

## ARTÍCULO ORIGINAL

# PRINCIPALES BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS HUMANIZADAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL BARRIO MBURUCUYÁ DE ASUNCIÓN, PARAGUAY, AÑO 2023

*Main Barriers and Facilitators for the Implementation of Humanized Practices in Health Services of the Mburucuyá Neighborhood, Asunción, Paraguay, 2023*

DOI: <https://doi.org/10.65740/1ykj1779>

**Stela Arabita Cáceres Ozorio**

Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0209-5456>

Autora de correspondencia: [ara.betel66@gmail.com](mailto:ara.betel66@gmail.com)

**Paola Daniela Miller Wlosek**

Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3110-0116>

[pao.mwlo@gmail.com](mailto:pao.mwlo@gmail.com)

**Derliz Osmar Cabrera Cabrera**

Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4027-6925>

[dcabrera75@gmail.com](mailto:dcabrera75@gmail.com)

## Resumen

En los sistemas de salud contemporáneos persisten modelos de atención despersonalizados que privilegian la eficiencia y la gestión de recursos por encima de la dignidad y el bienestar integral de las personas. En el Barrio Mburucuyá de Asunción, esta tensión se expresa en sobrecarga laboral, burocratización, tiempos de consulta reducidos y limitaciones de infraestructura, dificultando la consolidación de prácticas centradas en el paciente. La investigación se propuso identificar estrategias y ajustes en políticas públicas y prácticas institucionales para fortalecer la humanización de la atención en los servicios de salud del barrio durante el año 2023. Se adoptó un enfoque metodológico mixto con predominio cuantitativo. En la fase cuantitativa se aplicó una encuesta a 368 usuarios habitantes del barrio para medir percepciones y experiencias sobre el grado de humanización. En la fase cualitativa se realizaron entrevistas en profundidad a 9 informantes clave (médicos, personal de enfermería, administrativos y directivos) acerca de factores organizacionales, laborales, culturales y formativos. El diseño fue no experimental, descriptivo y de corte transversal. Los resultados evidencian que la humanización es valorada por los usuarios, quienes destacan el trato respetuoso (84%), la comunicación clara y la empatía como aspectos esenciales, y el 73,9% califica la atención recibida como buena o excelente. Sin embargo, se identifican como barreras principales la sobrecarga asistencial, los tiempos breves de consulta, la insuficiencia de recursos, el desgaste emocional del personal y la formación profesional centrada en la enfermedad antes que en la persona. Con base en estos hallazgos, se propone un Modelo Integral de Atención Centrado en la Persona articulado en cuatro ejes estratégicos: relacional-comunicacional, organizacional-institucional, formativo-profesional y comunitario-participativo.

**Palabras clave:** humanización de la atención en salud; atención centrada en la persona; servicios de salud; Barrio Mburucuyá; políticas públicas en salud; barreras y facilitadores; Paraguay.

## Abstract

In contemporary health systems, impersonal models of care persist that prioritize efficiency and resource management over human dignity and holistic well-being. In the Mburucuyá neighborhood of Asunción, this tension manifests in work overload, bureaucratization, short consultation times, and infrastructure constraints, hindering the consolidation of patient-centered practices. This study aimed to identify strategies and adjustments in public policies and institutional practices to strengthen the humanization of care in the neighborhood's health services during 2023. A mixed-methods approach with quantitative predominance was adopted. In the quantitative phase, a survey was administered to 368 resident users to measure their

**Cómo citar:** Cáceres O., S., Miller W., P., Cabrera C., D.O. (2026). Principales Barreras y Facilitadores para la Implementación de Prácticas Humanizadas en los Servicios de Salud del Barrio Mburucuyá de Asunción, Paraguay, año 2023. *Revista de Investigación en Salud Pública*, 1(1), 17–27. <https://doi.org/10.65740/1ykj1779>

**Editor responsable:** Sergio David González Ayala, Posgrado Columbia, Asunción, Paraguay, [risalp@posgradocolumbia.edu.py](mailto:risalp@posgradocolumbia.edu.py)

**Derechos de autor:** ©2026 Stela Arabita Cáceres Ozorio, Paola Daniela Miller Wlosek y Derliz Osmar Cabrera Cabrera. Los autores conservan los derechos de autor.

**Licencia:** Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

perceptions and experiences regarding humanization of care. In the qualitative phase, in-depth interviews were conducted with 9 key informants (physicians, nursing staff, administrative personnel, and managers) on organizational, labor, cultural, and training factors. The design was non-experimental, descriptive, and cross-sectional. Findings show that users value humanization, highlighting respectful treatment (84%), clear communication, and empathy as essential aspects, with 73.9% rating the care received as good or excellent. Main barriers identified include service overload, short consultation times, insufficient resources, staff emotional exhaustion, and a professional training model centered on disease rather than the person. Based on these findings, a Comprehensive Person-Centered Care Model is proposed, structured around four strategic axes: relational-communicational, organizational-institutional, professional training, and community participation.

**Keywords:** humanization of health care; person-centered care; health services; Mburucuyá neighborhood; public health policies; barriers and facilitators; Paraguay

## 1. Introducción

La humanización de la atención sanitaria constituye hoy uno de los ejes más relevantes del debate sobre la calidad de los sistemas de salud. Como señala la literatura, la humanización no es una moda reciente, sino el resultado de una perspectiva que sostiene que la medicina, el cuidado de la salud y la prestación asistencial deben centrarse en la persona: reconocerla en sus esferas constitutivas biológica, psicológica, social, espiritual y cultural (Bermejo, citado en el Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud, s.f.). En Paraguay, el marco normativo refleja este compromiso: la Política Nacional de Calidad en Salud 2017-2030 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) establece explícitamente la calidez y el buen trato como criterios de calidad de obligatorio cumplimiento para todo el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, entre el enunciado normativo y la práctica cotidiana persisten brechas significativas que requieren ser documentadas y analizadas con rigor empírico.

El Barrio Mburucuyá de Asunción ofrece un escenario paradigmático para este análisis: sus servicios de salud operan en un contexto de alta demanda, recursos limitados y diversidad sociocultural, donde la tensión entre eficiencia institucional y calidad humana de la atención se expresa de manera particularmente nítida. Estudios previos en Paraguay (Real-Delor, 2023; MSPyBS, 2005) documentaron que solo el 44,9% de los usuarios de servicios de APS se muestra plenamente satisfecho con la atención, y que los criterios peor evaluados se relacionan con la escucha activa y el tiempo dedicado a la consulta. Amnistía Internacional (2024) señaló, además, que el sistema público de salud presenta barreras de acceso y trato inadecuado especialmente hacia grupos en situación de vulnerabilidad.

En este contexto, el presente artículo reporta los resultados de una investigación de maestría orientada a: (1) identificar los factores organizacionales, laborales y culturales que limitan la humanización; (2) analizar buenas prácticas internacionales adaptables; (3) determinar necesidades de formación del personal; y (4) proponer un modelo integral de atención centrado en la persona para los servicios de salud del Barrio Mburucuyá. La relevancia del estudio radica en su contribución a visibilizar la humanización como fenómeno multidimensional y en generar insumos concretos para la gestión de los servicios y el diseño de políticas públicas en salud.

## 2. Fundamentación Teórica

### 2.1 De la Deshumanización a la Atención Centrada en la Persona

El desarrollo científico y tecnológico del siglo XX, si bien trajo mejoras sustanciales en las tasas de curación, siguió un modelo ontológico centrado en la enfermedad que provocó una fragmentación del cuerpo humano y una pérdida progresiva de la visión integral de la persona (Cacace & Giménez-Lascano, 2022). El reconocido informe de Abraham Flexner advirtió tempranamente que cultivar intensamente una medicina científica traía consigo el riesgo de perder el mejor juicio y la cultura amplia de las generaciones previas. La deshumanización se instauró así como un fenómeno multifactorial en el que el personal sanitario, bajo la presión asistencial, puede llegar a anteponer aspectos meramente administrativos o procedimentales a la prestación de un servicio orientado al ser humano (Gutiérrez Fernández, 2017).

Como reacción a esta tendencia, surgieron modelos que reposicionaron a la persona en el centro del cuidado. El Modelo Biopsicosocial de George L. Engel (1913-1999) aportó una visión sistémica que reconoce que las enfermedades afectan a la persona en múltiples niveles. La Medicina Centrada en el Paciente, impulsada por Michael Balint e Ian McWhinney, operacionalizó dicho modelo integrando la atención de la enfermedad con la experiencia humana de enfermar. Hoy, el Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) es un concepto ordenador que busca la atención integral —biológica, psicológica, social, espiritual y cultural—, promoviendo la escucha activa y la toma de decisiones compartidas entre el profesional y el paciente.

### 2.2 La Humanización como Eje de Política Pública

España lideró la formalización institucional de la humanización en salud con el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria del INSALUD en 1984 y su expansión en 1987. En Paraguay, la Política Nacional de Calidad en Salud 2017-2030 (MSPyBS) establece como línea de acción prioritaria promover el buen trato a los usuarios vinculado con el respeto, la

amabilidad, la atención personalizada, la privacidad y la información continua. El Plan Estratégico Institucional 2024-2028 del MSPyBS reitera que brindar atención con calidad y calidez es un compromiso esencial, y que el objetivo estratégico es fortalecer el acceso equitativo a servicios integrales centrados en las personas. Sin embargo, la misma política reconoce que hasta 2011 no existían mecanismos institucionales establecidos para evaluar la percepción de los usuarios respecto a la calidad y calidez, lo que subraya la necesidad de investigaciones como la presente.

### 2.3 Barreras y Facilitadores en la Literatura Internacional

Henao-Castaño, Vergara-Escobar y Gómez-Ramírez (2021) señalan que la humanización constituye una dimensión inseparable de la calidad asistencial, en tanto involucra no solo competencias técnicas, sino también habilidades comunicativas, empatía, escucha activa y reconocimiento de la dignidad. La literatura identifica como barreras recurrentes la sobrecarga laboral, la burocratización, los tiempos reducidos de consulta, el desgaste emocional del personal (Hirmas Adaury et al., 2013; Ramírez Perdomo et al., 2018), las actitudes paternalistas y la formación centrada en la enfermedad antes que en la persona. Como facilitadores se reconocen la creciente sensibilización institucional, el apoyo de organizaciones comunitarias, las experiencias de modelos centrados en el paciente en otros contextos y la demanda creciente de trato humanizado por parte de los usuarios.

## 3. Metodología

### Diseño y tipo de investigación

La investigación adoptó un enfoque mixto con predominio cuantitativo y complemento cualitativo (Hernández Sampieri et al., 2014). El componente cuantitativo incluyó encuestas estructuradas con preguntas cerradas y escala Likert (1-5), orientadas a medir la percepción y experiencias de la población usuaria respecto a la humanización. El componente cualitativo incorporó preguntas abiertas y entrevistas en profundidad para recuperar testimonios, narrativas y recomendaciones de informantes clave. La integración de ambos componentes se realizó mediante triangulación convergente, contrastando coincidencias y complementando interpretaciones.

El diseño fue no experimental de corte transversal, con nivel descriptivo. La delimitación temporal fue el año 2023 y la espacial, los servicios de salud del Barrio Mburucuyá, distrito de Asunción, República del Paraguay.

### Participantes

Para el componente cuantitativo, la población de referencia fue de 8.377 habitantes del Barrio Mburucuyá. Aplicando la fórmula para poblaciones finitas con nivel de confianza del 95% y margen de error del  $\pm 5\%$ , se obtuvo una muestra de 368 participantes. El perfil de la muestra mostró predominio femenino (67%), concentración etaria en el rango de 45-59 años ( $\approx 47\%$ ) y alta escolaridad formal (79,4% con estudios universitarios o de posgrado). Para el componente cualitativo, se realizaron entrevistas en profundidad a 9 informantes clave de la red pública de salud del barrio, seleccionados mediante muestreo intencional con criterio de saturación teórica: 3 médicos, 3 de enfermería, 2 directivos y 1 administrativo.

### Instrumentos y Análisis

El instrumento cuantitativo fue un cuestionario estructurado de 17 ítems. Los datos se procesaron mediante análisis estadístico descriptivo con Microsoft Excel y frecuencias descriptivas. El instrumento cualitativo fue una guía de entrevistas semiestructurada con cuatro ejes temáticos correspondientes a los objetivos específicos. El análisis de las respuestas abiertas se realizó mediante análisis de contenido temático, identificando convergencias, divergencias y patrones interpretativos. Se respetaron los principios de confidencialidad y consentimiento informado.

### Variables

**Tabla 1. Variables de investigación y estructura metodológica**

| Variable                                                                      | Tipo         | Definición Conceptual                                                                                                                                          | Dimensiones                                                                                       | Indicadores                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Factores organizacionales, laborales y culturales que limitan la humanización | Cuantitativa | Condiciones estructurales, procedimentales y socioculturales que restringen la prestación de un cuidado empático, digno y centrado en la persona (Jones, 2019) | Organización institucional; condiciones laborales; cultura profesional y relación médico-paciente | Sobrecarga percibida; tiempo medio de consulta; autonomía profesional; actitudes paternalistas |
| Buenas prácticas y modelos                                                    | Cuantitativa | Experiencias foráneas probadas en humanización, susceptibles de                                                                                                | Modelos de ACP; estrategias institucionales;                                                      | Nivel de conocimiento declarado;                                                               |

| Variable                                           | Tipo         | Definición Conceptual                                                                                    | Dimensiones                                                           | Indicadores                                                                           |
|----------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| internacionales adaptables                         |              | contextualizarse al sistema público local (White, 2021)                                                  | conocimiento/valoración de experiencias                               | percepción de factibilidad; disposición a la adaptación                               |
| Estrategias de formación y desarrollo profesional  | Cuantitativa | Métodos pedagógicos que fortalecen competencias en empatía, comunicación y ética (Brown, 2018)           | Capacitación en servicio; formación universitaria; educación continua | Frecuencia de capacitaciones; impacto percibido; cobertura de contenidos humanistas   |
| Modelo integral de atención centrado en la persona | Cuantitativa | Esquema asistencial basado en la dignidad, participación activa y atención biopsicosocial (Taylor, 2022) | Participación del paciente; adaptación cultural; evaluación del trato | Participación en decisiones; adecuación cultural percibida; satisfacción global (1-5) |

Fuente: Elaboración propia (2023). ACP = Atención Centrada en la Persona..

Análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se procedió a la construcción de tablas de frecuencias en Microsoft Excel para consolidar la información recopilada, y se utilizaron frecuencias absolutas y porcentuales para describir el comportamiento de las variables, con el apoyo del paquete estadístico SPSS de IBM versión 21. Los resultados se presentan mediante tablas y análisis descriptivos, organizados por dimensión y desagregados según área de desempeño y antigüedad institucional.

Consideraciones éticas

La investigación se realizó con financiamiento propio del investigador, quien declara no tener conflicto de intereses. La participación fue voluntaria, respetando el principio de autonomía. Se garantizó la confidencialidad absoluta de los datos individuales, cuyos resultados agregados se orientan a la mejora del desempeño laboral y al beneficio de los usuarios del sistema de salud.

4. Resultados

4.1 Perfil Sociodemográfico de los Usuarios

La muestra presentó una composición predominantemente femenina y con alto capital educativo, lo que deberá considerarse al interpretar la generalización de los resultados hacia poblaciones con menor escolaridad. La Figura 1 resume la composición de la muestra:

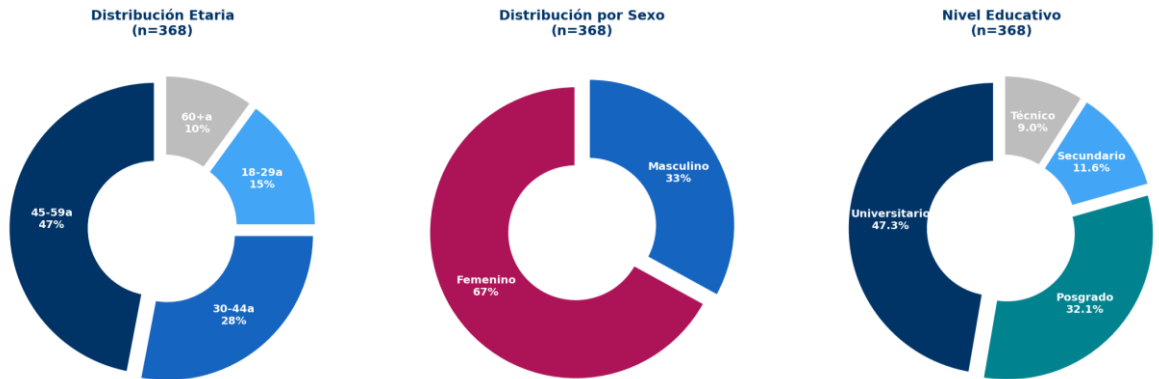


Figura 1. Perfil sociodemográfico de los usuarios encuestados — Barrio Mburucuyá, Asunción, 2023. Fuente: Elaboración propia.

## 4.2 Factores Organizacionales, Laborales y Culturales

La distribución de respuestas sobre los factores organizacionales refleja un contexto percibido mayoritariamente como respetuoso, reglado y con tiempos razonables de interacción. El ítem con mayor peso corresponde a la disponibilidad de tiempo para expresar necesidades ( $\approx 23,2\%$ ), seguido del trato respetuoso y digno ( $\approx 20,5\%$ ) y la existencia de protocolos orientadores ( $\approx 18,8\%$ ). La menor proporción correspondió a actitudes paternalistas observadas ( $\approx 5,8\%$ ), lo que sugiere que estas conductas no son percibidas como rasgo dominante de la cultura institucional.

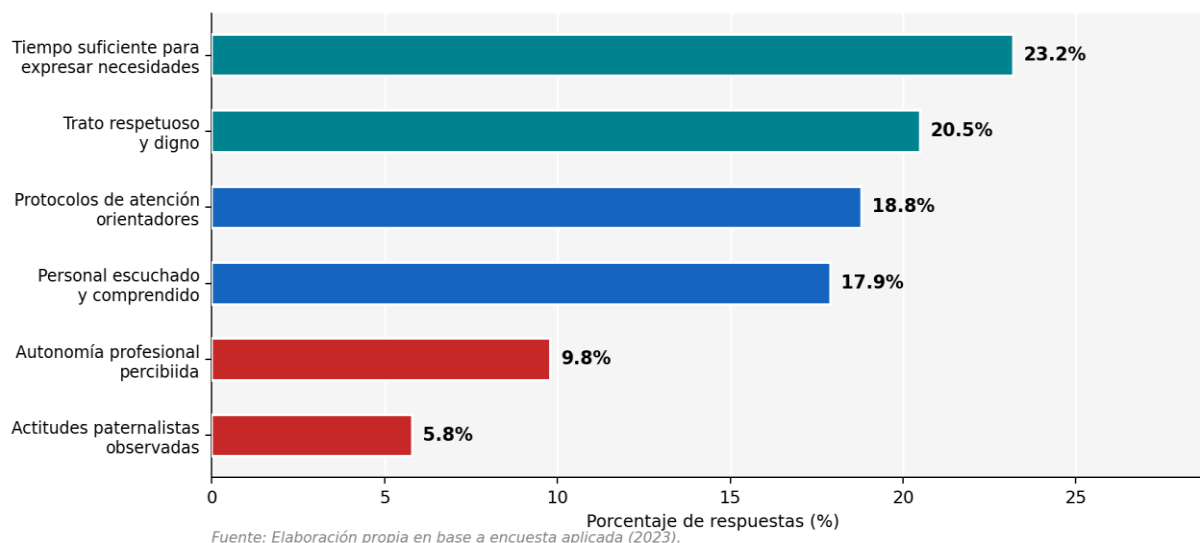


Figura 2. Percepción de factores organizacionales, laborales y culturales ( $n=368$ , Barrio Mburucuyá, 2023). Fuente: Elaboración propia.

Las entrevistas a informantes clave enriquecieron y profundizaron este diagnóstico. Los principales hallazgos cualitativos por eje de análisis se sintetizan en la Tabla 2, que recoge las barreras identificadas por los 9 informantes clave:

Tabla 2. Síntesis de barreras principales según informantes clave ( $n=9$ , red pública de salud, Barrio Mburucuyá, 2023)

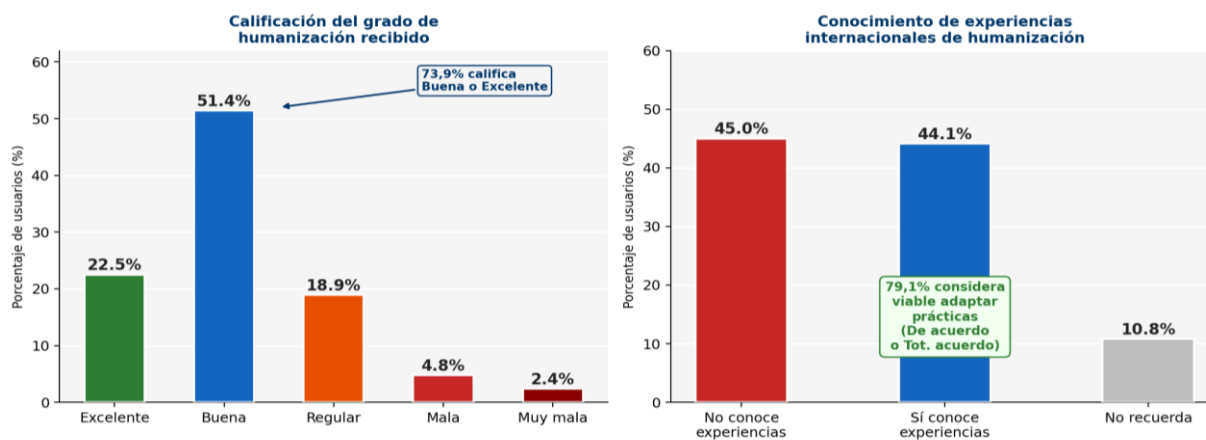
| Nº | Rol        | Barrera principal identificada                                                                   | Síntesis interpretativa                                                                                  |
|----|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Enfermería | Concepción del profesionalismo como impersonalidad; evitar confraternizar                        | Barrera cultural y actitudinal: el distanciamiento afectivo se asocia al ideal de profesionalismo        |
| 2  | Directivo  | Sobrecarga laboral; falta de RRHH y recursos; débil comunicación interna                         | Barreras estructurales: insuficiencia de recursos humanos y materiales que impiden un cuidado de calidad |
| 3  | Médico     | Tiempo asignado para la atención del paciente                                                    | El tiempo limitado de consulta restringe la escucha, la explicación y la contención                      |
| 4  | Médico     | Alta demanda de pacientes; tiempo de atención limitado; capacidad de respuesta en especialidades | Presión asistencial elevada que reduce la posibilidad de un abordaje humanizado y personalizado          |
| 5  | Directivo  | La empatía con el usuario (su ausencia o insuficiencia)                                          | Barrera relacional: la empatía se identifica como factor crítico insuficientemente desarrollado          |

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a informantes clave (2023).

El análisis de contenido permitió identificar una convergencia en torno a cinco categorías de barreras: (1) sobrecarga asistencial y presión de tiempo; (2) concepción culturalmente arraigada del profesionalismo como impersonalidad; (3) déficit de empatía como competencia instalada; (4) formación profesional centrada en el diagnóstico antes que en la persona; y (5) déficit de recursos humanos y materiales. Como señaló el informante N° 2 (directivo): la principal barrera es la sobrecarga laboral, la falta de RRHH y otros recursos, junto a la débil comunicación interna.

### 4.3 Buenas Prácticas Internacionales y Viabilidad de Adaptación

Los resultados sobre conocimiento y viabilidad de modelos internacionales de humanización muestran un escenario dividido pero con fuerte apertura al cambio: el 44,1% de los usuarios declaró conocer experiencias exitosas en otros países sobre atención humanizada, frente al 45% que no las conoce y un 10,8% que no las recuerda. Más relevante aún es la percepción de viabilidad: el 79,1% considera viable adaptar dichas prácticas al contexto local (45,5% de acuerdo y 33,6% totalmente de acuerdo). La disposición a participar en actividades de difusión fue igualmente elevada (83,8%).



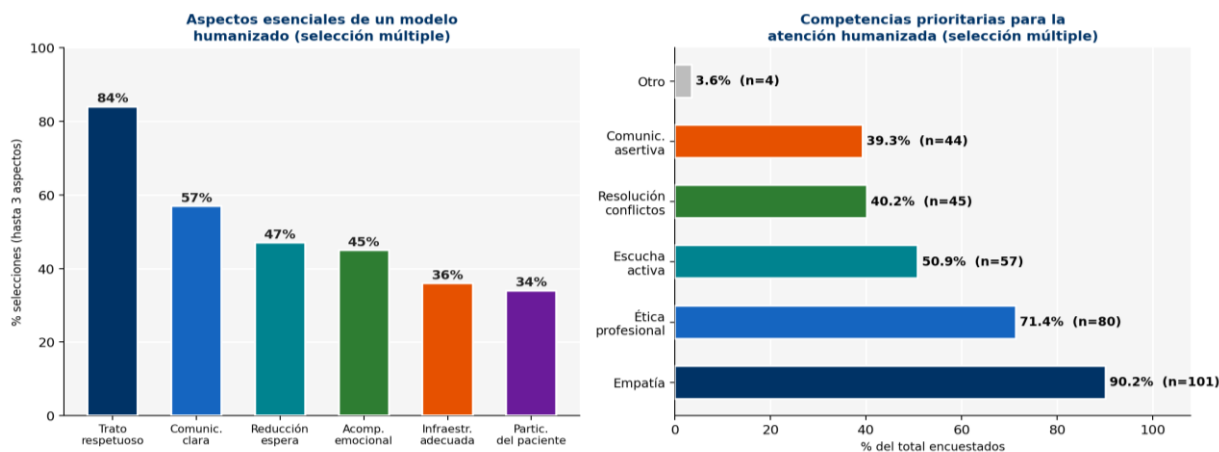
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada (2023).

Figura 3. Grado de humanización percibido y conocimiento de modelos internacionales (n=368, Barrio Mburucuyá, 2023).

Fuente: Elaboración propia.

### 4.4 Estrategias de Formación y Competencias Prioritarias

Los resultados sobre formación revelaron que el 67,5% de los usuarios percibe que el personal ha sido capacitado para brindar atención humanizada, y el 68,2% declara haber notado mejoras en el trato tras dichas capacitaciones. Sin embargo, desde la perspectiva cualitativa, los informantes coinciden en señalar que las capacitaciones son insuficientes, no sistemáticas y con escaso acompañamiento institucional. La empatía fue identificada como competencia prioritaria por el 90,2% de los encuestados, seguida de ética profesional (71,4%), escucha activa (50,9%) y resolución de conflictos (40,2%).



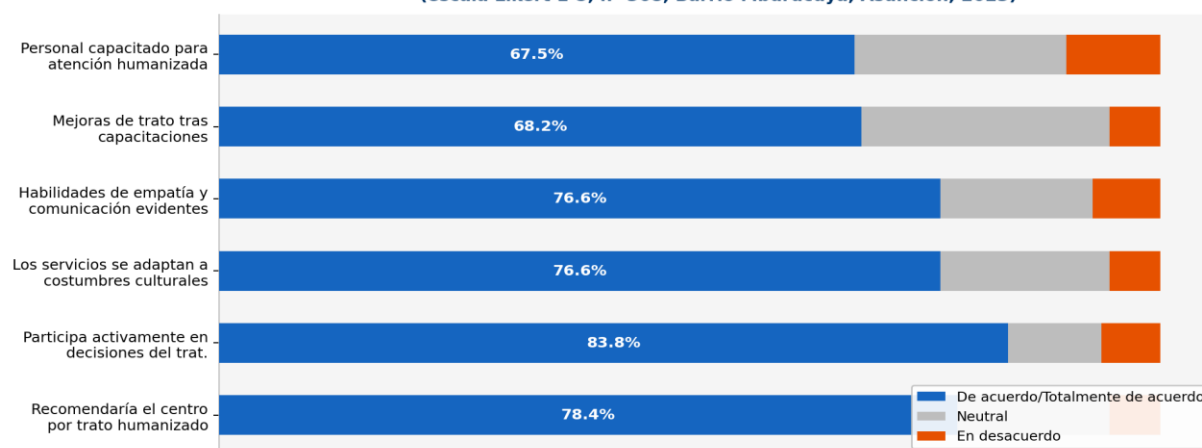
Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada (2023).

Figura 4. Aspectos esenciales del modelo humanizado y competencias prioritarias (n=368, Barrio Mburucuyá, 2023). Fuente: Elaboración propia.

### 4.5 Grado de Humanización y Dimensiones del Modelo Propuesto

La calificación global del grado de humanización recibido mostró que el 73,9% de los usuarios la califica como buena (51,4%) o excelente (22,5%), mientras que el 18,9% la considera regular y solo el 7,2% la evalúa como mala o muy mala. La disposición a recomendar el centro por su trato humanizado fue elevada: el 78,4% se manifestó de acuerdo o totalmente de acuerdo. La Figura 5 sintetiza los resultados Likert en las dimensiones más estratégicas:

**Figura 4. Percepción de los usuarios sobre dimensiones clave de la humanización (escala Likert 1-5, n=368, Barrio Mburucuyá, Asunción, 2023)**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada (2023).

**Figura 5. Percepción de los usuarios en dimensiones clave de la humanización — escala Likert 1-5 (n=368, Barrio Mburucuyá, 2023). Fuente: Elaboración propia.**

La siguiente figura sintetiza visualmente el mapa de barreras y facilitadores identificados a partir de la triangulación de los componentes cuantitativo y cualitativo:



Fuente: Elaboración propia en base a resultados cuantitativos y cualitativos (2023).

**Figura 6. Mapa síntesis de barreras y facilitadores para la humanización — Barrio Mburucuyá, Asunción, Paraguay, 2023. Fuente: Elaboración propia.**

**Tabla 3. Síntesis comparativa de barreras y facilitadores por dimensión analítica**

| Dimensión            | Barreras identificadas                                                                                               | Facilitadores identificados                                                                                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Organizacional       | Sobrecarga asistencial; tiempos de consulta reducidos; burocratización de procesos; limitaciones de infraestructura  | Marco normativo favorable (Política Nacional de Calidad 2017-2030); experiencias puntuales de buen trato reconocidas |
| Laboral              | Desgaste emocional del personal sanitario; déficit de autocuidado; falta de autonomía profesional                    | Predisposición al cambio por parte del personal; valoración de la capacitación como herramienta de mejora            |
| Cultural y formativo | Formación profesional centrada en la enfermedad; actitudes paternalistas; escasa adecuación a la diversidad cultural | Alta valoración de la empatía (90,2% como competencia prioritaria); disposición a participar en difusión (83,8%)     |

| Dimensión                | Barreras identificadas                                                                      | Facilitadores identificados                                                                                                                  |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sociocultural (usuarios) | Confianza erosionada por experiencias previas negativas; barreras lingüísticas y culturales | Alta predisposición a la participación activa (83,8%); demanda de trato humanizado como expectativa central (84% priorizan trato respetuoso) |

*Fuente: Elaboración propia en base a triangulación de datos cuantitativos y cualitativos (2023).*

## 5. Discusión

Los hallazgos de la presente investigación guardan coherencia con los resultados documentados en la literatura internacional y regional sobre humanización de la atención sanitaria. La convergencia en torno a la sobrecarga asistencial, los tiempos reducidos de consulta y el desgaste emocional del personal como barreras estructurales coincide con lo señalado por Hirmas Aday et al. (2013) y Ramírez Perdomo, Perdomo Romero y Galán González (2018), quienes identifican estas condiciones como determinantes sistémicos de la despersonalización en la atención. La investigación de Real-Delor (2023) en Paraguay también había documentado que los criterios peor evaluados en la satisfacción de usuarios de APS se relacionaban con la escucha activa y el tiempo dedicado a la consulta, resultado plenamente coherente con el patrón identificado en el Barrio Mburucuyá.

El hallazgo de que la empatía es reconocida como competencia prioritaria por el 90,2% de los encuestados, pero identificada simultáneamente por los informantes clave como una de las capacidades más deficitarias en la práctica cotidiana, pone de manifiesto la brecha entre el ideal normativo y la realidad operativa. Este dato es consistente con la observación de Henao-Castaño et al. (2021) de que la humanización constituye una dimensión inseparable de la calidad asistencial, pero que su consolidación requiere condiciones estructurales —no solo actitudinales— que habiliten su ejercicio. Como señaló el informante N° 4 (directivo): el sistema educativo promueve un manejo basado en diagnósticos y no en el ser humano, lo que limita el desarrollo de competencias para la atención centrada en la persona desde la formación de grado.

La percepción positiva generalizada del trato (73,9% califica la humanización como buena o excelente; 78,4% recomendaría el servicio) es un dato alentador que sugiere la existencia de facilitadores reales en la cultura institucional del barrio. Sin embargo, la presencia de un 18,9% de valoraciones regulares y un 7,2% negativas indica que la humanización no es homogénea ni sostenida, sino dependiente de circunstancias, profesionales y momentos específicos. Este patrón es coherente con lo señalado por la literatura sobre la diferencia entre tamizaje organizado y oportunista en programas de salud: la calidad del servicio no puede depender de la buena voluntad individual, sino que requiere condiciones sistémicas que la garanticen para todos los usuarios.

La alta viabilidad percibida para la adaptación de modelos internacionales (79,1%) representa un facilitador estratégico que no debe subestimarse. La literatura señala experiencias exitosas en España, Brasil, Colombia y Costa Rica que podrían servir de referente para el contexto paraguayo, particularmente en lo relativo a la implementación de comités de humanización, protocolos de trato digno y mecanismos permanentes de evaluación ciudadana de la calidad de la atención (Jovell, 2017; March, 2017). La transferencia de estas experiencias, sin embargo, requiere un proceso cuidadoso de contextualización que considere las particularidades socioeconómicas, culturales e institucionales del sistema de salud paraguayo.

Una limitación relevante de la investigación es el sesgo educativo de la muestra: el 79,4% de los encuestados cuenta con estudios universitarios o de posgrado, lo que puede sobreestimar la percepción positiva del trato y subestimar las barreras experimentadas por usuarios con menor escolaridad, entre quienes los informes cualitativos señalan mayor exposición al maltrato y la discriminación (MSPyBS, 2005; Amnistía Internacional, 2024). Esta limitación sugiere la necesidad de investigaciones complementarias que incorporen específicamente las percepciones de usuarios en situación de vulnerabilidad.

## 6. Conclusiones

La investigación permitió identificar y documentar de manera sistematizada las principales barreras y facilitadores para la humanización de la atención sanitaria en el Barrio Mburucuyá, corroborando la hipótesis principal: existen factores organizacionales y formativos específicos que influyen significativamente en la implementación de prácticas humanizadas, siendo la sobrecarga asistencial, el desgaste emocional del personal y la formación centrada en la enfermedad los elementos más determinantes en el contexto estudiado.

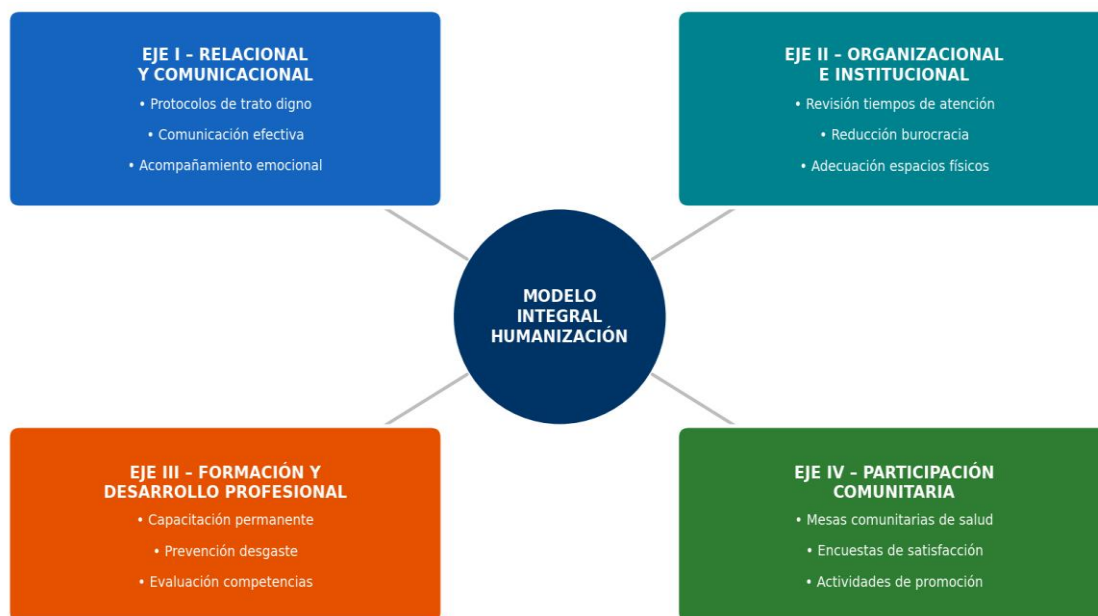
La investigación demostró que la deshumanización no se explica por actitudes individuales aisladas, sino por un entramado de condiciones estructurales (recursos limitados, sistemas fragmentados, énfasis en la productividad) y por déficits en la formación y acompañamiento del personal. Al mismo tiempo, la existencia de facilitadores reales —sensibilidad creciente por parte de los equipos de salud, demanda explícita de trato humanizado por parte de los usuarios, predisposición elevada a participar en procesos de mejora y marco normativo favorable— configura un escenario propicio para la transformación institucional.

Los aportes de la investigación se organizan en tres planos. En el plano comprensivo, visibiliza la humanización como fenómeno multidimensional donde se entrecruzan historia de la medicina, políticas sanitarias, cultura institucional, condiciones laborales y experiencias subjetivas de usuarios y equipos de salud. En el plano propositivo, genera insumos concretos para la gestión: un modelo integral articulado en cuatro ejes estratégicos que propone transformaciones en circuitos de atención, formación, participación comunitaria y monitoreo de calidad. En el plano académico y de política pública, contribuye a densificar el debate sobre la humanización en Paraguay y abre líneas de investigación orientadas a profundizar el estudio de este fenómeno en otros niveles de atención y grupos poblacionales.

En síntesis, la humanización de la atención en el Barrio Mburucuyá constituye un desafío complejo pero ineludible. La evidencia disponible indica que la calidad técnica y la calidad humana no son dimensiones opuestas, sino componentes complementarios de un mismo modelo de atención integral. Avanzar hacia sistemas sanitarios más humanizados requiere fortalecer simultáneamente las competencias profesionales, las condiciones laborales, los mecanismos de participación social y los procesos de gestión institucional orientados al bienestar de usuarios y trabajadores de la salud.

## 7. Propuesta: Modelo Integral de Atención Centrado en la Persona

A partir de los hallazgos, se propone un Modelo Integral de Humanización articulado en cuatro ejes estratégicos interrelacionados, diseñado para ser implementado de forma progresiva y contextualizada en los servicios de salud del Barrio Mburucuyá. La Figura 7 ilustra la arquitectura del modelo:



Fuente: Elaboración propia en base a resultados de la investigación (2023).

Figura 7. Modelo Integral de Atención Centrado en la Persona — Barrio Mburucuyá, Asunción, Paraguay. Fuente: Elaboración propia.

El Eje I (Relacional y Comunicacional) propone la implementación de protocolos institucionales de trato humanizado, estrategias de mejora de la comunicación interna y externa, y espacios de acompañamiento emocional para usuarios en situación de vulnerabilidad. El Eje II (Organizacional e Institucional) contempla la revisión organizacional de tiempos de atención, la reducción de burocracia innecesaria, la adecuación de espacios físicos con criterios de confort y dignidad, y el fortalecimiento de liderazgos participativos. El Eje III (Formativo y de Desarrollo Profesional) propone un programa permanente de capacitación en humanización que integre empatía clínica, comunicación efectiva, manejo de conflictos e inteligencia emocional, articulado con estrategias de prevención del desgaste emocional y evaluación periódica de competencias humanistas. El Eje IV (Comunitario y Participativo) contempla la creación de mesas comunitarias de salud, la implementación de encuestas periódicas de satisfacción y el fortalecimiento de actividades comunitarias de promoción de la salud. La implementación se prevé en tres etapas progresivas: sensibilización y diagnóstico operativo (3-6 meses), implementación operativa (6-12 meses) y consolidación y evaluación (12 meses en adelante).

## 8. Recomendaciones

**Tabla 4. Recomendaciones diferenciadas por actor destinatario**

| Actor destinatario                        | Recomendación principal                                                                                                                                                     | Horizonte           | Prioridad |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|
| Autoridades sanitarias (MSPyBS/municipio) | Incorporar humanización como eje transversal de políticas públicas; fortalecer financiamiento y dotación de RRHH en APS; desarrollar programas nacionales de capacitación   | Mediano-largo plazo | Alta      |
| Dirección y gestión del centro            | Institucionalizar modelo de ACP; revisar organización del servicio; mejorar infraestructura con enfoque humanizado; implementar sistemas de monitoreo de calidad y calidez  | Corto-mediano plazo | Muy alta  |
| Profesionales de la salud                 | Reforzar competencias comunicacionales y relacionales; introducir decisiones compartidas en práctica cotidiana; cuidar el propio bienestar para prevenir despersonalización | Corto plazo         | Alta      |
| Beneficiarios y familias                  | Fortalecer participación organizada; impulsar educación para la salud con enfoque de derechos; promover canales de retroalimentación respetuosa                             | Corto plazo         | Media     |
| Instituciones formadoras                  | Revisar planes de estudio para incluir humanización de forma robusta; promover investigación contextualizada; fortalecer articulación docencia-servicio-comunidad           | Mediano plazo       | Alta      |

Fuente: Elaboración propia en base a hallazgos cuantitativos y cualitativos (2023)..

## Referencias

- Amnistía Internacional. (2024). Informe sobre el sistema público de salud en Paraguay. Amnistía Internacional.
- Bermejo, J. C. (s.f.). Protocolo Iberoamericano de Humanización de la Salud. Centro de Humanización de la Salud.
- Brown, A. (2018). Professional development strategies in healthcare humanization. *Journal of Health Management*, 12(3), 45-58.
- Cacace, M., & Giménez-Lascano, M. (2022). Atención centrada en la persona: fundamentos y aplicaciones en la medicina familiar. *Revista Argentina de Medicina*, 10(2), 112-125.
- Gutiérrez Fernández, A. (2017). La deshumanización en la atención sanitaria: causas y consecuencias. *Revista de Humanización de la Salud*, 5(1), 12-28.
- Henao-Castaño, Á. M., Vergara-Escobar, O. J., & Gómez-Ramírez, S. (2021). La humanización en los servicios de salud: una revisión integrativa. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(2), 173-185. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.13>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229.
- Jones, R. (2019). Organizational factors in healthcare quality. *Journal of Health Services Research*, 15(4), 78-92.
- Jovell, A. (2017). El valor de la atención centrada en la persona. Fundación Biblioteca Josep Laporte.
- March, J. C. (2017). Estrategias institucionales de humanización en salud pública. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). (2005). Investigación cualitativa sobre calidad de atención en cuatro regiones sanitarias. MSPyBS.

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). (2017). Política Nacional de Calidad en Salud 2017-2030. MSPyBS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). (2024). Plan Estratégico Institucional 2024-2028. MSPyBS.
- Ramírez Perdomo, C. A., Perdomo Romero, A. Y., & Galán González, E. F. (2018). Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Aquichan*, 13(1), 48-60.
- Real-Delor, R. E. (2023). Satisfacción de usuarios con la atención en una Unidad de Salud Familiar en Itauguá, Paraguay. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 13(1), 22-31.
- Santos Hernández, P. (2003). Humanización hospitalaria. Hacia una cultura del trato digno. Editorial Diaz de Santos.
- Taylor, S. (2022). Person-centered care models in primary health. *International Journal of Person-Centered Medicine*, 12(1), 1-18.
- White, M. (2021). International good practices in humanization of healthcare. *World Health Management Review*, 8(2), 30-47.

---

## Declaraciones

**Aprobación ética:** los autores autores declara haber cumplido con los requisitos éticos aplicables a la investigación y contar, cuando correspondió, con la aprobación o autorización de las instancias competentes para su realización. Esta información fue declarada por los autores durante el proceso de envío del manuscrito.

**Consentimiento informado:** Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

### Contribución de autoría (CRediT):

- Stela Arabita Cáceres Ozorio: conceptualización, investigación y curación de datos
- Paola Daniela Miller Wlosek: redacción del borrador original, revisión y edición.
- Derliz Osmar Cabrera C.: metodología y análisis formal.

**Disponibilidad de datos:** Los datos que sustentan los resultados de este estudio están disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia.

**Uso de inteligencia artificial:** las autoras declaran haber utilizado herramientas de inteligencia artificial durante la preparación del manuscrito exclusivamente para tareas de apoyo a la redacción y revisión lingüística. Su utilización no sustituyó la autoría intelectual, el análisis ni la interpretación de los resultados. Las autoras revisaron y validaron el contenido final y asumen plena responsabilidad por el manuscrito.

**Conflictos de intereses:** las autoras declaran que no existe ningún conflicto de intereses, ya sea de carácter financiero, personal, institucional o de cualquier otra índole, que pudiera haber influido en los resultados, interpretación o conclusiones del presente estudio.

**Financiamiento:** La investigación fue financiada con recursos propios de las autoras y no se recibió financiamiento externo.