

El entrenamiento del personal y la humanización en hospitales públicos en Colombia

Staff training and humanization in public hospitals in Colombia

Diana Katerinne González Vargas¹  y Dagoberto Torres-Flórez² 

Artículo de investigación

Recibido: 18/06/2025

Aceptado: 27/10/2025

Publicado: 26/11/2025

Cómo citar este artículo:

González Vargas, D. K, y Torres-Flórez, D. (2025). El entrenamiento del personal y la humanización en hospitales públicos en Colombia. *Administración & Desarrollo*, 55(2), e-1234. <https://doi.org/10.22431/25005227.1234>



ISSN: 0120-3754
e-ISSN: 2500-5227

Resumen

Problemática: la teoría del cuidado humanizado señala la relevancia de un vínculo terapéutico enfocado en la compasión y la empatía, viendo al paciente como un ser completo, que impulsa un entorno asistencial que ensalza la valía personal. **Objetivo:** medir la relación que existe entre el entrenamiento y la humanización de la atención en el servicio de urgencia de los hospitales públicos. **Metodología:** se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, para analizar la relación entre variables mediante la aplicación de un cuestionario estructurado a 72 profesionales de la salud del servicio de urgencias, generando correlación y comparación de grupos. **Resultados:** las iniciativas educativas, como las presentaciones y la instrucción, elevan de forma significativa la afinidad y la destreza para personalizar la comunicación, la deferencia y el apoyo anímico hacia los enfermos. Asimismo, los trabajadores con más años de servicio y horarios laborales adecuados manifiestan opiniones más positivas. El recurso utilizado demostró una fiabilidad destacada ($\alpha=0,968$). También se identificaron diferencias significativas en la percepción del apoyo emocional según el género. **Conclusión:** la formación continua del personal es fundamental para promover una atención más humanizada, elevar la calidad del cuidado y aumentar la satisfacción del paciente en contextos hospitalarios complejos.

Palabras clave : profesional de salud, centros hospitalarios, formación, humanización.

¹ Universidad del Bosque, Colombia. Magíster en gestión sostenible del talento humano.

Correo electrónico: dkgonzalez@unbosque.edu.co

Roles CRediT: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, redacción - borrador original.

² Escuela Superior de Administración Pública – ESAP, Colombia. Doctor en ciencias administrativas.

Correo electrónico: dagoberto.torres@esap.edu.co

Roles CRediT: conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, redacción – revisión y edición.

Abstract

Problem: The theory of humanized care emphasizes the importance of a therapeutic bond focused on compassion and empathy, viewing the patient as a whole being, which fosters a care environment that enhances personal worth. **Objective:** To determine the relationship between training and the humanization of care in the emergency department of public hospitals. **Methodology:** A quantitative, descriptive, and correlational study was conducted to analyze the relationship between training and humanization in the emergency department. The study was carried out through the application of a questionnaire adapted from proven tools (ECCOE and qCT). **Results:** Educational initiatives, such as presentations and instruction, significantly increase affinity and skill in personalizing communication, deference, and emotional support for patients. Furthermore, workers with more years of service and adequate working hours express more positive opinions. The resource used demonstrated remarkable reliability ($\alpha=0.968$). Significant differences in the perception of emotional support were also identified by gender. **Conclusion:** Continuing staff training is essential to promote more humane care, improve quality of care, and increase patient satisfaction in complex hospital settings.

Keywords : health professional, hospitals, training, humanization

Introducción

La mayoría de las entidades encargadas de brindar el servicio y cuidado de la salud en Colombia se encuentran cada día con la tarea de asegurar que la atención integral proporcione una visión de humanización, comprendida como una acción de cuidado que hace más humano al individuo (Romero y Torres, 2001), y con el objetivo de preservar su dignidad mediante el cuidado a pacientes desde una perspectiva integral, que incluye las dimensiones psicológicas, biológicas, sociales y espirituales del sujeto de cuidado, más allá del ser (Ortiz *et al.*, 2021). Por lo tanto, se debe entender la humanización como una acción que atiende las necesidades de cuidado desde el respeto (Mora *et al.*, 2021) y la atención individualizada, que influye positivamente en la recuperación y bienestar de los pacientes. Según la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson, mencionada por (Guerrero *et al.*, 2016), la relevancia de la relación terapéutica entre el profesional sanitario y el paciente es muy importante. Su enfoque se fundamenta en el concepto de que el cuidado no es puramente un acto técnico, sino de compasión, empatía y un vínculo auténtico (Guidi y Traversa, 2021).

Igualmente, subraya la relevancia de considerar al paciente como un individuo integral, con requerimientos emocionales, sociales y espirituales además de los físicos; de esta manera, se crea un entorno de curación en el que el paciente se siente escuchado, entendido y respaldado en su proceso de recuperación.

Teniendo en cuenta que, la relación entre el médico y el paciente siempre ha influido en las consecuencias relacionadas con el manejo de su enfermedad, llegando a ser benéfica en algunas situaciones (Rider *et al.*, 2018), es necesario que esta relación se mantenga entre estos dos debido a que existen otros actores que intentan influir en la determinación de las acciones prácticas administrativas y económicas que propone el médico para el mejoramiento eficaz de la salud del paciente, de ahí la importancia de blindar el comportamiento del profesional, fundamentado en su ética profesional y en la congruencia entre el ser y el deber ser, interpretado como la humanización (Escobar y Cid, 2018).

Por lo tanto, este paradigma ve al individuo como un ser completo, con sus emociones, creencias, culturas y entorno social; estos elementos en

conjunto potencian la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y la disminución del estrés y ansiedad durante el periodo de la enfermedad. El personal de la salud se debe al cuidado de las personas a partir del respeto a la vida, la dignidad y los derechos humanos desde la bioética, la cual permite abordarlos con justicia, equidad, protección, colaboración y respeto por la autonomía. En la actualidad, desde los distintos puestos de gestión y asistencia del ámbito sanitario, es evidente que en la mayoría de los hospitales o clínicas se presentan desafíos para asegurar un servicio fundamentado en humanización, especialmente en los servicios de emergencia. Como señala [Pabón et al. \(2021\)](#), entre los factores que modifican la atención centrada en la humanización se pueden citar: la carencia de formación del personal, exceso de trabajo, estrés, escasez de recursos, la determinación de las tareas asignadas, procedimientos, protocolos y el tiempo para llevarlas a cabo, entre otros que impactan directamente en la consistencia del ser y la conducta del personal, generando escaso o nulo interés hacia el paciente en medidas de cuidado, en lugar de proporcionar momentos de atención de alta calidad y lugares para resolver preocupaciones a pacientes y familiares.

El ideal de la humanización es poner en el centro a las personas, no solo al paciente, sino también acompañantes y al personal sanitario. Humanizar no es trabajar un área en concreto, es un compromiso que tiene que tener toda la organización, por ejemplo, se deben revisar todos y cada uno de los procesos haciendo énfasis en las personas. Como se ha señalado antes, surge una interrogante clave: ¿cómo influye la formación del equipo médico en el cuidado de los pacientes que acuden a las salas de emergencia en hospitales públicos de alta complejidad, ubicados en las ciudades intermedias de Colombia? Se considera fundamental que la formación del personal sanitario sea un pilar para brindar una mejor atención y servicio a los pacientes, facilitando la adopción de prácticas más humanas, en las que se vea al paciente como alguien que padece

y anhela sentirse mejor. Dentro de este marco, resulta crucial que los métodos de elección y admisión de personal garanticen que los aspirantes considerados no solo muestran aptitudes técnicas, sino también sociales, cruciales para ofrecer un trato sensible en el ámbito de la salud. La instrucción constante en dichas aptitudes comprende cualidades personales como la afinidad y el manejo de la tensión, esenciales para el crecimiento laboral y la puesta en marcha de acciones humanitarias, fomentadas mediante análisis de rendimiento ecuanímes y claros que identifiquen la calidad del servicio y estimulen actitudes positivas hacia el enfermo ([Guerrero et al., 2016](#)).

En estos contextos, mantener al personal motivado es clave para que la atención sea de primera y los pacientes estén contentos; además, ayuda a que los empleados se queden y no se quemen tan rápido. Por lo tanto, es indispensable que cualquier centro de salud que busque ofrecer una atención completa, siguiendo las ideas de Jean Watson sobre el cuidado más humano, invierta en una buena administración de su gente. Esta investigación explora ideas que analizan cómo se está haciendo más humana la atención en hospitales públicos grandes y medianos en varias ciudades colombianas; y también propone una base teórica basada en la teoría del cuidado humanizado. Se mira cómo la formación y capacitación del personal médico afecta la humanización del cuidado. Después, se muestran los resultados, se habla de ellos y de cómo se conectan con lo que se sabe y se hace ahora, y se dan conclusiones y consejos para que la atención sea mejor educando continuamente al personal de salud con un enfoque humano.

Contexto teórico

[Paulus y Meinken \(2022\)](#) conectan el trato personalizado y la verdadera empatía con la habilidad de sentir y entender lo que sienten los pacientes; recalcan que los cursos de capacitación en

empatía podrían hacer que el equipo médico responda con más compasión y comprensión al aspecto emocional de los pacientes. Está claro que estas cosas no solo hacen que el paciente se sienta mejor, sino que también ayudan a que los tratamientos tengan más éxito. Asimismo, [Shahabinejad et al. \(2020\)](#) hacen hincapié en que, si se pone el lado humano por delante, se reducen los errores en medicina, se habla más claro y hay menos problemas legales, porque los médicos pueden crear lazos más fuertes y explicar bien los tratamientos.

De acuerdo con [Kwame et al. \(2021\)](#), resulta esencial analizar de qué manera la formación en comunicación, la demostración de empatía y la personalización de la atención pueden fortalecer la dimensión humana en los servicios de salud, lo que a su vez mejora la experiencia del paciente y la eficiencia asistencial. Aunque en hospitales especializados el volumen de trabajo y la gravedad de las enfermedades podrían entorpecer este trato más cercano, [Hurissa et al. \(2023\)](#) señalan que brindar apoyo emocional y herramientas para manejar el estrés del personal sanitario ayuda a disminuir el desgaste profesional, incentiva un trato más humano y mejora tanto la calidad del servicio como el bienestar laboral. La gran complejidad en las instituciones sanitarias puede comprometer la humanización de la atención debido a la presión constante y la tecnología utilizada en los procesos. A pesar de esto, [Grit et al. \(2020\)](#) sostienen que la formación en habilidades interpersonales, un enfoque centrado en el paciente y el apoyo psicológico al personal pueden mitigar estas consecuencias, mejorando así la calidad asistencial.

En Colombia, la Ley 100 ([Congreso de la República de Colombia, 1993](#)) instauró un sistema de atención que busca priorizar el lado humano, garantizando no solo servicios de calidad y accesibles, sino también respeto y consideración por cada paciente. Según [Carlosama et al. \(2019\)](#), este esquema impulsa el crecimiento de aptitudes centradas en lo humano, cruciales para ofrecer

una atención que realmente entienda y responda a las necesidades del otro. Aunque las normas para obtener acreditaciones han simplificado la certificación de hospitales grandes y complejos, han dejado ver un problema recurrente: la pérdida de calidez en la atención. [Acosta \(2018\)](#) resalta que la humanización solo tendrá un impacto real si las instituciones se comprometen de manera sincera con la ética durante el proceso de certificación. [Carlosama et al. \(2019\)](#) hacen hincapié en que la moral y los valores son clave para proporcionar un cuidado verdaderamente humano, sin importar la etapa de la vida del paciente. En línea con esto, [Escobar y Cid \(2018\)](#) señalan que el comportamiento del equipo de salud debe basarse en principios éticos claros, que orienten la responsabilidad en el trabajo y aseguren un trato respetuoso y comprensivo frente al sufrimiento humano.

Es crucial que el trato humano sea sincero, cordial, fiable y considerado, creando un lazo de seguridad que valore y acoja al prójimo como un individuo completo con rasgos únicos. Esta cualidad humana impacta de manera favorable en la voluntad del paciente para expresarse, acatar indicaciones y sentirse apreciado. Desde la perspectiva humana, la empatía, comprendida como la facultad de identificarse con el otro, aunada a una compasión cimentada en la dulzura y el anhelo de mitigar el dolor, resultan fundamentales. Aparte, la seguridad faculta a los pacientes a manifestar lo que verdaderamente experimentan, en tanto que la ciencia respalda la atención mediante el empleo de todos los medios a nuestro alcance para salvaguardar la existencia, la honra y los derechos básicos.

Perspectivas

Según [Kelley y Morrison \(2015\)](#), una comunicación que funcione, y tratar al paciente con respeto, son cruciales para que la atención sea mejor, los resultados clínicos sean positivos y el sistema de salud se mantenga en el tiempo. Esto se logra trabajando juntos entre diferentes

especialidades y considerando al paciente en todos los aspectos: su cuerpo, sus emociones y su espíritu, sobre todo al final de su vida. Capacitar al personal sanitario resulta ser un camino clave para impulsar un trato más humano, ya que perfecciona sus capacidades para afrontar situaciones complejas. Tal como lo señalan [Ortiz et al. \(2021\)](#) la educación en este ámbito permite alinear el desempeño profesional con protocolos de atención centrada en el ser humano. Es evidente que en la revisión de literatura se ha progresado en entender o comprender que este es un asunto común y de creciente interés para los profesionales y las empresas del sector sanitario. Esto funciona como un respaldo técnico para potenciar la humanización de los servicios a través de nuevas estrategias que establezcan políticas y programas, desde la concienciación del personal, que a su vez potencien el sentido de humanización desde un enfoque holístico del ser humano.

El concepto de humanización en salud se fundamenta en principios éticos, morales y en los valores del personal sanitario. [Ortiz et al. \(2021\)](#) sostienen que el humanismo ha sido históricamente el eje de la medicina, promoviendo una visión integral del ser humano que trasciende la enfermedad, y está basada en el respeto por su dignidad, creencias y libertad, y guiada por una actitud empática y sensible. Simultáneamente, la bioética se ha vuelto importante en respuesta al incremento de la tecnificación de la medicina, que suele despersonalizar la atención médica. [García \(2016\)](#) establece la tensión entre humanismo y bioética y argumenta que el desarrollo de la tecnociencia plantea desafíos éticos al poner sobre la mesa una situación de posthumanismo que busca trascender las fronteras biológicas y existenciales del ser humano. No son pocas las teorías que avalan las medidas de atención, promoción, prevención y asistencia sanitaria: la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, así como las catorce necesidades de la atención enfermera de Virginia Henderson argumentan

que la atención enfermera no solo responde a las necesidades biológicas, sino a las sociales y psicológicas, subordinando el proceso de atención a la promoción de la independencia del paciente ([Tejada, 2020](#)). Como complemento a dicha evidencia constata que la relación entre el paciente y el profesional debe ser una relación de trabajo en equipo, una relación que se basa en el respeto mutuo y el conocimiento y el crecimiento en paralelo.

El paciente debe ser la base del proceso asistencial, para mejorar la calidad de vida y disminuir el dolor en toda su extensión de manera holística, física, psicosocial o espiritual. Por lo tanto, hay que valorar las prácticas de atención centradas en el paciente para potenciar el respeto, la empatía, el acompañamiento y la solidaridad. Siguiendo a [Caballero et al. \(2023\)](#), para alcanzar un modelo asistencial centrado en la persona, hay que desarrollar programas de formación en humanización que aborden los aspectos de la comunicación eficaz y la empatía, reconfigurando espacios y procesos que generen situaciones de atención más humanizadas y acogedoras. Para la [Universidad Europea \(2021\)](#), tanto la comunicación verbal como la no verbal son necesarias en la relación de atención, ya que esta incide de forma directa en la percepción que tiene el paciente de la calidad y del cuidado que recibe. Aprender el código del idioma, dar tono de accesibilidad, mostrar serenidad, dar soporte emocional y físico, usar un lenguaje asequible, asistir al paciente de forma personalizada son indicaciones que aumentan la confianza, amplían la proximidad y elevan la satisfacción del paciente. Esta estrategia es muy importante en unidades de cuidados críticos, donde responder a las necesidades básicas como la higiene, normalmente es valorada como de poco valor, pero que se configura como un indicativo de calidad y bienestar. En esta situación, el profesional de la enfermería desempeña un papel importante en el que asegura seguridad, confort y cara a cara ([Curtis y Wiseman, 2008](#)).

Maza-de la Torre *et al.* (2023) enfatizan el papel que cumple la empatía en el cumplimiento de tratamiento, en especial en el caso de las enfermedades crónicas, ya que favorece un ambiente de seguridad y confianza para el paciente y su familia, y favorece su adherencia. Estos autores recalcan la necesidad de que los profesionales en salud desarrollen o demuestren ocho competencias básicas: comunicación, análisis, solución de problemas, evaluación fundamentada para la toma de decisiones, competencias sociales, visión holística, ciudadanía participativa y respuesta ética y estética. Estas competencias se encuentran en consonancia con un cuidado centrado en el paciente, más humano, holístico y ético.

La Universidad EAFIT (2025) señala que, a pesar de no haber una regla general, el hecho de que las mujeres suelen ser más empáticas que los hombres podría responder a la educación emocional que éstas realizan desde la infancia. En muchas ocasiones, los hombres son educados para anular sus emociones y respetar rígidos estereotipos que les dificultan reconocer y expresar sus emociones, limitando así su aprendizaje emocional y personal. Esta falta de una educación emocional genera, por un lado, un cisma entre el hombre, y su expresión honesta de sentimientos, y las mujeres, a quienes se les permite expresar sus sentimientos más abiertamente. Gutiérrez, (2017) considera que para llegar a ser hombres y mujeres auténticos deberíamos humanizarnos, olvidándonos de la historia de nuestra vida con sus puntos fuertes y débiles y promoviendo una forma de entender el mundo basada no solo en argumentos empíricos, sino también en principios éticos. El modelo de humanización tiene como pilares fundamental la hospitalidad y la emanación del ser humano como el elemento fundamental de la calidad asistencial, ya que no puede haber ética si no hay excelencia en lo que se hace, ni excelencia sin humanización. De acuerdo con Ceballos y Caicedo (2020), el proceso de humanización de la salud no es solo una educación en la cual los profesionales deben estar aptos para atender, sino que debe hacer

referencia a todos los agentes implicados en la atención de la persona enferma.

La Universidad EAFIT (2025) señala que, si bien no es una regla universal, en la mayoría de los casos, las mujeres son más empáticas que los hombres, dado que esta diferencia se ratifica en la educación, en esta táctica que desde la infancia han ido aprendiendo. En un gran número de ocasiones, los hombres son socializados para dividir sus sentimientos y encontrarse acatando unas normas sumamente rígidas que los inhiben a la hora de identificar y hacer emerger sus emociones, llegando a interferir en su desarrollo emocional. Este vacío genera una fragmentación de la expresión de las emociones no solo documental, siendo aquellos la mayoría de los protagonistas formados para realizar atención, sino de cada uno de los participantes que entran en contacto con la atención a pacientes, incluyendo el personal del área de seguridad, el personal de limpieza, el administrativo, el auxiliar y aquellos que exponen la respuesta verbal de los servicios, ya que todos ellos aportan un cuidado pleno y humano. Tal y como afirma la E. S. E. Hospital San Juan de Dios Yarumal (2020), un programa de humanización requiere una organización sistemática que contemple los procesos de inducción, reinducción y capacitación o formación continua, que sea capaz de ayudar al personal, en la integración y actualización de un nuevo personal en la cultura de la organización y también fortalecer las capacidades en función de las metas institucionales. Por otro lado, Torres-Flórez *et al.* (2019) indican que la inducción y la formación son procesos clave para el desarrollo integral del personal y favorecen su adaptación a la misión institucional; nuevos conocimientos aseguran la conservación del talento adecuado para la organización.

Es crucial recordar que para que los programas de humanización en salud resulten eficaces, también es esencial tener en cuenta las necesidades de los profesionales de la salud. Jaime (2020) indica que la edad y el tiempo de trabajo

influyen en el compromiso emocional, y que este compromiso se reduce en trabajadores de mayor edad y tiempo en la organización. Además, muchos profesionales no están satisfechos con dedicar su vida laboral a la misma organización, especialmente cuando enfrentan condiciones laborales deficientes y jornadas extensas. Aunque existen regulaciones específicas para la contratación, carecen de uniformidad y no abordan todos los elementos necesarios para su correcta aplicación. Muñoz (2022) destaca la insuficiencia de recursos, subrayando que el sector sanitario debe comprometerse a movilizar y distribuir los recursos adecuadamente, pues los mecanismos y presupuestos actuales no garantizan el apoyo completo a los profesionales, particularmente en instituciones públicas.

Teoría del cuidado humanizado

Jean Watson, según Urra *et al.* (2011), desarrolló en los años 70 una teoría centrada en el cuidado humano que trasciende la intervención médica. Su enfoque se basa en tres principios fundamentales: atención, trascendencia y relaciones interpersonales. La atención representa la conexión auténtica entre el profesional y el paciente, integrando la habilidad técnica con un compromiso genuino. La trascendencia se encuentra vinculada con el entorno óptimo que propicia una curación no solo emocional sino también espiritual. La naturaleza de las relaciones personales potencia la comprensión y el respeto, siendo estas una condición indispensable en los métodos de la curación.

Watson defiende que el cuidado humanizado facilita la calidad de la salud, al ser de carácter saludogénico y propiciar una trascendencia que no se limita al proceso de curación física, provocando un cambio en pacientes y profesionales a través de los diez elementos fundamentales del cuidado con los que cuenta; estos son: la comunicación auténtica, la relación holística de los aspectos físicos, emocionales y espirituales, el respeto por la dignidad y la autonomía del

paciente, el reconocimiento de la diversidad, la adaptación cultural, el arte de la práctica profesional de la enfermería sustentado en la evidencia y la empatía, la búsqueda permanente por el bienestar del profesional y, por último, un compromiso inalterable por abrazar la filosofía del cuidado humano (Watson, 2007). De acuerdo con la autora, la función del cuidado es promover la salud, la recuperación y el desarrollo personal, superando crisis o enfermedades; además, el ser humano se presenta como una unidad de lo mental, lo físico, lo espiritual y lo natural, definiendo la salud como la relación entre el “yo que se tiene empezó a percibir” y el “yo que se ha experimentado”. La molestia simboliza una discrepancia interna que puede desencadenar enfermedades. Finalmente, define la enfermería como una ciencia humana y un arte creativo que analiza las vivencias del paciente con el objetivo de proporcionar soluciones humanizadas y personalizadas.

Legislación centrada en la atención

En Colombia, el Ministerio de Salud regula la atención sanitaria, incorporando el concepto de humanización mediante la Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993) y el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Este plan tiene como objetivo incrementar de forma constante la calidad de la atención para pacientes y sus familiares, fundamentado en políticas y programas oficiales. Respecto a la humanización, se administran programas de bienestar que proporcionan respaldo emocional a los pacientes, aunque, en ocasiones, sin tener en cuenta completamente los variados derechos y valores culturales del país (Carlosama *et al.*, 2019). En ese sentido Colombia mediante la Ley 1438 de 2011 fortalece este enfoque mediante un modelo de atención humanizado. Además, la Resolución 13437 de 1991 exige la creación de Comités de Ética Hospitalaria y la adopción del Decálogo de los Derechos de los Pacientes en las instituciones de salud. Recientemente, el Ministerio de salud y protección social (2022)

emitió la Resolución 755 de 2022, la cual establece la Política Nacional del Talento Humano en Enfermería, promoviendo así condiciones para el desarrollo profesional y el ejercicio adecuado del personal sanitario.

Metodología

Este estudio se categoriza como una investigación cuantitativa, descriptiva y correlacional. El método cuantitativo se basa en la utilización de técnicas estadísticas para el estudio de los datos, lo que posibilita una valoración objetiva y cuantificable de las variables. Se optó por un procedimiento descriptivo, porque el estudio busca llevar a cabo una evaluación y descripción de la variable, y no hacer una búsqueda de fenómenos más específicos o situados. El procedimiento correlacional de la investigación descansa precisamente en el estudio de las relaciones de las variables, lo que permite el análisis de la forma como la formación del personal de salud puede influir en la humanización de la atención de los servicios de emergencia.

La investigación tiene carácter transversal, pues se realiza una medición única en un momento determinado. El enfoque transversal se considera pertinente, ya que permite una visión instantánea de la situación y la comparación entre grupos. Se incluyen elementos inferenciales en la comparación entre grupos, los cuales permiten validar la hipótesis, de forma que existirá un referente en la evaluación de los vínculos entre entrenamiento humanizado en la atención y la humanización del cuidado. Se optó por un procedimiento cuantitativo y no uno cualitativo o mixto debido a la necesidad de medir y analizar variables de forma objetiva y generalizable, lo que facilita una comparación precisa entre diferentes grupos de participantes. La metodología cuantitativa es igualmente pertinente para poder llevar a cabo la evaluación del efecto del entrenamiento en la humanización de la persona, así como también para el análisis imparcial y generalizable de las

variables objeto de estudio. Todo ello permitirá realizar una comparación ajustada entre los diferentes grupos de participantes.

El cuestionario utilizado en la investigación fue elaborado mediante la modificación y fusión de instrumentos validados como la Escala de Evaluación de los Comportamientos de Cuidado Otorgado por Enfermeros (ECCOE) (Arango *et al.*, 2021) y el Cuestionario de Condiciones Laborales (qCT), a partir de un proceso de validación estricto que incorporaba pruebas piloto y evaluaciones llevadas a cabo por especialistas. Este procedimiento garantizó la fiabilidad y validez del cuestionario aplicadas a la muestra de trabajo. Asimismo, en la investigación se seleccionaron dimensiones y variables específicas para abordar las cuestiones más relevantes para la humanización y la formación del personal sanitario. Se espera que la aportación de aspectos como el bienestar en el trabajo, el buen trato, la sensibilidad y la espiritualidad, pueda explicar cómo se realiza la relación entre la formación del personal sanitario y la calidad del cuidado. Se llevó a cabo la adaptación del ECCOE y el qCT con un enfoque particular en la validez y fiabilidad para los habitantes de instituciones públicas de gran complejidad. Se realizaron exámenes de validación para garantizar que las adaptaciones fueran adecuadas y eficaces para el contexto colombiano.

Se eligió al equipo médico de instituciones públicas de alta complejidad en ciudades intermedias de Colombia (Tunja, Villavicencio y Pacho) por la importancia de dichas instituciones en el manejo de urgencias y la variedad de contextos en estas urbes. Las características propias de estos núcleos urbanos y su infraestructura sanitaria, los convierten en un target destacado, entre los que se pueden analizar los efectos del entrenamiento en la humanización de la asistencia. En la elección de la muestra, se llevó a cabo un muestreo estratificado, en función de las dimensiones y las particularidades de cada institución. Los estratos se definieron con base en el número de colaboradores y las características del personal

en cada ciudad. El cálculo del tamaño de muestra se realizó con un margen de error del 5 % y un nivel de confianza del 95 %. Se evaluaron participantes en Tunja, Villavicencio y en Pacho en Colombia para un total de 72 participantes.

Las encuestas se llevaron a cabo en línea para facilitar la participación y asegurar la privacidad de las respuestas. Además, los datos se analizaron utilizando métodos estadísticos adecuados para evaluar las relaciones entre las variables y la hipótesis del estudio. Se empleó software estadístico SPSS para manejar los datos, y se aplicaron técnicas para gestionar información faltante e inconsistencias, garantizando la robustez y validez de los resultados.

Resultados

De acuerdo con el instrumento utilizado, se aplicó la prueba estadística de confiabilidad Cronbach, la cual evalúa la consistencia interna de los datos, el valor obtenido fue de 0,968 en 40 elementos, indicando que existe alta fiabilidad.

Con el ánimo de presentar los resultados del estudio, se encontró que entre los participantes predominan las mujeres (77,1 %); en cuanto al rango

de edad, la mayoría (68,6 %) de los participantes se encuentran entre los 26 y 45 años, asimismo, se tuvo una significativa participación de los profesionales de la salud que laboran, principalmente, en turnos rotativos (77,1 %); También participaron personas vinculadas por prestación de servicios en una gran proporción (45,7 %), seguida de personal con contrato indefinido (35,7 %). Por último, se destaca que los colaboradores cuentan con una antigüedad laboral entre 2 a 5 años en la institución (48,6 %) y pocos mencionan tener empleos adicionales (ver [tabla 1](#)).

La inducción fue valorada positivamente por los trabajadores y se destacó como un medio principal que les facilita tanto su llegada a la y el conocimiento de la organización. Los resultados apuntaron a que la inducción no solo implica un incremento del sentido de pertenencia, el compromiso o la motivación, sino también un elemento de información importante. Aspectos tales como la seguridad de los pacientes, las buenas prácticas, la misión, la visión, los principios corporativos, la estructura de la organización o los beneficios y las políticas internas tuvieron puntuaciones elevadas, lo que indica que la inducción es correcta y satisface debidamente la acción de guiar y adecuar a los nuevos colaboradores.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Variable		%	Variable		%
Sexo	Hombre	22,9	Vinculación laboral	Indefinido	35,7
	Mujer	77,1		Fijo	7,1
Edad	Entre 18 y 25 años	18,6	Antigüedad laboral	Prestación de servicios	45,7
	Entre 26 y 45 años	68,6		Tercerización	11,4
	46 años o más	12,9		1 año o menos	22,9
Nivel de escolaridad	Técnico	32,9	Empleo adicional	2 a 5 años	48,6
	Profesional	60,0		6 años o más	28,6
	Especialidad Médica	7,1		No	85,7
Jornada Laboral	Horario fijo	22,9		Sí	14,3
	Turno rotativo	77,1			

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Medias de entrenamiento

Elemento	Media	Desv. Desviación
Inducción [Recibió inducción general al ingresar a la institución]	4,23	1,132
Capacitación [La organización actualiza a los colaboradores sobre las normas y procedimientos en salud]	4,16	0,958
Inducción [La inducción recibida le ayudo a sentirse comprometido y motivado de pertenecer a la institución]	4,14	1,067
Capacitación [La institución cuenta con un plan de capacitación acorde a las necesidades organizacionales]	4,11	0,971
Capacitación [Las jornadas de capacitación fomentan mi capacidad para brindar una atención humanizada a los pacientes]	4,11	1,057
Capacitación [Las capacitaciones destacan aspectos clave de la atención humanizada, como la empatía, la comunicación efectiva y el respeto a la dignidad del paciente]	4,09	1,032
Inducción [La inducción cubre aspectos relacionados con la seguridad del paciente y las buenas prácticas]	4,09	1,139
Inducción [La inducción incluye información completa sobre la misión, visión, valores institucionales y el organigrama]	4,04	1,268
Capacitación [En su lugar de trabajo han realizado capacitaciones específicas sobre atención humanizada]	4,01	1,028
Inducción [Los nuevos empleados reciben información sobre los beneficios y políticas de la institución]	3,96	1,135
Reinducción [La reinducción incluye temas relacionados con políticas o protocolos a la humanización en la atención al paciente]	3,80	1,368
Reinducción [La reinducción aborda aspectos relevantes sobre protocolos de atención al paciente]	3,77	1,364
Reinducción [La información proporcionada en la reinducción es clara y suficiente para desempeñar mis funciones]	3,76	1,334
Reinducción [Durante la reinducción se incluyen actualizaciones sobre normativas y regulaciones del sector salud]	3,73	1,372
Reinducción [En el tiempo vinculado a la organización ha recibió reinducción]	3,54	1,380

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los procesos de formación, muestran una visión positiva del personal, los participantes valoran positivamente la actualización continua en las normas y procedimientos sanitarios (4,16) lo cual pone de manifiesto el interés institucional por mantener al equipo humano alineado con las directrices técnicas y normativas del servicio (ver [tabla 2](#)). Además, puede apreciarse que hay un plan de formación acorde con los requerimientos de la organización y el efecto de las jornadas de formación en el empoderamiento de un cuidado centrado en la persona. Elementos como la empatía, la comunicación efectiva y el respeto a la dignidad humana son destacados dentro del

contenido pedagógico, lo cual describe un claro compromiso hacia la excelencia del servicio y la humanización. En definitiva, estos resultados corroboran la relevancia de su importancia que la organización otorga al crecimiento profesional continuado como estrategia para garantizar un servicio integral y de calidad.

Las personas a las que se les recoge opinión consideran los procesos de inducción y formación como herramientas eficaces que ayudan a la mejora de los rendimientos del trabajo y a propiciar un cuidado centrado en el paciente. La reinducción, en cuanto a las percepciones

que la rodean, presenta elementos menos positivos, la puntuación obtenida en esta dimensión muestra un grado de satisfacción más bajo, que puede tener que ver con el poco uso de esta técnica o con la falta de complicidad en el trabajo entre los presentes. De hecho, la valoración de la afirmación sobre la inducción durante el periodo de vinculación institucional tiene el valor más bajo de la dimensión, lo que ayuda a reforzar nuestra hipótesis. Del mismo modo, la raíz de las diferentes respuestas (desviaciones estándar) pone en evidencia que las experiencias del personal incidiendo en los procesos de

reinducción no han tenido la misma experiencia. La diferencia en las percepciones podría estar relacionada con aspectos como la periodicidad de la actividad en sí, los temas que se tratan durante las reinducciones y la calidad de su funcionamiento; en este sentido, los resultados muestran la necesidad de mejorar los programas de la reinducción, haciéndolos periódicos, que lleguen a todo el personal y que tengan la actualización de contenidos, para consolidarlos como procesos de formación continua, más genérica, más acorde con los objetivos de la institución y más sistemática.

Tabla 3. *Medias de la variable humanización*

Elemento	Media	Desv.
Empatía y Respeto [Trata usted a cada paciente como un individuo único]	4,71	0,568
Empatía y Respeto [Trata al paciente con amabilidad y consideración]	4,71	0,568
Empatía y Respeto [Respeto los sentimientos del paciente, incluso cuando está molesto]	4,59	0,602
Empatía y Respeto [Intenta ver las situaciones desde la perspectiva del paciente]	4,57	0,627
Empatía y Respeto [Acepta el modo de ser y personalidad del paciente sin juzgar]	4,57	0,714
¿Seguridad y Bienestar Físico [Proporciona seguridad al paciente en cada procedimiento?]	4,56	0,773
Seguridad y Bienestar Físico [Deja la habitación del paciente limpia y ordenada después de un procedimiento]	4,56	0,694
Empatía y Respeto [Escucha con atención al paciente cuando expresa sus sentimientos]	4,51	0,717
Comunicación y Atención Personalizada [Explica claramente los procedimientos al paciente]	4,50	0,717
Comunicación y Atención Personalizada [Se presenta usted ante el paciente al primer contacto]	4,49	0,737
Apoyo Emocional y Motivación [Le proporciona consuelo y ánimo al paciente en momentos difíciles]	4,47	0,675
Apoyo Emocional y Motivación [Elogia los esfuerzos del paciente para manejar su salud]	4,47	0,696
Comunicación y Atención Personalizada [Explica las precauciones de seguridad a tomar en el tratamiento]	4,44	0,879
Empatía y Respeto [Mantiene el control de sus emociones ante situaciones difíciles]	4,44	0,673
Comunicación y Atención Personalizada [Proporciona al paciente información sobre sus cuidados]	4,43	0,910
Comunicación y Atención Personalizada [Llama al paciente por su nombre, según su preferencia]	4,41	0,876
Apoyo Emocional y Motivación [Ayuda al paciente a fijarse metas realistas para su recuperación]	4,37	0,765
Seguridad y Bienestar Físico [Atiende oportunamente las necesidades de cuidado del paciente]	4,37	0,837
Apoyo Emocional y Motivación [Anima al paciente a tener confianza en sí mismo]	4,34	0,720
Apoyo Emocional y Motivación [Acompaña al paciente en su traslado a otros servicios cuando es posible]	4,34	0,866
Comunicación y Atención Personalizada [Fomenta que el paciente pregunte sobre su enfermedad y tratamiento]	4,31	0,925
Apoyo Emocional y Motivación [Da atención al paciente cuando está irritable o enojado, sin alejarse]	4,30	0,805
Seguridad y Bienestar Físico [Administra medicamentos para el dolor cuando el paciente lo necesita]	4,30	1,054
Comunicación y Atención Personalizada [Verifica si el paciente tiene todo lo necesario a su alcance antes de retirarse]	4,27	0,883
Apoyo Emocional y Motivación [Motiva al paciente a expresar sus sentimientos y emociones]	4,17	0,834

Fuente: elaboración propia.

Se nota un alto nivel de apreciación en cuanto a los aspectos relativos a la atención empática y beneficiosa para el paciente, lo cual si se apodera como una predisposición clara hacia la humanización del cuidado en el servicio de urgencias por parte de los entendidos. Lo que esta posición tampoco queda a un lado, ya que la empatía se vincula a nivel de relaciones interpersonales, sino también desde la disposición atendida y respetuosa ante las por los pacientes. En cuanto a la categoría de seguridad y salud física, se nota la atención prestada para que no ocurran el número adecuado de eventos adversos, el control de las infecciones y la creación de ámbitos seguros, ya que afecta directamente a la protección de la integridad del paciente. En lo relativo a la escucha activa y su vinculación hacia la empatía, esto indica que los atentos se siguen una disposición competente para atender las solicitudes del paciente.

Así mismo, los factores de comunicación (4,49) y atención personalizada (4,50) ponen de manifiesto que una clínica orientada a la práctica, centrada en la calidad del cuidado incide, de forma favorable, en la experiencia y satisfacción del paciente (ver [tabla 3](#)). Finalmente, en lo que atañe a la ayuda a nivel emocional y motivacional se menciona que la ayuda ofrecida por el

personal de salud favorece no únicamente el bienestar mental del paciente, sino que además potencia su conocimiento de la enfermedad y el proceso del cuidado médico. En conjunto, estos resultados permiten concluir que el servicio de urgencias no solo cumple con los aspectos técnicos del cuidado, sino que también incorpora con eficacia los principios de la atención humanizada, consolidándose como un entorno favorable para la recuperación integral del paciente.

Se puede evidenciar una percepción mayoritariamente positiva por parte del personal de salud en relación con los procesos formativos y la humanización de la atención en el servicio de urgencias, observando las dimensiones de inducción y capacitación con medias elevadas, lo que indica que ambos procesos son considerados útiles, pertinentes y coherentes con las necesidades del entorno hospitalario. No obstante, la reinducción al registrar la media más baja (3,72) y la mayor dispersión (1,28) sugieren inconsistencias en su aplicación o una menor frecuencia, posicionándola como un aspecto susceptible de mejora institucional (ver [tabla 4](#)).

En lo que respecta a la humanización del cuidado, todas las dimensiones evaluadas superan una media de 4, evidenciando una percepción

Tabla 4. *Medias variables*

Variable	Media	Desv. Desviación
Inducción	4,09	1,05043
Reinducción	3,72	1,28239
Capacitación	4,10	0,93978
Entrenamiento	3,97	0,96420
Empatía y Respeto	4,59	0,55277
Comunicación y atención personalizada	4,41	0,73219
Apoyo emocional y motivación	4,35	0,65022
Seguridad y bienestar físico	4,45	0,73953
Humanización	4,45	0,53955

Fuente: elaboración propia.

altamente favorable por parte del equipo asistencial. Se destaca el componente de empatía y respeto (4,59), no solo por su alto puntaje, sino también por su baja dispersión, lo que denota un consenso generalizado en torno al trato digno y humanizado. Le siguen en orden de valoración la seguridad y bienestar físico (4,45), la comunicación y atención personalizada (4,41) y el apoyo emocional y motivación (4,35); todos con resultados consistentes que refuerzan la idea de una atención integral centrada en el paciente. En conjunto, estos hallazgos reflejan un compromiso sostenido del personal de salud con la calidad del servicio y con los principios de la atención humanizada. Sin embargo, se identifica la necesidad de fortalecer los procesos de reinducción para garantizar la actualización permanente del personal en políticas, protocolos y enfoques centrados en el paciente, lo cual es fundamental para la sostenibilidad de una cultura organizacional basada en la excelencia y el respeto por la dignidad humana.

Se evidencia que el sexo, la escolaridad, el tipo de vinculación y la antigüedad laboral no presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en la percepción del personal sobre los procesos de formación ni sobre los componentes de atención humanizada. Sin embargo, respecto del sexo, se encontró que las mujeres tienen un mayor apoyo emocional y motivación

en la relación con los hombres, y en cuanto la edad, sí se diferencia significativamente con tres variables clave: empatía y respeto (0,003), seguridad y bienestar físico (0,004) y humanización (0,017), lo que se explica porque los profesionales, mayores de 46 años, tienden a valorar menos estos aspectos.

También se destaca que tener un empleo adicional disminuye la percepción de la inducción (0,039) y del apoyo emocional y motivación (0,037), lo que podría estar relacionado con la comparación entre entornos laborales o la carga emocional. Aunque la jornada laboral y la reinducción no muestran diferencias, presentan valores cercanos al umbral (0,079), lo que sugiere que podrían ser aspectos relevantes para considerar en estudios futuros (ver [tabla 5](#)). En conjunto, estos resultados permiten identificar factores que influyen en la experiencia del personal y señalan oportunidades para fortalecer la humanización del cuidado desde una perspectiva organizacional.

Se plantearon escenarios de relación, encontrados en las variables categóricas: a mayor edad existe una mayor permanencia en el área de urgencias, quienes cuentan con más años de experiencia tienden a valorar los procesos de reinducción; por otro lado, las variables de estudio se correlacionan entre sí. En ese sentido, la hipótesis planteada

Tabla 5. Comparación de grupos por variables categóricas

	I	RI	C	E	EyR	CyA	AEM	SB	H
Sexo	0,475	0,388	0,151	0,268	0,218	0,302	0,021	0,663	0,132
Edad	0,386	0,615	0,184	0,375	0,003	0,267	0,100	0,004	0,017
Escolaridad	0,109	0,281	0,974	0,345	0,751	0,269	0,568	0,534	0,779
Tipo vinculación	0,867	0,842	0,062	0,700	0,717	0,265	0,566	0,583	0,586
Antigüedad	0,671	0,176	0,192	0,346	0,883	0,456	0,782	0,286	0,682
Jornada laboral	0,886	0,079	0,480	0,342	0,474	0,944	0,977	0,605	0,979
Empleo adicional	0,039	0,223	0,097	0,067	0,653	0,218	0,037	0,258	0,121

I: Inducción, RI: Reinducción, C: Capacitación; E: Entrenamiento, EyR: Empatía y respeto; CyA: Comunicación y atención personalizada, AEM: Apoyo emocional y motivación, SB: Seguridad y bienestar; H: Humanización.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Correlaciones entre variables

Rho de Spearman		A	I	RI	C	E	EyR	CyA	AEM	SB	H
Edad	Coef.	,391**	-0,028	-0,031	-0,085	-0,041	-0,219	-0,001	-0,220	0,087	-0,027
	Sig.	0,001	0,816	0,801	0,483	0,738	0,068	0,996	0,067	0,473	0,822
Antigüedad laboral	Coef.		0,123	,252*	0,201	0,223	0,046	0,206	-0,029	0,226	0,210
	Sig.		0,309	0,035	0,095	0,063	0,708	0,088	0,809	0,059	0,081
Inducción	Coef.			,703**	,646**	,862**	,470**	,489**	,456**	,598**	,574**
	Sig.			0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Reinducción	Coef.				,682**	,922**	,498**	,444**	,427**	,501**	,573**
	Sig.				0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Capacitación	Coef.					,841**	,603**	,500**	,539**	,526**	,616**
	Sig.					0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Entrenamiento	Coef.						,576**	,539**	,519**	,606**	,668**
	Sig.						0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Empatía y respeto	Coef.							,444**	,561**	,396**	,656**
	Sig.							0,000	0,000	0,001	0,000
Comunicación y atención personalizada	Coef.								,588**	,524**	,808**
	Sig.								0,000	0,000	0,000
Apoyo emocional y motivación	Coef.									,617**	,836**
	Sig.									0,000	0,000
Seguridad y bienestar físico	Coef.										,786**
	Sig.										0,000

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

I: Inducción, RI: Reinducción, C: Capacitación; E: Entrenamiento, EyR: Empatía y respeto; CyA: Comunicación y atención personalizada, AEM: Apoyo emocional y motivación, SB: Seguridad y bienestar; H: Humanización.

Fuente: elaboración propia.

sobre la relación entre el entrenamiento y la humanización se confirma, ya que todas las variables analizadas están interrelacionadas, señalando la dependencia entre las mismas (ver [tabla 6](#)), lo que refiere la necesidad de seguir formando a las personas, es decir, una estrategia formativa integral favorece la humanización del cuidado, especialmente en contextos de alta exigencia como los servicios de urgencias.

Discusión

En el contexto hospitalario, variables como el género, la edad, el nivel educativo, la antigüedad

laboral, el tipo de vinculación, el horario de trabajo y la existencia de empleos adicionales son determinantes en la gestión del talento humano y en la calidad de los servicios de salud; estos factores influyen en la distribución de funciones, la organización del trabajo y el bienestar del personal. Según [Jaime \(2020\)](#), a mayor edad y antigüedad laboral los profesionales de enfermería tienden a mostrar una disminución en el compromiso emocional con la institución, manifestando menor disposición a permanecer en ella a largo plazo.

Aunque no se hallaron datos específicos sobre la asignación de horarios laborales en función

del sexo o la edad, la Ley 2101 ([Congreso de la República de Colombia, 2021](#)) establece que el horario de trabajo debe aplicarse de manera uniforme para todos los empleados, sin distinción de género o edad. Asimismo, el artículo 2 de la Ley 269 ([Congreso de la República, 1996](#)) menciona que el personal médico asistencial puede desempeñar más de un empleo en entidades públicas y cumplir jornadas de hasta 12 horas diarias, siempre que el total no exceda las 66 horas semanales, independientemente del tipo de contratación ([Muñoz, 2022](#)).

Los resultados revelan que las mujeres tienden a destacar en dimensiones como empatía, motivación, comunicación, atención personalizada y apoyo emocional, lo cual refuerza la importancia de estas competencias en el contexto hospitalario. En esta línea, [Maza-de la Torre et al. \(2023\)](#) subrayan que la empatía, la comunicación eficaz y el asertividad son habilidades fundamentales en la práctica médica contemporánea, especialmente en un entorno marcado por los avances tecnológicos, ya que fortalecen la relación entre el profesional sanitario y el paciente; esta relación, particularmente la que se establece entre médico y paciente, debe comprenderse como bidireccional, basada en la retroalimentación, la atención mutua y la educación constante. El autor propone la regla de las “15 C” como guía para fortalecer estas relaciones: comunicación, cercanía, entendimiento, compasión, confianza, habilidad, constancia, certificación, creatividad, colaboración/coordiación, compromiso bidireccional y conexión.

En contraposición, estudios de la Fundación de Salud Mental (citado por la [Universidad EAFIT, 2025](#)) muestran que los hombres tienen más problemas para manifestar sus emociones, con un 22 % que reconoce que oculta sus sentimientos, lo cual podría impactar la calidad de la relación de atención. En relación con los procesos de formación en situaciones de emergencia, el análisis ofrece una valoración positiva de la inducción y de la formación, mientras que

la reinducción con promedio inferior incide en la adecuación y refuerza áreas de mejora. De acuerdo con lo expuesto por [E.S.E. Hospital San Juan de Dios Yarumal \(2020\)](#), la inducción, la reinducción y la formación son esenciales para dotar al personal de las habilidades necesarias para proporcionar un cuidado humanizado y de calidad, reforzando filiación del nuevo empleado en la cultura de la organización, poniendo especial énfasis en su conexión con los valores institucionales. En sentido opuesto, la reinducción permite la conexión del personal a cambios y actualizaciones del plano interno, siendo la opción para elegir en una periodicidad determinada. Ambos procesos refuerzan la sensación de pertenencia y la implicación en el Modelo de Gestión EFR, que impulsa un equilibrio entre lo profesional y lo familiar. En lo que respecta a la formación, se reconoce como un elemento estratégico para la orientación, la evaluación y el desarrollo de habilidades, de manera que los procesos institucionales sean optimizados periódicamente y se llegue a alcanzar los objetivos de la organización.

Aunque, de acuerdo con [Torres-Flórez et al. \(2019\)](#), la inducción es fundamental para que el nuevo trabajador se adapte correctamente a su puesto de trabajo. Esta etapa ayuda a disminuir el miedo y la incertidumbre del nuevo empleado, además de promover una sensación de pertenencia a la organización. El desconocimiento de las funciones y de los procedimientos puede traer consigo riesgos, por lo que es importante ayudar a generar un clima de confianza. Por lo tanto, también se consideran imprescindibles la difusión de normas y de manuales, con el fin de minimizar riesgos y de incrementar la eficacia del nuevo trabajador. Respecto a la formación, cabe señalar que es una inversión en la empresa que persigue el aumento, la eficacia y la eficiencia de los trabajadores, pues garantiza la posibilidad de un desarrollo personal y profesional, la conciliación de los intereses individuales con los de la empresa para el cumplimiento de los objetivos compartidos.

Los resultados evidencian un consentimiento positivo respecto a la humanización de la atención, especialmente en aspectos como empatía y respeto, junto a otros aspectos que están relacionados, como la seguridad, la comunicación y el acompañamiento emocional, no solamente de un acuerdo hacia un cuidado centrado en la persona. En esta línea, [Gutiérrez \(2017\)](#) planteó que nuestro servicio sanitario deberá fundamentarse en la humanización, dado que la relación de salud es esencialmente entre humanos, entre el personal asistencial y el individuo que requiere atención, siendo esta una prioridad para asegurar la supervivencia física y la administración de las características emocionales, éticas y profesionales. Las legislaciones actuales expanden el concepto del cuidado, fundamentado en un escenario integral, es decir, la concepción de cuidar a la persona enferma y a su familia y la atención integral a las personas que proveen los cuidados. De esta manera, la humanización se convierte en un proceso que integra las relaciones interpersonales que fomentan el respeto, la comunicación asertiva, la información clara y el establecimiento de un vínculo con el paciente ([Oidor, 2021](#)).

Según [Ceballos y Caicedo \(2020\)](#), Los hospitales han ido realizando un giro en su actividad, comprendiendo que los pacientes deben ser objeto de atención, dando prioridad al concepto de humanización, que para nada es reciente, se había dejado de lado por varios factores que intervienen en su desarrollo. En la calidad de la atención, se ha demostrado que no solo el paciente es el centro, sino que es necesaria una coordinación entre los distintos actores para proporcionar un ambiente acogedor y empático frente a los problemas de salud-enfermedad. Así como es importante la capacitación de los profesionales de la salud también es vital que los centros hospitalarios cuenten con los recursos humanos, profesionales, tecnológicos para brindar una atención de calidad a los pacientes y a sus familias.

Por su parte, la teoría del cuidado humanizado de Watson subraya la calidad y el resultado del cuidado, proporcionado en entornos sanitarios, y el impacto de la atención en instituciones de salud. Esta teoría se basa en el proceso de cuidado y transformación tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Sin embargo, esto solo se puede lograr si se está preparado para aceptarlo, porque desde cualquier disciplina, el pilar debe ser el cuidado [Watson \(2007\)](#). Como lo dan a conocer [Curtis y Wiseman \(2008\)](#) la atención a pacientes conlleva la ejecución de intervenciones elementales destinadas a reemplazar las actividades cotidianas, así como mediaciones sofisticadas que respaldan la recuperación de la salud o la conservación de la condición clínica. Entre otros aspectos, se incluye el de proporcionar un entorno de comodidad físico y mental, promoviendo elementos como el reposo, el descanso, la nutrición, la higiene y la dignidad, los cuales indican que mantener estos elementos durante la atención es un deber crucial de los profesionales sanitarios, dado que tienen un impacto significativo en los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes.

Es crucial dar prioridad a las necesidades del paciente y atenderlas de forma serena y empática. Esto podría ser muy beneficioso para establecer una conexión cercana con el paciente y si todo marcha bien, también ayudará a que la comunicación sea mucho más fluida, permitiéndonos entender mejor qué le sucede a esta persona, sus emociones y/u sus puntos de vista. Ofrecer respaldo físico y emocional al paciente, brindar asistencia siempre que sea viable y prestar atención a lo que este individuo pueda manifestar o expresar (dolor, emociones, etc.). Trabajar con simplicidad y humildad, mantenerse receptivo al diálogo es crucial para que el paciente manifieste sus preocupaciones respecto a lo que le está sucediendo con el tratamiento que se le va a brindar, utilizando un lenguaje comprensible, claro y conciso. Tratar a cada paciente de

forma individualizada, por ejemplo, nombrándole por su nombre, respetando su privacidad y considerando su punto de vista incrementa su grado de seguridad y gratificación (Universidad Europea, 2021).

Numerosos profesionales sanitarios han sido admitidos, reincorporados y formados adecuadamente, evidenciando que los hospitales objeto de estudio han trabajado arduamente para brindar un trato digno a los pacientes y sus familias, sosteniendo que la empatía con los pacientes es esencial para ellos, quienes aspiran a entender y compartir cada vez más las emociones, vivencias e inquietudes de los usuarios, escuchando detenidamente, confirmando sus emociones, reaccionando de forma compasiva y humana. A su vez, para estos profesionales de la salud es fundamental una comunicación eficaz con los pacientes en el proceso de humanización de la asistencia sanitaria, ya que facilita la formación de una relación de confianza, entender las necesidades personales y promover su implicación activa en la atención. Una comunicación nítida, empática y asertiva favorece una experiencia de cuidado más enriquecedora y la mejora de la calidad de vida del paciente por medio de diferentes cuidados los cuales conllevan a garantizar el bienestar físico, emocional y social, a través de la puesta en marcha de medidas de higiene, nutrición, comodidad y cuidado personalizado. Se consigue esto mediante una comunicación eficaz, el respeto por sus gustos y requerimientos, y la observación de protocolos de cuidado que aseguran su protección y confort.

Conclusiones

El principio y el fin del esfuerzo de los profesionales de la salud se basa en el desarrollo de la práctica clínica diaria con el objetivo de ayudar a los pacientes a tener una mejor calidad de vida. Tener en cuenta que la muerte es natural, es indispensable para respetarla, tratarla de manera

digna y ayudar a los pacientes cuando llegue ese momento. Los pacientes se deben tratar como seres humanos no como enfermedades; por ello es importante estar en continua capacitación, porque es tanto lo que hay por aprender y lo que se puede hacer por las personas que, cuanto más se aprende, más se abre una puerta de luz, de optimismo y de alegría para los que buscan aliviar el sufrimiento de las personas.

Es esencial establecer programas de humanización en centros hospitalarios para asegurar un cuidado integral, optimizar la experiencia del paciente y robustecer la conexión entre el equipo médico y los pacientes. La humanización se centra en el bienestar emocional, social y psicológico del paciente, añadiendo a la asistencia sanitaria un cuidado digno, empático y considerado que mejora la experiencia del paciente con el tratamiento, pues proporciona un cuidado más acogedor y personalizado, disminuye la ansiedad y el estrés del paciente, lo cual puede agilizar su proceso de recuperación y potenciar su satisfacción. Además de resaltar la conexión entre médico y paciente la humanización fomenta la confianza y la comunicación eficaz, lo que facilita un entendimiento más profundo de la enfermedad, y un mayor compromiso con el tratamiento minimiza la mortalidad y la morbilidad, porque atender las demandas emocionales y sociales del paciente fomenta un mejor bienestar global, lo cual puede influir de manera positiva en la salud física.

Por medio de estos programas se incrementa la gratificación de los profesionales de salud, mejora el ambiente laboral con humanidad y a su vez potencializa el ambiente de trabajo, disminuyendo el estrés e incentivando la motivación de los empleados; esto se refleja en una mejor calidad en la atención, fomenta la igualdad y la disponibilidad de la salud. La humanización asegura que todos los pacientes, sin importar su procedencia social, edad, estado físico o mental, sean tratados con dignidad y respeto.

Conflicto de interés

Los autores manifiestan no tener conflicto de interés con la información del artículo.

Referencias

- Acosta, C. A. A. (2018). La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 13(2). <https://doi.org/10.18270/rbc.v13i2.1945>
- Arango Ossa, M. A., Henao López, C. P., Rivera Gallego, L. M., Piedrahita Maya, J., y Agudelo Gómez, A. (2021). Evaluación de los comportamientos de cuidado otorgados a partir de la percepción del profesional de enfermería. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.ecco>
- Caballero, B. Y., Bueno, J. M. V., Ruiz, F. R., González, A. J. G., y Sánchez, J. C. C. (2023). Proceso de implementación de buenas prácticas de humanización en un servicio de urgencias hospitalarias. *Revista Española de Urgencias y Emergencias*, 2(2), 70-77. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8899449>
- Carlosama, D. M., Villota, N. G., Benavides, V. K., Villalobos, F. H., Hernández, E. D. L., y Matabanchoy, S.M. (2019). Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*, 23(2), 245-262. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222019000200245&script=sci_arttext
- Ceballos, M. y Caicedo, M. (2020). La humanización en los entornos hospitalarios y sus aristas. En M. A. Ceballos Casas, y M. A. Caicedo Bucheli, (eds. científico). *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica* (pp. 13-32). Editorial Universidad Santiago de Cali y Fundación Universitaria de Popayán. <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/view/107/480/6888>
- Congreso de la República de Colombia. (2021). Ley 2101–Por medio de la cual se reduce la jornada laboral semanal de manera gradual, sin disminuir el salario de los trabajadores y se dictan otras disposiciones. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=166506>
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438–Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- Congreso de la República de Colombia. (1996). Ley 269–Por la cual se regula parcialmente el artículo 128 de la Constitución Política, en relación con quienes prestan servicios de salud en las entidades de derecho público. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27940>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100–Sistema de seguridad social integral. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Curtis, K., y Wiseman, T. (2008). Back to basics—Essential nursing care in the ED, Part 2. *Australasian. Emergency Nursing Journal*, 11(2), 95-99. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2007.11.005>
- E.S.E. Hospital San Juan De Dios Yarumal. (2020). *Manual de Inducción, Reinducción, Capacitación Y Desarrollo del Personal*. <https://hospitalyarumal.gov.co/wp-content/uploads/2023/08/MA-16-007-INDUCCION-Y-REINDUCCION.pdf>
- Escobar-Castellanos, B., y Cid-Henríquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioethica*, 24(1), 39-46. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2018000100039&script=sci_arttext&lng=pt
- García, C. (2016). *Bioética y humanismo: dos conceptos en una relación problemática*. V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, 16 al 18 de noviembre de 2016 Mendoza, Argentina. Métodos, metodologías y nuevas epistemologías en las ciencias sociales: desafíos para el conocimiento profundo de Nuestra América. En Memoria Académica. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8452/ev.8452.pdf
- Grit, K., Verbeek, H., y Roelofs, P. (2020). Communication in complex healthcare environ-

- ments: Challenges and solutions. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2994-3003. <https://doi.org/10.1111/jocn.15395>
- Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M. E., y De La Cruz-Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. *Revista Enfermería Herediana*, 9(2), 133-133. <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
- Guidi, C., y Traversa, C. (2021). Empatía en la atención al paciente: de la “empatía clínica” a la “preocupación empática”. *Medicina, atención sanitaria y filosofía*, 24, 573-585. <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10033-4>
- Gutiérrez, (2017) R. La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005
- Hurissa, B. F., Koricha, Z. B., y Dadi, L. S. (2023). Effect of empathy training on the empathy level of healthcare providers in Ethiopia: a cluster randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 14, 1091605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1091605>
- Jaime, J. A. (2020). Edad y antigüedad laboral de los profesionales de enfermería como antecedentes del compromiso afectivo en los hospitales privados de Jalisco, México. *3C Empresa. Investigación y pensamiento crítico*, 9(4), 53-71. <https://doi.org/10.17993/3cemp.2020.090444.53-71>
- Kelley, A. S., y Morrison, R. S. (2015). Palliative care for the seriously ill. *New England Journal of Medicine*, 373(8), 747-755. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1404684>
- Kwame, A., y Petruca, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Maza-de la Torre, G., Motta, G., Motta, G., y Jarquin, P. (2023). La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Revista de sanidad militar*, 77(1). <https://www.scielo.org.mx/pdf/rsm/v77n1/0301-696X-rsm-77-01-e01.pdf>
- Ministerio de salud y protección social (2022) Resolución 755 de 2022–Se adopta la política Nacional de talento humano de enfermería, para el fortalecimiento del talento humano en salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20755%20de%202022.pdf
- Mora Ortiz, K. J., Lizarazo Barreto, M. J., y Garzón Peña, Y. A. (2021). Humanización de la atención en salud en el servicio de urgencias de una IPS oncológica. [Tesis de posgrado, Universidad del Bosque]. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/8736>
- Muñoz, F. (2022) La jornada laboral en el Sector de la Prestación de Servicios de Salud. *Revista Hospitalaria*. <https://revistahospitalaria.org/nos-preguntan/la-jornada-laboral-en-el-sector-de-la-prestacion-de-servicios-de-salud-139/>
- Oidor Campo, N. (2021). Fortalecer, articular y humanizar el ejercicio práctico del Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) en la ESE Hospital San Rafael Yolombó. [Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia]. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/entities/publication/0437b0a7-c53a-4972-97a0-54e1568d8e6f>
- Ortiz, E. M. P., Cruz, J. V. D. M., Montañez, R. A. C., y Buitrago, C. Y. B. (2021). Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(1), 94-104. <https://doi.org/10.22463/17949831.2512>
- Pabón-Ortiz, E. M., Mora-Cruz, J. V., Buitrago-Buitrago, C. Y., y Castiblanco-Montañez, R. A. (2021) Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista ciencia y cuidado*, 18(1), 94-104. <https://doi.org/10.22463/17949831.2512>
- Paulus, C. M., y Meinken, S. (2022). The effectiveness of empathy training in health care: a meta-analysis of training content and methods. *International Journal of Medical Education*, 13, 1. <https://doi.org/10.5116/ijme.61d4.4216>
- Rider, E. A., Gilligan, M. C., Osterberg, L. G., Litzelman, D. K., Plews-Ogan, M., Weil, A. B., y Branch, W. T. (2018). Healthcare at the crossroads: the need to shape an organizational culture of humanistic teaching and practice. *Journal of general internal medicine*, 33, 1092-1099. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4470-2>

- Romero, Z., y Torres J. (2001). Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(1), 11-18. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v27n1/spu02101.pdf>
- Shahabinejad, M., Khoshab, H., Najafi, K., y Haghsheenas, A. (2020). The relationship between patient safety climate and medical error reporting rate among Iranian hospitals using a structural equation modeling. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30(3). <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.2>
- Tejada, A. (2020) La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: definición, contextualización e implementación. En L. Obando Cabezas, ed. *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: la humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario* (pp. 19-49). Editorial Universidad Santiago de Cali. <https://books.scielo.org/id/dk8c5/pdf/obando-9786287501621-02.pdf>
- Torres-Flórez, D., Cortes, K. A. E., y Paredes, A. P. (2019). Inducción y capacitación como factor de desarrollo de los IPS (Centros Médicos) de Villavicencio, Meta-Colombia. *UPGTO Management Review*, 4(1), 3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7008904>
- Universidad EAFIT, (2025) *Por qué los hombres expresan menos sus emociones y la importancia de hacerlo*. <https://www.eafit.edu.co/noticias/nuestro-impacto/por-que-los-hombres-expresan-menos-sus-emociones-y-la-importancia-de>
- Universidad Europea. (2021) *¿Por qué es importante una buena comunicación con el paciente?* <https://universidadeuropea.com/blog/comunicacion-con-paciente/>
- Urra, E., Jana, A., y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
- Watson, J. (2007). Theoretical questions and concerns: response from a Caring Science framework. *Nursing science quarterly*. 20(1) <https://doi.org/10.1177/0894318406296785>