

**Diseño de estrategias para fortalecer la humanización del servicio y la seguridad en servicio
de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Pamplona**

Angelica Gamboa Cañas

Edna Yadira Bautista Rincón

Asesor

Rosendo Cabezas Robayo

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

Dedicatoria

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento A Dios, fuente de fortaleza, sabiduría y esperanza. Sin su guía y bendición, este camino no habría sido posible. A mi familia, por ser el pilar fundamental en cada etapa de este camino. Su apoyo incondicional, paciencia y amor me dieron la fuerza necesaria para superar los retos y alcanzar este logro. A mi esposo e hijos, quienes con su comprensión, compañía y palabras de aliento me recordaron siempre la importancia de perseverar. Este triunfo también es suyo, porque juntos hemos compartido sacrificios y alegrías. A mi madre ejemplo de amor, entrega y resiliencia. Su apoyo incondicional, sus consejos y su fe en mí han sido la base sobre la cual he construido este sueño. Este triunfo también es suyo, porque me enseñó a luchar con valentía y a nunca rendirme. A mi compañera de trabajo y de grado, por su apoyo, solidaridad y motivación compartida. Juntas enfrentamos retos, celebramos avances y aprendimos que el esfuerzo compartido multiplica los logros. A la Universidad, por brindarme las herramientas académicas y humanas que fortalecieron mi formación profesional. Gracias a sus docentes y directivos por guiarme con rigor y compromiso hacia la excelencia. Dedico este esfuerzo a todos los profesionales de la salud que día a día trabajan por transformar las instituciones y garantizar un cuidado digno, seguro y transparente. Con gratitud y amor, les dedico este triunfo que también es suyo.

Angelica Gamboa Cañas

Dedicatoria

A Dios, el arquitecto de mi vida y mi mayor guía. Gracias por darme la salud, la sabiduría y la perseverancia necesaria para culminar este camino. Por permitirme entender que la verdadera calidad en salud nace de la vocación de servicio y el respeto por la vida, y por ponerme en el lugar exacto donde mi labor puede marcar la diferencia. A mi madre, Yaneth Rincón, quien ha sido mi pilar fundamental y mi inspiración más grande. Gracias, mamá, por tus sacrificios silenciosos, por tu amor incondicional y por enseñarme que con disciplina y fe no hay meta inalcanzable. Este título de especialista es, en gran parte, el fruto de las semillas que tú plantaste en mí. A mi nona, María Nohemí, por ser la raíz de nuestra familia y el refugio de paz que siempre necesito. Tus oraciones, tu ternura y tu presencia han sido el motor que me impulsó en los momentos de mayor cansancio. Gracias por enseñarme el valor de la bondad, que es la base de toda humanización. A mi padre, Alvaro, por su apoyo constante y por estar presente en cada etapa de mi crecimiento personal y profesional. Gracias por creer en mis proyectos y por brindarme las herramientas para convertirme en la profesional que soy hoy. A mis hermanos, Franco y Alejandro, mis compañeros de vida y amigos leales. Gracias por entender mis ausencias durante las largas jornadas de estudio y por ser mi motivación para seguir creciendo. Espero que este logro sea un ejemplo de que el esfuerzo compartido siempre rinde frutos. Y de manera muy especial, a Toby, mi perro enfermero. Gracias por tu compañía fiel, por tus "rondas" silenciosas a mi lado mientras estudiaba y por recordarme, con tu lealtad pura, que el cuidado y el afecto son el remedio más eficaz. Fuiste mi consuelo y mi alegría en cada noche de desvelo.

A todos ustedes, quienes forman mi mundo y le dan sentido a mi labor asistencial y gerencial, les dedico con profundo orgullo este peldaño alcanzado.

Edna Yadira Bautista

Agradecimientos

Queremos expresar nuestra más sincera gratitud a la Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD) por habernos brindado la oportunidad de crecer personal y profesionalmente. A nuestros docentes del programa de especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, a nuestro tutor, Rosendo Cabezas Robayo, les agradecemos su dedicación y experiencia, que nos permitieron adquirir conocimientos y habilidades valiosas. También queremos agradecer a nuestro equipo de trabajo y a nuestros compañeros de la universidad, quienes nos apoyaron y motivaron en cada paso del camino. Su colaboración y amistad fueron fundamentales para superar los desafíos y alcanzar nuestros objetivos. A Dios, por ser nuestra guía y sostén en cada etapa de este proceso, brindándonos la fortaleza necesaria para culminar este proyecto. A nuestras familias, les agradecemos por su amor y apoyo incondicional. Su presencia en nuestras vidas nos dio la fuerza y motivación para seguir adelante. Este título es un logro que compartimos juntos, y esperamos que sea un orgullo para todos nosotros. Finalmente, agradecemos a la vida por darnos la oportunidad de crecer y aprender. Dedicamos este logro a todos aquellos que creen en la importancia de la educación y el desarrollo personal.

Resumen

La humanización en el sector salud es un concepto clave para asegurar que la atención se enfoque en el individuo, atendiendo su dignidad, emociones y capacidad de decidir. En Colombia, a pesar de los progresos en normativas de calidad y seguridad del paciente, aún hay obstáculos en la correcta aplicación de prácticas humanizadas, sobre todo en los hospitales públicos, donde la elevada demanda y las limitaciones de infraestructura impactan negativamente la experiencia de los pacientes. El Hospital San Juan de Dios de Pamplona, siendo una institución importante en el noreste del país, enfrenta desafíos relacionados con la comunicación, el respeto en el trato, la carga laboral del personal médico y el cumplimiento óptimo de los protocolos de seguridad, especialmente en el área de urgencias. Su objetivo es crear estrategias institucionales que mejoren la humanización y la seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, Norte de Santander. Esta área es crítica debido a la atención inmediata que requiere, la alta rotación de pacientes y los niveles elevados de tensión emocional. Para ello, se utilizará un enfoque metodológico mixto, que incluirá una revisión de documentos, encuestas estructuradas dirigidas a pacientes, sus familiares y profesionales de la salud, así como entrevistas semiestructuradas con el personal del servicio. Esta combinación de métodos permitirá recopilar las opiniones de los usuarios y las vivencias del personal asistencial. Los resultados que se esperan abarcan la detección de las principales deficiencias en las prácticas de humanización y seguridad del paciente, la creación de estrategias de mejora enfocadas en una atención digna, una comunicación clara y la prevención de posibles riesgos, además de proponer un modelo de mejora continua que se pueda aplicar en otros servicios de la institución. Esta investigación se ajusta a las pautas nacionales actuales y

promueve un enfoque de calidad que se centre en la persona, contribuyendo así a fortalecer instituciones de salud más seguras, humanas y confiables.

Palabras Claves. Humanización, seguridad del paciente, servicio de urgencias, calidad en salud, atención centrada en la persona.

Abstract

Humanization in the health sector is a key concept to ensure that care focuses on the individual, addressing their dignity, emotions, and decision-making capacity. In Colombia, despite progress in quality and patient safety regulations, there are still obstacles in the correct application of humanized practices, especially in public hospitals, where high demand and infrastructure limitations negatively impact the patient experience. The Hospital San Juan de Dios de Pamplona, being an important institution in the northeast of the country, faces challenges related to communication, respect in treatment, the workload of medical staff, and optimal compliance with safety protocols, especially in the emergency department. Its objective is to create strategies that improve humanization and patient safety in the emergency service of the Hospital San Juan de Dios de Pamplona, Norte de Santander. This area is critical due to the immediate care it requires, high patient turnover, and elevated levels of emotional tension. To this end, a mixed methodological approach will be used, including a document review, structured surveys directed at patients, their families, and health professionals, as well as semi-structured interviews with the service staff. This combination of methods will allow for the collection of user opinions and the experiences of the healthcare personnel. The expected results include the detection of the main deficiencies in humanization and patient safety practices, the creation of improvement strategies focused on dignified care, clear communication, and the prevention of potential risks, in addition to proposing a continuous improvement model that can be applied in other services of the institution. This research aligns with current national guidelines and promotes a quality approach centered on the person, thus contributing to strengthening safer, more humane, and reliable health institutions.

Keywords. Humanization, patient safety, emergency department, health quality, person-centered care.

Tabla de Contenido

Introducción.....	14
Justificación.....	15
Objetivos.....	18
Planteamiento del Problema.....	19
Marco Contextual.....	22
Marco Conceptual.....	25
Marco Teórico.....	28
Marco Referencial.....	32
Metodología.....	39
Resultados.....	44
Análisis de Resultados.....	66
Conclusiones.....	75
Referencias Bibliográficas.....	79
Apéndices.....	81

Lista de Tablas

Tabla 1 Preguntas problematizadoras.....	20
Tabla 2 Comparativa Referentes Humanización y seguridad del paciente.....	35
Tabla 3 Normativa orientada a la humanización y seguridad del paciente.....	37
Tabla 4 Cronograma.....	42
Tabla 5 Presupuesto Estimado.....	43
Tabla 6 Percepción de amabilidad y respeto por áreas del servicio.....	44
Tabla 7 Nivel de empatía percibida por el paciente según el área de atención.....	45
Tabla 8 Nivel de satisfacción respecto a la escucha y respuesta del personal.....	47
Tabla 9 Percepción sobre el respeto a la intimidad y dignidad por servicio asistencial.....	48
Tabla 10 Percepción sobre el interés del equipo de salud por el estado emocional.....	50
Tabla 11 Percepción de los usuarios sobre las condiciones ambientales en urgencias.....	51
Tabla 12 Distribución de la percepción sobre la facilidad de entendimiento en la comunicación.	53
Tabla 13 Valoración de la comunicación sobre el flujo de atención en urgencias.....	54
Tabla 14 Percepción sobre la toma en cuenta de opiniones y necesidades personales.....	56
Tabla 15 Nivel de cumplimiento de los protocolos de identificación del paciente.....	57
Tabla 16 Percepción del usuario sobre el cumplimiento de protocolos de bioseguridad por área.....	59
Tabla 17 Percepción sobre la explicación de medidas de seguridad aplicadas.....	60
Tabla 18 Percepción del usuario sobre la organización y coordinación del trabajo en equipo..	62
Tabla 19 Consolidado general de seguridad y satisfacción del usuario en el servicio de urgencias.....	63

Tabla 20 <i>Análisis de la estrategia 1</i>	70
Tabla 21 <i>Análisis de la estrategia 2</i>	71
Tabla 22 <i>Análisis de la estrategia 3</i>	72
Tabla 23 <i>Análisis de la estrategia 4</i>	73
Tabla 24 <i>Análisis de la estrategia 5</i>	74

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Ubicación Hospital San Juan de Dios, UCI</i>	24
Figura 2 <i>Relación entre concepto</i>	27
Figura 3 <i>Calidad en la atención en salud, Conexiones</i>	31
Figura 4 <i>Metodología cuantitativa y cualitativa</i>	40
Figura 5 <i>Consolidado de amabilidad y respeto en Urgencias</i>	45
Figura 6 <i>Nivel de empatía percibida por el paciente según el área de atención</i>	46
Figura 7 <i>Nivel de satisfacción respecto a la escucha y respuesta del personal</i>	47
Figura 8 <i>Percepción sobre el respeto a la intimidad y dignidad por servicio asistencial</i>	49
Figura 9 <i>Percepción sobre el interés del equipo de salud por el estado emocional</i>	51
Figura 10 <i>Percepción de los usuarios sobre las condiciones ambientales en urgencias</i>	52
Figura 11 <i>Distribución de la percepción sobre la facilidad de entendimiento en la comunicación</i>	53
Figura 12 <i>Valoración de la comunicación sobre el flujo de atención en urgencias</i>	55
Figura 13 <i>Percepción sobre la toma en cuenta de opiniones y necesidades personales</i>	56
Figura 14 <i>Nivel de cumplimiento de los protocolos de identificación del paciente</i>	58
Figura 15 <i>Percepción del usuario sobre el cumplimiento de protocolos de bioseguridad por área</i>	59
Figura 16 <i>Percepción sobre la explicación de medidas de seguridad aplicadas</i>	61
Figura 17 <i>Percepción del usuario sobre la organización y coordinación del trabajo en equipo</i>	62
Figura 18 <i>Consolidado general de seguridad y satisfacción del usuario en el servicio de urgencias</i>	64

Lista de Apéndices

Apéndice A *Formato modelo de encuesta*.....81

Apéndice B *Fotos de evidencias*.....85

Introducción

Este proyecto se enfoca en la humanización del servicio y la seguridad del paciente en el área de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Pamplona ya que parte de una realidad muy importante dentro del sector salud donde no basta solo con atender rápido sino que también es necesario brindar un trato digno respetuoso y con sentido humano por lo que se reconoce que el paciente no solo llega con una necesidad física sino también con miedo angustia dudas y necesidad de ser escuchado y comprendido dentro de un servicio donde la presión asistencial muchas veces puede dejar en segundo plano esa parte humana del cuidado.

De igual manera este trabajo busca diseñar estrategias que permitan fortalecer la calidad de la atención en urgencias por lo que primero se analizan las condiciones actuales del servicio y las principales fallas en aspectos como la comunicación el acompañamiento emocional y el cumplimiento de medidas de seguridad del paciente ya que a partir de ese diagnóstico se pueden proponer acciones de mejora más claras y acordes con la realidad institucional así este proyecto no solo aporta al bienestar de los usuarios sino también al fortalecimiento de una cultura hospitalaria más segura más organizada y más centrada en la persona.

Justificación

La humanización en el sector salud es un elemento clave para asegurar una atención de calidad y se considera una necesidad tanto ética como institucional y social dentro del sistema de salud en Colombia. Según Jean Watson, el cuidado humano implica ver a la persona como un ser completo, que tiene emociones, vulnerabilidades, dignidad y capacidad de decisión, aspectos que deben ser resguardados en cada interacción durante el proceso de atención médica. Sin embargo, a pesar de la existencia de marcos normativos y guías técnicas vigentes, hospitales públicos como el Hospital San Juan de Dios en Pamplona enfrentan serias dificultades para aplicar de manera efectiva prácticas de humanización, especialmente en servicios que tienen alta demanda como el área de urgencias, donde la presión por atender, la carga laboral y la necesidad de brindar atención inmediata pueden poner en segundo plano la dimensión humana del cuidado.

Desde el enfoque de calidad, (Donabedian, 1988) a través de su modelo que incluye estructura, proceso y resultado, destaca que la calidad de la atención no solo depende de los recursos materiales o de la habilidad técnica del personal, sino también de cómo se establece la relación entre el profesional de salud y el paciente. En el servicio de urgencias, esta conexión es especialmente importante, ya que los pacientes y sus familiares a menudo están en situaciones de vulnerabilidad tanto física como emocional, lo que requiere una atención que sea oportuna, segura y, además, empática y respetuosa.

Teniendo en cuenta que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece la salud como un derecho fundamental que está estrechamente ligado a la dignidad humana, mientras que las directrices de la Política Nacional de Humanización en Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020) indican que las instituciones deben fomentar entornos de atención que se basen en la empatía, la comunicación efectiva, la participación informada del usuario y el respeto a la

diversidad. Sin embargo, múltiples investigaciones realizadas en Colombia han mostrado que, en los hospitales públicos, la experiencia del paciente sigue siendo afectada por problemas de comunicación, largas esperas, falta de información, poco apoyo emocional y trámites administrativos desorganizados. Estos problemas no solo afectan negativamente la percepción sobre la calidad del servicio, sino que también aumentan los riesgos clínicos, como lo señala la Organización Mundial de la Salud, al indicar que una gran parte de los eventos adversos en la atención médica son evitables mediante la adopción de procesos centrados en el paciente y el refuerzo de una cultura institucional orientada a la seguridad.

Por otro lado, y específicamente, el Hospital San Juan de Dios de Pamplona desempeña un papel clave como centro de atención regional que sirve a una población con altos niveles de vulnerabilidad social y económica, lo que requiere un enfoque de atención especialmente cuidadoso y humano. La sección de emergencias, debido a su naturaleza, se distingue por ofrecer atención constante, una gran rotación de pacientes, decisiones rápidas y altos niveles de estrés emocional tanto para los pacientes y sus familias como para el personal sanitario. Estas circunstancias muestran claramente la tensión que existe entre la estandarización de los procesos clínicos y la necesidad de mantener la dimensión humana del cuidado. Como indican (Hoogendoorn, 1988) los procesos que se concentran demasiado en la técnica pueden llevar a prácticas deshumanizadoras, agotamiento del personal y pérdida de la perspectiva ética del cuidado, si no se apoyan en estrategias relacionales fundamentadas en la empatía, la escucha atenta y el apoyo emocional.

Por último, se fundamenta el objetivo el diseño de esta investigación basada en estrategias que fortalezcan la humanización del servicio y la seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, como una contribución significativa a

la mejora de la calidad de la atención, al bienestar de los pacientes y al fomento de una cultura institucional centrada en la persona.

Objetivos

Objetivo General

Diseñar estrategias para fortalecer la humanización del servicio y la seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, mediante el diagnóstico de las prácticas actuales, la identificación de brechas y la formulación de acciones de mejora orientadas a la calidad del cuidado.

Objetivos Específicos

Caracterizar las condiciones actuales de humanización y las medidas de seguridad del paciente en el servicio de urgencia en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, basándose en las opiniones de pacientes, familiares y el personal de salud.

Describir las principales carencias y oportunidades de mejora en los procesos de humanización y seguridad del paciente, integrando los hallazgos del diagnóstico.

Diseñar un conjunto de estrategias enfocadas en reforzar la humanización del cuidado y la seguridad del paciente en el servicio de urgencias, en sentido con el desarrollo de la normativa actual y los lineamientos de la institución.

Planteamiento del Problema

La calidad de la atención médica sigue enfrentando problemas organizativos y estructurales que obstaculizan la humanización del cuidado y la protección del paciente, elementos clave de la atención centrada en la persona. El Hospital San Juan de Dios de Pamplona refleja esta situación, ya que, como entidad de complejidad media, da servicio a una población variada y vulnerable, lidiando con limitaciones en el personal, una alta carga de trabajo, un aumento continuo en la demanda y carencias en su infraestructura. Estas circunstancias impactan directamente en la experiencia del usuario y en la habilidad del equipo de salud para ofrecer una atención empática, segura y eficiente, sobre todo en áreas críticas como el servicio de urgencias.

Teniendo en cuenta que la atención en urgencias se define por la necesidad de actuar de forma inmediata, la rápida rotación de pacientes y la toma de decisiones clínicas urgentes, lo que crea entornos de gran presión asistencial y emocional. Según Watson (2008), en situaciones donde la vida y el bienestar de las personas están en riesgo, el cuidado debe incluir tanto elementos técnicos como emocionales, comunicativos y relacionales. Sin embargo, múltiples estudios muestran que en los servicios de urgencias existe una notable tensión entre la necesidad de precisión técnica, el cumplimiento de protocolos y la obligación de mantener la dignidad humana del paciente, especialmente en situaciones caracterizadas por el dolor, la ansiedad, la incertidumbre y el miedo, tanto en los pacientes como en sus familiares. Hoogendoorn y Delgado (2023) alertan que la excesiva normalización de los procesos y un enfoque exclusivo en lo técnico pueden llevar a la deshumanización, a menos que haya una cultura institucional que fomente la empatía, el entendimiento y una comunicación efectiva.

Se han evidenciado fallas estructurales en los procesos de comunicación del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, específicamente en la interacción entre el personal de salud y los

pacientes. Esta situación compromete la prontitud de la información suministrada y obstaculiza la inclusión de los usuarios y su red de apoyo familiar en las decisiones terapéuticas, impactando negativamente en la disponibilidad para resolver dudas. Además, existen fallas en la seguridad del paciente, entendida como el conjunto de medidas destinadas a prevenir eventos adversos y errores durante la atención médica. A pesar de la existencia de la Política de Seguridad del Paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), los procesos de identificación de los pacientes, verificación de procedimientos, comunicación entre profesionales y cumplimiento de los protocolos no siempre se llevan a cabo de manera adecuada en urgencias, especialmente en momentos de alta demanda y presión asistencial. Esta situación eleva el riesgo de errores que podrían evitarse, como lo han señalado la Organización Mundial de la Salud (2021) y Donabedian (1988), quienes enfatizan que la combinación de fallos estructurales, rupturas en los procesos y deficiencias comunicativas representa uno de los principales riesgos para la seguridad clínica.

Pregunta Problema

Tabla 1

Preguntas Problematizadoras

Bases	Preguntas Problematizadoras
Humanización del Servicio	- ¿El trato ofrecido en el área de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Pamplona responde a las necesidades emocionales y humanas del paciente?
	- ¿Qué aspectos del entorno afectan la percepción de cuidado humanizado?

Seguridad del Paciente	- ¿Se aplican de manera consistente los protocolos básicos de seguridad del paciente?
	- ¿Los usuarios reciben información adecuada sobre los medicamentos y procedimientos aplicados?
Comunicación	- ¿La información brindada por el personal es clara, oportuna y comprensible para pacientes y familiares?
	- ¿Qué barreras limitan una comunicación efectiva en el área de urgencias?
	- ¿La cultura institucional favorece prácticas de humanización y seguridad en el área de urgencias?
Cultura y Organización	- ¿Qué factores organizacionales dificultan la prestación de un cuidado humanizado y seguro en el área de urgencias?

Nota. Las siguientes preguntas problematizadoras permiten orientar la comprensión del fenómeno estudiado, facilitando la identificación de brechas en humanización, comunicación, seguridad del paciente y cultura organizacional dentro del servicio de urgencias del hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Formulación de la Pregunta Problema

¿De qué manera pueden diseñarse estrategias institucionales que fortalezcan la humanización del servicio y garanticen la seguridad del paciente en el servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, Norte de Santander?

Marco Contextual

El Hospital San Juan de Dios de Pamplona se encuentra en el municipio de Pamplona, en Norte de Santander, una ciudad con gran relevancia histórica en la región nororiental de Colombia, a 75 kilómetros de Cúcuta y cerca de la frontera con Venezuela. Su ubicación le otorga un rol clave en la atención sanitaria, ya que no solo atiende a la población local, sino que también recibe a personas de municipios cercanos como Mutiscua, Cácuta, Pamplonita y La Laguna, así como a pacientes migrantes y a personas en tránsito que utilizan el corredor vial entre Cúcuta y Bucaramanga. Por esta razón, su área de influencia se extiende más allá de la cobertura municipal, consolidándose como un centro de atención regional.

El servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios tiene una función crucial en la atención rápida de personas con problemas graves y potencialmente mortales, lo que lo convierte en uno de los servicios con mayor cantidad de pacientes y complejidad en su operación. En este departamento se reciben pacientes que presentan diversos niveles de gravedad, lo que requiere una clasificación adecuada, intervenciones ágiles, una buena coordinación entre el equipo de profesionales y una comunicación efectiva con los pacientes y sus familias. Sin embargo, la propia naturaleza del servicio de urgencias caracterizada por la constante llegada de pacientes, la atención simultánea de varios casos, la necesidad de tomar decisiones rápidas y la rigurosa aplicación de los protocolos médicos, puede ocasionar tensiones entre la eficiencia técnica y la atención humanizada.

El servicio de urgencias compuesto por un número cercano de camas y camillas destinadas a la observación, reanimación y atención inicial, organizadas en diferentes áreas de acuerdo con la gravedad del caso. Este servicio cuenta con zonas para triage, atención médica, procedimientos y observación temporal, lo que permite ofrecer una respuesta rápida ante

situaciones agudas y potencialmente críticas. Sin embargo, la elevada demanda de atención, la ocupación constante de las camas de observación y la presión por asegurar la rotación de pacientes pueden provocar una carga operativa, afectando los tiempos de atención, la comunicación con los usuarios y la percepción del cuidado humano, especialmente en situaciones de urgencia vital y altos niveles de estrés emocional.

Figura 1

Ubicación Hospital San Juan de Dios, UCI



Nota. Infografía del área de estudio.

Marco Conceptual

Atención Centrada en la Persona

Enfoque de la atención en salud que reconoce al paciente como un ser integral (biológico, psicológico y social), promoviendo su participación activa en decisiones sobre su cuidado.

Atención Primaria en Salud (APS)

Estrategia que busca garantizar el acceso universal a servicios de salud esenciales, integrales y continuos, con énfasis en la promoción y prevención

Auditoría de Calidad

Evaluación sistemática de los procesos asistenciales para garantizar la mejora continua y el cumplimiento de estándares.

Calidad en Salud

Cumplimiento de estándares que aseguren efectividad, seguridad y satisfacción del usuario.

Clima Organizacional Hospitalario

Percepción que tienen los trabajadores sobre el ambiente laboral y la cultura institucional, lo cual impacta en su desempeño y en la calidad del servicio.

Comunicación Efectiva

Interacción clara, empática y asertiva entre los actores del sistema de salud, vital para la confianza y comprensión del tratamiento.

Ética en Salud

Conjunto de principios y valores (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) que orientan la práctica profesional en la atención y la toma de decisiones.

Humanización del Servicio

Proceso que busca una atención centrada en la dignidad, emociones y valores del paciente, promoviendo empatía y respeto en la relación terapéutica.

Seguridad del Paciente

Conjunto de prácticas que buscan prevenir errores y eventos adversos durante la atención médica.

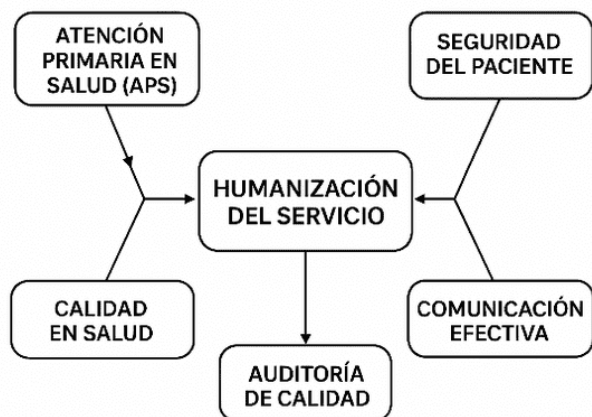
Relación entre Conceptos

La humanización del servicio está estrechamente vinculada con la calidad y seguridad del paciente, ya que una atención empática y comunicativa reduce riesgos y mejora resultados clínicos. La auditoría permite identificar brechas en la implementación de estos principios y formular acciones de mejora. Adicional a esto, se entiende que, en el proceso de humanización, todos los conceptos mencionados con anterioridad hacen parte de un mismo sistema. Dado que, este concepto conforma al sentido de trato digno y empático en el cual el objetivo principal es proporcionar calidad en salud, mediante los principios de ética y equidad. Haciendo uso de herramientas tales como, la comunicación efectiva y la auditoría. Generando un clima organizacional propicio.

En síntesis, uno de los ejes fundamentales que da el sentido a la prestación de servicios de salud es la humanización, al reconocer a cada paciente desde su individualidad y como un ser integral con dignidad, emociones y derechos. Por lo tanto, la relación entre los conceptos funciona para reafirmar un sistema hospitalario que resulte más humano, confiable y eficiente, para obtener un impacto en la salud y la calidad de la misma.

Figura 2

Relación entre conceptos (Elaboración propia)



Nota. Mapa mental sobre la humanización del servicio.

Marco Teórico

La atención en salud de calidad se concibe hoy en día como un proceso con múltiples dimensiones que abarca aspectos técnicos, humanos, institucionales y éticos. En el contexto actual, la calidad va más allá del mero cumplimiento de criterios clínicos, ya que también abarca la vivencia del paciente, la seguridad durante la atención y la interacción empática entre los profesionales de salud y los pacientes. Las políticas a nivel nacional e internacional formuladas entre 2020 y 2025 subrayan que los sistemas de salud deben adoptar enfoques centrados en la persona, priorizando la dignidad, la equidad y la protección del paciente como pilares fundamentales del cuidado.

En este marco, aunque el Modelo de Calidad propuesto por Donabedian sigue siendo un referente conceptual, su implementación ha sido reinterpretada a la luz de las necesidades actuales del sistema de salud en Colombia. Desde 2020, el Ministerio de Salud ha reformulado la percepción de los componentes de estructura, proceso y resultado, incorporando criterios como humanización, accesibilidad, continuidad de la atención, comunicación efectiva y seguridad clínica. Estos aspectos son considerados cruciales para que el sistema evolucione hacia servicios más inclusivos y enfocados en la experiencia global del usuario.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 continúa siendo la base del derecho fundamental a la salud, y en los lineamientos revisados y publicados por el Ministerio de Salud entre 2020 y 2024, se recalca que este derecho solo puede ser garantizado a través de un trato digno, respetuoso y humanizado. Las directrices posteriores a 2020 enfatizan que la humanización no es un aspecto opcional de la calidad, sino una condición imprescindible para asegurar la integridad y bienestar del paciente, en conexión con principios como la autonomía, la equidad y la accesibilidad.

Además, el sistema de seguridad social en salud, regulado por la Ley 100 de 1993, ha sido sometido a revisión y actualización en años recientes. Las revisiones normativas y técnicas realizadas entre 2021 y 2025 destacan que, aunque la cobertura se ha ampliado, es esencial que esté acompañada de mejores estándares de calidad, trato y seguridad, para evitar la despersonalización en la atención. El Ministerio de Salud ha enfatizado que la expansión de los servicios debe ir de la mano de procesos humanizados que garanticen un acompañamiento, una comunicación clara y la protección de los derechos de los usuarios.

Sobre el enfoque humanizado, investigaciones recientes (2020–2025) reafirman la importancia de modelos de atención fundamentados en la empatía, la escucha activa y la validación emocional del paciente. Watson, cuyas teorías sobre el cuidado continúan vigentes y actualizadas en estudios contemporáneos, indica que el cuidado humanizado se basa en relaciones terapéuticas respetuosas y en la genuina presencia del profesional, elementos que son especialmente importantes en área de urgencia, donde la vulnerabilidad y la ansiedad del paciente se intensifican.

La protección del paciente, tal como se define en las orientaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2021 y sus actualizaciones en 2023–2024, se refiere a un conjunto de medidas diseñadas para minimizar riesgos, equivocaciones y daños que se pueden evitar. Dentro de estas medidas, se incluyen la verificación continua, la identificación precisa del paciente, la comunicación clara sobre medicamentos y procedimientos, la implementación de protocolos y la construcción de culturas institucionales que fomenten el aprendizaje y la transparencia. La Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud, revisada en 2022, enfatiza que ninguna entidad puede asegurar calidad si no aplica tácticas

sistemáticas para garantizar la seguridad clínica, el análisis de eventos adversos y el fortalecimiento de la notificación sin temor a represalias.

La comunicación efectiva, discutida en diversas guías recientes, es un pilar fundamental para la calidad en el cuidado. Investigaciones realizadas entre 2020 y 2024 evidencian que una interacción clara y empática entre el personal de salud, los pacientes y sus familiares mejora la adherencia a los tratamientos, reduce riesgos clínicos y disminuye la ansiedad en los hospitales. La literatura actual pone de manifiesto que las fallas comunicativas siguen siendo una de las causas más significativas de eventos adversos, especialmente en secciones de atención crítica.

La Política Nacional de Humanización en Salud, fortalecida en actualizaciones desde 2020 hasta 2023, sugiere estrategias enfocadas en ofrecer una atención digna, potenciar al personal, mejorar la comunicación interpersonal y desarrollar entornos hospitalarios más sensibles y adaptados a lo que requiere el paciente. Estas orientaciones indican que los servicios deben combinar prácticas relacionales, organizacionales y éticas que logren equilibrar la eficiencia técnica y la calidez humana.

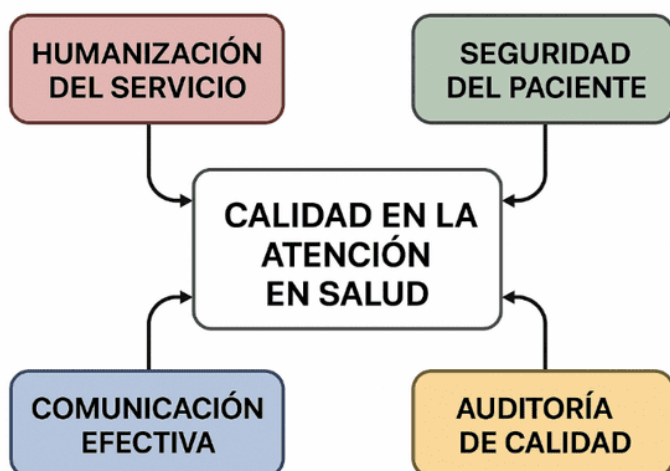
Por otra parte, la auditoría de calidad sigue siendo un elemento crucial para el perfeccionamiento constante. En documentos técnicos publicados a partir de 2020, se enfatiza que la auditoría no debe considerarse únicamente como un mecanismo de control, sino como una herramienta educativa para detectar deficiencias, fomentar el aprendizaje institucional y fortalecer una cultura de seguridad. Su implementación permite verificar si las prácticas de humanización, seguridad y comunicación se llevan a cabo de acuerdo con las pautas actuales del sector salud.

En concordancia, la documentación y regulaciones emitidas entre 2020 y 2025 sostienen que la humanización, la seguridad del paciente, la comunicación eficaz y la auditoría de calidad

forman un sistema interrelacionado que determina la calidad del servicio. Su integración es vital para instituciones como el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, sobre todo en áreas de alta movilidad y atención que es el área de urgencias, donde se debe encontrar un equilibrio entre la técnica y la humanidad es crucial para el bienestar del paciente y la calidad en atención humanizada.

Figura 3

Calidad en la Atención en Salud, Conexiones



Nota. Mapa mental sobre la calidad en la atención en salud.

Marco Referencial

La humanización de los servicios de salud constituye hoy un imperativo ético y estratégico dentro del sistema sanitario colombiano, pues implica reconocer al usuario como un ser integral, con dimensiones físicas, sociales, emocionales y espirituales que deben ser atendidas de manera respetuosa y digna (Correa, 2016). En este sentido, la prestación de servicios no puede limitarse a la aplicación técnica de procedimientos médicos, sino que debe involucrar la sensibilidad y la empatía del personal de salud, lo que se traduce en experiencias de cuidado más cercanas, cálidas y humanas.

Referente Internacional

A nivel global, las directrices proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 2020 y 2024 han reforzado la atención enfocada en la persona y la seguridad del paciente como fundamentos clave de la calidad en el ámbito de la salud. En 2021, la OMS actualizó su Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021-2030, donde subraya la importancia de crear culturas en las instituciones que se basen en el aprendizaje, la transparencia y la notificación de incidentes, resaltando que la seguridad clínica solo puede lograrse con una comunicación efectiva, colaboración en equipo y la participación activa del paciente en las decisiones relacionadas con su atención.

Asimismo, organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) han enfatizado que la humanización es una dimensión fundamental de la calidad, particularmente en entornos de alta demanda asistencial como las unidades de cuidados intensivos. Las guías más recientes destacan que un trato digno, la empatía y la información clara disminuyen la ansiedad del paciente, favorecen la adherencia a los tratamientos y enriquecen la experiencia de atención. La OPS indica que la humanización de los servicios está indisolublemente relacionada

con la seguridad clínica, ya que una comunicación deficiente y la despersonalización del paciente incrementan la probabilidad de errores y eventos adversos.

Desde 2023, varios estudios a nivel internacional han evidenciado que los modelos de calidad deben abarcar de manera simultánea elementos técnicos y humanos. Investigaciones recientes como las de Busch (2023) han señalado tres dimensiones para evaluar la humanización a nivel mundial: la relacional, que se centra en la relación terapéutica, la organizacional que se orienta a la gestión institucional y la estructural que está vinculada a las condiciones laborales y recursos disponibles. Estas dimensiones evidencian que la mejora de la calidad requiere una transformación cultural, más allá de los procedimientos.

Referente Nacional

La Política de Seguridad del Paciente (2022) enfatiza la necesidad de establecer una cultura de reporte dentro de la institución, implantar protocolos para disminuir riesgos y mejorar la comunicación con los usuarios como una estrategia fundamental. Por otro lado, la Política de Humanización en Salud, revisada en documentos oficiales entre 2020 y 2023, afirma que la humanización debe guiar todas las acciones de la institución, desde los procesos clínicos hasta los administrativos. Se hace énfasis en que proporcionar atención digna, respetuosa y centrada en la persona es una responsabilidad ética y una condición necesaria para asegurar el derecho fundamental a la salud, tal como se define en la Ley Estatutaria 1751. Las recientes actualizaciones destacan la importancia de desarrollar habilidades interpersonales en el personal, mejorar el ambiente hospitalario y fomentar la participación del paciente y su familia en la toma de decisiones.

Además, estudios recientes en Colombia (Camacho et al., 2022; López & Gómez, 2023) determinan que la cultura de seguridad se basa en factores como el liderazgo transformacional, el

trabajo en equipo, la existencia de sistemas de notificación que no son punitivos y la formación continua. La evidencia nacional coincide en que la humanización refuerza la seguridad clínica y que ambos enfoques son esenciales para mejorar el clima en las organizaciones.

El Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2020–2025 integra los aspectos de seguridad del paciente, experiencia del usuario, humanización, transparencia y evaluación de resultados, sugiriendo un modelo donde la calidad es un proceso integral más que una simple suma de indicadores técnicos. Este enfoque reconoce que la fragmentación de los servicios, la burocracia y la falta de comunicación siguen siendo desafíos para la seguridad y dignidad del paciente.

Referente Regional

En el contexto regional, Norte de Santander ha identificado desde el año 2020 la urgencia de mejorar la calidad, la humanización y la seguridad en la atención médica, en especial en hospitales que sirven a poblaciones vulnerables o ubicadas en zonas limítrofes. Los reportes de vigilancia y rendimiento hospitalario divulgados por la Secretaría de Salud Departamental entre 2021 y 2024 evidencian retos en aspectos como el trato respetuoso, la satisfacción de los pacientes, la comunicación con ellos y la adherencia a los protocolos de seguridad.

Estudios regionales realizados entre 2020 y 2024 muestran que la humanización y la seguridad en Norte de Santander se ven comprometidas por elementos tales como la carga laboral excesiva, la infraestructura insuficiente, procesos institucionales inflexibles y deficiencias en la comunicación entre profesionales. Estas observaciones resaltan la necesidad de crear estrategias integrales que unan el talento humano, la cultura organizacional, la participación de los usuarios y la estricta implementación de los protocolos.

En localidades como Pamplona, donde hay un aumento en la demanda de servicios debido a la población local, rural y migrante, los hospitales de mediana complejidad como el Hospital San

Juan de Dios, enfrentan dificultades relacionadas con la oportunidad en la atención, el apoyo emocional, la comunicación médica y la mejora de la cultura institucional. Las evaluaciones regionales sugieren dar prioridad a estrategias que se enfoquen en el paciente, la normalización de prácticas seguras y la educación continua del personal, especialmente en áreas de labor y movilidad como lo es el área de urgencias.

Comparativa Referentes

La evaluación de los referentes a nivel internacional, nacional y regional ayuda a entender la dirección de las políticas y enfoques para la humanización del servicio y la seguridad del paciente en diferentes grados. La tabla que sigue resume los principios más relevantes publicados entre 2020 y 2025, ofreciendo una visión sencilla del marco de referencia que apoya el análisis.

Tabla 2

Comparativa Referentes Humanización y Seguridad del Paciente

Nivel	Enfoque principal	Lineamientos clave (2020–2025)
Internacional (OMS – OPS)	Seguridad del paciente y atención centrada en la persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Global de Seguridad del Paciente 2021–2030 (OMS). • Promoción de culturas de reporte y reducción de riesgos. • OPS: humanización como dimensión esencial de la calidad.
Nacional (Colombia – MinSalud)		<ul style="list-style-type: none"> • Actualización Política de Seguridad del Paciente (2022).

	Humanización, calidad integral y seguridad clínica.	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos de Humanización (2020–2023).
		<ul style="list-style-type: none"> • Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad (2020–2025).
		<ul style="list-style-type: none"> • Informes de calidad 2021–2024.
Regional (Norte de Santander – Pamplona)	Mejoramiento del trato, comunicación y cumplimiento de protocolos.	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de fortalecer cultura de seguridad en instituciones hospitalarias. • Identificación de brechas en humanización y seguridad en servicios críticos.

Nota. Esta tabla muestra de forma sencilla los referentes más importantes.

Referente Legal

El conjunto de leyes que respalda la humanización del servicio y la seguridad del paciente en Colombia está formado por una serie de normas de diferentes niveles jerárquicos que dirigen la entrega de servicios de salud para asegurar el derecho fundamental, la dignidad de las personas, la calidad y la protección del usuario.

Tabla 3

Normativa Orientada a la Humanización y Seguridad del Paciente

Nivel Normativo	Norma / Documento	Aportes clave al proyecto
-----------------	-------------------	---------------------------

1. Constitución Política de Colombia (Máxima jerarquía)	Constitución Política de 1991	Reconoce la dignidad humana, el derecho a la salud como fundamental (reforzado con jurisprudencia) y la protección del paciente como sujeto de especial protección.
2. Ley Estatutaria	Ley 1751 de 2015 – Derecho Fundamental a la Salud	Establece el derecho a una atención digna, segura, de calidad y centrada en la persona. Ordena eliminar barreras de acceso y garantizar trato humanizado.
3. Leyes del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Ley 100 de 1993 (modificada)	Organiza el sistema de salud y establece responsabilidades de EPS e IPS. Obliga a garantizar calidad, participación y oportunidad en la atención.
4. Leyes complementarias de calidad y humanización	Ley 1438 de 2011	Introduce el modelo de Atención Integral en Salud (MIAS). Refuerza calidad, continuidad, humanización y enfoque centrado en la persona.
5. Políticas y lineamientos del Ministerio de Salud	Política de Seguridad del Paciente (actualización 2022)	Lineamientos para prevenir eventos adversos, promover cultura de seguridad, reporte y análisis de incidentes.

	Política de Humanización en Salud (2020–2023)	Establece dimensiones de trato digno, comunicación efectiva, acompañamiento y humanización del entorno hospitalario.
	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2020–2025	Define componentes de seguridad, experiencia del usuario, humanización y auditoría para la mejora continua.
6. Normas técnicas y operativas	Resolución 3100 de 2019 (estándares de habilitación) – vigente y actualizada	Exige condiciones de calidad, talento humano, infraestructura y seguridad del paciente para habilitar servicios como UCI.
	Resolución 256 de 2016 (Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC)	Obliga a IPS a implementar auditorías internas, identificar brechas y mejorar procesos de atención.
7. Directrices internacionales (aplicación orientadora)	Plan Global de Seguridad del Paciente 2021–2030 (OMS)	Marco internacional para cultura de seguridad, comunicación, reducción de riesgos y participación del paciente.
	Recomendaciones OPS (2022–2024) sobre humanización	Lineamientos sobre trato digno, empatía, comunicación y entornos de cuidado centrados en la persona.

Nota. Esta tabla resume la normatividad más importante.

Metodología

La estrategia de investigación que se utiliza en este trabajo se basa en un enfoque tanto cuantitativo como cualitativo de tipo descriptivo, lo cual es adecuado para analizar las prácticas de humanización y la seguridad del paciente en el área de urgencias del Hospital San Juan de Dios en Pamplona. Esta metodología facilita la descripción de la realidad, la detección de fallas y la orientación hacia el desarrollo de estrategias de mejora. Al respecto (Hernández et al., 2014) mencionan al respecto lo siguiente:

De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis. (p.5)

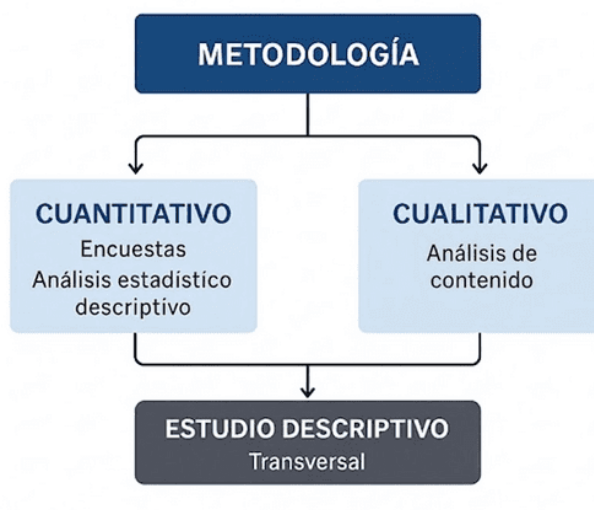
Por tanto, desde el punto de vista cuantitativo, se realizará una encuesta estructurada dirigida a pacientes, donde se les preguntará como perciben la atención y el trato del servicio de urgencias y también cómo lo perciben los familiares. Lo anterior, será medido a través de escalas de frecuencia, variables relacionadas con el trato respetuoso, la comunicación, el acompañamiento, la identificación de los pacientes, la administración de medicamentos y el cumplimiento de los protocolos de seguridad. Este instrumento incluirá el consentimiento para el manejo de datos conforme a la Ley 1581 de 2012, además de preguntas específicas que midan la experiencia de atención y las prácticas clínicas. El análisis de tipo cuantitativo permitirá identificar tendencias, porcentajes y patrones que ilustran la percepción general sobre la humanización y la seguridad en la atención médica.

Por otro lado, el desarrollo del ámbito cualitativo se desarrollará por medio del análisis de contenido, de este modo el estudio del diseño descriptivo, nos ayudará a una mejor comprensión de los resultados, dado que su objetivo es observar y delinear las condiciones actuales sin alterar

directamente los procesos de atención. Además, su alcance es transversal, ya que la recopilación de datos se efectuará en un solo momento, lo que permitirá obtener una imagen diagnóstica de la situación en el servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios.

Figura 4

Metodología Cuantitativa y Cualitativa



Nota. Esta figura muestra de forma clara la metodología mixta.

Diseño de Investigación

Estudio descriptivo y analítico ya que permite una descripción detallada de un fenómeno además del análisis respectivo de las causas y posibles relaciones, considerando así, el eje de la humanización.

Población y Muestra

La población de estudio está constituida por los pacientes que ingresan al servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Debido a la naturaleza del servicio asistencial, se reconoce una población dinámica y fluctuante, cuyo volumen diario está sujeto a la demanda, la disponibilidad de camas y camillas en el área de observación, y los picos de afluencia hospitalaria.

Para la selección de los participantes, se aplicará un muestreo no probabilístico por conveniencia o intencional. Según (Hernández et al., 2014) este tipo de muestreo se caracteriza porque la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador, seleccionando los casos que están disponibles y accesibles en un momento determinado.

Tipo de Muestreo

Se empleará un muestreo no probabilístico, justificado por la operatividad y la dinámica asistencial del servicio de urgencias, el cual dispone de una capacidad instalada de 24 camas en el área de observación. Para la conformación de la muestra, se aplicará un procedimiento de selección basado en los siguientes componentes:

Criterios de Elegibilidad

La selección estará sujeta al cumplimiento de criterios de inclusión, que contemplan a pacientes adultos (≥ 18 años) con una estancia mínima de 24 horas en el servicio y capacidad cognitiva para responder; en pacientes críticos, se integrará al cuidador principal. Por otro lado, los criterios de exclusión consideran el rechazo voluntario del consentimiento, el deterioro clínico agudo sin acompañante disponible y los traslados o altas antes de cumplirse el periodo de observación requerido.

Procedimiento y Temporalidad

La recolección de información se llevará a cabo durante un periodo de una semana (5 días hábiles), mediante la aplicación consecutiva de una encuesta estructurada a razón de 10 pacientes por día.

Tamaño de la Muestra

El proceso de captación se mantendrá activo hasta alcanzar un tamaño mínimo de 50 participantes, garantizando una base de datos suficiente para el desarrollo del análisis de resultados

Técnicas de Recolección

Revisión Documental

De acuerdo con (Hernández et al., 2014) se refiere a aquella técnica de recolección de información que consiste en la búsqueda, selección, análisis e interpretación de datos obtenidos de fuentes secundarias.

Encuestas Estructuradas

Esta técnica será de gran utilidad para medir percepciones y niveles de satisfacción. Entendiendo que, es una técnica de obtención de datos que se aplica a una muestra de personas mediante un cuestionario estructurado, con preguntas cerradas, abiertas o mixtas. (Hernández et al., 2014)

Análisis de Datos

Estadística descriptiva para datos cuantitativos y análisis de contenido para datos cualitativos, utilizando triangulación para validar resultados.

Criterios éticos

Consentimiento informado, confidencialidad de datos y aprobación por un comité de ética institucional.

Tabla 3

Cronograma

Actividad	Fecha de inicio	Fecha de Fin	Responsable
Revisión bibliográfica	1 de febrero 2026	9 de febrero 2026	Equipo investigador

Diseño y validación de instrumentos	10 de febrero 2026	15 de febrero 2026	Equipo investigador
Recolección de datos	16 de febrero 2026	20 de febrero 2026	Equipo investigador
Análisis de información	21 de febrero 2026	14 de marzo 2026	Equipo investigador
Diseño de estrategias y redacción del informe	15 de marzo 2026	31 de marzo 2026	Equipo investigador
Socialización y entrega final	_____ 2026	_____ 2026	Equipo investigador

Nota. Esta tabla organiza el cronograma del proyecto de forma ordenada.

Tabla 4

Presupuesto Estimado

Rubro	Descripción	Costo estimado
Materiales impresos	Encuestas, formularios, carpetas	\$200.000
Transporte	Desplazamiento del equipo a la institución	\$300.000
Software	Licencia temporal de análisis estadístico	\$150.000
Papelería y útiles	Lápices, hojas, marcadores	\$100.000
Otros gastos	Refrigerios para participantes de encuestas	\$150.000
Total		\$900.000

Nota. Esta tabla muestra de manera clara el presupuesto estimado del proyecto.

Resultados

Resultados por Ítem

Pregunta 1. En el servicio de urgencias, el personal de salud me trato con amabilidad y respeto.

Tabla 5

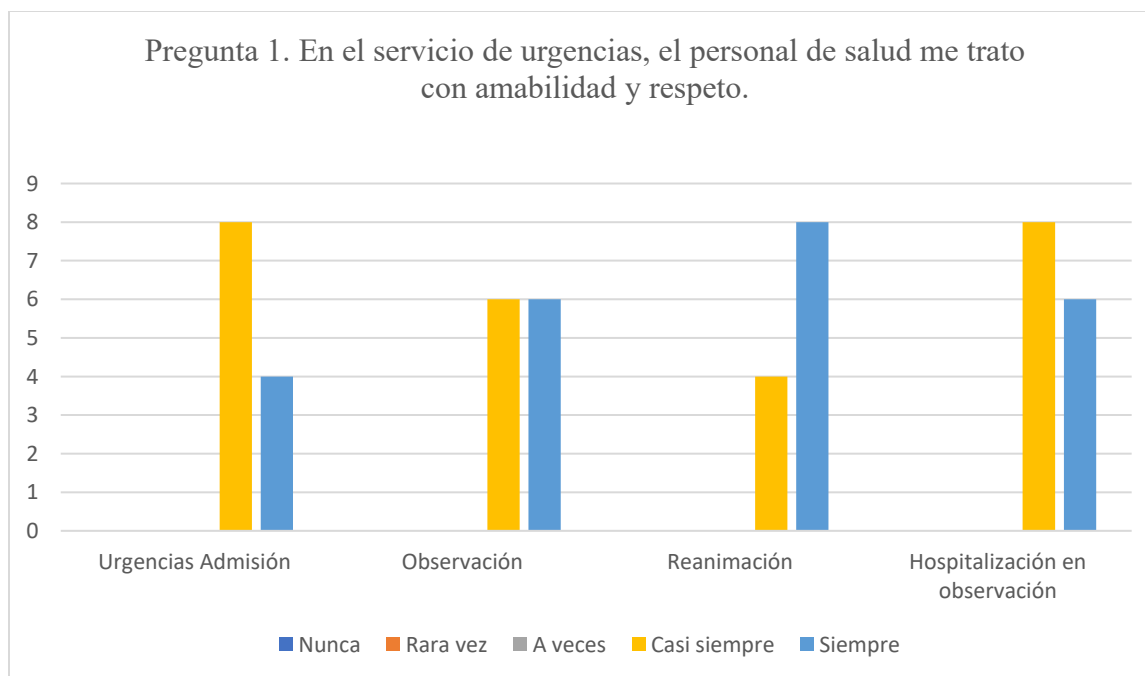
Percepción de Amabilidad y Respeto por Áreas del Servicio

AREAS APLICADAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
URGENCIAS	0	0	0	8	4
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	0	6	6
REANIMACION	0	0	0	4	8
HOSPITALIZADOS	0	0	0	8	6
EN OBSERVACION					

Nota. Muestra una valoración muy positiva de la amabilidad y el respeto en todas las áreas.

Figura 5

Consolidado de Amabilidad y Respeto en Urgencias.



Nota. La figura muestra que en urgencias todas las áreas fueron valoradas de forma positiva.

Predomina una percepción positiva en todas las áreas, sin registros de insatisfacción.

Reanimación alcanza el nivel máximo de excelencia ("Siempre"), demostrando un alto estándar humano bajo presión crítica. En Admisión y Observación, el predominio de "Casi siempre" señala una oportunidad de mejora para estandarizar la calidez total en procesos administrativos y de larga estancia.

Pregunta 2. Sentí comprensión y empatía por parte de los profesionales frente a mi situación de salud.

Tabla 6

Nivel de Empatía Percibida por el Paciente según el Área de Atención.

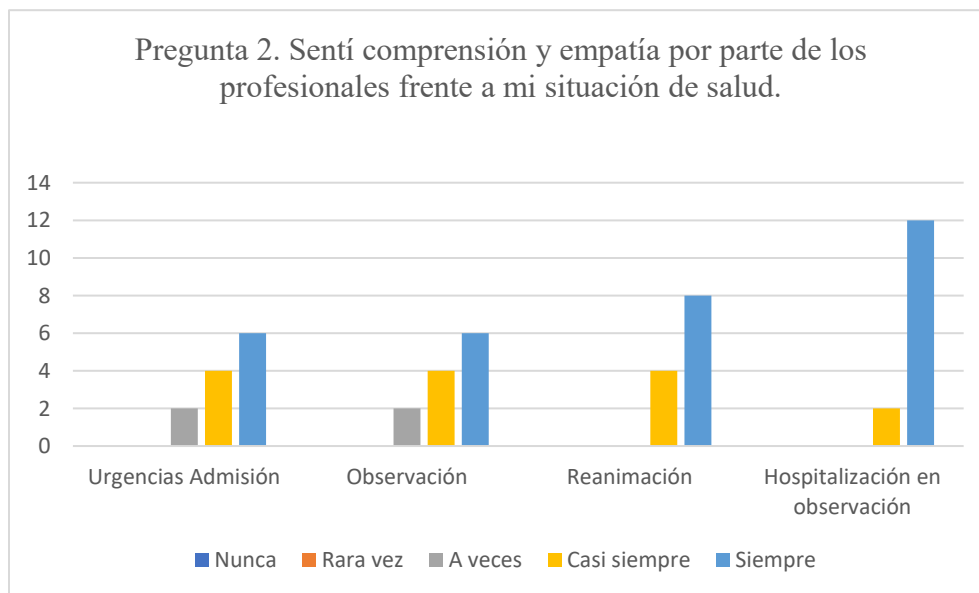
AREAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
APLICADAS					siempre

URGENCIAS	0	0	2	4	6
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	2	4	6
REANIMACION	0	0	0	4	8
HOSPITALIZADOS	0	0	0	2	12
EN					
OBSERVACION					

Nota. La tabla muestra de forma general que la empatía del personal fue bien valorada en las distintas áreas.

Figura 6

Nivel de Empatía Percibida por el Paciente según el Área de Atención



Nota. La figura muestra que la empatía fue percibida de manera positiva en las distintas áreas de atención.

Se observa una alta sensibilidad clínica, especialmente en Hospitalizados en Observación, donde la continuidad del cuidado fortalece el vínculo empático. Reanimación mantiene su estándar de excelencia, logrando calidez incluso en situaciones críticas.

Pregunta 3. El personal escuchó mis inquietudes y respondió mis preguntas de manera respetuosa.

Tabla 7

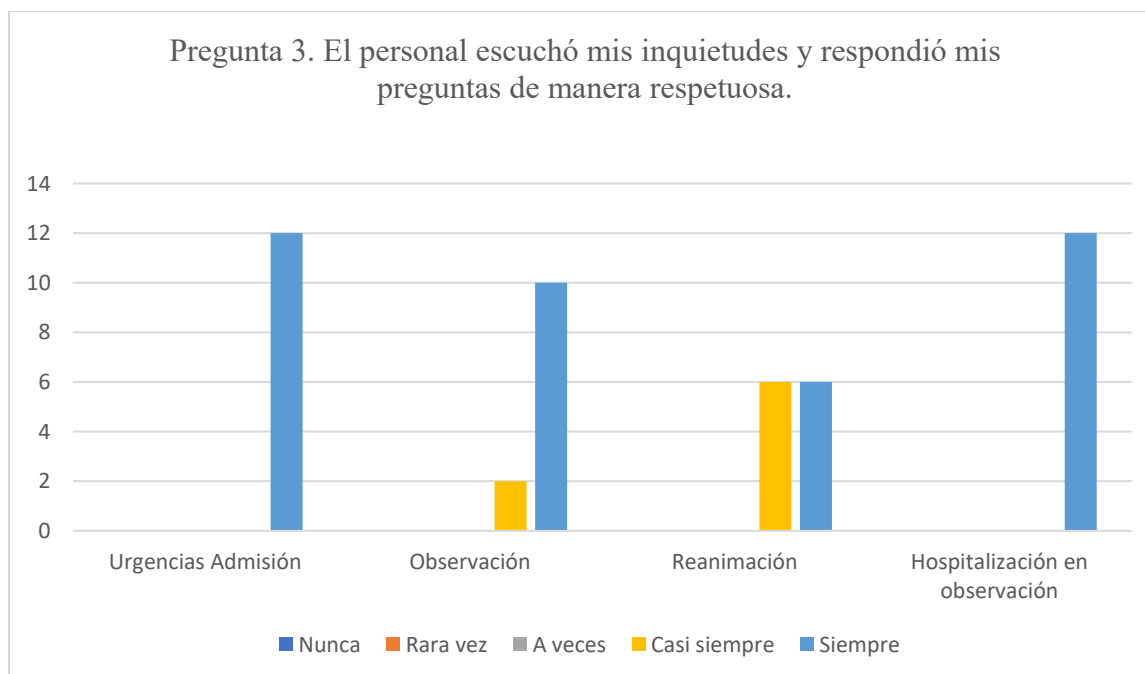
Nivel de Satisfacción Respecto a la Escucha y Respuesta del Personal.

AREAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
URGENCIAS	0	0	0	0	12
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	0	2	10
REANIMACION	0	0	0	6	6
HOSPITALIZADOS	0	0	0	0	14
EN					
OBSERVACION					

Nota. La tabla muestra que la satisfacción frente a la escucha y respuesta del personal fue muy alta en todas las áreas.

Figura 7

Nivel de Satisfacción Respecto a la Escucha y Respuesta del Personal.



Nota. La figura muestra que la percepción sobre la escucha y la respuesta respetuosa del personal fue muy positiva en casi todas las áreas.

Se evidencia un desempeño excelente en Admisión y Hospitalizados en Observación 100% de satisfacción, consolidando la confianza del usuario. En contraparte, en Reanimación y Observación, el nivel Casi siempre revela que la intensidad de la emergencia puede limitar la profundidad comunicativa.

Pregunta 4. Durante mi atención en urgencias, se respetó mi privacidad y dignidad.

Tabla 8

Percepción sobre el Respeto a la Intimidación y Dignidad por Servicio Asistencial.

AREAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
APLICADAS				siempre	
URGENCIAS	0	0	0	0	12
ADMISION					

OBSERVACION	0	0	0	0	12
REANIMACION	0	0	0	0	12
HOSPITALIZADOS	0	0	0	0	14

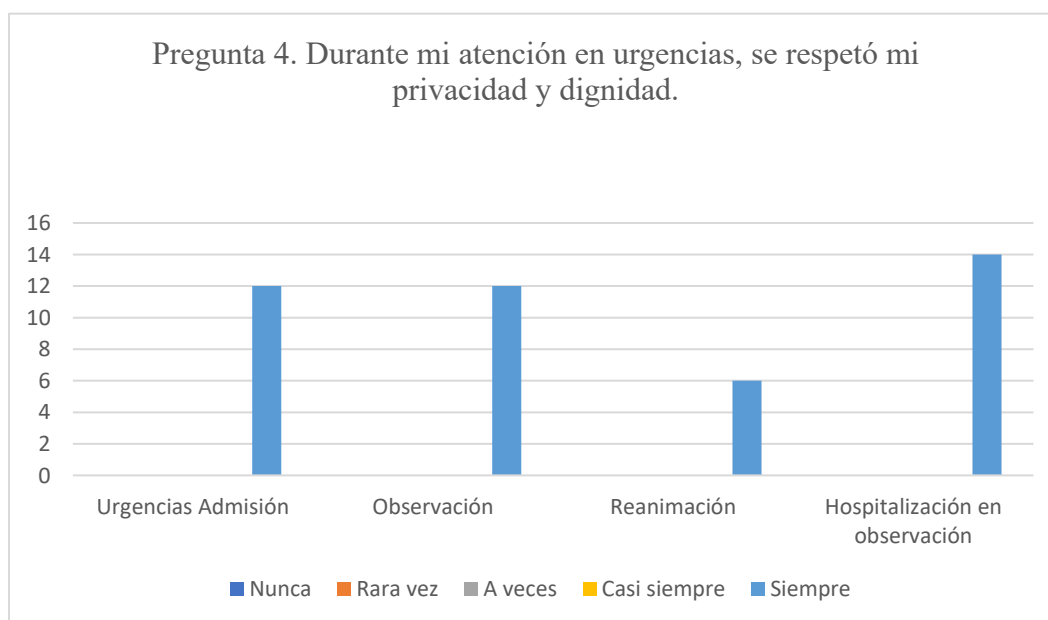
EN

OBSERVACION

Nota. La tabla muestra que en todas las áreas la percepción del respeto a la intimidad y la dignidad fue muy buena.

Figura 8

Percepción sobre el Respeto a la Intimidad y Dignidad por Servicio Asistencial.



Nota. La figura muestra que en general los pacientes sintieron que sí se respetó su privacidad y su dignidad en las diferentes áreas.

Se registra un cumplimiento absoluto 100% "Siempre" en todas las áreas del servicio.

Estos resultados demuestran que el personal ha interiorizado protocolos que protegen el pudor y la integridad del paciente, incluso en escenarios de alta criticidad.

Pregunta 5. Sentí que el equipo de salud se interesó por mi bienestar emocional, a pesar de la situación de urgencia.

Tabla 9

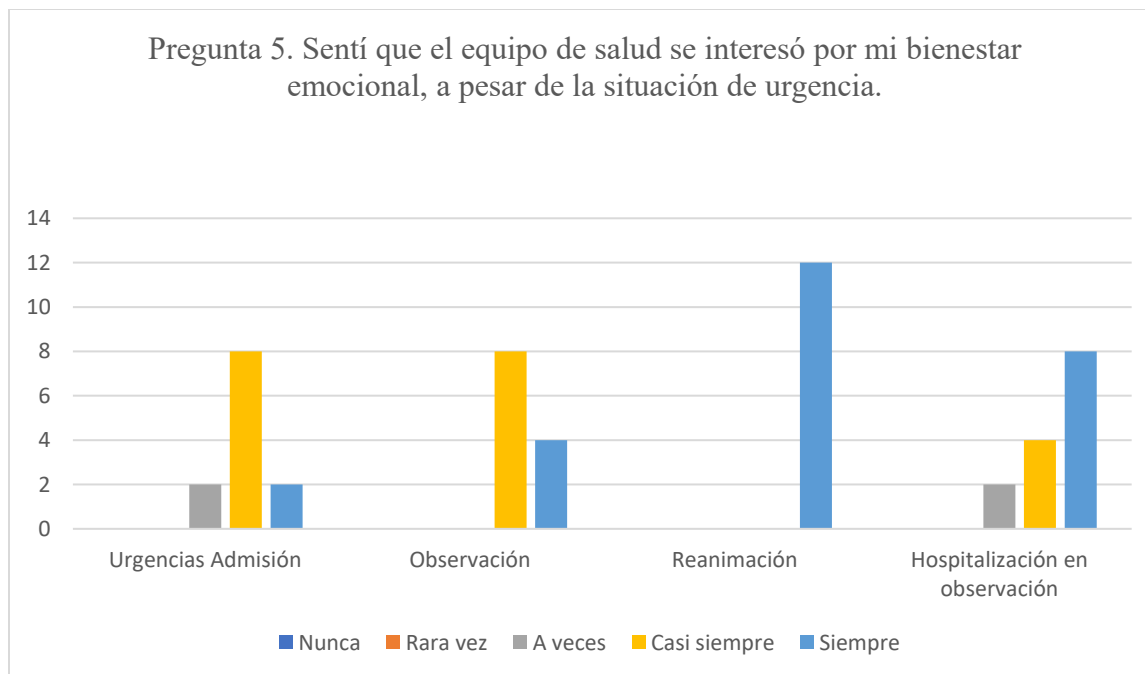
Percepción sobre el Interés del Equipo de Salud por el Estado Emocional.

AREAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
APLICADAS					
URGENCIAS	0	0	2	8	2
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	0	8	4
REANIMACION	0	0	0	0	12
HOSPITALIZADOS	0	0	2	4	8
EN					
OBSERVACION					

Nota. La tabla muestra que en general el equipo de salud sí mostró interés por el estado emocional de los pacientes

Figura 9

Percepción sobre el Interés del Equipo de Salud por el Estado Emocional.



Nota. La figura muestra que en general los pacientes sintieron apoyo emocional por parte del equipo de salud

Se destaca un desempeño excepcional en Reanimación, donde el 100% de los usuarios percibió un interés constante por su estado emocional, logrando contención humanizada incluso en crisis vitales. No obstante, en Admisión y Hospitalizados en Observación, la aparición de valoraciones como A veces sugiere que la carga administrativa y la rutina asistencial pueden mecanizar la atención.

Pregunta 6. El ambiente del servicio de urgencias (limpieza, orden y condiciones generales) fue adecuado para mi atención.

Tabla 10

Percepción de los Usuarios sobre las Condiciones Ambientales en Urgencias.

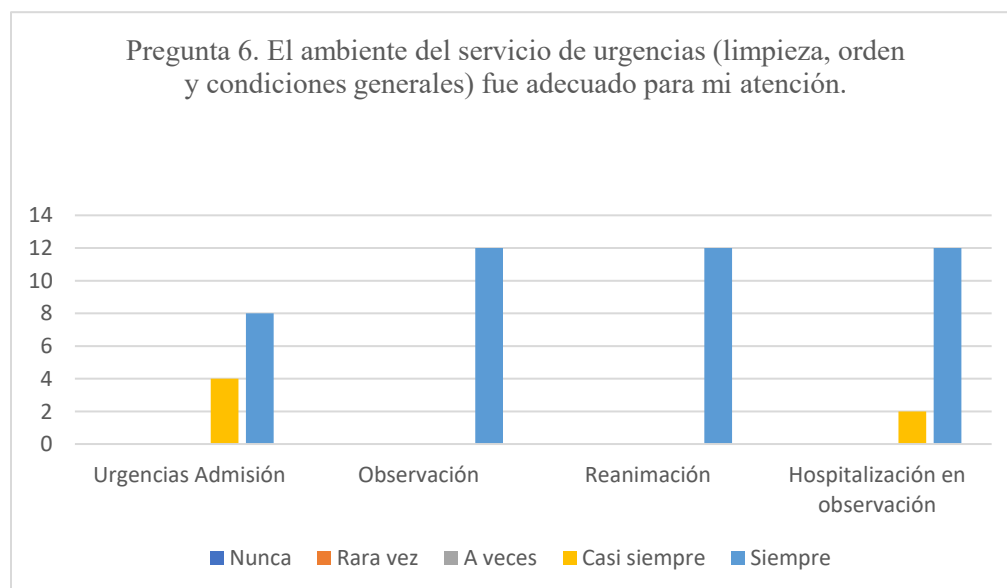
AREAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
APLICADAS				siempre	

URGENCIAS	0	0	0	4	8
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	0	0	12
REANIMACION	0	0	0	0	12
HOSPITALIZADOS	0	0	0	2	12
EN					
OBSERVACION					

Nota. La tabla muestra que las condiciones ambientales en urgencias fueron bien valoradas por los usuarios

Figura 10

Percepción de los Usuarios sobre las Condiciones Ambientales en Urgencias.



Nota. La figura muestra que en general los usuarios percibieron un ambiente adecuado en urgencias

Se registra una excelencia absoluta 100% "Siempre en Observación y Reanimación, reflejando una gestión eficiente en higiene y mantenimiento en las zonas críticas. Sin embargo,

en Admisión y Hospitalizados en Observación, la aparición del nivel Casi siempre indica que el alto flujo de personas y las estancias prolongadas pueden afectar puntualmente la percepción de orden.

Comunicación y Participación Paciente y Personal Área de Urgencias

Pregunta 7. El personal se comunicó conmigo utilizando un lenguaje claro y fácil de entender.

Tabla 11

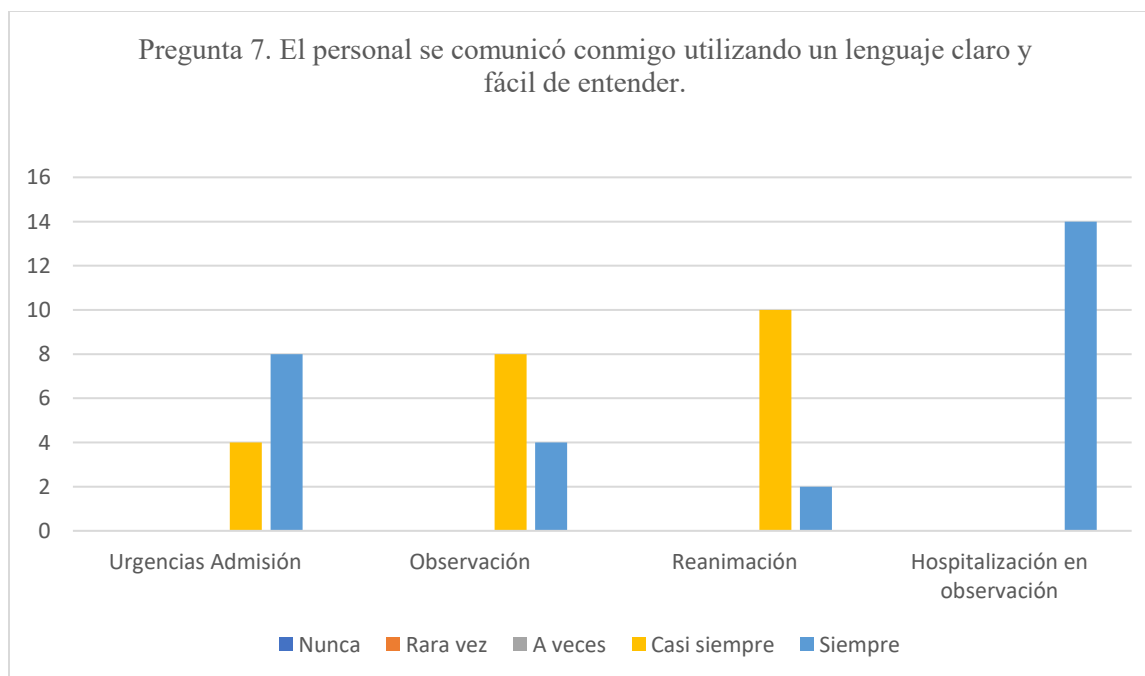
Distribución de la Percepción sobre la Facilidad de Entendimiento en la Comunicación.

AREAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
APLICADAS					
URGENCIAS	0	0	0	4	8
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	0	8	4
REANIMACION	0	0	0	10	2
HOSPITALIZADOS	0	0	0	0	14
EN					
OBSERVACION					

Nota. La tabla muestra que en general la comunicación fue fácil de entender para los pacientes

Figura 11

Distribución de la Percepción sobre la Facilidad de Entendimiento en la Comunicación



Nota. La figura muestra que en general los pacientes entendieron bien la comunicación del personal

El desempeño es sobresaliente en Hospitalizados en Observación con un 100% de satisfacción, lo que facilita la adherencia al tratamiento. En Reanimación y Observación predomina el nivel Casi siempre, indicando que la rapidez de las intervenciones y el lenguaje técnico pueden dificultar la comprensión.

Pregunta 8. Me informaron oportunamente sobre los tiempos de espera y el proceso de atención en urgencias.

Tabla 12

Valoración de la Comunicación sobre el Flujo de Atención en Urgencias.

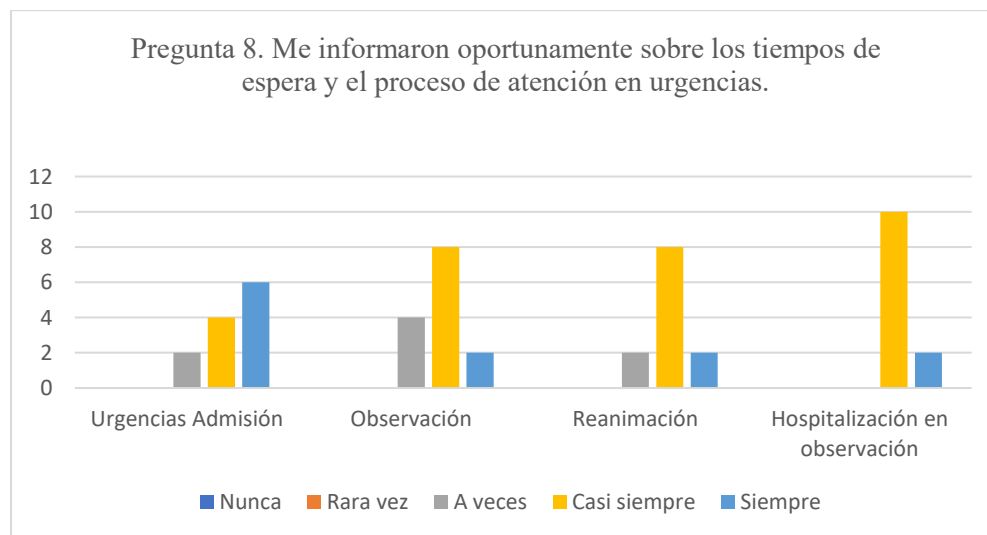
AREAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
APLICADAS					siempre

URGENCIAS	0	0	2	4	6
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	4	8	2
REANIMACION	0	0	2	8	2
HOSPITALIZADOS	0	0	0	10	2
EN					
OBSERVACION					

Nota. La tabla muestra que en general la comunicación sobre el flujo de atención en urgencias fue bien valorada

Figura 12

Valoración de la Comunicación sobre el Flujo de Atención en Urgencias.



Nota. La figura muestra que en general los pacientes sí recibieron información oportuna sobre los tiempos de espera y el proceso de atención en urgencias

Predomina el nivel Casi siempre en todas las áreas, lo que indica esfuerzos constantes por informar, aunque sin alcanzar la excelencia absoluta. En Admisión, Observación y Reanimación

persisten valoraciones de A veces, señalando una brecha en la comunicación inmediata debido a la carga operativa.

Pregunta 9. Sentí que mi opinión y mis necesidades fueron tenidas en cuenta durante la atención recibida en urgencias.

Tabla 13

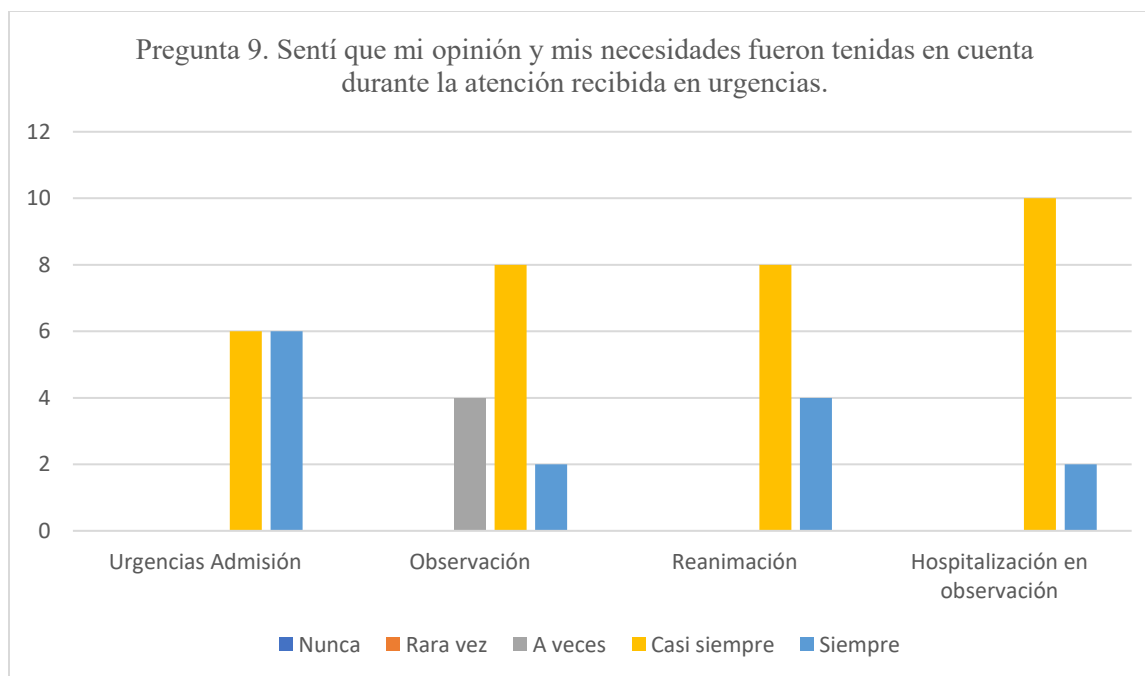
Percepción sobre la Toma en Cuenta de Opiniones y Necesidades Personales.

AREAS APLICADAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
URGENCIAS	0	0	0	6	6
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	4	8	2
REANIMACION	0	0	0	8	4
HOSPITALIZADOS	0	0	0	10	2
EN OBSERVACION					

Nota. La tabla muestra que en general los pacientes sintieron que sus opiniones y necesidades personales sí fueron tenidas en cuenta

Figura 13

Percepción sobre la Toma en Cuenta de Opiniones y Necesidades Personales.



Nota. La figura muestra que en general los pacientes sintieron que sus opiniones y necesidades sí fueron tomadas en cuenta durante la atención.

Los resultados muestran un equilibrio positivo en Admisión, sugiriendo que desde el ingreso se integran las expectativas del usuario. Sin embargo, en Observación y Hospitalizados en Observación la percepción de participación disminuye, registrándose valoraciones de A veces y un predominio de Casi siempre. Esto indica una tendencia a la comunicación unidireccional en las decisiones médicas, limitando la autonomía del paciente

Seguridad del Paciente Área de Urgencias

Pregunta 10. Antes de realizar procedimientos o administrarme medicamentos, el personal verificó mi identidad.

Tabla 14

Nivel de Cumplimiento de los Protocolos de Identificación del Paciente.

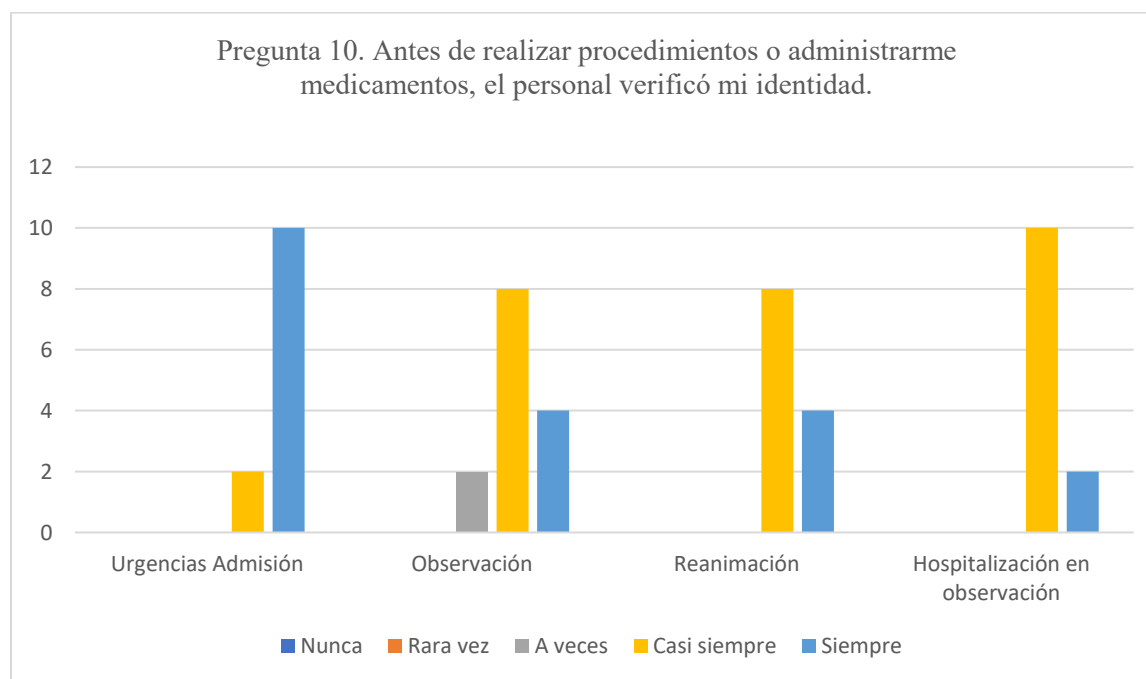
AREAS APLICADAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
-----------------	-------	----------	---------	--------------	---------

URGENCIAS	0	0	0	2	10
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	2	8	4
REANIMACION	0	0	0	8	4
HOSPITALIZADOS EN OBSERVACION	0	0	0	10	2

Nota. La tabla muestra que en general el cumplimiento de los protocolos de identificación del paciente fue alto

Figura 14

Nivel de Cumplimiento de los Protocolos de Identificación del Paciente.



Nota. La figura muestra que en general el personal sí verificó la identidad de los pacientes antes de los procedimientos o medicamentos

Los protocolos de identificación están consolidados en Admisión, donde predomina la calificación Siempre. Sin embargo, en Observación, Reanimación y Hospitalizados en

Observación prevalece el nivel Casi siempre, sugiriendo un exceso de confianza por familiaridad con el paciente en estancias prolongadas.

Pregunta 11. Observé que el personal cumplió con las normas de higiene y bioseguridad durante mi atención.

Tabla 15

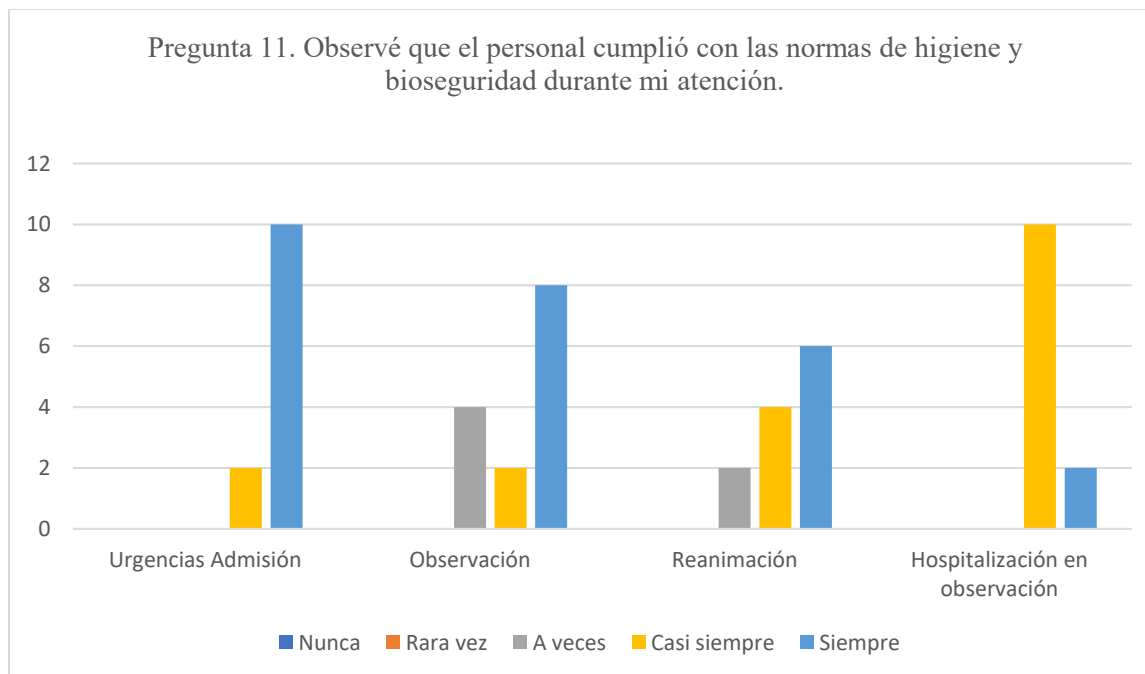
Percepción del Usuario sobre el Cumplimiento de Protocolos de Bioseguridad por Área.

AREAS APLICADAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
URGENCIAS	0	0	0	2	10
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	4	2	8
REANIMACION	0	0	2	4	6
HOSPITALIZADOS	0	0	0	10	2
EN OBSERVACION					

Nota. La tabla muestra que en general el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad fue bien percibido por los usuarios.

Figura 15

Percepción del Usuario sobre el Cumplimiento de Protocolos de Bioseguridad por Área.



Nota. La figura muestra que en general los usuarios percibieron un buen cumplimiento de las normas de higiene y bioseguridad

En Admisión se percibe una alta adherencia, generando seguridad desde el primer contacto. Sin embargo, en Observación y Reanimación aparecen valoraciones de A veces, indicando que el cumplimiento de medidas como el lavado de manos no siempre es evidente para el usuario. En Hospitalizados en Observación predomina el nivel Casi siempre, señalando una menor visibilidad del protocolo en estancias largas.

Pregunta 12. Me explicaron las medidas de seguridad que se aplicaron para evitar riesgos o errores en mi atención

Tabla 16

Percepción sobre la Explicación de Medidas de Seguridad Aplicadas.

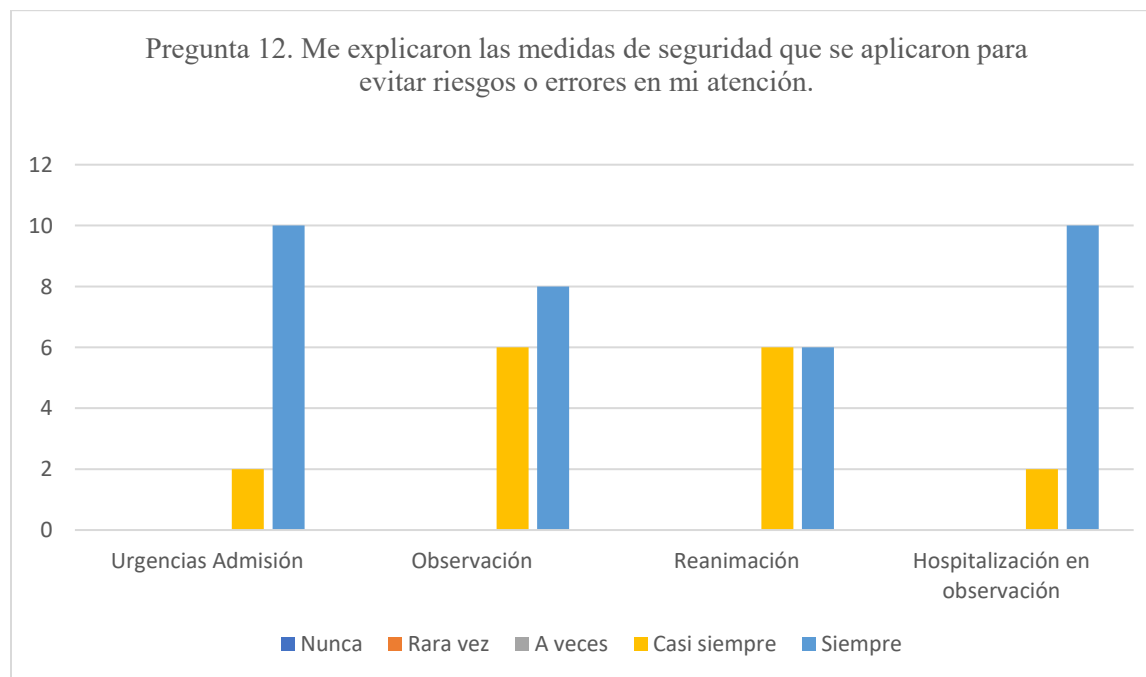
AREAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
APLICADAS					siempre

URGENCIAS	0	0	0	2	10
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	0	6	8
REANIMACION	0	0	0	6	6
HOSPITALIZADOS	0	0	0	2	10
EN					
OBSERVACION					

Nota. La tabla muestra que en general los usuarios sí recibieron explicación sobre las medidas de seguridad aplicadas

Figura 16

Percepción sobre la Explicación de Medidas de Seguridad Aplicadas.



Nota. La figura muestra que en general los pacientes sí sintieron que les explicaron las medidas de seguridad para evitar riesgos en su atención.

Se observa un cumplimiento notable en Admisión y Hospitalizados en Observación, donde predomina la categoría Siempre, logrando que el usuario sea un aliado de su propia seguridad. En Observación y Reanimación existe una distribución entre Siempre y Casi siempre, sugiriendo que la urgencia clínica puede desplazar ocasionalmente la explicación pedagógica. No obstante, la ausencia de valoraciones negativas confirma que la información sobre riesgos es una práctica estandarizada.

Pregunta 13. Percibí que el equipo de salud trabajó de manera organizada y coordinada durante mi atención en urgencias

Tabla 17

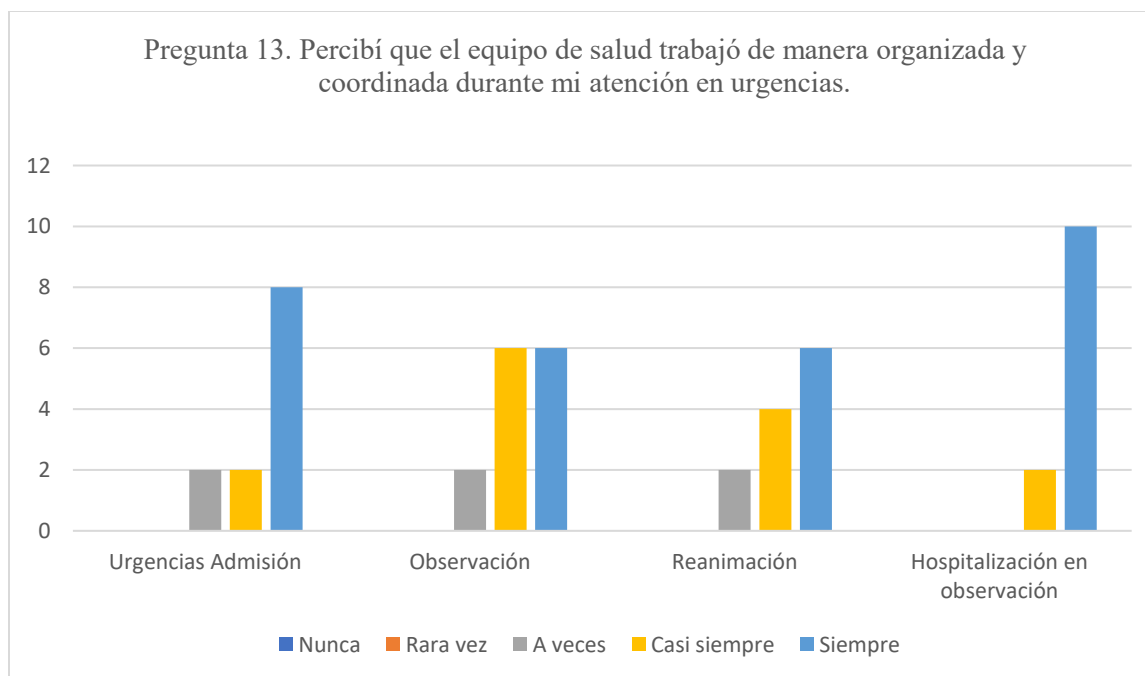
Percepción del Usuario sobre la Organización y Coordinación del Trabajo en Equipo.

AREAS APLICADAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
URGENCIAS	0	0	2	2	8
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	2	6	6
REANIMACION	0	0	2	4	6
HOSPITALIZADOS	0	0	0	2	10
EN OBSERVACION					

Nota. La tabla muestra que en general los usuarios percibieron una buena organización y coordinación del trabajo en equipo

Figura 17

Percepción del Usuario sobre la Organización y Coordinación del Trabajo en Equipo.



Nota. La figura muestra que en general los usuarios percibieron que el equipo de salud trabajó de forma organizada y coordinada.

Se registra un desempeño sobresaliente en Hospitalizados en Observación, donde los procesos y funciones están claramente establecidos. En Admisión, Observación y Reanimación, la alta rotación y tareas simultáneas generan momentos de aparente desarticulación. Aunque el personal proyecta una imagen colaborativa bajo presión, es necesario fortalecer la comunicación interprofesional en tiempo real para estandarizar la percepción de orden en todas las etapas del servicio.

Pregunta 14. En general, me sentí seguro(a) y satisfecho(a) con la atención recibida en el servicio de urgencias

Tabla 18

Consolidado General de Seguridad y Satisfacción del Usuario en el Servicio de Urgencias.

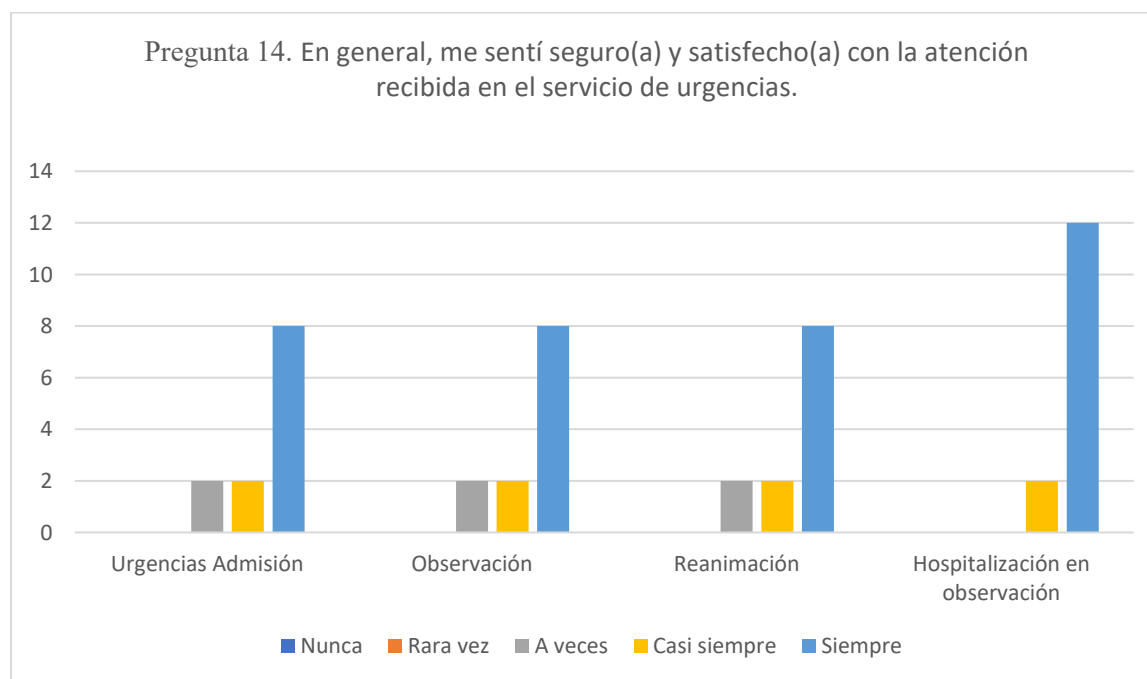
AREAS APLICADAS	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
-----------------	-------	----------	---------	--------------	---------

URGENCIAS	0	0	2	2	8
ADMISION					
OBSERVACION	0	0	2	2	8
REANIMACION	0	0	2	2	8
HOSPITALIZADOS EN OBSERVACION	0	0	0	2	12

Nota. La tabla muestra que en general la seguridad y la satisfacción del usuario en urgencias fue alta.

Figura 18

Consolidado General de Seguridad y Satisfacción del Usuario en el Servicio de Urgencias.



Nota. La figura muestra que en general los usuarios se sintieron seguros y satisfechos con la atención en urgencias

Se evidencia un éxito institucional, especialmente en Hospitalizados en Observación con un 100% de satisfacción total. Aunque en Admisión, Observación y Reanimación predomina la

excelencia, aparecen valoraciones de A veces vinculadas a momentos de mayor incertidumbre o rapidez asistencial. La ausencia de respuestas negativas valida la efectividad de los modelos de atención actuales.

Análisis de Resultados

En primera instancia, el análisis cualitativo permite identificar que la humanización en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona trasciende la mera cortesía, instaurándose como un pilar ético que fundamenta la práctica clínica diaria. Se observa que el personal asistencial ha logrado integrar la amabilidad y el respeto como barreras protectoras ante la vulnerabilidad inherente del paciente que ingresa por urgencias. Los datos respaldan esta premisa, especialmente en el área de Reanimación, donde a pesar de la criticidad, se alcanza la excelencia absoluta en el trato. Esta dinámica no solo mejora la experiencia del usuario, sino que actúa como un facilitador de la confianza, elemento sine qua non para que el proceso diagnóstico fluya sin resistencias psicológicas. La ausencia total de calificaciones negativas en este ítem subraya que la institución ha logrado blindar la dignidad del paciente frente al estrés asistencial. Por lo tanto, la descripción detallada de este fenómeno revela una cultura organizacional orientada al valor de la persona, logrando mitigar el impacto negativo que genera la hospitalización.

No obstante, al analizar las causas de las variaciones en la percepción de empatía, se identifica que la alta carga operativa en áreas de flujo rápido actúa como una barrera estructural crítica. La presión asistencial en puntos como Admisión y Triage genera, en ocasiones, una interacción mecanizada donde el interés por el bienestar emocional queda supeditado a la agilidad del trámite administrativo. Esto se evidencia en las valoraciones de "A veces" recogidas en los momentos de primer contacto, sugiriendo que la prioridad técnica por la clasificación del riesgo Triage puede desdibujar la calidez esperada. De igual forma, en la estancia prolongada de Hospitalización en Observación, aunque la empatía es alta, la rutina asistencial puede llevar a una atención percibida como procedimental. Esta relación de causalidad sugiere que el personal, aunque posee la competencia técnica, se ve limitado por factores de tiempo que fragmentan la

conexión humana necesaria. En consecuencia, es imperativo reconocer que la humanización requiere no solo voluntad individual, sino un diseño de procesos que permita espacios de escucha activa incluso en contextos de alta demanda.

En cuanto a la dimensión de la comunicación, el estudio cualitativo evidencia que la claridad en el lenguaje es una herramienta de empoderamiento para el paciente y su red de apoyo. La identificación de tecnicismos médicos como una barrera lingüística en áreas críticas como Reanimación pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias de traducción pedagógica. Mientras que en Hospitalizados en Observación la comunicación fluye con total claridad gracias a la continuidad del cuidado, en las áreas de urgencia inmediata la rapidez de las intervenciones dificulta que el paciente comprenda plenamente su cuadro clínico. Al simplificar los conceptos, no solo se reduce la ansiedad, sino que se fomenta que el paciente no sea un sujeto pasivo, sino un actor informado de su propia recuperación. Por consiguiente, la relación entre comunicación asertiva y seguridad del paciente es directa; una comprensión plena del proceso asistencial fortalece la adherencia terapéutica y consolida la transparencia institucional.

Por otro lado, la gestión de los tiempos de espera emerge como uno de los fenómenos descriptivos más complejos debido a su naturaleza subjetiva y su impacto en la satisfacción global. El análisis cualitativo indica que la causa principal de insatisfacción no es el tiempo de espera per se, sino la ausencia de información oportuna sobre el estado del proceso. Los resultados muestran una oportunidad de mejora crítica en Admisión y Observación, donde persisten dudas sobre los tiempos para exámenes o interconsultas. El vacío informativo incrementa la percepción de abandono y falta de control, lo que eleva el estrés del usuario. Es aquí donde la coordinación del equipo de salud debe hacerse visible, transformando la espera en

un tiempo gestionado mediante actualizaciones constantes que validen la importancia del paciente y reduzcan la incertidumbre mediante una comunicación proactiva y señalética clara.

Respecto al eje de seguridad, el cumplimiento de los protocolos de identificación y bioseguridad se describe como un comportamiento sólido pero sensible al factor de confianza. Se ha identificado que la habituación o el conocimiento previo del paciente en estancias prolongadas puede relajar la verificación activa de identidad, convirtiéndose en una barrera de seguridad silenciosa. Analíticamente, se observa que en Admisión el protocolo es riguroso, pero en áreas como Hospitalización en Observación la verificación (preguntar nombre o revisar manilla) tiende a omitirse por familiaridad. Lo mismo ocurre con la bioseguridad; aunque los estándares son aceptables, la visibilidad de prácticas como el lavado de manos frente al paciente disminuye en áreas de mayor complejidad. Fortalecer la cultura de "verificación siempre" es vital para garantizar que el error humano sea contenido por barreras sistémicas innegociables, promoviendo una cultura donde la seguridad no dependa del tiempo de permanencia del usuario.

Asimismo, el entorno físico y la infraestructura del servicio de urgencias actúan como determinantes cualitativos que influyen en la percepción de dignidad y cuidado. Un ambiente caracterizado por la limpieza y el orden no solo cumple una función sanitaria de bioseguridad, sino que proyecta una imagen de rigor profesional que tranquiliza al paciente. La excelencia absoluta observada en Reanimación y Observación en cuanto a limpieza demuestra una gestión eficiente de los servicios de apoyo. Sin embargo, en Admisión y áreas de flujo constante, el alto volumen de acompañantes genera retos puntuales para mantener el orden. Por ello, el mantenimiento de estas condiciones es una estrategia de humanización tangible que comunica el compromiso de la institución con la excelencia y el respeto por la privacidad, la cual fue calificada con un cumplimiento del 100% en todas las dependencias.

En términos de participación, el estudio descriptivo revela que la inclusión del paciente en la toma de decisiones presenta áreas de oportunidad en servicios de monitoreo. Las causas de esta limitada participación suelen asociarse a modelos asistenciales verticalizados donde el profesional asume el control total de la ruta clínica. Cualitativamente, se observa que a medida que el proceso diagnóstico avanza en Observación, la percepción de que la opinión del paciente cuenta tiende a disminuir, favoreciendo una comunicación unidireccional. Romper con esta barrera implica transitar hacia un modelo de cuidado centrado en la persona, donde las necesidades particulares del individuo sean escuchadas y validadas. Lograr que la opinión del usuario sea una constante permitirá elevar los estándares de satisfacción y cumplimiento ético del servicio.

Finalmente, la integración de todos estos hallazgos permite evidenciar que la seguridad del paciente y la humanización son dos factores de gran importancia dentro de la gestión hospitalaria. Este análisis demuestra que una atención segura carece de sentido si no es humana, y una atención amable no es efectiva si no garantiza la integridad física del usuario. La percepción global de éxito se refleja en la satisfacción absoluta de los pacientes en Hospitalización en Observación, aunque persisten retos de coordinación en las zonas de mayor rotación. El Hospital San Juan de Dios de Pamplona presenta una base sólida de confianza, pero debe enfocarse en derribar las barreras de comunicación y estandarizar protocolos de seguridad. Lograr esta sinergia permitirá que la institución se posicione como un referente de calidez y rigor técnico, garantizando una atención humana y sin fisuras desde el ingreso hasta el egreso.

Propuesta de estrategias aplicables y sostenibles en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona

Implementación del Protocolo -Pausa de Seguridad y Conexión Humana- en Áreas Críticas

Esta estrategia surge como respuesta a la brecha identificada en la verificación de identidad en áreas de estancia prolongada. Consiste en establecer una pausa obligatoria de 30 segundos antes de cualquier procedimiento invasivo o administración de medicamentos, donde el profesional no solo valida la manilla de identificación, sino que establece contacto visual y saluda al paciente por su nombre. El objetivo es romper la mecanización del cuidado, transformando un paso técnico en un acto de reconocimiento mutuo. Para su sostenibilidad, se propone integrar esta pausa en la lista de chequeo digital del hospital, de modo que el sistema no permita avanzar en el registro clínico si no se confirma la ejecución de este doble filtro: seguridad técnica y calidez humana.

Tabla 19

Análisis de la Estrategia 1.

Aspecto de Impacto	Proyección y Sustento Técnico
Incremento en Satisfacción	Se espera un aumento del 20% al 25% en la percepción de trato digno, ya que el paciente se siente reconocido como individuo y no como un número de cama.
Reducción de Eventos Adversos	Reducción proyectada de hasta un 40% en errores de medicación y procedimientos en el paciente equivocado, al fortalecer la doble verificación.
Aporte a Políticas	Alineación directa con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente N°1 (Identificación Correcta) y el eje de Humanización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de Colombia.

Nota. La tabla muestra que la estrategia 1 tendría un impacto positivo en la atención

Programa "Lenguaje Claro: Traduciendo la Salud para el Empoderamiento"

Dado que identificamos que en áreas como Reanimación el lenguaje técnico dificulta la comprensión, esta estrategia busca capacitar al personal en técnicas de *Health Literacy* o alfabetización en salud. La metodología consiste en el uso sistemático de la técnica "Teach-back" (Enseñar de vuelta), donde el profesional pide al paciente o familiar que explique con sus propias palabras lo que entendió sobre el diagnóstico o tratamiento. Además, se propone la creación de tarjetas visuales prediseñadas con pictogramas simples para explicar procedimientos comunes en urgencias. Esto garantiza que la información sea inclusiva, eliminando las barreras intelectuales o el estrés que bloquea la comprensión en momentos de crisis, asegurando que la comunicación sea un derecho cumplido y no una barrera asistencial.

Tabla 20

Análisis de la Estrategia 2.

Aspecto de Impacto	Proyección y Sustento Técnico
Incremento en Satisfacción	Mejora sustancial en la confianza del paciente; se estima que el 90% de los usuarios reportarán una comprensión clara de sus órdenes de egreso.
Reducción de Eventos Adversos	Disminución del 15% en reingresos hospitalarios evitables causados por fallas en la adherencia al tratamiento o mala interpretación de dosis.
Aporte a Políticas	Cumple con la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) en lo referente al derecho a recibir información clara, oportuna y de calidad.

Nota. La tabla muestra que la estrategia 2 podría mejorar bastante la satisfacción del paciente.

Sistema de "Gestión Informativa de Espera Proactiva" (GIEP)

Para atacar la causa raíz de la insatisfacción en los tiempos de espera, se propone el diseño de un sistema de información en tiempo real que no dependa solo de pantallas, sino de la figura del "Gestor de Humanización en Sala". Esta persona tiene la función exclusiva de recorrer las áreas de espera cada 45 minutos para brindar actualizaciones generales sobre el flujo del servicio y responder dudas logísticas. Complementariamente, se propone la entrega de un "Folleto de Ruta de Atención" al ingreso en Admisión, donde se explique gráficamente el sistema de Triage. Al reducir la incertidumbre mediante la transparencia informativa, se disminuye la ansiedad del paciente y se evita que la percepción de "espera" se convierta en una percepción de "abandono", mejorando la satisfacción global del servicio.

Tabla 21

Análisis de la Estrategia 3

Aspecto de Impacto	Proyección y Sustento Técnico
Incremento en Satisfacción	Reducción drástica de las quejas por falta de información. El índice de satisfacción global en urgencias podría subir un 30% al gestionar la ansiedad.
Reducción de Eventos Adversos	Mitigación de riesgos de violencia externa (agresiones a personal de salud) al reducir los niveles de frustración en las salas de espera.
Aporte a Políticas	Aporta al cumplimiento de los lineamientos de la Política Nacional de Humanización enfocada en la atención centrada en la persona y la transparencia administrativa.

Nota. La tabla muestra que la estrategia 3 podría aumentar la satisfacción en urgencias y reducir tensiones o riesgos.

Modelo de Rondas de Empatía y Bienestar Emocional.

Esta estrategia busca elevar el puntaje en la dimensión de interés por el bienestar emocional, que mostró debilidades en áreas de observación. Consiste en integrar en la ronda médica matutina una pregunta estandarizada: "Además de su dolor físico, ¿hay algo que le preocupe o le inquiete emocionalmente hoy?". Esta simple validación permite identificar necesidades psicosociales que suelen pasar desapercibidas. Para que sea sostenible, los hallazgos de estas rondas deben quedar consignados en una sección de "Aspectos Humanísticos" dentro de la historia clínica electrónica, permitiendo que el equipo de psicología o trabajo social realice intervenciones tempranas. Así, el hospital deja de tratar solo la enfermedad para empezar a cuidar a la persona en su integridad.

Tabla 22

Análisis de la Estrategia 4

Aspecto de Impacto	Proyección y Sustento Técnico
Incremento en Satisfacción	Fortalece el vínculo médico-paciente. Se proyecta que el 95% de los pacientes en observación califiquen el interés por su estado emocional como "Siempre".
Reducción de Eventos Adversos	Identificación temprana del 25% de casos con riesgo de depresión reactiva o crisis de ansiedad que podrían complicar el cuadro clínico de base.
Aporte a Políticas	Se alinea con el Plan Decenal de Salud Pública y los protocolos de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque biopsicosocial.

Nota. La tabla muestra que la estrategia 4 podría mejorar la satisfacción del paciente y ayudar a detectar a tiempo problemas emocionales

Plan de Cuidado del Cuidador: Humanización desde el Interior.

Reconociendo que no se puede brindar lo que no se tiene, esta estrategia se enfoca en el personal de salud para garantizar la sostenibilidad de todas las anteriores. En hospitales públicos, el *burnout* es una barrera invisible para la humanización. El plan incluye la creación de "Zonas de Descompresión" (espacios breves de descanso con aromaterapia o música suave) y talleres de manejo de estrés post-turno. Al mejorar el clima organizacional y la salud mental de los trabajadores, se asegura que la amabilidad y la coordinación técnica sean genuinas y constantes. Un equipo de salud valorado y descansado es, por naturaleza, mucho más propenso a cumplir con rigor los protocolos de seguridad y a tratar al paciente con la empatía que la misión institucional exige.

Tabla 23

Análisis de la Estrategia 5

Aspecto de Impacto	Proyección y Sustento Técnico
Incremento en Satisfacción	Reducción del 30% en el ausentismo laboral y aumento del sentido de pertenencia. Un personal satisfecho eleva automáticamente la calidad de atención percibida.
Reducción de Eventos Adversos	Disminución del 20% en incidentes de seguridad causados por fatiga o falta de atención del personal asistencial (<i>burnout</i>).
Aporte a Políticas	Cumplimiento de las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y el eje de Gestión del Talento Humano para la Acreditación en Salud.

Nota. La tabla muestra que la estrategia 5 podría mejorar el bienestar del personal y la calidad de la atención

Conclusiones

En primer lugar, la investigación permite concluir que el Hospital San Juan de Dios de Pamplona posee una sólida base en la cultura de humanización, donde el respeto y la amabilidad son percibidos como ejes transversales en la atención de urgencias. Los resultados cuantitativos reflejaron una ausencia de valoraciones negativas en el trato al usuario, lo cual indica que el personal ha interiorizado la dignidad del paciente como un valor fundamental de su práctica clínica. Este hallazgo es determinante, ya que establece un entorno de confianza mutua que facilita la intervención médica y reduce el impacto psicológico negativo asociado a las situaciones de emergencia. Por lo tanto, la institución se posiciona como un referente regional en el cumplimiento de los estándares éticos de atención al ciudadano.

En segunda instancia, se evidencia que existe una correlación directa entre el tiempo de permanencia del paciente y su nivel de exigencia respecto a la atención recibida por el equipo de salud. Mientras que en las áreas de ingreso como Admisión se observa una satisfacción casi absoluta, en los servicios de estancia prolongada como Hospitalización y Observación surgen matices que invitan a la reflexión institucional. Los datos sugieren que la rutina asistencial puede generar una percepción de atención mecanizada, lo que resalta la importancia de mantener la calidez humana de forma ininterrumpida durante todo el itinerario del paciente. En consecuencia, la humanización no debe considerarse un acto puntual de ingreso, sino un proceso continuo de acompañamiento emocional y físico.

Respecto a la dimensión de la comunicación, el estudio concluye que el lenguaje claro actúa como la barrera de seguridad más efectiva para prevenir errores y mejorar la adherencia terapéutica en el servicio de urgencias. La identificación de brechas en la comprensión de términos técnicos en áreas críticas como Reanimación pone de manifiesto que el personal debe

fortalecer sus habilidades pedagógicas para con el usuario. Una comunicación asertiva no solo reduce la incertidumbre y la ansiedad del paciente, sino que también minimiza los riesgos de incidentes derivados de una mala interpretación de las instrucciones médicas. Por ello, la transparencia informativa se consolida como un derecho fundamental que garantiza una atención segura, equitativa y verdaderamente humana.

Asimismo, la gestión de la información sobre los tiempos de espera se identifica como el principal desafío para la gerencia de calidad del hospital evaluado. Aunque la institución cumple con informar sobre los procesos generales, la percepción de oportunidad en dicha comunicación presenta áreas de mejora significativa en los momentos de mayor flujo asistencial. La incertidumbre generada por la falta de actualizaciones proactivas es una causa raíz de insatisfacción que afecta la percepción global de la eficiencia administrativa del servicio. En este sentido, concluir que la espera es un factor manejable a través de la comunicación proactiva permite a la organización diseñar estrategias de información que mitiguen la frustración del paciente y su red de apoyo.

En cuanto a la seguridad del paciente, se determina que el cumplimiento de las metas internacionales, especialmente la verificación de identidad y la bioseguridad, es satisfactorio pero vulnerable al factor de la habituación. Se observó que el exceso de confianza en estancias prolongadas puede llevar a una relajación en los protocolos de doble verificación, lo cual representa un riesgo latente para la seguridad clínica. Es fundamental concluir que la seguridad no puede depender de la memoria o la familiaridad del personal con el paciente, sino de la aplicación rígida y sistemática de los protocolos de identificación. Fortalecer esta cultura de "verificación siempre" es indispensable para consolidar al hospital como un entorno libre de eventos adversos prevenibles.

Por otro lado, el interés por el bienestar emocional surge como una dimensión de alto impacto que requiere un refuerzo estratégico en las áreas de observación administrativa y clínica. Si bien en las situaciones de crisis vital el personal demuestra un apoyo emocional excepcional, este tiende a diluirse en los procesos rutinarios de hospitalización temporal. La investigación concluye que el soporte psicosocial debe integrarse formalmente en la ronda médica, permitiendo que el equipo de salud identifique miedos y ansiedades que podrían complicar la recuperación del individuo. Lograr esta atención biopsicosocial es lo que diferencia a una organización simplemente eficiente de una institución comprometida con la excelencia humana y la salud integral.

Desde el punto de vista de la infraestructura, se concluye que las condiciones de limpieza, orden y ambiente físico del Hospital San Juan de Dios de Pamplona son percibidas como excelentes por la comunidad. El entorno hospitalario no es un elemento pasivo, sino que comunica activamente el compromiso de la institución con la bioseguridad y el respeto por la privacidad del paciente. Un espacio físico bien gestionado reduce el riesgo de infecciones asociadas a la atención y proyecta una imagen de rigor profesional que tranquiliza al usuario. Por consiguiente, el mantenimiento de altos estándares en los servicios de apoyo es una estrategia de humanización tangible que soporta la dignidad del proceso de recuperación.

En relación con la organización y coordinación del trabajo en equipo, los hallazgos demuestran que la percepción de unidad y articulación del personal es un factor que eleva la seguridad percibida por el paciente. Cuando el usuario observa un equipo coordinado, su confianza en el éxito del tratamiento aumenta, lo que reduce los niveles de estrés y mejora la colaboración durante los procedimientos. No obstante, en las zonas de alta rotación, la percepción de desarticulación puntual sugiere la necesidad de estandarizar los procesos de

comunicación interprofesional. Concluir que la coordinación es visible y valorada por el usuario obliga a la institución a fomentar una cultura de trabajo colaborativo que sea el eje de la eficiencia en urgencias.

Sobre las estrategias propuestas, se concluye que la viabilidad y sostenibilidad de la humanización en un hospital público dependen de la integración de protocolos técnicos con la gestión del talento humano. No es posible exigir una atención humanizada si no se cuida la salud mental y el bienestar del personal asistencial, quienes son los directos responsables de la ejecución de la política institucional. La propuesta de estrategias centradas en el lenguaje claro, la gestión informativa de la espera y el cuidado del cuidador representa una ruta lógica para cerrar las brechas identificadas. En conclusión, la mejora continua de la calidad hospitalaria requiere un enfoque sistémico que involucre tanto la optimización de procesos como la sensibilización constante del personal.

Finalmente, el estudio cierra validando que el Hospital San Juan de Dios de Pamplona posee un nivel de satisfacción global sobresaliente, lo que refleja un balance positivo entre la capacidad técnica y la calidez humana. Las áreas de oportunidad detectadas no opacan los logros alcanzados, sino que sirven como hoja de ruta para la auditoría de calidad y la excelencia en el servicio de urgencias. La seguridad del paciente y la humanización deben ser vistas como metas dinámicas que requieren monitoreo constante y adaptación a las necesidades cambiantes de la población de Cócota, Pamplona y sus alrededores. De esta manera, la institución asegura su compromiso con la vida, la integridad y el bienestar de cada ser humano que cruza sus puertas en busca de salud.

Referencias Bibliográficas

- Berwick, D. M. (2009). What 'patient-centered' should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs*, 28(4), w555–w565. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w555>
- Busch, I. M. (2019). *Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers and providers. Nursing Ethics*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31203515/>
- Camacho-Rodríguez, D. E., et al. (2022). *Patient safety culture in Latin American hospitals. BMC Health Services Research*, 22(1), 1-12. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9658502/>
- Correa Zambrano, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un imperativo ético. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 127–139. https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000100011
- Cotos, Y. P. (2023). La humanización en salud para promover la descentralización en los centros de salud. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3546/3498>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Hernández, R. Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. *México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.*
- Hoogendoorn, C. J. & Rodríguez, N. D. (2023). Rethinking dehumanization, empathy, and burnout in healthcare context. *Current opinion in behavioral sciences*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101285>

- Infante-Peñañiel, A. C. (2025). Integración de la humanización en la formación de profesionales de salud a través de la simulación clínica. *Apuntes de Bioética*, 8(1), AdB1237-AdB1237.
<https://revistas.usat.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/1237/1920>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2020). *Lineamientos para la humanización de los servicios de salud*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lineamientos-humanizacion.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2022). *Política de seguridad del paciente: Lineamientos para su implementación*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Seguridad-del-paciente.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Calidad y humanización de la atención en salud*.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Seguridad del paciente*.
<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Manual de seguridad del paciente: Fundamentos para la atención segura del paciente*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032345>
- Osorio Henao, E. F., & Rivera Ramírez, É. Y. (2015). *Humanización de los servicios de salud en IPS*. Universidad Católica de Manizales.
<https://repositorio.ucm.edu.co/bitstreams/8705fc0f-ca0e-4fc2-9c4e-5f30e299e1a7/download>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Apéndices

Apéndice A

Formato Modelo de Encuesta

La encuesta que se presenta busca entender la opinión de los usuarios sobre la atención que han recibido en el área de urgencias, enfocándose en la humanización del servicio, la comunicación y la seguridad de los pacientes. La participación es opcional y se mantendrá en anonimato; los datos recopilados se emplearán exclusivamente para propósitos académicos y para mejorar la calidad en la atención sanitaria. Apreciamos su tiempo y honestidad al contestar cada una de las preguntas.

Modelo de la encuesta:

De conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada que los datos personales suministrados en este formulario sean recolectados, almacenados, usados y tratados única y exclusivamente con fines académicos y de investigación, en el marco del estudio desarrollado por la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD.

Como titular de la información, he sido informado(a) de que tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos, así como a revocar la presente autorización, conforme a la normatividad vigente.

La participación en esta encuesta es voluntaria y mi decisión no afecta la atención recibida en el servicio de urgencias.

Acepto los términos y condiciones y autorizo el tratamiento de mis datos personales para diligenciar la encuesta.

No acepto los términos y condiciones y no autorizo el tratamiento de mis datos personales.

Instrucciones:

Por favor, marque con una "X" la opción que mejor refleje su experiencia o percepción.

Escala de respuesta:

1 Nunca 2 Rara vez 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre

Preliminares:

Edad:

Sexo:

Humanización del servicio dirigido al paciente

1. En el servicio de urgencias, el personal de salud me trato con amabilidad y respeto

1 2 3 4 5

2. Sentí comprensión y empatía por parte de los profesionales frente a mi situación de salud.

1 2 3 4 5

3. Recibí información clara y comprensible sobre mi estado de salud y la atención que iba a recibir.

1 2 3 4 5

4. El personal escuchó mis inquietudes y respondió mis preguntas de manera respetuosa.

1 2 3 4 5

5. Durante mi atención en urgencias, se respetó mi privacidad y dignidad.

1 2 3 4 5

6. Sentí que el equipo de salud se interesó por mi bienestar emocional, a pesar de la situación de urgencia.

1 2 3 4 5

7. El ambiente del servicio de urgencias (limpieza, orden y condiciones generales) fue adecuado para mi atención.

1 2 3 4 5

Comunicación y Participación paciente y personal área de urgencias

8. El personal se comunicó conmigo utilizando un lenguaje claro y fácil de entender.

1 2 3 4 5

9. Me informaron oportunamente sobre los tiempos de espera y el proceso de atención en urgencias.

1 2 3 4 5

10. Sentí que mi opinión y mis necesidades fueron tenidas en cuenta durante la atención recibida en urgencias.

1 2 3 4 5

Seguridad del Paciente área de urgencias

11. Antes de realizar procedimientos o administrarme medicamentos, el personal verificó mi identidad.

1 2 3 4 5

12. Observé que el personal cumplió con las normas de higiene y bioseguridad durante mi atención.

1 2 3 4 5

13. Me explicaron las medidas de seguridad que se aplicaron para evitar riesgos o errores en mi atención.

1 2 3 4 5

14. Percibí que el equipo de salud trabajó de manera organizada y coordinada durante mi atención en urgencias.

1 2 3 4 5

15. En general, me sentí seguro(a) y satisfecho(a) con la atención recibida en el servicio de urgencias.

1 2 3 4 5

Muchas gracias por su tiempo.

Nota. El apéndice muestra el formato de la encuesta aplicada a los usuarios

Apéndice B

Fotos de Evidencias







Nota. El apéndice muestra evidencias fotográficas del trabajo de campo y de la aplicación de encuestas con usuarios en urgencias