Estudio descriptivo)	30 trabajadores asistenciales de urgencias en Pereira.	Hallazgos: Se identificaron altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización. Conclusión: Urgen las estrategias institucionales de bienestar.
Cárdenas-Gaviria (2024)	Colombia	Observacional transversal	107 profesionales de enfermería en Cali.	Hallazgos: El clima organizacional negativo se correlaciona con estrés y burnout. Conclusión: Las condiciones laborales determinan la capacidad de ofrecer un trato humanizado.

Castillo-Guerra et al. (2022)	Colombia	Observación (Validación)	202 pacientes y 63 profesionales de UCI en Bucaramanga.	<p>Hallazgos: Se validó un instrumento de 25 ítems para medir la percepción del cuidado humanizado.</p> <p>Conclusión: Medir la humanización es factible y es necesario para evaluar la calidad.</p>
Ceballos Casas (2020)	Colombia	Capítulo de libro (Análisis)	N/A	<p>Hallazgos: Barreras para la humanización: resistencia al cambio y falta de apoyo directivo. Conclusión: El liderazgo gerencial es esencial para sostener los programas humanizadores.</p>
Cifuentes-Ladino et al. (2024)	Colombia	Observación analítica	155 profesionales de salud en Bogotá.	<p>Hallazgos: Correlación entre el burnout y el entorno laboral de bajo apoyo. Conclusión: El bienestar del personal es una condición previa para la atención humanizada.</p>
Cruz-Riveros (2020)	Uruguay	Artículo conceptual	N/A	<p>Hallazgos: Define el cuidado humanizado como un imperativo ético basado en la vulnerabilidad. Conclusión: La humanización es la esencia del acto de cuidar.</p>
Devia-Jaramillo et al. (2024)	Colombia	Observación descriptiva	10.957 pacientes de urgencias.	<p>Hallazgos: La estrategia de Datos de comunicación redujo eventos adversos. Conclusión: Intervenciones organizacionales centradas en el trato mejoran la seguridad del paciente.</p>
Doubova et al. (2020)	México	Observación analítica	183 pacientes con malignidades hematológicas.	<p>Hallazgos: La falta de información y los largos tiempos de espera afectan la experiencia. Conclusión: La comunicación deficiente reduce la calidad de vida relacionada con la salud.</p>
Duque-Ramírez et al. (2023)	Colombia	Observación descriptiva	Usuario de urgencias oncológicas.	<p>Hallazgos: La amabilidad y claridad en la información predicen la satisfacción. Conclusión: La dimensión humana del cuidado es el factor más valorado.</p>

Enfermería en Foco (2022)	Brazil	Revisión narrativa	Artículo LILACS		Hallazgos: La sobrecarga y el estrés son barreras al cuidado humanizado. Conclusión: Se requieren políticas para proteger la salud mental del personal.
Garcés-Álvarez et al. (2023)	Latinoamérica (Col, Arg, Mex)	Estudio multicéntrico	487 pacientes de urgencias.		Hallazgos: La telemedicina redujo la percepción de calidez en la atención. Conclusión: La tecnología debe complementar, no sustituir la interacción humana.
Lobo-Osorio et al. (2023)	Colombia	Estudio cualitativo	15 pacientes hospitalizados en Santa Marta.		Hallazgos: El cuidado humanizado se asocia con la empatía, la privacidad y la cercanía. Conclusión: La humanización se construye en los pequeños gestos.
López-Soto et al. (2022)	Colombia	Estudio de caso (Cualitativo)	32 participantes (pacientes, personal, directivos).		Hallazgos: La brecha entre la política de humanización y su aplicación. Conclusión: Sin recursos, las políticas son solo declarativas.
Martínez-Álvarez et al. (2023)	Colombia	Observación transversal	385 usuarios de urgencias en Bogotá.		Hallazgos: Insatisfacción por falta de información sobre los tiempos de espera. Conclusión: La gestión de la comunicación es clave para la satisfacción.
Ministerio de Salud (Política) (2020)	Colombia	Informe de política	N/A		Hallazgos: Define lineamientos para el trato digno y la comunicación. Conclusión: Se debe tener base normativa para exigir humanización institucional.
Ministerio de Salud (Plan) (2022)	Colombia	Informe de política	N/A		Hallazgos: Humanización como estrategia transversal para la equidad y la calidad. Conclusión: Se convierte en prioridad de la salud pública.
Ministerio de Salud (PQRSDF) (2022)	Colombia	Informe técnico	N/A		Hallazgos: Alto volumen de quejas por el trato inadecuado. Conclusión: Los datos administrativos confirman la insatisfacción persistente.

Mora Ortiz et al. (2021)	Colombia	Colombia	Tesis (Descriptivo)	Personal, pacientes y familiares de urgencias oncológicas.	<p>Hallazgos: El personal cita la sobrecarga como barrera, los pacientes valoran la empatía.</p> <p>Conclusión: Desconexión entre presiones laborales y necesidades emocionales.</p>
Nogueira et al. (2023)	Brasil	Brasil	Cualitativo	10 enfermeros de urgencias.	<p>Hallazgos: Humanización es percibida como un ideal difícil de cumplir por la alta demanda.</p> <p>Conclusión: El entorno estructural limita la práctica empática.</p>
OPS (2022a)	América Latina	América Latina	Comunicación de técnico	N/A	<p>Hallazgos: La pandemia agravó las prácticas despersonalizadas. Conclusión: Urge fortalecer las políticas de trato digno en la región.</p>
OPS (2022b)	América Latina	América Latina	Informe de experiencias	N/A	<p>Hallazgos: Presenta estrategias exitosas de atención centrada en la persona. Conclusión: Promueve la gestión basada en la experiencia del paciente.</p>
Pabón-Ortiz et al. (2021)	Colombia	Colombia	Observación descriptiva	50 profesionales de salud en Cúcuta.	<p>Hallazgos: La comunicación asertiva y el trabajo en equipo son claves. Conclusión: La formación en habilidades blandas es una necesidad prioritaria.</p>
Pinto et al. (2021)	Brasil y España	Brasil y España	Estudio comparativo	550 pacientes de urgencias.	<p>Hallazgos: El trato apresurado predice insatisfacción.</p> <p>Conclusión: La dimensión relacional del cuidado es universal.</p>
Proyecto HU-CI (2020)	España	España	Guía de buenas prácticas	N/A	<p>Hallazgos: Sistematiza 150 prácticas humanizadoras.</p> <p>Conclusión: Ofrece marco práctico para implementar la humanización.</p>
Ramírez (2023)	Colombia	Colombia	Observación descriptiva	Auditorías de calidad de 20 hospitales.	<p>Hallazgos: Los indicadores de calidad rara vez miden el trato.</p> <p>Conclusión: Existe un vacío en la evaluación de humanización en los sistemas de calidad.</p>

Ramírez-Pérez et al. (2022)	Colombia	Observación analítica	Pacientes de hospitales en Santander y Norte de Santander.	Hallazgos: La percepción de trato digno es menor en zonas rurales. Conclusión: Existen inequidades territoriales en la atención humanizada.
Rojas et al. (2022)	América Latina	Revisión integrativa	18 estudios sobre barreras en urgencias.	Hallazgos: Sobrecarga, déficit de personal y falta de formación son barreras clave. Conclusión: Las barreras son estructurales y organizacionales.
Sánchez-Quispe et al. (2024)	Perú	Observación transversal	150 pacientes de emergencias en Lima.	Hallazgos: Satisfacción se correlaciona con la comunicación empática de enfermería. Conclusión: Enfermería es el eje central del cuidado humanizado.
Schmitt et al. (2024)	Internacional	Revisión de umbrellas	30 revisiones sistemáticas sobre flujo de pacientes.	Hallazgos: Mejorar la eficiencia no garantiza mejor experiencia. Conclusión: Eficiencia y humanización deben gestionarse juntas.
Sierra Leguía et al. (2022)	Chile	Revisión narrativa	35 artículos sobre humanización en urgencias.	Hallazgos: La comunicación y apoyo institucional facilitan la humanización. Conclusión: Se requiere inversión en competencias y cultura organizacional.
Superintendencia de Salud (2023)	Colombia	Informe técnico (PQRS)	N/A	Hallazgos: Quejas por trato e información deficiente. Conclusión: La deshumanización es causa frecuente de conflicto.
Tavares et al. (2024)	EE.UU.	Cuasi-experimental	Pacientes y médicos de urgencias.	Hallazgos: Protocolizar la pregunta “¿Tiene alguna duda?” mejoró la satisfacción. Conclusión: Pequeños cambios en la comunicación impactan la humanización.
The Beryl Institute (2022)	Internacional	Informe técnico	N/A	Hallazgos: Humanización y empatía son prioridades globales. Conclusión: La experiencia del paciente es pilar de la calidad asistencial.

Valle			Datos de	Hallazgos: La telemedicina
jo-			programa de	agiliza la atención, pero reduce la
Bocanumen	Colo	Observaci	Tele-	calidez percibida. Conclusión: La
et al. (2023)	mbia	onal descriptivo	emergencia en	tecnología debe preservar la cercanía
			Antioquia.	humana.

Nota. Resumen de los 38 estudios incluidos en la revisión sistemática. Fuente. *Autoría propia.*