

Doctorado en proyectos

Programa piloto de atención humanizada y su impacto en el buen trato y la dignidad humana en la Unidad Clínica Forense de Lima “Humanizando la Medicina Legal”

Flor Alba Castañeda Santamaría

Director: Dra. Adriana Alejandra Márquez Ibarra

Lima, Perú, noviembre 2025

Universidad Americana de Europa (ROR: https://ror.org/03698ym41)

Resumen

El objetivo de este estudio fue implementar un programa piloto de atención humanizada para fortalecer el buen trato y el respeto de la dignidad humana de las presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual que reciben atención en la Unidad Clínica Forense sede Lima del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú durante el periodo de 2023 a 2025. Es un estudio cuasiexperimental con metodología cuantitativa prospectiva no aleatorizado; se utilizaron los cuestionarios de identificación de necesidades de humanización y calidad de trato. La muestra estuvo conformada por 51 funcionarios de la Unidad Clínica Forense y 290 presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual que utilizaron los servicios medicolegales. Posterior a la implementación del piloto de atención humanizada se evidenció que el 90,70% (263) de los usuarios manifestaron que la calidad de trato es buena al compararla con la línea de base 31,40% (91), demostrando un aumento del 59,30%. Respecto de la identificación de necesidades de humanización, el 74,50% (38) de los funcionarios consideró que los diversos factores evaluados requieren atención urgente en contraste con el 81,90% (42) obtenido al inicio del estudio. La aplicación de la Prueba de Wilcoxon confirmó que la mejora no fue un evento aleatorio, sino una consecuencia directa de la implementación del programa. Con la implementación del programa piloto de atención humanizada se evidenció mejora en la calidad de trato percibida por el usuario y la satisfacción de algunas necesidades de humanización identificadas por los funcionarios de la Unidad Clínica Forense.

***Palabras clave*:** atención humanizada, calidad de trato, dignidad humana, necesidades de humanización, programa de atención humanizada.

Abstract

The objective of this study was to implement a pilot program for humanized care to promote respectful treatment and uphold the human dignity of alleged victims of sexual offenses who receive care at the Lima Forensic Clinic of the Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences of Peru during the period from 2023 to 2025. This is a quasi-experimental study employing a prospective, non-randomized quantitative methodology. Questionnaires were used to identify needs for humanized care and assess the quality of treatment. The sample consisted of 51 staff members of the Forensic Clinical Unit and 290 alleged victims of sexual offenses who utilized forensic medical services. Following the implementation of the humanized care pilot program, it was found that 90.70% (263) of users reported that the quality of care was good, compared to the baseline of 31.40% (91), demonstrating an increase of 59.30%. Regarding the identification of needs for humanization, 74.50% (38) of staff members considered that the various factors evaluated require urgent attention, in contrast to the 81.90% (42) reported at the start of the study. The application of the Wilcoxon test confirmed that the improvement was not a random occurrence, but rather a direct result of the program's implementation. With the implementation of the pilot program for humanized care, there was evidence of an improvement in the quality of care as perceived by patients and in the fulfillment of certain humanization needs identified by staff at the Forensic Clinical Unit.

Keywords: humanized care, quality of treatment, human dignity, humanization needs, humanized care program.

Dedicatoria

A ti mi Dios.

A todos mis seres queridos, familiares y amigos incondicionales que siempre tuvieron buena disposición para acompañarme durante este recorrido hacia la meta.

Agradecimientos

Al Señor Jehová de los ejércitos por su infinita misericordia y bondad. Por su gran amor, tanto que, me ha prestado su inmenso conocimiento para llevar a cabo este estudio de investigación.

A la doctora María Luisa Piraquive, por ser una mujer valerosa, dedicada y motivo de gran inspiración, disciplina y resiliencia.

A mi madre Ana Santamaría, por su inigualable apoyo y comprensión.

A mis hijos por ser el motivo y el motor de mi lucha constante.

A mi esposo, Rodolfo Gil, por su paciencia, amor y por decidir hacer parte de mi vida.

A mis seres queridos por contribuir con sus experiencias a los ideales de mi corazón.

A mi directora, la doctora Adriana Alejandra Márquez Ibarra, por su inmenso compromiso y dedicación, sin embargo, deseo resaltar que siempre encontré en ella una palabra de esperanza cuando había dificultades en el logro de los objetivos. Para ti todo mi agradecimiento, respeto y cariño fraternal.

Al doctor Manuel Sotelo Trinidad por abrir las puertas de la Oficina de Garantía de Calidad del IML a mi proyecto de investigación, pero especialmente por alojarme en un rincón de su corazón.

A Yalisse Rojas por su apoyo e incondicional amistad, la cual seguirá creciendo y perdurando a través del tiempo. Agradezco la apertura que tuviste durante el diseño y la ejecución de esta investigación.

A Angelo Ascarza Gallegos por su amistad y apoyarme en la ejecución operativa de este estudio de investigación

A todos aquellos amigos y conocidos que participaron directa o indirectamente de este estudio de investigación.

Contenido

Dedicatoria iv

Agradecimientos v

Contenido vii

Figuras xiv

Introducción 1

Viabilidad de la investigación 3

1. Marco de referencia 9

1.1 Marco Legal 9

1.1.1 Nivel constitucional y convencional (Eje de dignidad) 9

1.1.2 Nivel legal (Eje de procedimientos y derechos) 9

1.1.3 Nivel reglamentario y de gestión (Eje de articulación) 10

1.1.4 Nivel técnico-operativo (Eje de la praxis pericial) 11

1.2 Marco normativo del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLYCF) 12

1.2.1 Normas de organización y funciones (Marco administrativo) 12

1.2.2 Guías de procedimientos periciales (Marco técnico-científico 13

1.2.3 Normas de conducta y ética (Marco deontológico) 13

1.2.4 Protocolos de actuación interinstitucional (Marco operativo) 14

1.3 Marco Conceptual 15

1.4 Definiciones 17

1.5 Marco Teórico 22

1.6 Estado del arte 34

2. Diseño metodológico 56

2.1 Tipo de investigación 57

2.2 Variables 60

2.2.1 Definiciones teóricas 60

2.2.2. Definiciones operacionales 62

2.3 Hipótesis 63

2.5 Objetivos específicos 63

2.6 Instrumentos 64

2.6.1. Encuesta 1 64

2.6.2 Encuesta 2 67

2.6.3 Programa de Atención Humanizada 69

2.7 Población 71

2.7.1 muestra 73

2.8 Procesamiento de los datos 75

2.8.1 Muestra 75

2.8.2 Cuestionarios 76

2.9 Consideraciones éticas 80

2.9.1. Consentimiento informado 80

3. Resultados 82

3.1 Resultados asociados al objetivo específico 1: validez de los instrumentos de medición mediante el juicio de expertos, garantizando su pertinencia y validez de contenido para la evaluación de la atención humanizada y de las necesidades de humanización 82

3.1.1 Validez de Contenido y Fiabilidad del Cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria, validado por Arteaga, et al. (2013) 82

3.1.2 Validez de Contenido y Fiabilidad del Cuestionario de Identificación de necesidades de Humanización y tabulación de datos, validado por Correa (2002) 83

3.1.3 Juicio de expertos para validar las modificaciones aplicadas a cada constructo.....85

3.2 Resultados asociados al Objetivo específico 2: Establecimiento de la línea de base de la atención humanizada percibida por los usuarios y de las necesidades de humanización del personal administrativo y asistencial de la Unidad Clínica Forense sede Lima 88

3.2.1 Atención humanizada percibida por los usuarios – Cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria (Calidad de Trato), validado por Arteaga et al. (2013) 91

3.2.2 Establecimiento de la línea de base de necesidades de humanización del personal administrativo y asistencial de la Unidad Clínica Forense sede Lima 93

3.2.6 Consolidado de factores del cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos, validado por Correa (2002).....98

3.3 Resultados asociados al Objetivo específico 3: Estructuración del programa piloto de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense, sede Lima, mediante la conformación del equipo gestor y la capacitación en valores, buen trato y respeto de la dignidad humana 100

3.4 Resultados asociados al Objetivo específico 4: Implementación del programa piloto de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense sede Lima, con el respectivo seguimiento mediante indicadores definidos 101

3.4.1 Indicadores de seguimiento del programa 108

34.1 Medición de la percepción de la calidad de trato en el usuario (presuntas víctimas) que recibe atención de medicina legal en la Unidad Clínica Forense sede Lima posterior a la implementación del piloto del programa de atención humanizada 110

3.4.1 Medición de la identificación de las necesidades de humanización de los funcionarios posterior a la implementación del piloto del programa de atención humanizada 112

3.5 Resultados asociados al Objetivo específico 5: Evaluación de los resultados de la atención humanizada y de las necesidades de humanización antes (pretest) y después (postest) de la implementación del programa piloto, con el fin de determinar los cambios comparativos asociados a la intervención 118

3.5.1 Comparación de los resultados del consolidado de la línea de base del cuestionario de calidad de trato y el consolidado posterior a la implementación del piloto del programa de atención humanizada 118

3.5.2 Comparación de los resultados del consolidado de la línea de base del cuestionario de identificación de necesidades de humanización y el consolidado posterior a la implementación del piloto del programa de atención humanizada 120

3.6 Comprobación de la hipótesis de investigación 124

3.6.1 Contraste de Normalidad: Prueba de Kolmogorov-Smirnov 125

3.6.2 Contraste de hipótesis 126

4. Discusión de resultados 131

4.2. Establecimiento de la línea de base y brechas detectadas 132

4.3. Estructuración del programa piloto de atención humanizada 133

4.4 Implementación del programa piloto de atención humanizada 135

4.5 Evaluación de los resultados: análisis comparativo de los resultados del pretest y del postest. 136

5. Conclusiones 139

5.1 Hallazgos en la muestra 140

5.2 Limitaciones 141

5.3 Proyecciones futuras 141

5.4 Transferencia y escalabilidad institucional del programa 142

Referencias 144

Apéndices 168

Apéndice A. Cuestionario TU-Hospital modificado para atención ambulatoria (Calidad de trato).....168

Apéndice B. Cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos.....172

Apéndice C. Ficha de monitoreo implementación programa piloto de atención humanizada 181

Apéndice D. Consentimiento informado estudios de investigación 182

Apéndice E. Memorando múltiple N° 000218-2022-MP-FN-IMLCF 184

Apéndice F. Certificados diplomado Humanización de los servicios de salud.....185

Apéndice G. Aprobación política de humanización y programa de atención humanizada.....186

Apéndice H. Acta de socialización e implementación del programa piloto de atención humanizada……..187

Apéndice I. Capacitación humanizando la Medicina Legal 188

Lista de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1 Estado del arte humanizando la medicina legal 54

Tabla 2 Escala de valoración de la validez de contenido por jueces expertos 78

Tabla 3 CVC cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria.....82

Tabla 4 CVC cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos 84

Tabla 5 Comparación CVC preguntas 3, 4 y 8 Cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria.....86

Tabla 6 Comparación coeficiente alfa de Cronbach cuestionario TU-Hospital modificado para atención ambulatoria posterior a la modificación de ítems.....87

Tabla 7 Comparación CVC pregunta 24 y 29 Cuestionario de Identificación de necesidades de Humanización y tabulación de datos.....87

Tabla 8 Comparación coeficiente alfa de Cronbach cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos posterior a la modificación de ítems.....88

Tabla 9 Tabla de equivalencias escala de medición 89

Tabla 10 Edad (años) de los encuestados.....91

Tabla 11 Cuestionario Calidad de Trato 92

Tabla 12 Factor Ambiente (preguntas 1 a 12) 95

Tabla 13 Factor Relación trabajador de la salud – Usuario (preguntas 13 a 18 96

Tabla 14 Factor Atención al Usuario y su acompañante (preguntas 19 a 25) 96

Tabla 15 Factor Relaciones entre compañeros de trabajo (preguntas 26 a 33) 97

Tabla 16 Factor el trabajador y la institución (preguntas 34 a 45) 98

Tabla 17 Consolidado identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos .....

……98

Tabla 18 Cronograma de implementación de acciones priorizadas a corto plazo Humanizando la Medicina Legal 102

Tabla 19 Implementación a corto plazo de líneas estratégicas programa piloto 109

Tabla 20 Calidad de trato 109

Tabla 21 Satisfacción de las necesidades de humanización de los funcionarios.....110

Tabla 22 Edad de los encuestados posterior a la implementación del piloto 110

Tabla 23 Consolidado calidad de trato posterior a la implementación del piloto.....111

Tabla 24 Factor Ambiente (preguntas 1 a 12) 114

Tabla 25 Factor relación trabajador de la salud – Usuario (preguntas 13 a 18 114

Tabla 26 Factor Atención al Usuario y su acompañante (preguntas 19 a 25) 115

Tabla 27 Factor Relaciones entre compañeros de trabajo (preguntas 26 a 33) 116

Tabla 28 Factor el trabajador y la institución (preguntas 34 a 45) 116

Tabla 29 Consolidado Identificación de necesidades de humanización posterior a la implementación del piloto 117

Tabla 30 Implementación a corto plazo de líneas estratégicas programa piloto 122

Tabla 31 Calidad de trato 122

Tabla 32 Satisfacción de las necesidades de humanización de los funcionarios.....123

Tabla 33 Contraste de normalidad – Necesidades de humanización - Prueba de Kolmogorov-Smirnov 125

Tabla 34 Contraste de normalidad – Calidad de trato - Prueba de Kolmogorov-Smirnov 126

Tabla 35 Contraste de hipótesis necesidades de humanización – Prueba de Wilcoxon 128

Tabla 36 Contraste de hipótesis calidad de trato – Prueba de U de Mann-Whitney 129

Figuras

Figura 1. Género de los encuestados.....93

Figura 2. Área de desempeño laboral de los encuestados 94

Figura 3. Cargo de los funcionarios encuestados 94

Figura 4. Género de los encuestados posterior a la implementación del piloto 112

Figura 5. Área de desempeño laboral de los encuestados 112

Figura 6. Cargo de los funcionarios encuestados 113

Figura 7. Comparación resultados consolidado línea de base vs consolidado posterior a la implementación del piloto de atención humanizada 118

Figura 8. Comparación resultados consolidado línea de base vs consolidado posterior a la implementación del piloto de atención humanizada 120

Figura 9. Comparación resultados línea de base vs resultados posterior a la implementación del piloto de atención humanizada 121

Introducción

La humanización se define como el proceso mediante el cual se adquieren características más humanas y benevolentes. En el ámbito sanitario, este concepto se refiere tanto a la práctica de una medicina centrada en el paciente como al respeto irrestricto de la dignidad humana. Sin embargo, la creciente tecnificación de la asistencia, junto con la priorización del control de costos y la búsqueda de eficiencia, ha generado un contexto en el que el personal enfrenta presiones asistenciales muy intensas. Este entorno, caracterizado por la masificación, el exceso de burocracia y la sobrecarga laboral, puede derivar en un trato inadecuado e impersonal hacia los pacientes. En consecuencia, es frecuente que se prioricen aspectos económicos, administrativos o procedimentales en detrimento de la prestación de un servicio auténticamente orientado al ser humano y a la conexión emocional (Gutiérrez, 2017; Ramírez, 2023).

Marchesi (1986) sostiene que los pacientes, abrumados por su deseo de curación y por la predominancia de la tecnología, se transforman en objetos incómodos. Los profesionales de la salud y agentes, influenciados por las potencialidades de la técnica y la estandarización clínica, pueden percibir una disminución de su labor cuando se ven obligados a mantener necesidades básicas, como la escucha activa y la comunicación. La deshumanización de la salud, entendida como un fenómeno característico de la modernidad, ha permeado profundamente nuestra sociedad. Por ello, la literatura reciente enfatiza la urgencia de redefinir la empresa sociosanitaria, integrando competencias humanísticas para redescubrir el sentido profundo del ser humano en situación de sufrimiento, y forjar una nueva alianza entre el sistema y el usuario (Infante-Peñafiel, 2025).

A nivel mundial, el discurso de la humanización se ha centrado históricamente en las instituciones de salud asistencial; la transición hacia el ámbito medicolegal y forense evidencia

una brecha crítica. En las instituciones de medicina legal y de ciencias forenses, el imperativo de la humanización adquiere una relevancia particular y compleja, pues trasciende el cuidado clínico para transformarse en un mandato bioético y legal. La Medicina Legal y Forense es una especialidad médica cuyo propósito es la integración de conocimientos provenientes de la medicina, la ética, el derecho y la administración, orientada a la asistencia en la administración de justicia (Rodríguez, 2013). En este entorno de praxis pericial, "el paciente" adquiere la connotación jurídico-social de "víctima". Aquí, el trato humanizado pasa a ser no solo una cuestión de empatía, sino también un pilar innegociable para garantizar los derechos humanos, respetar la autonomía y prevenir la revictimización institucional (Corcuera Rodríguez, 2024; Mancera-Guzmán et al., 2025).

Esta connotación medicolegal exige profundizar en las dimensiones éticas, emocionales y simbólicas que conlleva la atención pericial, especialmente en presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual. Durante el examen médico forense, el cuerpo de la víctima se convierte simultáneamente en escena del crimen y en elemento probatorio, lo que la sitúa en un estado de extrema vulnerabilidad. Un abordaje mecanizado ignora el trauma subyacente y genera daño psicológico secundario. Por el contrario, la evidencia demuestra que una atención humanizada no obstaculiza la labor judicial; más bien, es la vía idónea para acoger el sufrimiento, evitar la revictimización y, al mismo tiempo, recolectar pruebas correctamente preservando la cadena de custodia sin violentar nuevamente la dignidad del individuo (Citolin & de Barros, 2024).

A pesar de esta exigencia ética y legal, la deshumanización no es solo una abstracción teórica, sino también un problema latente e institucionalizado en la Unidad Clínica Forense de la sede Lima del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú. En esta unidad, las causas de la deshumanización son concretas: la elevada carga diaria de peritajes, el déficit de

infraestructura que compromete la privacidad, el síndrome de desgaste profesional (burnout) de los funcionarios y la presión administrativa por priorizar la celeridad del informe pericial por encima del proceso de acogida. La consecuencia observable de esta dinámica es la prestación de evaluaciones que, aunque técnicamente rigurosas, son percibidas por los usuarios como frías y distantes, lo que cosifica a la víctima y debilita su confianza en el sistema de justicia. De este modo, la institución se erige no solo como el escenario de este estudio, sino también como el núcleo problemático en donde la supremacía de lo procedimental ha eclipsado el trato digno.

Frente a esta situación problemática, resulta imperativo que la institución dedicada a la práctica medicolegal intervenga en sus procesos para retomar el principio ético del humanismo, que exige el reconocimiento del valor intrínseco de cada persona. Bajo esta premisa surge el proyecto "Humanizando la Medicina Legal". Por consiguiente, la presente investigación se fundamenta en el siguiente interrogante: ¿Es viable implementar un programa piloto de atención humanizada para fortalecer el buen trato y el respeto a la dignidad humana de los usuarios atendidos en la Unidad Clínica Forense, sede Lima, del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú?

Viabilidad de la investigación

La viabilidad del presente estudio se sustenta en un análisis integral que demuestra la capacidad de ejecución del programa piloto de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense sede Lima del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú (IML), diferenciando las siguientes dimensiones:

a. Viabilidad institucional y estratégica

La investigación se alinea directamente con las políticas de modernización y de calidad del Ministerio Público. El proyecto se articula con la línea estratégica institucional de Buen

Trato, que no es solo una declaración de principios, sino un mandato operacionalizado mediante documentos normativos, como la Guía de Atención al Usuario y los protocolos vigentes de atención a víctimas de violencia sexual. El respaldo directivo se evidenció con la incorporación de dicha propuesta en el Plan anual de gestión de calidad del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú, para los periodos 2023, 2024 y 2025. El Plan anual de gestión de calidad del periodo 2025 fue aprobado mediante la resolución N.º. 000027-2025-MP-FN-JN-IMLCF.

b. Viabilidad ética y normativa

Dada la naturaleza del objeto de estudio (víctimas de delitos contra la libertad sexual), la viabilidad ética constituye el eje central. El estudio cuenta con el respaldo del Comité de Ética Institucional (o de instancias técnico-normativas equivalentes del IML), lo que garantiza el cumplimiento de la Ley N° 29733 (Ley de Protección de Datos Personales) y de los principios de la Declaración de Helsinki. La aplicación del programa piloto no interfiere con la validez de la prueba pericial, sino que, como señalan Citolin y de Barros (2024), fortalece la preservación de la cadena de custodia al reducir la resistencia emocional de la víctima mediante un entorno de confianza.

c. Viabilidad técnica y operativa

El estudio es técnicamente ejecutable debido a la disponibilidad de personal calificado en la Unidad Clínica Forense de la sede de Lima. Se cuenta con el apoyo de peritos médicos, psicólogos y personal administrativo, quienes han manifestado la necesidad de contar con herramientas para gestionar el impacto emocional de su labor. Operativamente, el programa piloto se integrará en las fases de acogida y de examen médico, utilizando la infraestructura

existente y optimizando los procesos de interacción humana, lo que garantiza que no se produzcan interrupciones en el flujo pericial obligatorio.

d. Viabilidad de recursos (humanos, logísticos y tecnológicos)

Talento Humano: El investigador cuenta con el acceso y la colaboración del equipo multidisciplinario de la UNCLIFOR sede Lima, que participará en las fases de diagnóstico y capacitación.

Recursos Logísticos: Se cuenta de los ambientes físicos de la Unidad Clínica Forense para implementar mejoras en el entorno de atención.

Recursos Tecnológicos: Se utilizarán los sistemas informáticos institucionales para el registro de datos y el análisis estadístico de los indicadores de mejora en la percepción del usuario.

Recursos Financieros: El estudio es autofinanciado por el investigador en sus fases de diseño y de materiales, sin generar costos adicionales no presupuestados para la institución pública.

Por otra parte, la viabilidad financiera de esta investigación a nivel de la UNCLIFOR se sustenta en el documento denominado “Programa de atención humanizada “Humanizando La Medicina Legal” del Instituto De Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú aprobado mediante directiva jefatural, el cual contempla que el presupuesto estimado para la ejecución de todo el programa ascendió a S/ 90,000.00 (noventa mil soles); sin embargo, el rubro utilizado para implementar el piloto de las actividades a corto plazo fue S/ 42,000.00 (cuarenta y dos mil soles), quedando disponibles S/ 48,000.00 (cuarenta y ocho mil soles) para dar continuidad a la implementación de las actividades a mediano y largo plazo. En el siguiente enlace se encuentra

el documento como material complementario:

https://drive.google.com/file/d/1Ii3NrtwtnIMjVYG7hdLl3VQ1QpErtZeW/view?usp=drive_link

e. Viabilidad temporal

La investigación se ha planificado en un horizonte temporal de 2023 a 2025, lo que permite una fase inicial de diagnóstico situacional, una fase de implementación del piloto y una fase final de evaluación de resultados. Este cronograma es coherente con los ciclos administrativos del IML y permite evidenciar el cambio en las actitudes de los funcionarios y en el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos.

Posibles limitaciones o riesgos

Pese a la sólida fundamentación técnica y estratégica, la viabilidad de la investigación reconoce y anticipa limitaciones críticas propias de la dinámica institucional del Instituto de Medicina Legal. Entre los riesgos identificados, destaca la resistencia al cambio por parte del personal con mayor antigüedad, que podría percibir la humanización como una carga administrativa adicional en un entorno ya saturado por la elevada demanda asistencial. Para mitigar este riesgo, el programa piloto no se plantea como una imposición externa, sino como una estrategia de "cuidado al cuidador" que busca reducir el desgaste profesional mediante la mejora del clima laboral. Asimismo, la sostenibilidad y continuidad institucional del proyecto ante posibles cambios en las jefaturas de la Unidad Clínica Forense representan un desafío logístico; por ello, el diseño del programa contempla su alineación con los indicadores de desempeño ya establecidos en el Plan Operativo Institucional (POI), asegurando que la humanización no dependa de voluntades individuales, sino que se institucionalice como un estándar de calidad procedimental y pericial.

Consecuencias de la investigación

El presente estudio busca constituirse en un referente para investigadores y profesionales interesados en promover la humanización de la medicina legal y de las ciencias forenses. A partir del diseño, implementación y evaluación de un programa piloto en la Unidad Clínica Forense (UNCLIFOR) sede Lima, se prevé generar contribuciones multidimensionales que trasciendan el ámbito asistencial y repercutan en la calidad del sistema de justicia. Estas consecuencias se categorizan de la siguiente manera:

a. Impacto teórico y académico: Contribución al conocimiento científico

En consonancia con el objetivo de validar instrumentos de medición mediante el juicio de expertos, esta investigación tiene el potencial de abordar un vacío epistemológico en las ciencias forenses. Al estructurar un programa piloto basado en evidencia, se introduce una nueva categoría analítica: la gestión del trauma en el acto pericial. El estudio busca facilitar la transición metodológica de la medicina legal de un enfoque estrictamente biológico-normativo a un paradigma biopsicosocial y ético, sentando un precedente bibliográfico e instrumental válido y confiable para futuras investigaciones en la región.

b. Impacto práctico y técnico: Fortalecimiento de la prueba pericial

Vinculado a la capacitación en valores, el respeto a la dignidad humana y a la posterior implementación del programa piloto, se postula que la atención humanizada podría incidir favorablemente en la calidad técnica del proceso medicolegal. Una contribución esperada de esta intervención es la obtención de relatos periciales más precisos y coherentes. Al proponer técnicas de acogida que reduzcan el estado de hiperalerta en la persona evaluada, se facilita una exploración física menos traumática y una recolección de evidencia más eficiente. Esto otorga al informe pericial mayor solidez probatoria ante el sistema jurisdiccional, lo que disminuye el riesgo de nulidades por vulneración de derechos fundamentales (Citolin & de Barros, 2024).

c. Impacto institucional: Gestión de la dualidad ética

Alineado con el establecimiento de una línea de base sobre las necesidades de humanización del personal y su evaluación postest, el estudio plantea una perspectiva innovadora: la extensión de la humanización a todos los sujetos del proceso, amparada en los principios de imparcialidad y presunción de inocencia. Se prevé que este abordaje dual genere los siguientes aportes:

En la presunta víctima: proporcionar un modelo de atención que mitigue la revictimización secundaria y fortalezca la confianza en las instituciones.

En el presunto agresor: garantizar un trato humanizado que favorezca la objetividad del peritaje y prevenga sesgos de confirmación por parte del equipo pericial. Esto asegura que el examen se mantenga como un acto científico, libre de juicios morales, lo que refuerza la ética institucional (Mancera-Guzmán et al., 2025).

d. Impacto social y transformación de la praxis

Finalmente, en relación con el objetivo de evaluar los resultados comparativos (pretest y postest) de la atención percibida, la investigación aspira a promover una transformación en la proyección social de la Unidad Clínica Forense sede Lima. Al medir objetivamente los cambios asociados a la intervención, se espera que los hallazgos se traduzcan en estrategias sostenibles para mejorar los indicadores de satisfacción del usuario y prevenir quejas administrativas. Asimismo, para el personal administrativo y asistencial, el estudio busca aportar estrategias asertivas que actúen como factores protectores frente al estrés laboral, fomentando una cultura de buen trato y respeto a la dignidad humana (Corcuera Rodríguez, 2024).

1. Marco de referencia

1.1 Marco Legal

En el rigor de la técnica jurídica, el **marco legal** se refiere estrictamente al conjunto de leyes emitidas por el poder legislativo (o por el ejecutivo mediante facultades delegadas), que abarca la Constitución, los tratados internacionales y las leyes formales.

1.1.1 Nivel constitucional y convencional (Eje de dignidad)

En la cúspide del ordenamiento, se establece el marco de derechos humanos que el Estado peruano está obligado a proteger para evitar incurrir en responsabilidad internacional por revictimización o por trato cruel.

Constitución Política del Perú: Los artículos 1 y 2 de la Constitución Política del Perú consagran la defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad como el fin supremo de la sociedad y del Estado. En la praxis de la Unidad Clínica Forense (UNCLIFOR) sede Lima, esto significa que la obtención de la verdad material, por más apremiante que sea para el sistema de justicia, encuentra su límite infranqueable en la dignidad del examinado; el cuerpo del sujeto no puede ser reducido a un simple objeto de prueba.

Esta premisa se refuerza con la **Convención de Belém do Pará (Resolución legislativa N° 26583)**, que obliga a los Estados a garantizar procedimientos legales justos y eficaces para las mujeres víctimas de violencia, exigiendo implícitamente que los servicios forenses adopten enfoques libres de estereotipos y orientados al trato digno. Asimismo, la **Convención sobre los Derechos del Niño (Resolución legislativa N° 25278)** impone el principio del interés superior del niño, estableciendo que toda diligencia medicolegal que involucre a menores priorice su contención emocional por encima de la celeridad del proceso.

1.1.2 Nivel legal (Eje de procedimientos y derechos)

En este apartado encontramos las normas que definen la naturaleza del peritaje y las garantías del examinado en el contexto de un presunto delito.

La norma principal en este ámbito es el **Texto Único Ordenado de la Ley N° 30364** (Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia). Su relevancia para la Unidad Clínica Forense radica en que prohíbe explícitamente la revictimización, obligando a los médicos legistas a rediseñar la ruta crítica de atención para evitar la reiteración innecesaria de interrogatorios y de exámenes físicos traumáticos.

La **Ley N° 29414 (Derechos de los usuarios de los servicios de salud)** resulta plenamente aplicable al IML. Aunque la evaluación forense tiene un fin judicial, constituye en sí misma un acto médico; por tanto, se garantiza el derecho del examinado a recibir información clara sobre el procedimiento pericial y a otorgar su consentimiento, materializando así un trato respetuoso.

Este enfoque de derechos se fortalece con leyes específicas como la **Ley N° 30466 (Interés superior del niño)**, que exige la adaptación de los entornos y lenguajes periciales para no menoscabar la integridad de los menores, y la **Ley N° 30947 (Ley de Salud Mental)**, cuyo marco es fundamental para la labor de los peritos psicólogos y psiquiatras al evaluar el daño psíquico y el trauma post-evento. Finalmente, la **Ley N° 30023**, que institucionaliza el Día del Buen Trato al Paciente, constituye una base político-estratégica para promover un cambio de cultura organizacional del IML.

1.1.3 Nivel reglamentario y de gestión (Eje de articulación)

Son disposiciones que regulan la forma en que el IML interactúa con otros entes para asegurar la continuidad de la atención humanizada.

El **Decreto Supremo N° 004-2020-MIMP (Reglamento de la Ley N° 30364)** y el **Decreto Supremo N° 012-2019-MIMP (Protocolo base de actuación conjunta)** detallan los estándares de atención y las competencias del IML en el sistema nacional de protección especializada.

De manera específica, el **Decreto Supremo N° 008-2019-SA (Protocolo de actuación conjunta CEM-IML-EESS)** regula la intervención del perito obligando a una coordinación multisectorial. Para la Unidad Clínica Forense sede Lima, este nivel normativo es crítico, pues determina que la humanización no depende de un acto aislado del médico legista, sino de su capacidad para articular la toma de muestras y la evaluación clínica con los servicios de salud y los Centros de Emergencia Mujer, evitando dilaciones y sobreexposiciones de la víctima.

1.1.4 Nivel técnico-operativo (Eje de la praxis pericial)

Engloba los documentos de gestión procedimental que establecen las normas técnicas y los parámetros de calidad aplicables al ámbito forense.

Es imperativo destacar la **Norma Técnica de Salud N° 164-MINSA/2020/DGIESP** (cuidado integral a víctimas de violencia sexual) y la **Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA (Directiva del kit de violencia sexual)**. Aunque son emitidas por el Ministerio de Salud, sus directrices sobre el uso de insumos, la profilaxis y la toma de muestras biológicas constituyen la *lex artis* (el estándar de oro) exigible para el perito del IML. Estas normas inciden directamente en la praxis de la sede Lima al exigir que los procedimientos inherentemente invasivos se realicen bajo estrictos criterios de mitigación del dolor y de empatía, evitando que el acto médico sea percibido como una nueva agresión.

La **Directiva Sanitaria Nº 114-MINSA-2020-DIGIESP** estandariza la evaluación de la afectación psicológica, vinculando la rigurosidad científica del instrumento con la protección del

estado emocional del evaluado. A su vez, la **Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA (NTS N° 047)** impone la transversalización de la interculturalidad y la equidad de género, un factor indispensable en una jurisdicción tan diversa como Lima, asegurando que la atención humanizada reconozca las particularidades sociodemográficas de cada usuario.

La selección de este marco legal permite que el programa piloto de Atención Humanizada no se perciba como una iniciativa aislada, sino como el cumplimiento de un bloque normativo sólido. Mientras que la Ley N° 30364 establece el mandato ético, la Directiva Sanitaria 114-2020 y la NTS 164-2020 proporcionan las herramientas técnicas para que el perito del Instituto de Medicina Legal ejecute su labor con objetividad, sin deshumanizar a la víctima (Citolin & de Barros, 2024; Mancera-Guzmán et al., 2025).

1.2 Marco normativo del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLYCF)

El **marco normativo** sistematiza el conjunto de disposiciones institucionales y operativas que regulan la práctica pericial en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Este andamiaje normativo establece los parámetros éticos y procedimentales que el Instituto de Medicina Legal (IML) debe observar para garantizar la validez probatoria de sus peritajes sin vulnerar los derechos fundamentales de los examinados.

1.2.1 Normas de organización y funciones (Marco administrativo)

El punto de partida para la humanización del servicio es la estructura organizacional que lo sostiene. En este sentido, la **Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 3110-2017-MP-FN**, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del IML, resulta neurálgica al definir las competencias específicas de las unidades clínico-forenses. Esta norma establece los límites y alcances del accionar pericial, sirviendo de base para cualquier propuesta de mejora de los flujos de atención.

La **Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 1082-2023-MP-FN** actualiza las disposiciones organizacionales y funcionales con el propósito de optimizar la celeridad de los peritajes. En el contexto de la Unidad Clínica Forense sede Lima, caracterizada por una alta demanda y carga procesal, esta norma trasciende lo puramente administrativo: la celeridad y la reducción de los tiempos de espera constituyen en sí mismas medidas de humanización, al disminuir el tiempo de exposición de la víctima a un entorno institucional inherentemente estresante.

1.2.2 Guías de procedimientos periciales (Marco técnico-científico)

La ejecución material del acto medicolegal está estrictamente parametrizada por los documentos técnicos que constituyen la *lex artis* forense. La **Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 1460-2022-MP-FN**, que actualiza la Guía de Procedimientos para el Examen Médico Legal, es de vital importancia, pues incorpora explícitamente parámetros de respeto a la intimidad y a la dignidad del examinado.

En situaciones de alta vulnerabilidad, la **Guía médica forense para la valoración integral de víctimas de violencia sexual** establece la ruta crítica para el examen físico y la toma de muestras. La interpretación rigurosa de esta guía en la sede de Lima exige que la pericia técnica no se divorcie del tacto humano; es el instrumento rector para evitar que los procedimientos invasivos se conviertan en actos de revictimización. Bajo la misma línea, la **Guía de valoración del daño psíquico en víctimas de violencia** operativiza los mandatos de la Ley N° 30364, proporcionando a los psicólogos forenses criterios científicos para objetivar el sufrimiento emocional y validar el impacto del trauma sin someter a la víctima a interrogatorios coercitivos.

1.2.3 Normas de conducta y ética (Marco deontológico)

La correcta aplicación de las guías técnicas previamente señaladas requiere, de manera ineludible, un soporte ético-conductual por parte de los funcionarios del Ministerio Público. El **Código de ética del Ministerio Público** establece un estándar vinculante de probidad, respeto y eficiencia para todos los servidores del IML.

La **Directiva de buen trato al usuario del Instituto de Medicina Legal** materializa estos principios éticos en pautas concretas de comportamiento, lenguaje y actitud. Para la UNCLIFOR (sede Lima), esta directiva es la piedra angular de la presente investigación, dado que estandariza las habilidades blandas exigibles tanto al personal administrativo (primer contacto) como al personal asistencial y pericial. Su correcta observancia asegura que el trato humanizado no dependa de la voluntad individual del trabajador, sino que se asuma como una obligación institucional ineludible.

1.2.4 Protocolos de actuación interinstitucional (Marco operativo)

La labor pericial no ocurre en el vacío, sino que forma parte de un ecosistema de justicia que requiere articulación. El **Protocolo de actuación conjunta entre el Ministerio de la Mujer (CEM) y el IML** (actualizado mediante el D.S. N° 008-2019-SA) regula la recepción de víctimas derivadas, exigiendo que la intervención en la sede de Lima sea inmediata y coordinada. Este protocolo busca neutralizar la burocratización del dolor y asegurar que la transición entre instituciones sea lo menos traumática posible.

En la misma línea protectora, la **Guía para la entrevista única de víctimas en Cámara Gesell** se erige en una norma operativa fundamental para salvaguardar la salud mental, especialmente la de los menores de edad. Al concentrar la obtención del testimonio en un único acto pericial, regulado por expertos, se elimina la necesidad de que la víctima repita su relato

ante múltiples instancias, lo que bloquea una de las fuentes documentadas más severas de revictimización secundaria en el proceso penal.

El marco normativo del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú posee una estructura técnica sólida, predominantemente normativa-pericial. El programa piloto de atención humanizada no busca reemplazar estas guías, sino complementarlas con un enfoque biopsicosocial que actualmente no está detallado en los manuales de procedimientos médicos tradicionales (Mancera-Guzmán et al., 2025). La Resolución N° 1460-2022-MP-FN establece un mandato de respeto a la intimidad; sin embargo, el presente estudio de investigación proporcionará la metodología práctica para que el perito logre esa conexión empática sin comprometer la objetividad de la prueba.

1.3 Marco Conceptual

1.3.1 Acogida empática

Gestión del primer contacto para reducir el estado de hiperalerta de la víctima.

1.3.2 Comunicación pericial asertiva

El uso de un lenguaje claro, pausado y explicativo en cada paso del examen físico devuelve al usuario un sentido de control sobre su propio cuerpo.

1.3.3 Cuidado al cuidador

Este eje reconoce que la humanización de los servicios de medicina legal resulta inviable sin abordar la salud mental de los peritos y de los administrativos. Conceptos como la fatiga por compasión y el desgaste profesional (burnout) se integran aquí como barreras que desensibilizan al personal. Por lo tanto, el marco conceptual asume que la mejora de las necesidades de humanización del funcionario es el prerrequisito para el fortalecimiento del buen trato hacia el usuario (Ramírez, 2023).

1.3.4 Gestión del entorno simbólico

La adecuación de los espacios de espera y de examen para garantizar la privacidad y la seguridad percibida.

1.3.5 Humanización

La humanización constituye una premisa de carácter ético relacionada con los valores que orientan nuestra conducta en el ámbito sanitario. La humanización se refiere al proceso mediante el cual los valores orientan el diseño de políticas y programas, así como la implementación de cuidados y la supervisión de las relaciones que garantizan la dignidad de todo ser humano (Bermejo, 2013, p.4).

1.3.6 Humanización forense y dignidad humana

La humanización forense se define como el proceso de reconfiguración de la praxis pericial para que el rigor científico-legal coexista con el reconocimiento del valor intrínseco de la persona. En este contexto, la humanización trasciende el concepto asistencialista de trato amable; es una garantía de los derechos del usuario y un imperativo ético que asegura que el sujeto examinado (víctima o investigado) no sea reducido a un mero objeto de prueba (Corcuera Rodríguez, 2024; Mancera-Guzmán et al., 2025).

1.3.7 Legitimidad y calidad de la prueba pericial

Bajo este concepto se establece que la humanización es, en realidad, un estándar de calidad técnica. Un entorno humanizado facilita una mejor colaboración por parte del examinado, lo que permite una recolección de evidencia más exhaustiva y objetiva. Así, la humanización actúa como un blindaje ético-legal que otorga al informe pericial mayor solidez ante el escrutinio jurisdiccional (Corcuera Rodríguez, 2024).

1.3.8 Medicina legal

Martínez (2012) señala que la Medicina Legal constituye un conjunto de conocimientos médicos cuyo propósito es asistir a las autoridades judiciales en la resolución de cuestiones relacionadas con los ámbitos penal, civil y laboral.

1.3.9 Revictimización secundaria

Se refiere al sufrimiento adicional que experimenta la víctima al entrar en contacto con el sistema de justicia. En la Unidad Clínica Forense, esto se manifiesta cuando los procedimientos son mecánicos, fríos o ignoran el estado de vulnerabilidad del examinado. La literatura reciente advierte que la revictimización no es solo un fallo ético, sino también una barrera técnica que puede comprometer la coherencia del relato pericial y la legitimidad de la prueba biológica (Citolin & de Barros, 2024).

1.4 Definiciones

1.4.1 Atención humanizada

La definición de Gutiérrez (2017) sobre la integración de la técnica y la empatía se ve reforzada por Ramírez (2023), quien sostiene que la humanización no es un valor añadido, sino un componente intrínseco de la calidad asistencial que debe mitigar la despersonalización causada por la burocracia institucional. Asimismo, Mancera-Guzmán et al. (2025) profundizan en este enfoque al proponer una atención orientada al individuo; por tanto, el respeto a la autonomía no es solo un gesto ético, por el contrario, es una estrategia para reducir la vulnerabilidad del paciente en entornos de alta complejidad.

1.4.2 Dignidad humana

Más allá de la visión fundacional de la ONU (1948), la dignidad humana en el siglo XXI es analizada por Corcuera Rodríguez (2024) como un derecho operativo que obliga a las

instituciones a adaptar sus procesos a la condición de persona del usuario. En el ámbito pericial, esto se conecta con la visión de Pellegrino (2001), quien argumenta que la vulnerabilidad extrema del enfermo (o víctima) exige una respuesta de cuidado que restaure la integridad que reclama la dignidad lesionada.

1.4.3 Delito

A la definición dogmática de la Enciclopedia Jurídica (2020) sobre la acción típica y antijurídica, se suma la perspectiva de Zaffaroni (2021), quien entiende el delito no solo como una infracción legal, sino también como un conflicto social que genera una ruptura en el tejido de derechos. En tu investigación, esta visión es clave para entender que el delito no termina en el hecho punible, sino que se extiende a la respuesta que el sistema de justicia (incluida la medicina legal) ofrece al conflicto.

1.4.4 Delito contra la libertad sexual

La postura de Peña (2017) sobre la vulneración del consentimiento se complementa con la de Salinas Siccha (2023), quien subraya que la libertad sexual es un bien jurídico dinámico que incluye el derecho a la indemnización. Desde una óptica humanizada, este delito debe entenderse como una agresión a la autodeterminación de la persona, lo que obliga al perito a actuar con una sensibilidad especial para no repetir, simbólicamente, la anulación de la voluntad que sufrió la víctima.

1.4.5 Integridad sexual

Oxman (2008) vincula la integridad sexual con el bienestar psíquico. Esta idea se amplía con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), que define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social. En el contexto forense, autores como Citolin y de Barros (2024) argumentan que la integridad sexual lesionada requiere un abordaje de enfermería

forense que priorice la estabilización emocional tanto antes como durante la recolección de evidencia física.

1.4.6 Examen de integridad sexual

El enfoque documental de Carreño et al. (2012) se enriquece con el Protocolo de Estambul (ONU, actualización 2022) y las guías de Vargas Alvarado (2023), quienes enfatizan que este examen no es solo una búsqueda de lesiones, sino un acto medicolegal que debe realizarse bajo el principio de "mínima intervención". La atención humanizada transforma este examen de un mero trámite probatorio en un espacio de reconocimiento de la condición de víctima, garantizando la privacidad y el confort térmico y emocional.

1.4.7 Programa de atención humanizada

Un programa de atención humanizada constituye un modelo de gestión estratégica e intervención clínica que busca armonizar el rigor técnico-científico con la calidez en el trato y el respeto irrestricto a los derechos fundamentales. Este tipo de programas trasciende la simple interacción cordial, proponiendo una reingeniería de los procesos institucionales que prioriza la autonomía del usuario, la comunicación asertiva y la mitigación del impacto emocional derivado del acto asistencial o pericial. Su implementación implica el fortalecimiento de las competencias humanas del personal (cuidado al cuidador) y la adecuación de los entornos físicos seguros, con el fin de garantizar que el servicio de salud o de justicia sea un espacio que de la dignidad intrínseca de la persona (Mancera-Guzmán et al., 2025; Ramírez, 2023).

1.4.8 Víctima

La distinción de Puppo y Guillén (2012) entre agraviado y sujeto pasivo se actualiza con la Ley N° 30364 y con la doctrina de la Victimología Crítica. Autores contemporáneos sugieren que la víctima debe ser vista como protagonista del proceso de justicia y no como un objeto de

prueba. Esto justifica tu investigación: si la víctima es el titular del bien jurídico vulnerado, el Instituto de Medicina Legal tiene la obligación de tratarla no como una evidencia viviente, sino como una persona en ejercicio de su derecho a la reparación y al buen trato.

La interrelación entre los conceptos de dignidad humana, atención humanizada e integridad sexual revela que la labor medicolegal no puede limitarse a la dimensión técnico-criminalística del examen de integridad sexual. Si el delito contra la libertad sexual constituye una anulación de la autonomía y la voluntad de la víctima, el sistema de justicia tiene el imperativo ético de no replicar esa dinámica de poder mediante procesos despersonalizados. Como sostienen Corcuera Rodríguez (2024) y Mancera-Guzmán et al. (2025), la humanización actúa como un mecanismo de restauración de la dignidad lesionada; por lo tanto, un peritaje realizado bajo estándares de empatía y respeto a la autonomía no es una concesión asistencial, sino la única forma válida de praxis forense compatible con los derechos humanos. En este sentido, la atención humanizada en la Unidad Clínica Forense sede Lima se erige como el puente necesario para transformar el examen medicolegal de una experiencia potencialmente revictimizante en un acto de justicia técnica y de cuidado ético, asegurando que la búsqueda de la verdad no se realice a expensas de la integridad del ser humano (Citolin & de Barros, 2024).

1.4.9 Delimitación conceptual de la humanización y nociones afines

1.4.9.1 Humanización vs. Dignidad humana.

La dignidad humana se concibe como una condición ontológica e intrínseca del ser; es el valor absoluto e inalienable que posee toda persona y constituye la norma básica del derecho y de la bioética (Pellegrino, 2008). Por su parte, Bermejo (2014) define la humanización como el proceso, la acción y el compromiso ético; es el conjunto de estrategias, conductas y políticas destinadas a salvaguardar y promover esa dignidad dentro de un sistema estructurado.

En términos prácticos, la dignidad es una condición que *se tiene*, mientras que la humanización es un proceso que *se realiza*. La deshumanización institucional no elimina la dignidad de la víctima, pues es inalienable, pero sí la vulnera o la ignora en la práctica.

En el contexto de esta investigación, la dignidad humana actúa como el principio filosófico rector, mientras que la humanización justifica la variable independiente (el programa piloto), entendida como el mecanismo activo y estructurado que el Instituto de Medicina Legal (IML) debe implementar para proteger dicha dignidad durante el acto pericial (Corcuera Rodríguez, 2024).

1.4.9.2 Humanización vs. Atención humanizada.

Aunque interdependientes, ambos conceptos operan en distintos niveles de alcance. La humanización representa el marco macro y cultural. Según Waldow (2011), implica una transformación en la estructura institucional, la ética organizacional y las competencias transversales del personal; es decir, define el ser de la institución.

En contraste, la atención humanizada es la manifestación clínica y pericial; se materializa en el acto concreto de la interacción entre el perito y el usuario, lo que se traduce en la aplicación de protocolos específicos de acogida, escucha y comunicación durante el examen medicolegal.

La humanización es la meta institucional a largo plazo (evaluada mediante la variable «necesidades de humanización del personal»), mientras que la atención humanizada constituye la variable dependiente central del estudio. Esta interacción técnico-empática se medirá antes (pretest) y después (postest) de la intervención, ya que representa la conducta directamente observable y cuantificable en la atención medicolegal.

1.4.9.3 Humanización vs. Calidad de trato (Buen trato).

Es frecuente reducir la humanización a la pura amabilidad. Sin embargo, desde la perspectiva de la gestión en salud, la calidad de trato se centra en la satisfacción del usuario mediante estándares de cortesía, oportunidad y eficiencia administrativa (Donabedian, 1980).

La humanización trasciende la amabilidad periférica; implica el reconocimiento del otro como un sujeto vulnerable y en situación de sufrimiento. En el ámbito forense, se requiere una comprensión profunda del trauma y una gestión ética del dolor para evitar instrumentalizar el cuerpo del evaluado (Citolin & de Barros, 2024).

Se puede brindar un buen trato (ser cortés al saludar o ser rápido en el trámite) y, simultáneamente, mantener una práctica deshumanizada (ignorar el impacto emocional del trauma o realizar una toma de muestras biológicas como un acto meramente mecánico). En síntesis, esta investigación concibe la humanización como el marco integrador que utiliza la calidad de trato como indicador básico, pero que exige la atención humanizada como herramienta operativa para la gestión del trauma. Esta diferencia sustenta por qué el programa piloto no se limita a capacitar en atención al cliente, sino que profundiza en valores, en el buen trato y en el respeto a la dignidad humana para transformar genuinamente la praxis pericial.

1.5 Marco Teórico

Antecedentes

La humanización, más allá de su definición semántica, consiste en dotar de cualidades humanas y familiares a una entidad (Real Academia Española [RAE], 2019), se configura actualmente como un paradigma de gestión ética. Si bien tradicionalmente se ha definido como la incorporación de la empatía en la relación médico-paciente (Quintana, 2016), en el contexto actual debe entenderse como una reingeniería de los procesos institucionales. Este enfoque busca armonizar la competencia técnica con el reconocimiento de la singularidad biopsicosocial del

individuo, superando el modelo paternalista hegemónico vigente hasta la década de 1970, que se basaba en la dependencia y en la autoridad vertical del profesional (González, 2016). En el ámbito forense, este cambio de paradigma es crítico: el usuario no acude voluntariamente a una cura, sino que, a menudo, lo hace por un mandato legal tras un evento traumático, lo que exige una adaptación del concepto de cuidado hacia la no revictimización y la protección de la integridad (Ramírez, 2023).

La bioética como sustento normativo de la atención

La transición hacia una atención centrada en la persona encuentra su fundamento en la bioética, disciplina consolidada tras los juicios de Núremberg (1946) y el Informe Belmont (1978), que surgieron como respuesta a las atrocidades cometidas bajo el pretexto de la ciencia sin ética (Lolas, 2008; López, 2018). Los principios éticos clásicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Beauchamp & Childress, 1994), aunque nacidos en el ámbito clínico asistencial, son plenamente exigibles en la medicina legal. Específicamente, el principio de autonomía cobra especial relevancia en el examen pericial: respetar la capacidad de decisión del usuario sobre su cuerpo, incluso en un contexto legal, constituye la primera barrera contra la violencia institucional (Siurana, 2009). Investigaciones recientes sostienen que la aplicación rigurosa de estos principios bioéticos no solo protege al usuario, sino que también otorga mayor legitimidad y calidad técnica a la prueba pericial al reducir los sesgos y mejorar la colaboración de la víctima (Mancera-Guzmán et al., 2025).

La dignidad humana: núcleo conceptual del bioderecho y eje transversal del acto medicolegal

La dignidad humana constituye la piedra angular tanto de la bioética como de los derechos humanos modernos, reconocida en instrumentos internacionales fundacionales como la

Declaración Universal de 1948 (López, 2018). En el vértice del bioderecho y del ordenamiento jurídico, la dignidad actúa como elemento de cohesión fundamental y límite infranqueable frente a la instrumentalización de las personas (Andorno, 2012; Marín, 2014). En esta línea, instrumentos normativos como la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos han reafirmado de manera inobjetable que el bienestar del individuo debe prevalecer siempre sobre los intereses de la sociedad, de la ciencia o del sistema judicial (Casado & Macías, 2022; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2021).

Desde una perspectiva ontológica, la dignidad es una cualidad intrínseca, universal, equitativa e inalienable que posee todo ser humano por el mero hecho de existir, independientemente de su conducta o de su condición social (Andorno, 2012; Siurana, 2009). Esta premisa prohíbe cualquier trato degradante e implica que nadie puede ser reducido a una mera fuente de evidencia objetiva (Casado, 1998). En el contexto de la Medicina Legal, donde interactúan víctimas y presuntos agresores, este concepto ontológico obliga al perito a mantener un estándar de respeto absoluto, evitando que la búsqueda apremiante de la verdad jurídica vulnere la esencia humana del examinado (Red Iberoamericana de Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018).

Desde la perspectiva operativa y constitucional, la dignidad trasciende el plano abstracto y se consolida como un mandato de actuación. Autores como Peces-Barba (2004) y García (2015) argumentan que constituye la base del orden político y de la paz social, por lo que debe traducirse en condiciones materiales y de trato que permitan el libre desarrollo de la personalidad. En la práctica forense, esto exige que los procedimientos inherentemente

invasivos, como el examen de integridad sexual o la evaluación psicológica, se diseñen estrictamente para minimizar el trauma.

Estudios actuales (Citolin & de Barros, 2024; Corcuera, 2024) enfatizan que un trato deshumanizado en estas instancias no solo constituye una falta ética, sino también una vulneración directa de la integridad personal protegida constitucionalmente. En definitiva, la interrelación de estos factores demuestra que vulnerar la calidad del trato afecta el núcleo mismo de la dignidad, lo que termina por afectar la calidad de la evidencia, mermar la confianza en el sistema de justicia y deslegitimar la protección que el Estado está obligado a brindar frente a la violencia.

Evolución del concepto de calidad asistencial y su aplicación al entorno medicolegal

La noción de calidad en los servicios de salud y de la administración pública ha experimentado una transformación sustancial, transitando de una visión centrada exclusivamente en la eficiencia técnica hacia un modelo centrado en la experiencia del usuario (Huaman, 2023). En la práctica clínica general, la calidad se define como el grado en que los servicios incrementan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados de manera segura, efectiva y oportuna (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020); sin embargo, en el ámbito forense, este concepto adquiere una mayor complejidad. En la medicina legal, la calidad no solo se mide por la rigurosidad científica del dictamen pericial o por el cumplimiento de los tiempos procesales, sino también por la capacidad del sistema para realizar la evaluación sin agravar la condición emocional del evaluado (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2021). En consecuencia, la calidad de trato emerge como un componente estructural e indivisible de la calidad técnica. Un examen físico forense puede ser impecable desde la perspectiva criminalística, pero si se realiza mediante un trato despersonalizado, frío o coactivo, el servicio

incurre en un fracaso de su mandato ético y legal, vulnerando el derecho del ciudadano a una atención digna dentro del sistema de justicia.

Contextualización del trato digno y humanizado en la Medicina Legal

El traslado de estos imperativos conceptuales al ámbito pericial exige un análisis crítico de la función de la medicina legal, cuya finalidad técnica es asistir a la administración de justicia en la resolución de litigios (García, 2014; Sanbar, 2007). Si bien la responsabilidad del médico legista consiste en garantizar la validez probatoria (Martínez, 2009), este proceso no puede desvincularse del imperativo de no maleficencia. Documentos rectores contemporáneos establecen que la independencia técnica y la búsqueda objetiva de la verdad deben ejercerse con estricto apego a los derechos humanos (Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses [IMLCF], 2023; Red Iberoamericana de Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018). Esto consolida un modelo conceptual donde el usuario pericial es reconocido como un sujeto de derechos vulnerado (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). En consecuencia, una evaluación forense pierde legitimidad moral y científica si menoscaba el bienestar o la intimidad del individuo.

Dinámicas de vulnerabilidad y trauma en víctimas de violencia sexual y familiar

Para comprender la necesidad imperiosa de un programa de humanización en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, es fundamental analizar la condición psicológica de los usuarios que acuden a la Unidad Clínica Forense de Lima (Martín, 2023). Las presuntas víctimas de violencia familiar y de delitos contra la libertad sexual ingresan al sistema en un estado de vulnerabilidad extrema, caracterizado por altos niveles de ansiedad, estrés agudo y, con frecuencia, disociación traumática (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2022). La naturaleza de estos delitos implica una profunda transgresión de la intimidad y una

pérdida abrupta del control sobre el propio cuerpo (OPS, 2021). Cuando estas víctimas se someten al reconocimiento medicolegal, el procedimiento pericial, que exige la exposición física, la narración detallada de los hechos y la recolección invasiva de muestras, puede mimetizar las dinámicas de poder y control experimentadas durante la agresión. Por lo tanto, si el personal forense no aplica un enfoque informado en el trauma, la intervención institucional deja de ser un paso hacia la justicia y se convierte en un nuevo evento traumático, socavando la dignidad humana que el Estado está obligado a restituir.

Fenomenología de la deshumanización y revictimización secundaria institucional

La deshumanización en el ámbito de la salud y la justicia se define como la pérdida de la capacidad axiológica y la cosificación del sujeto en contextos dominados por la técnica y la burocracia (Ávila, 2017; Rocamora, 2000). Este fenómeno no es accidental, sino que es predominantemente sistémico. Autores como Bermejo (2008) y Flynn (1995) identifican causas estructurales claras: la prioridad de la eficiencia administrativa sobre el bienestar individual, la injusticia en la distribución de recursos y una cultura institucional que valora más los indicadores numéricos que la calidad del encuentro humano.

En la Unidad Clínica Forense, este riesgo se exacerba debido a la propia naturaleza del servicio. La alta carga procesal y la estandarización de los peritajes pueden llevar a los funcionarios a tratar a los usuarios como meros números de expediente o como cuerpos de prueba, ignorando su dimensión emocional y biográfica (Citolin & de Barros, 2024; Duarte, 2014). Asimismo, si bien el desarrollo tecnológico ha optimizado la precisión diagnóstica, ha introducido, en paralelo, una tiranía tecnológica que puede aislar al profesional del paciente (Brusco, 1999; Rivera, 2001). Al respecto, Alfrealday (2018) advierte que las herramientas, como la inteligencia artificial, deben servir para personalizar la atención, no para reemplazarla.

En la práctica diaria, la brecha entre esta cultura de la eficacia y la cultura del respeto genera insatisfacción en los usuarios, quienes suelen valorar aspectos como la escucha activa, la información clara y el confort por encima de la sofisticación técnica (Martins et al., 2008; Oliveira et al., 2012).

La consecuencia directa de esta desconexión institucional y de una atención forense carente de humanización es la revictimización secundaria, definida en la literatura especializada como el sufrimiento adicional generado por las propias instituciones encargadas de brindar atención, protección o justicia a la víctima (Defensoría del Pueblo, 2021). En el contexto de la Unidad Clínica Forense de Lima, es crucial entender que este fenómeno no surge necesariamente de una intención maliciosa del personal, sino de las fallas sistémicas descritas, de un diseño de procesos centrado en la burocracia y de un enfoque médico-hegemónico que prioriza la objetivación de la prueba por encima del sujeto (Burbano & Tenecota, 2025).

Esta revictimización se manifiesta a través de prácticas perjudiciales como interrogatorios repetitivos, tiempos de espera prolongados en ambientes no diferenciados, donde la víctima incluso puede cruzarse con sus agresores, actitudes de incredulidad por parte del examinador o explicaciones insuficientes sobre los procedimientos a seguir. Este impacto iatrogénico constituye una violación flagrante del principio bioético de no maleficencia y compromete seriamente la participación futura de la víctima en el proceso penal, lo que favorece su impunidad (Pérez, 2014).

Estrategias comparadas y modelos de gestión del buen trato

Ante la crisis de deshumanización, diversas jurisdicciones han implementado estrategias de mitigación. En España, la Comunidad de Madrid (2016) y la asociación Humanizando la Justicia (2020) han sido pioneras en trasladar estos conceptos del hospital al tribunal, buscando

un equilibrio entre el rigor legal y la empatía (Asociación Humanizando la Justicia, 2020). En Latinoamérica, Colombia y Brasil han establecido políticas nacionales (Carlosama et al., 2019; ICONTEC, 2016) que regulan aspectos como la privacidad, los horarios flexibles y el confort ambiental. Experiencias recientes durante la pandemia de COVID-19 en México demostraron que medidas simples, como el uso de tecnología para conectar a los pacientes con sus familias o la personalización de los EPP con fotografías, tienen un impacto profundo en la percepción de dignidad (Sevilla & Hernández, 2020).

Comparación sistemática de enfoques: del modelo biomédico-inquisitivo al restaurativo y humanizado

Al analizar sistemáticamente los paradigmas de atención medicolegal, se evidencia una clara dicotomía que fundamenta la propuesta de esta investigación (Asociación Humanizando la Justicia, 2020). Por un lado, el modelo tradicional o biomédico-inquisitivo conceptualiza a la víctima primordialmente como un receptáculo de indicios biológicos y físicos; su objetivo es la extracción eficiente de datos para el expediente fiscal, relegando la contención emocional a un plano secundario o delegándola por completo en otros profesionales. En contraposición, el enfoque de derechos humanos y restaurativo, al que se orientan los programas modernos de humanización, postula que el proceso pericial es, en sí mismo, la primera etapa de reparación para la víctima (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, 2021). Este modelo sostiene que una comunicación empática, la garantía absoluta de la privacidad y el empoderamiento mediante el consentimiento informado continuo no interfieren con la objetividad del peritaje, sino que la optimizan (OMS, 2022). Al reducir la ansiedad del evaluado, se facilita su colaboración y se mejora la calidad de la información recabada. La transición del

primer modelo al segundo es el núcleo teórico que justifica la implementación de un programa de atención humanizada en la medicina legal peruana.

Análisis de la brecha en el contexto forense peruano

Perú cuenta con normativas como la Ley N° 30023 (Día del Buen Trato) y protocolos del Ministerio de la Mujer; sin embargo, persiste una brecha importante tanto en la literatura científica como en la operativa específica para el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. La mayoría de los antecedentes revisados se enfocan en la recuperación de la salud (ámbito asistencial) o en la justicia procesal (ámbito jurídico), dejando un vacío en la praxis pericial: ese momento crítico donde el cuerpo de la víctima es examinado como evidencia. La evidencia actual sobre la implementación sistemática de programas de humanización en unidades clínico-forenses es escasa. Por tanto, esta investigación no solo busca replicar modelos extranjeros, sino también diseñar una intervención adaptada a la realidad de UNCLIFOR sede Lima, que articule el cumplimiento normativo con el respeto irrestricto a la dignidad humana de las víctimas de violencia (Mancera-Guzmán et al., 2025; Ramírez, 2023).

El desafío de la atención a víctimas de violencia: aplicabilidad en la Unidad Clínica Forense (Lima)

En contextos institucionales de alta complejidad, como la Unidad Clínica Forense de Lima del IMLCF del Perú, la garantía de un trato digno resulta crítica, en particular al atender a presuntas víctimas de violencia familiar y sexual. Históricamente, la priorización de la recolección de pruebas por encima de la contención empática ha generado escenarios propicios para la revictimización secundaria institucional (Burbano & Tenecota, 2023; Defensoría del Pueblo, 2021). Si bien la literatura evidencia que el diseño y la validación de programas de atención humanizada focalizados exclusivamente en la medicina legal peruana constituyen un

área científica emergente que requiere mayor consolidación empírica, existe un innegable mandato bioético para subsanar estas carencias (OMS, 2021). La aplicabilidad de este modelo en Lima exige reestructurar la praxis pericial, adecuando los protocolos para asegurar espacios confidenciales e intervenciones empáticas, y mitigar el impacto agudo del peritaje (Martin, 2023).

Barreras institucionales: El impacto del desgaste ocupacional y la interseccionalidad

Para comprender de manera integral los obstáculos a la atención humanizada en la sede de UNCLIFOR en Lima, es imperativo analizar el entorno de los operadores forenses y las características demográficas de los usuarios. Por un lado, la alta carga procesal y la exposición a narrativas de violencia generan un terreno propicio para el desgaste ocupacional (*burnout*), lo que se traduce clínicamente en una pérdida sistemática de empatía y en la despersonalización por parte del examinador (Marín, 2021; Sturzu et al., 2019). Por otro lado, la atención carece de eficacia si asume a los usuarios como un grupo homogéneo; la diversidad de la población limeña exige incorporar el enfoque de interseccionalidad, reconociendo que variables como el género, la pobreza o la etnicidad se superponen y multiplican el riesgo de discriminación (Defensoría del Pueblo, 2023). Un trato verdaderamente humanizado requiere, por tanto, políticas de cuidado para el personal e intervenciones culturalmente adaptadas para la víctima (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos [MINJUSDH], 2021).

El rol del entorno físico y la infraestructura en la calidad del trato forense

El modelo conceptual de la humanización no se limita a la esfera actitudinal y comunicativa de los profesionales de la salud, sino que abarca dimensiones tangibles e infraestructurales que comunican, de manera implícita, el respeto institucional a la dignidad humana. En el contexto de la Unidad Clínica Forense, el diseño del espacio físico desempeña un

papel determinante en la percepción de seguridad por parte de las presuntas víctimas (IMLCF, 2023). La literatura arquitectónica y sanitaria reciente demuestra que entornos sobrepoblados, carentes de aislamiento acústico, con iluminación hostil y sin separación adecuada entre agresores, víctimas y el público en general, incrementan los niveles de cortisol y el estrés agudo de los usuarios (Marmol-Acosta et al., 2025). Por el contrario, la adecuación de salas de espera diferenciadas, consultorios que garanticen el pudor y la intimidad visual durante los exámenes ginecológicos o proctológicos, y espacios diseñados para la contención en crisis son manifestaciones concretas del principio de beneficencia (MINSA, 2020). De este modo, la infraestructura se convierte en una variable crucial que facilita u obstaculiza la eficacia de cualquier programa de humanización.

Articulación teórica con las variables e instrumentos de medición

Este marco conceptual permite establecer una vinculación metodológicamente sólida entre la teoría bioética, la humanización y los objetivos del estudio, superando los enfoques puramente descriptivos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023; Siurana, 2009). La variable independiente Programa de Atención Humanizada se deriva operativamente en dimensiones medibles: la calidad relacional-empática, la promoción activa de la autonomía (mediante el consentimiento informado riguroso) y la beneficencia en el entorno físico (Pérez & Díaz, 2022). Sin embargo, la eficacia metodológica y práctica de esta intervención está intrínsecamente condicionada por una variable interviniente crítica: las necesidades de humanización del funcionario. La literatura especializada sostiene que la humanización es un proceso bidireccional; el desgaste ocupacional (*burnout*), la sobrecarga procesal y la falta de soporte psicoemocional merman severamente la capacidad del operador forense para ejercer la empatía clínica, lo que obstaculiza la efectividad de cualquier protocolo (Gómez & Silva, 2022; Ramírez,

2023). Por consiguiente, esta variable se operativiza mediante el diagnóstico situacional de la salud mental y de los recursos logísticos del personal (Colegio Médico del Perú, 2021). Simultáneamente, las variables dependientes Calidad de Trato y Dignidad Humana se operativizan mediante la evaluación de la percepción subjetiva de la víctima respecto de la mitigación de la revictimización, la garantía de la privacidad y la equidad institucional (Ruiz-Vega, 2022). Esta rigurosa esquematización garantiza que los cuestionarios aplicados tanto a los usuarios periciales como a los funcionarios posean una alta validez de constructo, lo que permite medir científicamente el impacto real de la humanización (Ramírez, 2023).

Prevención del daño moral y salvaguarda del proyecto de vida del evaluado

Por último, para dimensionar adecuadamente la trascendencia de la relación entre la calidad de trato, la humanización y la dignidad, es fundamental incorporar al análisis el impacto en el proyecto de vida de las víctimas (Corte Interamericana de Derechos Humanos [Corte IDH], 2020). Desde la jurisprudencia y la bioética contemporánea, el daño moral no solo se deriva del delito original perpetrado por el agresor, sino que puede agravarse severamente por la violencia institucional estatal (Casado & Macías, 2022).

Cuando una víctima acude al Instituto de Medicina Legal en busca de justicia y, en su lugar, encuentra frialdad, hostilidad o estigmatización, se quiebra la confianza elemental en el contrato social y en las instituciones protectoras. Esta fractura agudiza la desesperanza aprendida, prolonga el estrés postraumático y paraliza la capacidad del individuo para retomar su desarrollo personal, laboral y afectivo (su proyecto de vida) (Corte IDH, 2020). Por lo tanto, el objetivo último de la implementación de un programa de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense (UNCLIFOR) sede Lima trasciende la recolección de evidencia probatoria: constituye una intervención estatal de primera línea diseñada para interrumpir la cadena de

violencia, honrar la resiliencia de los sobrevivientes y sentar las bases éticas para la verdadera reparación del daño moral (Fernández, 2023).

1.6 Estado del arte

El proyecto Humanizando la Medicina Legal cuenta con *escasa evidencia específica en el ámbito medicolegal;* por tanto, ha tomado como referencia el proyecto HU-CI (Humanizando los Cuidados Intensivos), que dio origen en España a la Asociación Humanizando la Justicia, cuya identidad es única en su quehacer. La finalidad de dicha asociación es promover el fomento y el respeto de la dignidad del ser humano en el ámbito jurídico. El Proyecto HU-CI comenzó en 2014 y surgió como un grupo de investigación multidisciplinar internacional que buscaba ubicar al ser humano en el centro del escenario y rediseñar la asistencia sanitaria; dicho rediseño tiene como premisa innegociable el respeto de la dignidad humana.

El proyecto HU-CI es un nuevo modelo de unidades de cuidados intensivos que centra sus esfuerzos en propiciar una atención más humanizada. Las principales líneas de trabajo son: comunicación, bienestar del paciente, infraestructura humanizada y cuidado al final de la vida, entre otros.

La Medicina Legal es el componente o brazo técnico-científico que aporta información pericial relevante a la administración de justicia para la toma de decisiones que permitan el restablecimiento de los derechos de las personas que así lo requieran. Por lo tanto, también es necesario fomentar el respeto de la dignidad humana en este ámbito laboral.

El análisis crítico de la literatura revela una convergencia central: todos los enfoques, ya sean clínicos, jurídicos o forenses, recientes coinciden en que la hiperespecialización técnica y la burocratización han desplazado a la persona como centro de la atención (Asociación Humanizando la Justicia, 2020; Velasco et al., 2017). Asimismo, convergen en que la

humanización no depende únicamente de la voluntad individual o de la empatía innata del profesional, sino que requiere políticas institucionales, adecuaciones estructurales que garanticen la privacidad y medidas orientadas al cuidado del propio personal para prevenir el *burnout* (Burbano & Tenecota, 2023; Velasco et al., 2017).

Sin embargo, las divergencias son metodológicamente importantes. Los proyectos pioneros poseen un carácter declarativo y cualitativo; operan en entornos donde el objetivo principal es salvar la vida, como en el caso del Proyecto HU-CI (Velasco et al., 2015), o resolver un litigio jurídico de forma teórica e inspiradora (Asociación Humanizando la Justicia, 2020). En contraposición, los estudios recientes evidencian que el escenario medicolegal exige un abordaje distinto: un equilibrio empírico crítico donde la imperiosa necesidad de recopilar evidencia corporal objetiva choca directamente con la intimidad y el trauma de la presunta víctima (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021; Burbano & Tenecota, 2025).

La articulación entre los antecedentes de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) o del Sistema de Justicia y el objeto de estudio de esta tesis se logra mediante el concepto de vulnerabilidad análoga. En una UCI, el paciente experimenta despersonalización, desnudez forzada, dependencia de terceros y pérdida del control sobre su entorno (Velasco et al., 2017). De manera homóloga, una presunta víctima de violencia sexual que ingresa a la Unidad Clínica Forense experimenta una exposición física invasiva, pérdida de autonomía y la inminente reactivación del trauma al narrar los hechos ante el perito (Martin, 2023).

Por lo tanto, los principios de humanización revisados en los antecedentes se adaptan a la medicina legal de la siguiente manera:

La comunicación asertiva promovida en las UCI (Velasco et al., 2015) se traduce en el peritaje forense en la exigencia de un consentimiento informado continuo y de un abordaje informado del trauma (OMS, 2021).

La flexibilización de espacios y la arquitectura humanizada (Velasco et al., 2017) se traducen en la imperiosa necesidad de contar con entornos de evaluación estrictamente privados, insonorizados y separados de los agresores en las sedes forenses (Burbano & Tenecota, 2025).

El cuidado integral al final de la vida (Velasco et al., 2017) encuentra su paralelo forense en la mitigación de la revictimización secundaria y en el inicio de la reparación del daño moral en el sistema de justicia penal (Ruiz-Vega, 2022).

El principal vacío teórico y aplicado que deja la revisión del estado del arte es la ausencia de un diseño experimental o cuasiexperimental que operativice la humanización en protocolos medibles en una institución medicolegal. Mientras que los antecedentes peruanos diagnostican certeramente el problema de la revictimización institucional (Martin, 2023; Burbano & Tenecota, 2025) o proponen filosofías de trato deseables (Velasco et al., 2015), carecen de instrumentos psicométricos aplicados que midan científicamente si una intervención específica mejora la percepción de la víctima.

Esta investigación aborda directamente este vacío al diseñar e implementar el *Programa piloto de Atención Humanizada* en la Unidad Clínica Forense (Sede Lima), mediante la evaluación empírica (pretest y postest) de dimensiones operativas concretas, como la capacitación en bioética, los protocolos de acogida y la adaptación del entorno, convirtiendo el imperativo ético de la humanización en un estándar de calidad institucional validado científicamente.

Tabla 1

Estado del arte humanizando la medicina legal

Autor/Año y Proyecto	Enfoque y Contexto	Aportes Principales (Convergencias)	Limitaciones y Vacíos Empíricos (Divergencias)	Aplicabilidad a la Medicina Legal
Velasco et al. (2015-2017) Proyecto HU-CI y Declaración de Torrejón.	**Clínico-Asistencial (Unidades de Cuidados Intensivos - UCI)**	Plantea un modelo multidimensional transversal. Identifica que la vulnerabilidad extrema del paciente y el *burnout* del profesional son barreras para el trato digno.	Enfoque netamente terapéutico. Carece de aplicabilidad directa a entornos evaluativos/probatorios donde el fin no es curar, sino recabar evidencias.	La pérdida de intimidad y autonomía en una UCI es análoga a la vulnerabilidad de la víctima en el examen forense. Aporta las dimensiones de adecuación del entorno y prevención del desgaste profesional.
Busch, I. M., et al. (2019). *Humanization of Care: A Scoping Review of Conceptualizations and Measurement.*	Analiza cómo se define y mide la humanización en la literatura científica global.	Identifica dimensiones clave: respeto, dignidad, comunicación y empatía. Coincide con mi tesis en que la humanización debe ser un constructo medible y no solo un ideal ético.	El 95% de los estudios se centran en oncología, UCI o pediatría. No existe mención a contextos forenses o de justicia, donde el paciente es un usuario/víctima bajo mandato judicial.	Provee el marco para justificar que la humanización en la UNCLIFOR requiere una medición propia, ya que las escalas clínicas tradicionales no captan la presión del acto pericial.

Autor/Año y Proyecto	Enfoque y Contexto	Aportes Principales (Convergencias)	Limitaciones y Vacíos Empíricos (Divergencias)	Aplicabilidad a la Medicina Legal
Asociación Humanizando la Justicia (2019-2020) Proyecto Humanizando la Justicia.	**Jurídico-Administrativo (Sistema de Justicia)**	Sitúa a la persona como núcleo del proceso de enjuiciamiento, promoviendo una comunicación clara y la protección de los derechos humanos.	Es un marco filosófico e inspiracional. No propone instrumentos psicométricos validados ni programas estandarizados empíricamente medibles.	Fundamenta éticamente la obligación del Estado. Aporta el principio de que la justicia penal no puede construirse sobre la revictimización o el daño moral del ciudadano.
Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). *Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy.*	Evalúa la relación entre el trato humanizado y la percepción de calidad y autonomía del paciente.	Demuestra estadísticamente que la calidad relacional impacta directamente en los resultados del servicio. Valida tu uso de pruebas estadísticas para correlacionar trato y satisfacción.	El estudio asume un entorno de curación. En Medicina Legal, la autonomía está limitada por la ley y el objetivo no es la cura, sino la prueba, un vacío aplicado que tu tesis aborda.	Permite articular que, aunque el objetivo sea la pericia, el trato humanizado garantiza una mejor obtención de información técnica, reduciendo la revictimización secundaria.
Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021)	**Salud Pública e Intervención en Crisis**	Establece protocolos empíricos de atención clínica centrada en la víctima (enfoque orientado al trauma), primera línea de	Son directrices globales genéricas. No abordan las especificidades procesales, burocráticas ni las limitaciones	Aporta la base para la dimensión de protocolos de acogida del programa propuesto, exigiendo que la

Autor/Año y Proyecto	Enfoque y Contexto	Aportes Principales (Convergencias)	Limitaciones y Vacíos Empíricos (Divergencias)	Aplicabilidad a la Medicina Legal
Guías de atención a sobrevivientes de violencia.		apoyo y recolección de pruebas compasiva.	de infraestructura del sistema medicolegal peruano.	pericia forense integre el consentimiento continuo y la validación del trauma.
Garzón-Leguizamón, L. F., Díaz-Ramírez, D. M., Vergara-Vaca, L. D., Villamizar-Romero, M. S., Vanegas-Torres, C. J., López-Gutiérrez, P. A., Cortes-Barreto, M. A., Bueno-Gómez, N., & Chiari-Gómez, D. M. (2021). *La humanización como parte de la atención*	Revisa la literatura sobre la humanización durante la atención a los pacientes	El examen forense es un momento de alta vulnerabilidad donde la técnica debe ir acompañada de una acogida emocional para evitar la revictimización.	Existe poca evidencia experimental o cuasiexperimental que mida el impacto de un programa de atención humanizada.	Valida la necesidad de un protocolo específico para la sede Lima, ya que demuestra que el enfoque (centrado solo en la lesión es insuficiente para los estándares actuales de derechos humanos

Autor/Año y Proyecto	Enfoque y Contexto	Aportes Principales (Convergencias)	Limitaciones y Vacíos Empíricos (Divergencias)	Aplicabilidad a la Medicina Legal
integral al paciente: revisión narrativa .				

2. Diseño metodológico

Enfoque

El presente estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2023), la ruta cuantitativa se fundamenta en la recolección de datos para probar hipótesis o responder a preguntas de investigación, basándose en la medición numérica y en el análisis estadístico para establecer pautas de comportamiento y comprobar teorías empíricamente. En este sentido, el enfoque cuantitativo es el idóneo para abordar la problemática en cuestión, debido a la naturaleza medible y objetivable de los fenómenos de estudio.

La elección de este enfoque se sustenta en la necesidad fundamental de medir, comparar y analizar estadísticamente las percepciones, los niveles y las dimensiones de las tres variables centrales de la investigación: el *Programa de Atención Humanizada* (variable independiente), la calidad del buen trato y el respeto a la dignidad humana de las víctimas (variable dependiente), y las *Necesidades de Humanización* del personal administrativo y asistencial de la Unidad Clínica Forense de Lima (variable interviniente). Al respecto, Creswell y Creswell (2018) señalan que los estudios cuantitativos permiten examinar la relación entre variables mediante su operacionalización, lo que facilita una evaluación rigurosa y estandarizada de conceptos abstractos (como la dignidad o la empatía).

Para lograr este propósito analítico y probabilístico, la investigación requiere la recolección sistemática de datos empíricos mediante la aplicación de instrumentos estructurados y escalas de medición validadas. Esto permitirá traducir las experiencias de los usuarios y las carencias psicoemocionales de los funcionarios de UNCLIFOR en datos numéricos susceptibles de tratamiento estadístico inferencial (Arias, 2012). De este modo, se trasciende la mera

descripción cualitativa para obtener evidencia científica sólida sobre la efectividad e impacto de la intervención propuesta.

Por último, cabe precisar que este enfoque cuantitativo se alinea estrictamente con los objetivos del estudio y con el diseño metodológico propuesto orientado a contrastar la situación antes y después de la implementación del programa. Con el fin de mantener la coherencia, el orden y la delimitación propios del capítulo metodológico, la descripción pormenorizada de la operativización de las variables, el diseño de los instrumentos y los procedimientos específicos de análisis estadístico se reservan para sus respectivos apartados en las secciones subsiguientes del presente documento.

2.1 Tipo de investigación

Estudio cuasiexperimental con metodología cuantitativa, prospectivo no aleatorizado.

La presente investigación se enmarca en una metodología cuantitativa de nivel explicativo, cuyo propósito fundamental es probar la hipótesis y establecer relaciones de causalidad empírica mediante la medición estandarizada y el análisis estadístico riguroso (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023). Para alcanzar dicho objetivo, el estudio adopta un diseño cuasiexperimental. Siguiendo la base fundacional de Shadish, Cook y Campbell (2002) ampliamente reafirmada por la literatura metodológica contemporánea, los diseños cuasiexperimentales manipulan deliberadamente al menos una variable independiente (en este caso, el Programa de Atención Humanizada) para observar su efecto sobre una o más variables dependientes (Calidad de Trato y Dignidad Humana). Sin embargo, su característica distintiva y definitoria es la ausencia de asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de intervención o de control (Creswell & Creswell, 2023).

El uso de este diseño está plenamente justificado en la presente investigación, dado que se desarrollará en la Unidad Clínica Forense, un entorno institucional donde resulta logísticamente, éticamente e inviable normativamente conformar grupos al azar. En estos contextos del sector público, el investigador debe trabajar con grupos intactos; es decir, conjuntos de participantes (peritos y víctimas) que ya están conformados por la propia dinámica de la administración de justicia, lo que hace del cuasiexperimento el diseño ideal y metodológicamente correcto (Bernal, 2022; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

La principal fortaleza de la investigación cuasiexperimental radica en su alta validez ecológica y su viabilidad aplicada. Al desarrollarse en entornos institucionales reales, en lugar de en laboratorios controlados y artificiales, los resultados obtenidos poseen un alto nivel de generalización para la práctica cotidiana de los operadores de justicia y de la salud forense (Ramos-Galarza, 2020). No obstante, es preciso reconocer que este diseño presenta limitaciones estructurales vinculadas a amenazas a la validez interna, en particular, el sesgo de selección inicial. Para mitigar esta limitación metodológica, resultó indispensable la aplicación de mediciones previas (evaluación pretest) que permitieron establecer una línea base sólida y asegurar, estadísticamente, que los grupos o participantes fueran comparables antes de recibir la intervención (Bono & Arnau, 2020; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

Es necesario resaltar que esta investigación adoptó un diseño cuasiexperimental (evaluación pretest y postest) sin grupo de control. La ausencia de este grupo se justificó por imperativos bioéticos y de responsabilidad institucional, ya que no resultaba admisible mantener deliberadamente a un grupo de víctimas de violencia sexual en un esquema

asistencial tradicional únicamente con fines comparativos, vulnerando el principio de no revictimización y el derecho al buen trato.

Desde la perspectiva metodológica, la cohorte de víctimas evaluada en la línea de base asumió la función de control histórico o grupo de contraste de referencia y representó el patrón de servicio institucional bajo la gestión tradicional. Este diseño de cohortes independientes permitió comparar estadísticamente la percepción del servicio antes y después de la implementación del programa piloto, salvaguardando la integridad ética de la investigación sin comprometer la validez inferencial de los hallazgos.

Debido a la temporalidad de la recolección de datos, el diseño de la investigación se clasifica como prospectivo. Un estudio posee carácter prospectivo cuando el investigador asume el control directo sobre la planeación y recolección de los datos desde el inicio de la investigación hasta el futuro, observando longitudinalmente el fenómeno tras la introducción de la variable independiente (Supo & Zacarías, 2020). A diferencia de los enfoques retrospectivos que dependen de historias clínicas, expedientes pasados o bases de datos a menudo incompletas, la prospectiva garantiza una mayor calidad, ya que los instrumentos de recolección (encuestas, cuestionarios) son diseñados y aplicados a propósito (ex profeso) para medir los efectos específicos del programa de humanización a lo largo del tiempo (Creswell & Creswell, 2023). Este enfoque permitió contrastar de manera metódica la evolución de la atención desde su estado inicial hasta su comportamiento posintervención.

Finalmente, para salvaguardar la coherencia interna y epistemológica del estudio, resulta imperativo establecer explícitamente la condición de estudio no aleatorizado. Al tratarse de grupos preexistentes seleccionados por la naturaleza del flujo pericial y no por el

azar, el estudio asume y defiende su condición estrictamente cuasiexperimental y no aleatorizada.

2.2 Variables

Variable dependiente

- Calidad de trato (buen trato y respeto de la dignidad humana)

Variable interviniente

- Necesidades de Humanización de los funcionarios de la Unidad Clínica Forense Lima

Variable independiente

- Programa de Atención Humanizada

2.2.1 Definiciones teóricas

2.2.1.1 Calidad de trato (buen trato y respeto de la dignidad humana).

Se concibe como la dimensión relacional y ética de la calidad asistencial, materializada en la interacción directa entre el operador forense y el usuario. La literatura especializada concuerda en que esta calidad trasciende la mera cortesía administrativa; constituye un comportamiento institucional fundamentado en la escucha activa, la comunicación asertiva, la provisión de información oportuna y la neutralización de prejuicios durante la evaluación (Corcuera Rodríguez, 2024; Huaman, 2023). En el contexto medicolegal, el buen trato se erige como el mecanismo operativo indispensable para garantizar el respeto irrestricto a la dignidad humana. Asegura que la persona evaluada sea reconocida y validada como un sujeto de derechos en situación de vulnerabilidad, evitando su cosificación como un simple objeto de prueba o como fuente de indicios procesales (Citolin & de Barros, 2024; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

2.2.1.2 Necesidades de Humanización de los funcionarios de la Unidad Clínica Forense Lima.

Hace referencia al conjunto integral de requerimientos estructurales, logísticos y psicoemocionales que exige el personal forense para desempeñar sus funciones de manera óptima en entornos de alta exigencia emocional. La satisfacción de estas necesidades busca mitigar el riesgo de desarrollar síndromes de desgaste ocupacional (*burnout*), de fatiga por compasión o de desensibilización sistemática ante el dolor ajeno (Marín, 2021; Sturzu et al., 2019). Diversos estudios contemporáneos subrayan que la humanización posee una naturaleza estrictamente bidireccional e interdependiente; en este sentido, resulta inviable sostener una praxis empática hacia las víctimas si la institución no garantiza entornos laborales seguros y de apoyo para sus operadores (Gómez & Silva, 2022; Ramírez, 2023). Por consiguiente, el cuidado del bienestar del funcionario es el cimiento insustituible para el cuidado del usuario.

2.2.1.3 Programa de Atención Humanizada.

Se define como un modelo de gestión e intervención estructurada que articula políticas, recursos y competencias organizacionales con el fin de transformar los entornos de atención, promoviendo espacios seguros, confortables y orientados al bienestar (Bermejo, 2015; Pérez & Díaz, 2022). En el ámbito específico de la medicina legal, este programa implica una reingeniería de la praxis forense tradicional. Su propósito central es equilibrar el rigor metodológico y la competencia técnica del peritaje con un soporte humano fundamentado en la ética y la empatía. Al reconocer a la presunta víctima en su plena dimensión biopsicosocial, el programa actúa como una herramienta estratégica e institucional diseñada para mitigar el impacto agudo del trauma, promover la autonomía del evaluado y prevenir activamente la revictimización secundaria (Mancera-Guzmán et al., 2025; Martin, 2023).

2.2.2. Definiciones operacionales

2.2.2.1 Calidad de trato (buen trato y respeto de la dignidad humana).

Línea de Base

Usuarios que manifestaron ser víctimas de maltrato o irrespeto a su dignidad humana según categorías de la escala Likert (en porcentaje %)

Resultado post intervención

Usuarios que manifestaron ser víctimas de maltrato o irrespeto a su dignidad humana según categorías de la escala Likert (en porcentaje %)

La mejora se interpreta como la disminución del porcentaje de usuarios que reportan maltrato o irrespeto a su dignidad humana.

2.2.2.2 Necesidades de humanización de los funcionarios de la Unidad de Clínica Forense Lima.

Línea de Base

Necesidades de humanización identificadas (en porcentaje %).

Resultado post intervención

Necesidades de humanización identificadas (en porcentaje %).

La mejora se interpreta como la disminución del porcentaje de funcionarios que reportan identificación de necesidades de humanización.

2.2.2.3 Programa de Atención Humanizada.

El diseño e implementación de un programa de atención humanizada tiene como finalidad promover y desplegar acciones institucionales que garanticen la humanización de los servicios de salud, mediante la personalización de la atención y el respeto a la dignidad humana.

La institución estableció una política de atención humanizada que evidenció el compromiso organizacional de fortalecer el respeto a la dignidad humana de los pacientes y/o de las presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual. Dicha política hace parte del programa de humanización, así como las líneas estratégicas, el cronograma de actividades y los indicadores de seguimiento del programa.

2.3 Hipótesis

Hipótesis de trabajo:

El programa piloto de atención humanizada se relaciona significativamente con la mejora de las necesidades de humanización de los funcionarios y con el buen trato y el respeto de la dignidad humana de los usuarios que reciben atención en la Unidad Clínica Forense sede Lima del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú, en el periodo 2023–2025.

Hipótesis nula:

El programa piloto de atención humanizada no se relaciona significativamente con la mejora de las necesidades de humanización de los funcionarios y con el buen trato y el respeto de la dignidad humana de los usuarios que reciben atención en la Unidad Clínica Forense sede Lima del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú, en el periodo 2023–2025.

2.4 Objetivo general

Implementar un programa piloto de atención humanizada para fortalecer el buen trato y el respeto de la dignidad humana de las presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual que reciben atención en la Unidad Clínica Forense sede Lima del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú, en el periodo de 2023 a 2025.

2.5 Objetivos específicos

- Validar los instrumentos de medición mediante el juicio de expertos, garantizando su pertinencia y validez de contenido para evaluar la atención humanizada y las necesidades de humanización.
- Establecer la línea de base de la atención humanizada percibida por los usuarios y de las necesidades de humanización del personal administrativo y asistencial de la Unidad Clínica Forense sede Lima.
- Estructurar el programa piloto de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense, sede Lima, mediante la conformación del equipo gestor y la capacitación en valores, buen trato y respeto de la dignidad humana.
- Implementar el programa piloto de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense sede Lima, con el respectivo seguimiento mediante indicadores definidos.
- Evaluar los resultados de la atención humanizada y las necesidades de humanización antes (pretest) y después (postest) de la implementación del programa piloto, con el fin de determinar los cambios asociados a la intervención.

2.6 Instrumentos

Los instrumentos aplicados para los fines de esta investigación fueron:

2.6.1. Encuesta 1

Cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria, validado por Arteaga, et al. (2013), en el documento Estudio nacional de evaluación de percepción del trato a usuarios en establecimientos dependientes de los servicios de salud del sistema.

El instrumento consta de 2 apartados y 15 preguntas. El apartado I “Datos del entrevistado/a y establecimiento”, consta de 4 ítems para registrar la información básica del encuestado. El apartado II “Calidad del trato” consta de 11 ítems, los cuales valoran el buen trato y respeto por la dignidad humana en Atención ambulatoria en términos de calidad de trato. El

rango de puntaje es de 7 a 77 puntos y se valoran con una escala Likert de 1 a 7 puntos, donde 1 es pésimo y 7 es excelente.

Este cuestionario hizo parte del Estudio nacional de evaluación de percepción del trato a usuarios en establecimientos dependientes de los servicios de salud del sistema público de salud de Chile; por tal razón, fue seleccionado como instrumento para aplicar a la muestra de 290 presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual que reciben atención de Medicina Legal en la Unidad Clínica Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, sede Lima. (Apéndice A).

Descripción, adaptación y pertinencia metodológica del instrumento

Para medir la variable dependiente Calidad de Trato, se utilizó una adaptación del Cuestionario TU-Hospital (Trato al Usuario), validado originalmente por Arteaga et al. (2013) en el sistema público de salud chileno. Su pertinencia metodológica para el escenario forense peruano radica en la similitud estructural de las intervenciones: encuentros episódicos que requieren una exploración física en una asimetría de poder. El cuestionario evalúa operativamente tres dimensiones que reflejan con exactitud el constructo teórico del estudio: la dimensión relacional (amabilidad y contacto visual), la dimensión ético-informativa (explicación del procedimiento y obtención del consentimiento) y la dimensión ambiental (respeto a la privacidad y al pudor físico).

Dada la particularidad de la población (presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual), el instrumento original fue adaptado lingüística y contextualmente. Se sustituyeron términos clínicos por terminología forense (por ejemplo, *paciente* se reemplazó por *usuario*; *establecimiento de salud* por *Unidad Médico Legal*). Posteriormente, para garantizar el rigor científico, la versión adaptada fue sometida a la técnica de juicio de expertos, integrada por

metodólogos, psicólogos forenses, médicos legistas y responsables de calidad. Este procedimiento aseguró formalmente la validez de contenido y la pertinencia cultural del instrumento para su aplicación en la Unidad Clínica Forense de la sede de Lima.

Validez de constructo y confiabilidad (Prueba Piloto)

Si bien el instrumento original demostró validez de constructo mediante análisis factorial y una consistencia interna superior a 0.80 (Arteaga et al., 2013), las propiedades psicométricas de la versión adaptada se verificaron empíricamente en la muestra de la presente investigación. Con este propósito, se realizó una prueba piloto con 29 usuarios que cumplían los criterios de inclusión, lo que constituye un tamaño muestral adecuado para estudios preliminares en ciencias sociales y de la salud (Hill, 1998; Polit & Beck, 2021).

Los resultados de la prueba piloto confirmaron una alta validez de apariencia y de comprensión. Los participantes reportaron la ausencia de ambigüedades en los reactivos y el tiempo de aplicación resultó viable, sin generar carga cognitiva excesiva ni fatiga en los encuestados (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

Finalmente, el análisis estadístico de los datos obtenidos en el piloto arrojó un alfa de Cronbach de 0.95. Según los criterios psicométricos establecidos por George y Mallery (2019), los valores superiores a 0.90 se clasifican como excelentes. Este resultado ratifica que los ítems del cuestionario están altamente correlacionados entre sí y miden de manera estable el constructo, minimizando el error de medición (Frías-Navarro, 2022). En consecuencia, se confirma que el instrumento adaptado es robusto, confiable y empíricamente pertinente para evaluar si el Programa de Atención Humanizada logra un incremento importante en la calidad de trato percibida.

2.6.2 Encuesta 2

Identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos, validada por Correa (2002), y hace parte del estudio Por un hospital más humano, formación de líderes para la humanización en salud (Correa et al., 2007, p.25-40).

El instrumento consta de 48 parámetros y evalúa 5 factores (ambiente, relación trabajador de la salud-paciente, relaciones entre compañeros de trabajo, atención al paciente y su familia, el trabajador y la institución). El rango de puntaje de la encuesta es de 0 - 144 puntos y se valoran con una escala Likert de 0 a 3 puntos, así:

0: No hay problema, la situación es satisfactoria

1: Hay dificultades, necesita atención

2: Es un factor crítico, requiere atención en corto tiempo

3: Es prioritario, urgente, uno de los más importantes de atender

El cuestionario fue seleccionado porque permite identificar de manera estructurada las necesidades de humanización del personal administrativo y asistencial que labora en la Unidad Clínica Forense de la sede Lima. Considerando la naturaleza específica del entorno forense, se realizaron ajustes en la terminología para transmutar el rol de *paciente* en el de *usuario* o de *peritado*, y el concepto de *atención clínica* en el de *valoración pericial*. Estas modificaciones semánticas permitieron que los ítems reflejaran fielmente la realidad de la interacción medicolegal sin alterar la esencia ni el constructo original. En la validación del instrumento primigenio, Correa (2002) demostró una alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach superior a 0.85, y comprobó la validez de constructo mediante análisis factorial (Apéndice B).

Aunque el instrumento fue diseñado inicialmente para contextos hospitalarios, los requerimientos de privacidad, respeto a la autonomía y soporte institucional son transversales, lo

que justifica plenamente su aplicabilidad en la Unidad Forense. Para garantizar el rigor del diseño cuasiexperimental, resulta imperativo explicitar la correspondencia biunívoca entre los factores evaluados por el instrumento y la variable *Necesidades de Humanización*. Esta variable se operacionaliza a través de dimensiones clave medidas por el cuestionario, tales como el requerimiento de soporte psicoemocional para prevenir el desgaste profesional, la adecuación de las condiciones organizacionales e infraestructurales, y la necesidad de capacitación en competencias relacionales.

Esta correspondencia metodológica asegura la coherencia del estudio: la medición precisa de estos factores permite establecer una línea de base rigurosa mediante la evaluación pretest. La información recabada en este diagnóstico inicial no solo operativiza la variable, sino que también constituye el insumo directo para diseñar las líneas estratégicas del *Programa de Atención Humanizada* (la variable independiente). Posteriormente, la reevaluación de estos mismos factores (evaluación postest) permitirá contrastar empíricamente las hipótesis planteadas, garantizando que cualquier variación estadísticamente significativa en la satisfacción de dichas necesidades sea atribuible a la implementación del programa, cumpliendo así con los estrictos requisitos de validez interna.

En cuanto al diseño instrumental de la presente investigación, se determinó prescindir de la aplicación de una prueba piloto para este cuestionario en particular. Esta decisión no es arbitraria, sino que responde a criterios de representatividad estadística y a la solidez métrica previamente demostrada por el juicio de expertos. Dado que el universo de estudio está constituido por una población finita y reducida de 51 funcionarios, la realización de una prueba piloto convencional, que suele requerir entre el 10 % y el 20 % de la muestra, habría implicado la

exclusión definitiva de estos sujetos del análisis final para evitar el sesgo de aprendizaje o la contaminación de la muestra (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

Para suplir esta fase, se recurrió a una validación de contenido exhaustiva. Según los criterios psicométricos de Hernández-Nieto (2002), un coeficiente de validez de contenido (CVC) superior a 0.80 se clasifica como excelente o muy alto. El instrumento adaptado superó este umbral, lo que asegura que los ítems son semánticamente claros y representativos, y poseen una coherencia interna que hace redundante la fase de pilotaje para ajustes de comprensión. En este contexto, la alta concordancia entre los jueces expertos actuó como un filtro técnico riguroso que sustituyó la necesidad de evaluar la claridad del instrumento mediante una submuestra del universo (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

2.6.3 Programa de Atención Humanizada

La implementación del programa piloto se fundamentó originalmente en el modelo de Correa (2002), cuyo enfoque en las necesidades de humanización fue adaptado, de manera semántica y contextual, a las particularidades de la Unidad Clínica Forense. Esta adecuación fue imperativa, dado que el entorno forense exige un equilibrio crítico entre el rigor técnico-pericial y la salvaguarda de la dignidad del peritado. Investigaciones recientes han subrayado que la humanización en los servicios de salud especializados no solo mejora la experiencia del usuario, sino que también actúa como un mecanismo preventivo frente a la violencia institucional (García-Haro et al., 2021).

Asimismo, la transición del modelo hospitalario al forense se sustentó en la necesidad de evitar la revictimización, un principio que López-Gómez (2024) define como el eje central de la calidad en la atención medicolegal contemporánea. La adaptación aseguró que las dimensiones de trato digno y de autonomía fueran operativamente viables durante la diligencia pericial, respetando los marcos éticos exigidos en la práctica forense actual (Lozano & Fernández, 2020).

Para evaluar el impacto del programa en un diseño cuasiexperimental, se utilizó la ficha de monitoreo de proceso (Apéndice C), un instrumento diseñado para el seguimiento de programas de intervención comunitaria y social (Mori, 2008, p. 87). Dicha herramienta permitió determinar de manera objetiva y sistemática el grado de cumplimiento de los objetivos operativos del programa. La relevancia de este tipo de monitoreo fue validada por Rodríguez-Sánchez y Pérez (2022), quienes sostuvieron que la evaluación de procesos es fundamental en diseños cuasiexperimentales para garantizar que los resultados obtenidos en el postest sean atribuibles a la intervención y no a variables intervinientes no controladas.

Su aplicación permitió diferenciar con claridad dos niveles de evaluación:

Indicadores de Proceso: Se orientó a medir la ejecución de las actividades del programa mediante la ficha de Mori (2008). Incluyeron el cumplimiento del cronograma de capacitaciones y la calidad de la interacción durante la diligencia pericial.

Indicadores de Resultado: Se centraron en el impacto final del programa en la percepción del usuario. Estos indicadores midieron la variación en la brecha de necesidades de humanización y el nivel de satisfacción percibida por el peritado tras la aplicación del programa piloto.

La información obtenida se integró sistemáticamente en el análisis estadístico para asegurar la coherencia con las hipótesis de investigación, las cuales postularon una reducción significativa de las necesidades de humanización tras la intervención. Siguiendo las recomendaciones de Pérez-Escoda (2021) para la validación de intervenciones sociosanitarias, los datos se procesaron mediante estadística inferencial.

Se empleó la prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, comparando las medianas del pretest y del postest con un nivel de confianza del 95%. Este análisis permitió establecer una

relación causal entre la ejecución del programa (validada por los indicadores de proceso) y la mejora de los indicadores de resultado (extraídos del cuestionario de Correa), cumpliendo así con el rigor metodológico exigido para la validación del programa piloto de atención humanizada. Los resultados obtenidos vincularon directamente la mejora de los indicadores de resultado con la eficacia de la intervención realizada en la Unidad Clínica Forense de la sede de Lima.

2.7 Población

a) Usuarios

La población del presente estudio se conceptualizó como el conjunto total de unidades de observación que compartieron características comunes, pertinentes y observables, las cuales permitieron delimitar el alcance de la investigación en términos de espacio y tiempo (Arias-Odón, 2021). En este sentido, la población estuvo conformada por 1185 personas (hombres y mujeres) presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual mayores de 14 años que acudieron a la Unidad Clínica Forense sede Lima para atención medicolegal durante el periodo de enero a diciembre de 2023 según el reporte estadístico de atenciones del Software Dicemel.

Los criterios de inclusión fueron:

- Presuntas víctimas con conciencia indubitable de los hechos ocurridos
- Idioma: Castellano
- Presuntas víctimas residentes en el Departamento de Lima

Los criterios de no inclusión fueron:

- Afectación emocional y mental de la presunta víctima en espacio, tiempo y persona.
- Presuntas víctimas que hablen un idioma diferente al castellano.
- Menores de 14 años
- Residentes en regiones diferentes a Lima

Los criterios de exclusión fueron:

- Presunta víctima que no acepta la evaluación medicolegal.

De acuerdo con Martínez-López (2023), la definición de la población en contextos medicolegales debe ser sumamente precisa, ya que las características de vulnerabilidad y el marco de exigencias legales del entorno forense influyen directamente en la percepción de los servicios recibidos. Por tanto, se consideró una población finita y accesible, delimitada por criterios de inclusión específicos relacionados con la mayoría de edad y la capacidad cognitiva para responder a los instrumentos de evaluación.

La delimitación de este universo permitió asegurar que los hallazgos fueran representativos de la realidad institucional, garantizando que el análisis de las necesidades de humanización fuera coherente con el perfil demográfico y situacional de quienes transitaron por el proceso pericial (Otzen & Manterola, 2017). Asimismo, según lo planteado por Gómez (2023), en investigaciones de corte cuasiexperimental en salud forense, la población no solo representa un grupo estadístico, sino también un colectivo de sujetos de derechos cuya interacción con el sistema fue el foco central de la transformación hacia un modelo de cuidado humanizado.

b) Funcionarios

La gerencia de Potencial Humano del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses informó que los funcionarios de la Unidad Clínica Forense UNCLIFOR sede Lima que atienden los casos de delitos contra la libertad sexual y hacen parte de la planilla son 51 personas.

Los criterios de inclusión fueron:

- Hombres y mujeres mayores de 18 años

- Funcionarios asistenciales y administrativos asignados a la atención exclusiva de presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual
- Funcionarios cuya sede laboral sea la Unidad Clínica Forense (UNCLIFOR)

Los criterios de no inclusión fueron:

- Funcionarios asistenciales o administrativos asignados a la atención de otro tipo de delitos (homicidio, violencia familiar).

Los criterios de exclusión fueron:

- Funcionarios cuya sede laboral no corresponda a UNCLIFOR.

2.7.1 muestra

La muestra se definió como un subconjunto representativo y delimitado de la población, sobre el cual se recolectaron los datos y se realizaron las inferencias estadísticas pertinentes (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023). Debido a las particularidades del entorno medicolegal y a la naturaleza del diseño cuasiexperimental, se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia (o intencional), dado que la selección de los participantes dependió de su presencia física en la unidad durante el periodo de intervención y de su disposición voluntaria a participar (Otzen & Manterola, 2017).

Según Gómez (2023), este tipo de muestreo es recurrente en investigaciones de servicios de salud especializados, donde el flujo de usuarios está supeditado a factores externos, como mandatos judiciales o urgencias periciales.

Para garantizar la validez del estudio, el tamaño de la muestra se calculó para permitir un margen de error aceptable y un nivel de confianza del 95%, asegurando así la potencia estadística necesaria para las pruebas de contraste de hipótesis. Como sostuvieron Rodríguez-Sánchez y Pérez (2022), la muestra en un diseño de intervención debe ser lo suficientemente robusta como

para detectar cambios importantes entre el pretest y el postest, permitiendo que las conclusiones sobre el programa de atención humanizada tengan validez interna y externa en el contexto forense evaluado.

- Usuarios

La muestra estuvo integrada por 290 usuarios de la Unidad Clínica Forense, seleccionados según criterios de representatividad, a fin de asegurar que los resultados reflejaran las necesidades de humanización del colectivo.

Datos:

N= 1185 presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual mayores de 14 años

Z = 95% = 1,96 E = 5% = 0,05 P = 50 = 0,5 Q = 50 = 0,5

Fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^{\,2} \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_a^{\,2} \times p \times q}$$

n = 1185 x 1,96² x 0,5 x0,5

0,05² x (1185-1) +1,96² x 0,5 x 0,5

n = 1138

3.9204

n = 290 presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual

Nota aclaratoria

Cabe resaltar que la muestra de usuarios encuestados tras la intervención (postest) no fue la misma utilizada para obtener la línea de base (pretest). Esto se debe a que los usuarios que asisten a UNCLIFOR son presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual, los cuales son atendidos por primera y única vez posterior a la agresión sexual por solicitud del fiscal con conocimiento del caso, culminada la atención, el usuario no vuelve al servicio médico legal, por tanto, solo tiene un momento de verdad o contacto con la institución, siendo una diferencia relevante con los servicios de salud tradicionales, en este caso los usuarios pueden requerir atención más de una vez en un mismo mes u año.

- Funcionarios

En este caso, el universo de 51 funcionarios administrativos y asistenciales involucrados en la atención medicolegal de las presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual constituyó la muestra de este estudio.

2.8 Procesamiento de los datos

2.8.1 Muestra

Para el desarrollo de la fase analítica de la investigación, se consideró una muestra final de 290 usuarios y 51 funcionarios de la Unidad Clínica Forense. Este tamaño muestral aseguró la potencia estadística necesaria para las pruebas de contraste, garantizando la representatividad de ambos grupos de interés en el marco del diseño cuasiexperimental (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

El proceso se estructuró en etapas secuenciales para asegurar la trazabilidad y la integridad de la información. Inicialmente, la recolección se realizó mediante la aplicación de los instrumentos validados, tras lo cual se procedió a depurar los datos. Esta fase consistió en la identificación y el tratamiento de valores perdidos, así como en la detección de casos atípicos,

asegurando que la base de datos final estuviera libre de inconsistencias que pudieran sesgar los resultados (Field, 2024).

Posteriormente, se realizaron la codificación y la tabulación en formato digital. Las variables cualitativas se transformaron en escalas numéricas mediante un sistema de codificación preestablecido, lo que facilitó su tratamiento en el software estadístico. Para el control de calidad, se verificó el 10% de los registros, comparándolos con la base de datos completa para minimizar errores de transcripción y fortalecer la fiabilidad del proceso (Rodríguez-Sánchez & Pérez, 2022).

Según la naturaleza de las variables y el diseño cuasiexperimental de pretest y postest, el análisis se dividió en dos niveles:

Análisis Descriptivo: Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para caracterizar el estado inicial de las necesidades de humanización.

Análisis Inferencial: Antes de la elección de las pruebas de contraste, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov (debido a la magnitud de la muestra) para verificar la normalidad de la distribución.

Esta selección estadística resultó idónea para determinar si el Programa de Atención Humanizada generó cambios significativos en los niveles de percepción de los 290 usuarios y en el desempeño de los 51 funcionarios, lo que permitió validar o rechazar las hipótesis de investigación con un nivel de confianza del 95% ($p < 0.05$).

2.8.2 Cuestionarios

Los cuestionarios del estudio fueron validados en su contenido mediante el juicio de expertos, un método que consiste en solicitar la opinión fundamentada de individuos reconocidos por su experiencia en el área para evaluar un instrumento (Cabero y Llorente, 2013). La idoneidad de este proceso radica en la selección adecuada del panel evaluador. Al respecto,

Skjong y Wentworth (2001) proponen criterios integrales que incluyen la reputación, la experiencia académica y profesional, la imparcialidad y la disponibilidad del experto. En contraste, enfoques más restrictivos, como el de Lee, Rauch, Berg, Tebb y McGartland (2003), sostienen que la selección debe basarse exclusivamente en el número de publicaciones o en la experiencia acumulada.

La Jefatura Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú conformó el Comité Gestor de Humanización, designando, mediante el memorando múltiple 000218-2022-MP-FN-IMLCF, a 11 profesionales de diferentes servicios como integrantes de dicho comité para que aporten al diseño e implementación del programa piloto de atención humanizada.

Para elegir a los integrantes del Comité, la Jefatura Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- Hombre y mujeres con 3 años de experiencia laboral en UNCLIFOR
- Años de experiencia laboral en el sector salud: 5 años
- Participación en proyectos de investigación institucionales: 3 proyectos (mínimo)
- Años de experiencia como docente universitario: 3 años

Los once (11) profesionales que integraron el Comité Gestor de Humanización fueron convocados como jueces expertos para la validación de contenido del cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria, validado por Arteaga et al. (2013), y el cuestionario de Identificación de necesidades de Humanización y tabulación de datos, validado por Correa (2002).

Todo instrumento de medición debe cumplir dos criterios fundamentales: la validez y la fiabilidad. La validez es el grado en que la herramienta mide efectivamente lo que propone

medir, y se analiza desde el contenido y el constructo (Martín Arribas, 2004). Por su parte, la fiabilidad se refiere a la precisión y minimización del error, evaluándose mediante el consenso de expertos, la consistencia y la estabilidad temporal. Mientras que la consistencia indica la cohesión interna del instrumento —comúnmente medida con el alfa de Cronbach (Martín Arribas, 2004)—, la estabilidad temporal exige una baja variabilidad en los resultados al repetir la medición, ya que las medidas altamente variables se consideran imprecisas y poco fiables (Prieto y Delgado, 2010).

Se dio inicio al juicio de expertos mediante la creación en Google Forms de dos plantillas con la información de cada cuestionario, que incluían una sección de datos básicos del juez experto y otra de validez de contenido para cada dimensión o pregunta, según sea el caso. Dichas plantillas se basaron en las cuatro categorías que Escobar y Cuervo (2008) establecieron para dar validez de contenido a los parámetros a través de un constructo: las categorías aplicadas. Los criterios e indicadores de la escala de valoración se detallan en la tabla 2.

Tabla 2

Escala de valoración de la validez de contenido por jueces expertos

Categoría	Criterio de Calificación	Indicadores
Suficiencia	1. No cumple con el criterio.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2. Bajo Nivel.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total
	3. Moderado nivel.	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel.	Los ítems son suficientes
Claridad	1. No cumple con el criterio.	El ítem no es claro
	2. Bajo Nivel.	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel.	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem

	4. Alto nivel.	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada
Coherencia	1. No cumple con el criterio.	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2. Bajo Nivel.	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas
	3. Moderado nivel.	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo
	4. Alto nivel.	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo
Importancia	1. No cumple con el criterio.	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la comprensión de la dimensión
	2. Bajo Nivel.	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que este evalúa El ítem es relativamente importante
	3. Moderado nivel.	El ítem es muy relevante y debe ser incluido
	4. Alto nivel.	
Pertinencia	1. No cumple con el criterio.	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afecte el análisis o comprensión de la dimensión
	2. Bajo Nivel.	El ítem tiene alguna pertinencia, sin embargo, refleja de manera muy vaga su pertinencia con el propósito citado, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este
	3. Moderado nivel.	El ítem es relativamente pertinente es sus implicaciones
	4. Alto nivel.	El ítem es altamente pertinente y debe ser incluido

En la categoría de suficiencia*, la valoración no puede ser por parámetro, sino por el conjunto de parámetros que conforman la dimensión a evaluar, ya que esta determina si son suficientes para ello

Posteriormente, se convocó a la reunión al equipo gestor de humanización mediante la plataforma Google Meet. En esta reunión se explicó cada plantilla, así como las categorías, los criterios e indicadores de la escala de valoración que debían considerarse para evaluar cada una

de ellas. Luego de la socialización, se obtuvo el enlace de cada formulario y se compartió en el chat para que los expertos lo respondieran.

Cada experto evaluó de forma independiente los reactivos iniciales de ambos instrumentos (Cuestionario TU-Hospital Modificado de Arteaga et al., 2013; y Cuestionario de Identificación de Necesidades de humanización de Correa, 2002) mediante una ficha de validación por juicio de expertos, diseñada conforme a los criterios estandarizados de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008).

Culminado el procedimiento de evaluación de cada cuestionario por los jueces expertos, se descargó el archivo de Excel de la base de datos para realizar el análisis estadístico. La validez de contenido de cada cuestionario se determinó mediante el coeficiente de validez de contenido (CVC). El CVC permite valorar el grado de acuerdo de cada juez experto respecto de cada uno de los parámetros que componen el instrumento. Hernández-Nieto (2003) recomienda mantener únicamente aquellos parámetros con un CVC superior a 0.80. Es importante resaltar que también se consideró la evaluación cualitativa de cada ítem, es decir, los comentarios de cada experto, con el objetivo de eliminar alguna pregunta o mejorar su redacción.

2.9 Consideraciones éticas

2.9.1. Consentimiento informado

Considerando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (2015) y el artículo 1 de la Constitución Política del Perú (2016), “el fin supremo de la sociedad y del Estado es la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad”, fue aplicado el consentimiento informado, dado que constituye un requisito ético del estudio y consta de dos apartados:

Apartado I: Información general

Los elementos que integran este apartado son: objetivo del estudio, voluntariedad de la participación, confidencialidad, anonimato y posibilidad de retiro

Apartado II: Consentimiento informado

En este apartado se consignó la autorización explícita de la participación voluntaria del sujeto de investigación. (Apéndice D).

Este consentimiento fue proporcionado por la Oficina de Calidad del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú, previa aprobación del Comité de Ética Institucional, y aplicado por las asistentes sociales de la Unidad Clínica Forense de Medicina Legal, Sede de Lima, para garantizar la imparcialidad de la información recabada en el presente estudio.

3. Resultados

3.1 Resultados asociados al objetivo específico 1: validez de los instrumentos de medición mediante el juicio de expertos, garantizando su pertinencia y validez de contenido para la evaluación de la atención humanizada y de las necesidades de humanización

A continuación se describen los resultados obtenidos en la validación realizada por los jueces expertos.

3.1.1 Validez de Contenido y Fiabilidad del Cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria, validado por Arteaga, et al. (2013)

El CVC, producto de la valoración de cada ítem del cuestionario TU-Hospital modificado para Atención Ambulatoria, validado por Arteaga et al. (2013), se describe en la tabla 3.

Tabla 3

CVC cuestionario TU-Hospital modificado para atención ambulatoria

Pregunta	CVC
1	0.823
1.1	0.827
2	0.882
3	0.764
4	0.782
4.1	0.627
4.2	0.577
4.3	0.909
5	0.886
6	0.850

7	0.805
8	0.618
9	0.891
10	0.859
11	0.945
12	0.968
13	0.936
14	0.959
15	0.959

El promedio general de los CVC es 0.835.

Si tenemos en cuenta la recomendación de Hernández-Nieto (2003), evidenciamos que los ítems 3, 4, 4.1, 4.2 y 8 obtuvieron un CVC inferior a 0.80.

La fiabilidad del cuestionario TU-Hospital modificado para Atención Ambulatoria, validado por Arteaga et al. (2013), fue determinada con el coeficiente alfa de Cronbach en el software estadístico SPSS versión 27; el resultado obtenido para el instrumento fue 0.963, por tanto, demostramos que la consistencia interna del constructo es excelente.

En la revisión cualitativa, los expertos sugirieron eliminar del cuestionario los ítems 4.1 y 4.2, así como modificar la semántica de las preguntas 3, 4 y 8 e incluir en el ítem 1.1 el “nombre social” de la presunta víctima, en caso de que aplique, según el contexto.

3.1.2 Validez de Contenido y Fiabilidad del Cuestionario de Identificación de necesidades de Humanización y tabulación de datos, validado por Correa (2002)

En la tabla 4 se detalla el CVC que obtuvo cada ítem del cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos, validado por Correa (2002).

Tabla 4

CVC cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos

Pregunta	CVC	Pregunta	CVC
1	0.850	25	0.627
1.1	0.891	26	0.891
2	0.918	27	0.945
3	0.918	28	0.895
4	0.918	29	0.786
5	0.955	30	0.814
6	0.900	31	0.814
7	0.914	32	0.914
8	0.891	33	0.850
9	0.877	34	0.823
10	0.877	35	0.841
11	0.836	36	0.918
12	0.900	37	0.868
13	0.868	38	0.877
14	0.918	39	0.868
15	0.914	40	0.836
16	0.914	41	0.882
17	0.927	42	0.873

18	0.941	43	0.914
19	0.836	44	0.964
20	0.873	45	0.909
21	0.586	46	0.814
22	0.868	47	0.882
23	0.882	48	0.873
24	0.723		

El promedio general de los **CVC es 0,869.**

Aplicando la recomendación de Hernández-Nieto (2003), observamos que los ítems 21, 24, 25, y 29 obtuvieron un CVC inferior a 0.80.

El cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos, validado por Correa (2002), obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.993, evidenciando que la consistencia interna del constructo es excelente; el cálculo de dicho coeficiente fue realizado en el software estadístico SPSS versión 27.

En la revisión cualitativa, los expertos recomendaron eliminar del cuestionario los ítems 21, 25 y 31, al igual que modificar la redacción de las preguntas 24 y 29.

3.1.3 Juicio de expertos para validar las modificaciones aplicadas a cada constructo

Teniendo en cuenta los resultados del coeficiente de validez de contenido (CVC) y las recomendaciones o sugerencias cualitativas de los expertos, se procedió a modificar la semántica y/o la redacción de las preguntas y a eliminar de cada constructo los ítems que no se aplicaban al contexto de UNCLIFOR.

Luego, se convocó un nuevo juicio de expertos para validar las modificaciones realizadas en cada constructo, aplicando la metodología descrita anteriormente.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

3.1.3.1 Cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria, validado por Arteaga, et al. (2013).

El 100% (11) de los jueces expertos estuvo de acuerdo en eliminar las preguntas 4.1 y 4.2 del constructo e incluir, en el ítem 1.1, el "nombre social" de la presunta víctima, en caso de que aplique, según el contexto.

En la Tabla 5 se observa el comportamiento del CVC por ítem, antes y después de las modificaciones semánticas realizadas en las preguntas 3, 4 y 8. Inicialmente, los valores obtenidos eran inferiores a 0.80; con la modificación, aumentaron hasta alcanzar un CVC de 1.000.

Tabla 5

Comparación CVC preguntas 3, 4 y 8 Cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria

Pregunta	CVC inicial	CVC final (modificación)
3	0.764	1.000
4	0.782	1.000
8	0.618	1.000

De igual manera, en la tabla 6, se evidencia que el Coeficiente alfa de Cronbach presentó una variación de 0.004 respecto del coeficiente inicial 0.963, sin embargo, la consistencia interna del constructo sigue siendo excelente, en cambio, el promedio general del CVC presenta un

aumento de 0.077, posterior a la inclusión del ítem 1.1, la eliminación de las preguntas 4.1, 4.2 y la modificación semántica de los ítems 3, 4 y 8.

Tabla 6

Comparación coeficiente alfa de Cronbach cuestionario TU-Hospital modificado para atención ambulatoria posterior a la modificación de ítems

Coeficiente alfa de Cronbach inicial	Coeficiente alfa de Cronbach final (modificación)	Promedio general CVC inicial	Promedio general CVC final (modificación
0.963	0.967	0.835	0.912

3.1.3.2 Cuestionario de Identificación de necesidades de Humanización y tabulación de datos, validado por Correa (2002).

El comportamiento del CVC en los ítems 24 y 25 fue inferior a 0.80. Al aplicar las modificaciones del cuestionario, se obtuvo un CVC de 1.000, tal cual, se describe en la Tabla 7.

Tabla 7

Comparación CVC pregunta 24 y 29 Cuestionario de Identificación de necesidades de Humanización y tabulación de datos

Pregunta	CVC inicial	CVC final (modificación)
24	0.723	1.000
29	0.786	1.000

Respecto del promedio general del CVC, aumentó en 0,022 tras eliminar las preguntas 21, 25 y 31 y modificar la semántica de los ítems 24 y 29. Por otro lado, el coeficiente alfa de Cronbach, descrito en la tabla 8, presenta una modificación de 0,001 respecto del coeficiente

inicial de 0,993. Dicho dato evidencia que la consistencia interna del constructo se mantiene excelente.

Tabla 8

Comparación coeficiente alfa de Cronbach cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos posterior a la modificación de ítems

Coeficiente alfa de Cronbach inicial	Coeficiente alfa de Cronbach final (modificación)	Promedio general CVC inicial	Promedio general CVC final (modificación
0.993	0.994	0.869	0.891

En este cuestionario, el 100% (11) de los jueces expertos aceptaron las modificaciones de las preguntas 24 y 29, así como la eliminación de los ítems 21, 25 y 31 del constructo.

El análisis de los resultados evidenció que ambos instrumentos cumplieron con los índices requeridos de validez de contenido y confiabilidad, habilitando el uso de los cuestionarios para el levantamiento de la línea de base. Esto permitió cumplir con el primer objetivo específico.

3.2 Resultados asociados al Objetivo específico 2: Establecimiento de la línea de base de la atención humanizada percibida por los usuarios y de las necesidades de humanización del personal administrativo y asistencial de la Unidad Clínica Forense sede Lima

El establecimiento de la línea de base de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense sede Lima se realizó mediante el Cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria (Calidad de Trato), validado por Arteaga et al. (2013), aplicado a 290 presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual mediante la herramienta Google Forms. La asistente social fue la persona designada para recopilar la información, ya que fue capacitada por la

Oficina de Calidad del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú en la estandarización del discurso para abordar al usuario, garantizando la imparcialidad y la confiabilidad de la información recabada.

Para facilitar la comprensión de los resultados, los datos obtenidos fueron procesados con el software SPSS, versión 27. Es importante aclarar que la encuesta aplicada no contempla criterios sociodemográficos de los usuarios ni aborda el género, dado que, por norma institucional, no es un criterio relevante para su atención.

Por lo anterior, en la encuesta solamente se contemplaron como datos de identificación los nombres y apellidos del usuario, su fecha de nacimiento y la edad

Recodificación y categorización de la escala de medición de la encuesta TU Hospital (calidad de trato)

Antes de tratar los datos con el software SPSS, se realizaron la recodificación y la categorización de la escala de medición para facilitar la interpretación de los resultados y optimizar el análisis estadístico. Las puntuaciones originales obtenidas mediante la escala Likert de 7 puntos fueron sometidas a un proceso de transformación de datos, específicamente mediante la recodificación en una escala ordinal agrupada.

Los valores originales de la escala (del 1 al 7) se agruparon en tres categorías interpretativas de nivel ordinal: malo, regular y bueno. En la tabla 9 se evidencia la equivalencia utilizada:

Tabla 9

Tabla de equivalencias escala de medición

Valor de la escala Likert	Categoría
1, 2, 3	Malo
4, 5	Regular
6, 7	Bueno

Categoría “malo” (Valores 1, 2 y 3)

Esta categoría agrupa el bloque inferior de la escala. Representa las valoraciones deficientes, la insatisfacción o el desacuerdo del usuario o del funcionario. Al agrupar estos tres valores, se consolida la zona de rechazo o de percepción negativa del servicio, que abarca desde la deficiencia absoluta (valor 1) hasta la deficiencia leve (valor 3).

Desde el punto de vista analítico, permite identificar de manera unívoca el porcentaje exacto de la muestra que reporta una vulneración de la calidad de trato o insatisfacción de sus necesidades de humanización (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

Categoría "regular" (Valores 4 y 5)

La categoría regular representa la zona de transición, centralidad y moderación. En una escala de 7 puntos, el valor 4 constituye el punto medio exacto (posición neutral, ni de acuerdo ni en desacuerdo), mientras que el valor 5 refleja una aceptación leve o un cumplimiento básico, pero no sobresaliente. La unificación de ambos valores en dicha categoría resulta metodológicamente pertinente, ya que aísla las respuestas que, si bien no son abiertamente negativas, tampoco alcanzan el estándar de excelencia ni el trato verdaderamente humanizado que la intervención aspira a consolidar.

Categoría "bueno" (Valores 6 y 7)

Esta categoría abarca el bloque superior de la escala y agrupa las valoraciones de satisfacción clara, buen trato y percepción positiva consolidada. El valor 6 representa una alta aprobación y el 7, el nivel máximo de excelencia percibida. Agrupar estos valores permite al investigador medir con precisión la eficacia real del Programa de Atención Humanizada, ya que aísla únicamente a los sujetos que reportan un cumplimiento óptimo y contundente de las variables de estudio tras la intervención (Polit & Beck, 2021).

En síntesis, esta recodificación (1-3 = Malo; 4-5 = Regular; 6-7 = Bueno) transforma la dispersión de una escala de siete niveles en un modelo tricotómico claro y directo. Este procedimiento no altera la naturaleza ordinal de los datos; sin embargo, incrementa la claridad expositiva al reportar las frecuencias, los porcentajes y las diferencias estadísticas entre las fases pretest y postest de la investigación (George & Mallery, 2022).

3.2.1 Atención humanizada percibida por los usuarios – Cuestionario TU-Hospital Modificado para Atención Ambulatoria (Calidad de Trato), validado por Arteaga et al. (2013)

Tabla 10

Edad (años) de los encuestados

Estrato edad		Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	00-20	13	4,48%	4,48%	4,48%
	21-41	153	52,76%	52,76%	57,24%
	42-62	106	36,55%	36,55%	93,79%
	63-83	18	6,21%	6,21%	100,0%
	Total	290	100,0%	100,0%	

Nota: fuente SPSS

En la tabla 10, observamos la distribución de la edad de los encuestados. El 4,48% (13) tenía entre 0 y 20 años, cuyo criterio de inclusión corresponde a las presuntas víctimas mayores de 14 años, mientras que el 52,76% (153) hace referencia a los encuestados con edades entre 21 y 41 años; el 36,55% (106) de los encuestados tenía entre 42 y 62 años y, por último, el 6,21% (18) de los encuestados osciló entre 63 y 83 años.

Tabla 11

Cuestionario Calidad de Trato

Línea de base calidad de trato		Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	0,7%	0,7%	0,7%
	Regular	197	67,9%	67,9%	68,6%
	Bueno	91	31,4%	31,4%	100,0%
	Total	290	100,0%	100,0%	

Nota: fuente SPSS

En la tabla 11, observamos los resultados de las 290 encuestas aplicadas a las presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual, cuyo análisis es el siguiente:

El 0,7% (2) de los usuarios encuestados calificó la calidad de trato en la categoría de malo, el 67,9% (197) lo evaluó como regular y el 31,4% (91) lo consideró bueno.

Los aspectos considerados como ventanas de oportunidad para mejorar el trato, en función de los reactivos con menor puntaje fueron:

1. El interés demostrado por el personal de la Unidad Médico Legal para que el usuario comprendiera la información brindada (67 encuestado)
2. La disposición del personal administrativo para escuchar y comprender las necesidades del usuario (53 encuestados)

3. La claridad del lenguaje utilizado por el personal asistencial y/o administrativo al brindar la información (45 encuestados)
4. La amabilidad y cortesía del personal administrativo y/o asistencial que atendió al usuario (32 encuestados).

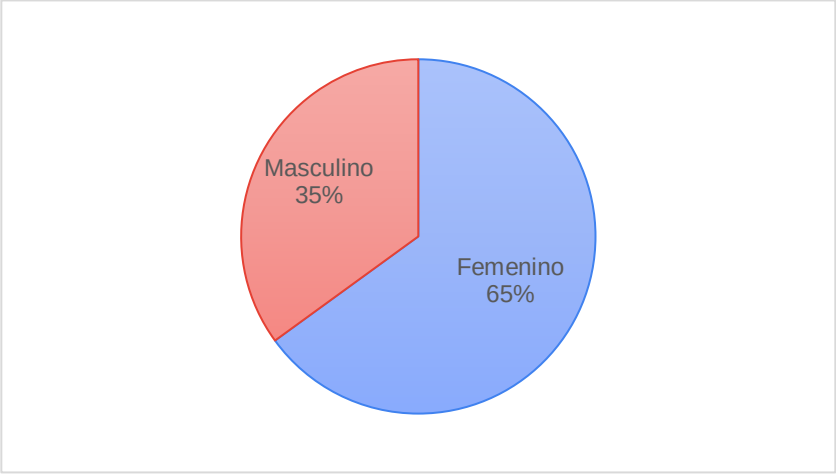
La medición de la línea de base identificó áreas de intervención en la calidad de trato al usuario y las necesidades de humanización de los funcionarios, aspectos que fundamentan el diseño del programa piloto.

3.2.2 Establecimiento de la línea de base de necesidades de humanización del personal administrativo y asistencial de la Unidad Clínica Forense sede Lima

Para establecer la línea base de necesidades de humanización del personal administrativo y asistencial de la Unidad Clínica Forense sede Lima, se aplicó, de manera anónima, el cuestionario de identificación de necesidades de humanización validado por Correa (2002) a los 51 funcionarios que atienden presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual, mediante la herramienta Google Forms.

Figura 1

Género de los encuestados

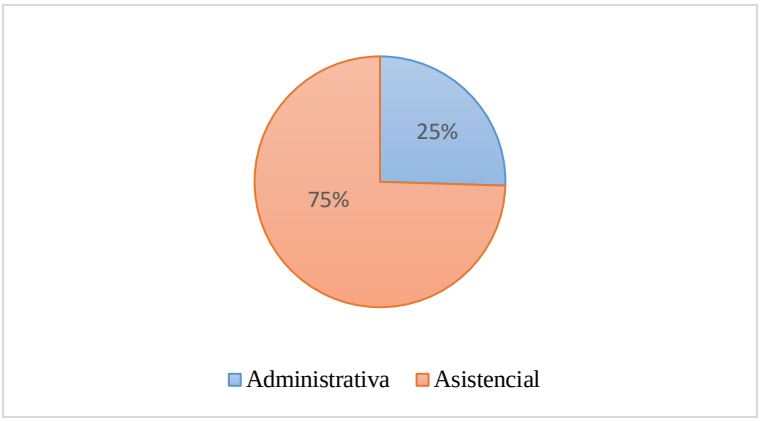


Nota: fuente SPSS

La información fue desagregada por género, como se describe en la figura 1, lo que evidencia que el 65% (33) de los funcionarios encuestados pertenecía al género femenino y el 35% (18) al masculino.

Figura 2

Área de desempeño laboral de los encuestados

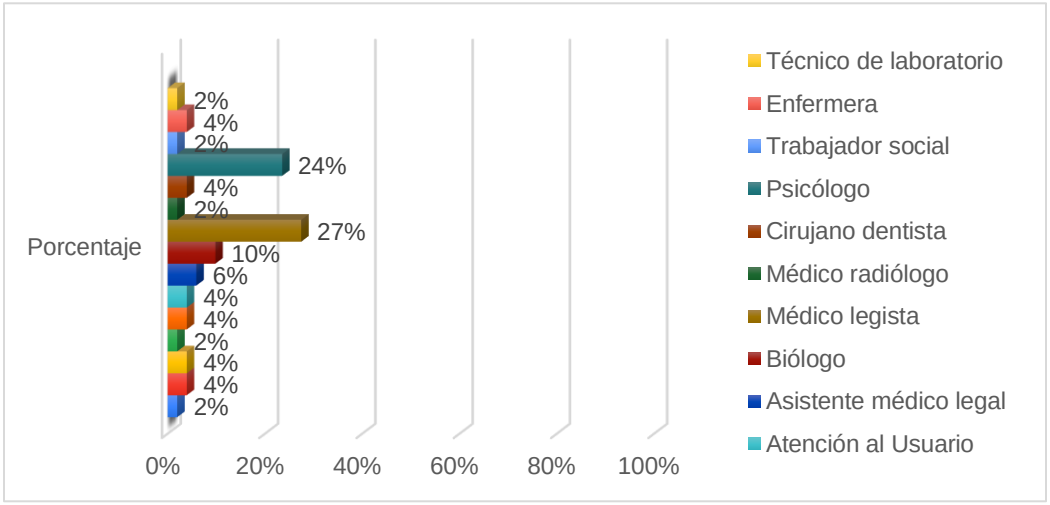


Nota: fuente SPSS

El área de desempeño laboral de los funcionarios encuestados se desagregó en la figura 2; el 25% (13) ejercía funciones en el área administrativa y el 75% (38) en el área asistencial.

Figura 3

Cargo de los funcionarios encuestados



Nota: fuente SPSS

En la figura 3, se describen los cargos ejercidos por la mayoría de los funcionarios de la Unidad Médico Legal: médico legista con el 27% (14), psicólogos con el 24% (12), biólogos con el 10% (5) y el asistente médico legal con el 6% (3); los demás cargos oscilan entre el 2% y el 4%.

Luego, se obtuvo el resultado de cada factor; para ello fue necesario recodificar los valores de la escala Likert 0, 1, 2 y 3 dentro de la misma variable con la finalidad de agrupar las respuestas en dos categorías, así:

0: No hay problema, la situación es satisfactoria

1: Factor que requiere atención: en este ítem se incluyeron todas las respuestas calificadas con 1, 2 y 3, que indican la necesidad de mejorar el factor, independientemente del nivel de urgencia.

3.2.1 Factor ambiente

Tabla 12

Factor Ambiente (preguntas 1 a 12)

Factor Ambiente		Respuestas N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Ambiente[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	16	19,4%	19,4%
	Factor que requiere atención	35	80,6%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

En la tabla 12, se observa que el 80,6% de los encuestados respondió que los 12 ítems que componen el factor ambiente requieren atención, mientras que el 19,4% consideró que la situación de dicho factor fue satisfactoria.

3.2.2 Factor relación trabajador de la salud – usuario

Tabla 13

Factor Relación trabajador de la salud – Usuario (preguntas 13 a 18

		Respuestas		
Factor Trabajador - Usuario		N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Trabajador-Usuario[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	7	19,9%	19,9%
	Factor que requiere atención	44	80,1%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

En la tabla 13, se observa que el 19,9% de los encuestados respondió que los seis ítems que componen el factor relación trabajador de la salud – usuario fueron satisfactorios, mientras que el 80,1% consideró que dicho factor requiere atención.

3.2.3 Factor atención al usuario y su acompañante

Tabla 14

Factor Atención al Usuario y su acompañante (preguntas 19 a 25)

Respuestas

Factor Atención al Usuario		N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Atención usuario[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	8	19,3%	19,3%
	Factor que requiere atención	43	80,7%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

Respecto de los siete ítems que componen el factor atención al usuario y su acompañante, en la tabla 14, se evidencia que el 80,7% de los encuestados consideró que el factor requiere atención, mientras que el 19,3% refirió que es satisfactorio.

3.2.4 Factor relaciones entre compañeros de trabajo

Tabla 15

Factor Relaciones entre compañeros de trabajo (preguntas 26 a 33)

		Respuestas		
Factor relaciones entre compañeros		N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Relaciones entre compañeros[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	6	11,8%	11,8%
	Factor que requiere atención	45	88,2%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

Como se observa en la tabla 15, el factor de relaciones entre compañeros de trabajo, el 88,2% de los encuestados refirió que los ocho ítems del factor requieren atención, mientras que el 11,8% lo consideró satisfactorio.

3.2.5 Factor el trabajador y la institución

Tabla 16

Factor el trabajador y la institución (preguntas 34 a 45)

		Respuestas		
Factor el trabajador y la institución		N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Trabajador e institución[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	10	19,4%	19,4%
	Factor que requiere atención	41	80,6%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

En la tabla 16, se observa que el 19,4% de los encuestados consideró que los 12 ítems que componen el factor del trabajador y la institución son satisfactorios, mientras que el 80,6% refirió que dicho factor requiere atención**.**

3.2.6 Consolidado de factores del cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos, validado por Correa (2002)

Tabla 17

Consolidado identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos

		Respuestas		
Consolidado identificación necesidades de humanización		N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Necesidades humanización[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	9	18,1%	18,1%
	Factor que requiere atención	42	81,9%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

En la tabla 17 se observa que el 18,1% (9) de los encuestados refirió que la situación es satisfactoria, mientras que el 81,9% (42) consideró que requiere atención.

Con los resultados de la fase de diagnóstico se estableció la línea de base de las necesidades de humanización de los funcionarios de la Unidad Clínica Forense (UNCLIFOR). Los datos indican que el 81,9% (42) de los encuestados consideró que los factores evaluados requerían atención, mientras que el 18,1% (9) reportó una situación satisfactoria. A partir de estos indicadores, se fundamentó el diseño e implementación del programa piloto de atención humanizada. Este programa se estructuró en líneas estratégicas orientadas a intervenir en los factores identificados en el cliente interno, con el propósito de incidir en el trato brindado a las presuntas víctimas de Delitos contra la Libertad Sexual.

La recolección de los datos mediante los cuestionarios validados determinó el estado basal de las variables. De esta manera, se dio cumplimiento al segundo objetivo específico del estudio, correspondiente al establecimiento de la línea de base de las necesidades de humanización de los funcionarios y de la calidad del trato al usuario.

3.3 Resultados asociados al Objetivo específico 3: Estructuración del programa piloto de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense, sede Lima, mediante la conformación del equipo gestor y la capacitación en valores, buen trato y respeto de la dignidad humana

La implementación de un modelo de atención humanizada en entornos forenses requiere una estructura orgánica teóricamente fundamentada. En este contexto, mediante el Memorando Múltiple N° 000218-2022-MP-FN-IMLCF, la Jefatura Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) formalizó la designación de 11 funcionarios de la Unidad Clínica Forense (UNCLIFOR) como integrantes del Equipo Gestor de Humanización (Apéndice E). Por lo tanto, el equipo gestor se constituyó como el núcleo operativo encargado del seguimiento de los valores, el buen trato y la observancia de la dignidad humana en la práctica forense.

Para el desarrollo de competencias técnicas y emocionales, en marzo de 2023, los integrantes del equipo gestor completaron el diplomado en Humanización de los Servicios de Salud, impartido en modalidad virtual por el Politécnico de Suramérica (Colombia), con una duración de 120 horas (Apéndice F).

Respecto a este proceso formativo, Poblete y Valenzuela (2007) señalan que la educación continua en valores y el trato digno es un mecanismo orientado a reducir la despersonalización en los servicios de salud y justicia. De este modo, la capacitación abarcó dimensiones éticas y relacionales, con el objetivo de proporcionar al equipo gestor las herramientas necesarias para integrar los conceptos teóricos de respeto a la dignidad humana en los protocolos de atención.

En colaboración con la Oficina de Garantía de la Calidad del IMLCF, se estructuró formalmente el programa piloto titulado “Humanizando la Medicina Legal”, bajo la consigna estratégica: *“Escuchar para ayudar”*.

Siguiendo el enfoque de Donabedian (2003) sobre la calidad asistencial, el programa se estructuró a través de los siguientes componentes estratégicos:

Marco Político: Definición de la filosofía de la atención institucional. (Apéndice G).

Líneas de Acción: Estrategias operativas centradas en el usuario y el funcionario.

Cronograma e Indicadores: Herramientas de seguimiento para evaluar el cumplimiento de las metas a corto plazo.

Presupuesto: Asignación de los recursos necesarios para la viabilidad de la intervención.

El documento final fue remitido a la Jefatura Nacional para su validación técnica y aprobación formal, consolidándose como la hoja de ruta para la transformación del servicio forense en la sede Lima. En el siguiente enlace se encuentra el documento como material complementario:

https://drive.google.com/file/d/1Ii3NrtwtnIMjVYG7hdLl3VQ1QpErtZeW/view?usp=drive_link

La conformación del equipo de trabajo, su capacitación y la aprobación del diseño del programa por la Jefatura del IML evidenciaron el cumplimiento del tercer objetivo específico.

3.4 Resultados asociados al Objetivo específico 4: Implementación del programa piloto de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense sede Lima, con el respectivo seguimiento mediante indicadores definidos

Posterior a la reunión de sensibilización realizada el 20 de noviembre de 2024 con las gerencias y el jefe nacional encargado del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú, se formalizó la implementación de las estrategias priorizadas a corto plazo del programa piloto de atención humanizada mediante la firma del acta correspondiente (Apéndice H).

Como parte de la implementación del programa, se realizaron varias jornadas de socialización y sensibilización sobre la política de atención humanizada y el programa piloto "Humanizando la Medicina Legal" en UNCLIFOR y en la Morgue Central de Lima, con el apoyo y acompañamiento de la Oficina de Garantía de Calidad del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú (Apéndice I).

Tabla 18

Cronograma de implementación de acciones priorizadas a corto plazo Humanizando la Medicina Legal

Línea estratégica	**Acciones priorizadas**	**Actividades a implementar en el corto plazo**	**2024**			**2025**	
			Nov	**Dic**	**Ene**	**Feb**	**Mar**
5.1 Línea de cultura de la humanización.	Formación en acogida y confidencialidad	1. Desarrollar cursos teórico-prácticos sobre atención al usuario y manejo de la confidencialidad en la institución.					
	Sensibilización y formación de competencias en humanización	1. Formar en atención humanizada de manera diferenciada, al personal administrativo de admisión y Plataforma de Atención al Usuario, dado que son más cercanos a los usuarios durante el proceso de atención.					
	Atención oportuna al usuario	1. Descartar exploraciones que no contribuyen a los fines periciales.					

5.2 Línea de trato cálido (experiencia del usuario)		2. Evitar en la medida de lo posible la revictimización de los usuarios. 3. Establecer mecanismos de apoyo para el desplazamiento de usuarios en la institución (sillas, camillas, etc.)					
	Brindar servicios de higiene personal	1. Diferenciar los servicios higiénicos de los usuarios de los servicios periciales y de los servidores de la institución. 2. Asegurar que la dotación de productos requeridos para la higiene y limpieza personal se encuentre de manera constante y en cantidad suficiente.					
	Implementar el acompañamiento según tipologías de usuario	1. Flexibilizar el acompañamiento de usuarios cuando se encuentren dentro de una población vulnerable.					
	Formación en habilidades para la comunicación	1. Generar una formación diferenciada para los servidores que desarrollen el primer contacto de recepción y/o ingreso del usuario.					

	Impulsar iniciativas relacionadas con la humanización	1. Socializar mediante los medios disponibles, el plan y las estrategias de humanización que se vienen implementando en la institución					
5.3 Línea de comunicación efectiva, trabajo en equipo y motivación personal	Elaborar carta de compromiso en humanización	1. Elaborar la Carta de compromiso y el decálogo de humanización. 2. Difundir la Carta de compromiso y el decálogo de humanización a nivel institucional.					
	Definición de procesos y terminologías	1. Atender y responder las consultas de los usuarios, acompañantes y ciudadanía en general, referidas a los procesos y servicios ofrecidos por la institución. 2. Asegurar mediante encuestas o mecanismos similares, la comprensión de los procesos y terminologías empleadas por los servidores en la atención al usuario.					
	Liderazgo y comunicación asertiva	1. Formar continuamente el personal en habilidades blandas, comunicación asertiva y liderazgo					

		2. Fomentar el diseño y aplicación de buenas prácticas de humanización por los funcionarios de la institución					
5.4 Línea de adecuación del entorno (infraestructura)	Estándares de señalización y cartelera informativa	1. Publicar en lugar visible la cartelera de derechos y deberes de los usuarios 2. Publicar en lugar visible la cartera de servicios y horario de atención de la UML según corresponda 3. Publicar en la cartelera informativa las instrucciones a seguir para utilizar los servicios periciales.					
	Implementación programa de humanización	1. Divulgar en las UML el funcionamiento de los servicios que han implementado líneas de humanización. 2. Convertir los consultorios y salas de espera para la atención a presuntas víctimas de DCLS en infraestructura amigable 3. Asignar el sitio que será sala de juegos para niños					

		4. Dotar de juguetes y material lúdico la sala de juegos de los niños. 5. Dotar con los elementos necesarios la toma de muestras para la extracción de análisis toxicológicos según necesidad.					
5.5 Línea de gestión estratégica	Constituir la comisión o equipo de humanización	1. Crear un comité de humanización en cada Subgerencia o Unidad Medicolegal. 2. Incorporar propuestas para la mejora continua en humanización					
	Garantizar la continuidad del programa de humanización	1. Facilitar los medios (ambientes, tiempos, agendas, etc.) para hacer posibles las reuniones de los grupos de trabajo y generar las propuestas de mejora. 2. Gestionar los recursos (económicos, tecnológicos, talento humano, entre otros) para mantener y mejorar continuamente el programa de atención humanizada.					

	Buenas prácticas de humanización	1. Fomentar la participación de los usuarios en las encuestas a fin de establecer mecanismos de mejora en relación con el proceso de humanización institucional. 2. Diseñar programas de calidad y selección de buenas prácticas de humanización en la institución					

Fuente: Programa de atención humanizada “Humanizando La Medicina Legal” del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú

En la tabla 18, se observa el cronograma de las acciones de atención humanizada priorizadas para su implementación a corto plazo. Dicho cronograma fue extraído del programa piloto de atención humanizada “Humanizando la Medicina Legal” y constituye la operativización de la variable independiente: **programa de atención humanizada.**

Las actividades vinculadas a la variable interviniente: necesidades de humanización de los funcionarios, son aquellas enfocadas en dotar al personal de competencias, sensibilización, herramientas organizacionales y motivación. Por ejemplo:

Cultura de la humanización (Línea 5.1): Desarrollar cursos teórico-prácticos sobre atención al usuario, manejo de la confidencialidad, y formar en atención humanizada al personal administrativo de manera diferenciada

Comunicación efectiva, trabajo en equipo y motivación personal (Línea 5.3): Formar continuamente al personal en habilidades blandas, comunicación asertiva y liderazgo, así

como en la elaboración y difusión de la carta de compromiso y del decálogo de humanización

Gestión estratégica (Línea 5.5): Facilitar los medios (ambientes, tiempos, agendas, etc.) para hacer posibles las reuniones de los grupos de trabajo y gestionar los recursos (económicos, tecnológicos, talento humano, entre otros) para mantener y mejorar continuamente el programa.

La variable dependiente, calidad de trato (buen trato y respeto de la dignidad humana), está relacionada con las actividades que impactan directamente en la experiencia, el respeto y la dignidad del usuario que asiste a la unidad.

Trato cálido (experiencia del usuario) (Línea 5.2): Descartar exploraciones que no contribuyan a los fines periciales, evitar la revictimización de los usuarios y flexibilizar el acompañamiento, dado que se trata de una población vulnerable.

Adecuación del entorno (infraestructura) (Línea 5.4): Convertir los consultorios y salas de espera para la atención a presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual en infraestructura amigable, asignar el sitio que será la sala de juegos para niños y publicar en un lugar visible la cartelera de derechos y deberes de los usuarios.

3.4.1 Indicadores de seguimiento del programa

Los indicadores de seguimiento de las actividades a corto plazo descritos en el programa de atención humanizada son los siguientes:

Tabla 19

Implementación a corto plazo de líneas estratégicas programa piloto

Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia Medición	Responsable
Implementación a corto plazo de líneas estratégicas programa de atención humanizada	N° líneas estratégicas implementadas/Total de líneas estratégicas*100	80%	Semestral	Equipo de Humanización IML

Fuente: Programa de atención humanizada "Humanizando La Medicina Legal" del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú

Tabla 20

Calidad de trato

Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia Medición	Responsable
Calidad de trato	N° usuarios satisfechos con la calidad de trato de IML/Total de usuarios encuestados*100	80%	Semestral	Equipo de Calidad

Fuente: Programa de atención humanizada "Humanizando La Medicina Legal" del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú

Tabla 21

Satisfacción de las necesidades de humanización de los funcionarios

Indicador	Fórmula	Meta	Frecuencia Medición	Responsable
Satisfacción de las necesidades de humanización cliente interno	N° de necesidades de humanización satisfechas/ Total de necesidades de humanización identificadas por el cliente interno según encuesta *100	20%	Semestral	Equipo de Humanización Equipo de Calidad

Fuente: Programa de atención humanizada "Humanizando La Medicina Legal" del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú

34.1 Medición de la percepción de la calidad de trato en el usuario (presuntas víctimas) que recibe atención de medicina legal en la Unidad Clínica Forense sede Lima posterior a la implementación del piloto del programa de atención humanizada

Luego de implementar el programa piloto de atención humanizada en UNCLIFOR, se procedió a medir la percepción de la calidad del trato al usuario (presuntas víctimas).

Tabla 22

Edad de los encuestados posterior a la implementación del piloto

Edad		Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	00-20	12	4,1%	4,1%	4,1%

21-41	157	54,1%	54,1%	58,3%
42-62	99	34,1%	34,1%	92,4%
63-83	22	7,6%	7,6%	100,0%
Total	290	100,0%	100,0%	

Nota: fuente SPSS

En la tabla 22 se observa la distribución de la edad de los encuestados tras la implementación del piloto de atención humanizada. El 4,1% (12) estaba en el rango de edad de 00 a 20 años, mientras que el 54,1% (157) de los encuestados tenía entre 21 y 41 años; el 34,1% (99) de los encuestados tenía entre 42 y 62 años y, por último, el 7,6% (22) de los encuestados tenía entre 63 y 83 años.

Tabla 23

Consolidado calidad de trato posterior a la implementación del piloto

Consolidado calidad de trato posterior a la implementación del piloto		Frecuencia (n)	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	1	0,3%	0,3%	0,3%
	Regular	26	9,0%	9,0%	9,3%
	Bueno	263	90,7%	90,7%	100,0%
	Total	290	100,0%	100,0%	

Nota: fuente SPSS

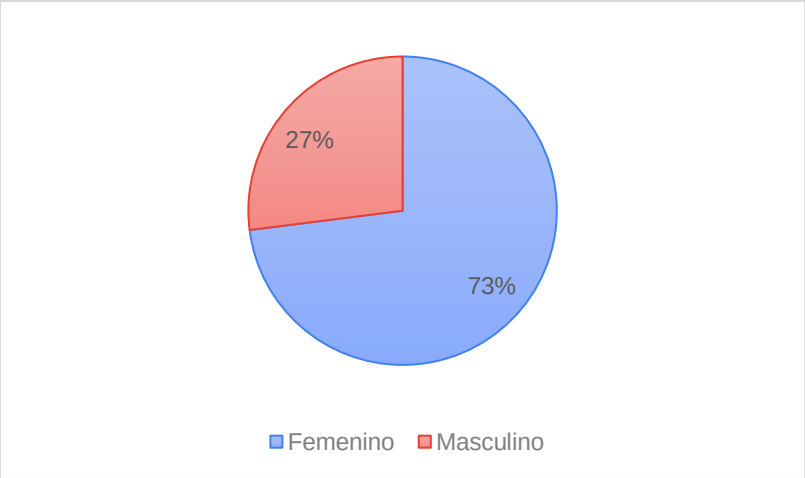
Posterior a la implementación de las estrategias priorizadas del programa piloto de atención humanizada, fueron aplicadas 290 encuestas a presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual, en la tabla 23 se detallan los resultados obtenidos desagregados así;

El 0,3% (1) de los usuarios encuestados calificó la calidad de trato en la categoría de malo, el 9,0% (26) lo evaluó como regular y el 90,7% (263) lo consideró bueno.

3.4.1 Medición de la identificación de las necesidades de humanización de los funcionarios posterior a la implementación del piloto del programa de atención humanizada

Figura 4

Género de los encuestados posterior a la implementación del piloto

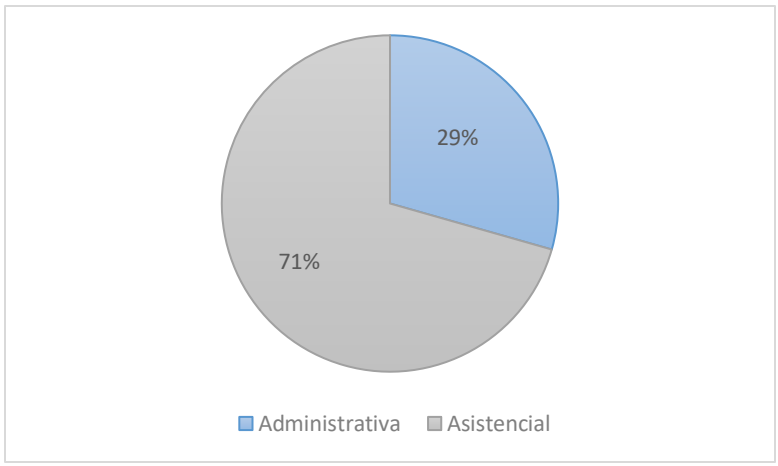


Nota: fuente SPSS

En la figura 4 se evidencia que el 73% (37) de los funcionarios encuestados pertenecía al género femenino y el 27% (14) al masculino.

Figura 5

Área de desempeño laboral de los encuestados

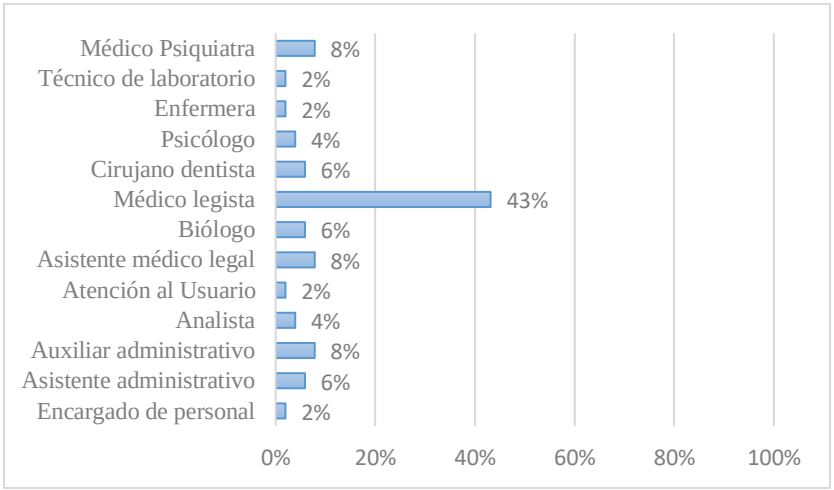


Nota: fuente SPSS

El área de desempeño laboral de los encuestados se detalla en la figura 5; se observa que el 71% (36) ejercía sus labores en el área asistencial y el 29% (15) en el área administrativa.

Figura 6

Cargo de los funcionarios encuestados



Nota: fuente SPSS

En la figura 6 se describen los cargos ejercidos por los funcionarios en la Unidad Médico Legal relacionados con la atención de víctimas de delitos contra la libertad sexual: médico legista 43% (22), psiquiatras 8% (4), asistente médico legal 8% (4), biólogos 6% (3), cirujano dentista 6% (3) y psicólogos 4% (2); los demás cargos oscilaron entre el 2% y el 4%

3.4.3.1 Encuesta de identificación de necesidades de humanización posterior a la implementación del piloto desagregada por factores.

3.4.3.1.1 Factor ambiente.

Tabla 24

Factor Ambiente (preguntas 1 a 12)

Factor Ambiente		Respuestas N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Ambiente[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	16	32,2%	32,2%
	Factor que requiere atención	35	67,8%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

En la tabla 24 se observa que el 67.8% de los encuestados respondió que los 12 ítems que componen el factor ambiente requieren atención, mientras que el 32.2% consideró que dicho factor es satisfactorio.

3.4.3.1.2 Factor relación trabajador de la salud – usuario.

Tabla 25

Factor relación trabajador de la salud – Usuario (preguntas 13 a 18

Factor Trabajador – Usuario		Respuestas N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Trabajador-Usuario[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	20	38,9%	38,9%
	Factor que requiere atención	31	61,1%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

En la tabla 25, se observa que el 38.9% de los encuestados respondió que los seis ítems que componen el factor relación trabajador de la salud – usuario fueron satisfactorios, mientras que el 61.1% consideró que dicho factor requiere atención.

3.4.3.1.3 Factor atención al usuario y su acompañante.

Tabla 26

Factor Atención al Usuario y su acompañante (preguntas 19 a 25)

Factor Atención al Usuario		Respuestas N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Atención al usuario[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	12	23,0%	23,0%
	Factor que requiere atención	39	77,0%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

Respecto de los siete ítems que componen el factor atención al usuario y su acompañante, en la tabla 26, se evidencia que el 77,0% de los encuestados consideró que el factor requiere atención, mientras que el 23% refirió que el factor fue satisfactorio.

3.4.3.1.4 Factor relaciones entre compañeros de trabajo.

Tabla 27

Factor Relaciones entre compañeros de trabajo (preguntas 26 a 33)

Respuestas

Factor relaciones entre compañeros		N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Relaciones entre compañeros[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	7	14,2%	14,2%
	Factor que requiere atención	44	85,8%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

En la tabla 27, se observa que en el factor de relaciones entre compañeros de trabajo, el 85.8% de los encuestados refirió que los ocho ítems del factor requieren atención, mientras que el 14.2% lo consideró satisfactorio.

3.4.3.1.5 Factor el trabajador y la institución.

Tabla 28

Factor el trabajador y la institución (preguntas 34 a 45)

Factor el trabajador y la institución		Respuestas N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Trabajador e institución[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	11	21,2%	21,2%
	Factor que requiere atención	40	78,8%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: Fuente SPSS [a] Grupo

En la tabla 28, se observa que el 21,2% de los encuestados consideró que los 12 ítems que componen el factor del trabajador y la institución fueron satisfactorios, mientras que el 78,8% refirió que dicho factor requiere atención**.**

3.4.3.1.6 Consolidado identificación de necesidades de humanización posterior a la implementación del piloto.

Tabla 29

Consolidado Identificación de necesidades de humanización posterior a la implementación del piloto

Consolidado identificación necesidades humanización posterior a la implementación del piloto		Respuestas N	Porcentaje	Porcentaje de casos
Necesidades humanización[a]	No hay problema, la situación es satisfactoria	13	25,5%	25,5%

	Factor que requiere atención	38	74,5%	100,0%
Total		51	100,0%	

Nota: fuente SPSS [a] Grupo

Según lo descrito en la tabla 29, se observa que el 25,5% (13) de los encuestados refirió que la situación fue satisfactoria para los 45 ítems, mientras que el 74,5% (38) consideró que requieren atención.

El análisis de los datos obtenidos en el postest reveló variaciones cuantitativas respecto a la línea de base en las variables de necesidades de humanización y calidad de trato, con lo cual se cumple el cuarto objetivo específico planteado.

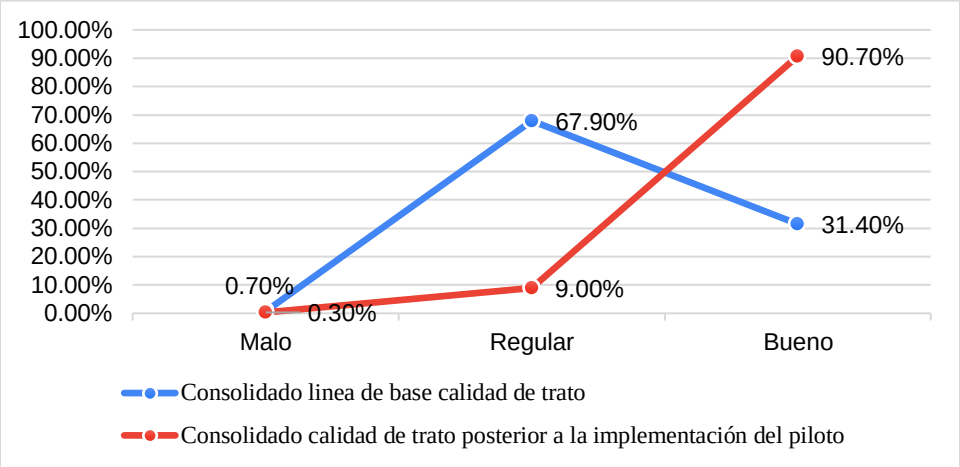
3.5 Resultados asociados al Objetivo específico 5: Evaluación de los resultados de la atención humanizada y de las necesidades de humanización antes (pretest) y después (postest) de la implementación del programa piloto, con el fin de determinar los cambios comparativos asociados a la intervención

A continuación se presentan los resultados de la comparación con la línea de base y los datos obtenidos posteriores a la implementación del programa piloto de atención humanizada "Humanizando la Medicina Legal".

3.5.1 Comparación de los resultados del consolidado de la línea de base del cuestionario de calidad de trato y el consolidado posterior a la implementación del piloto del programa de atención humanizada

Figura 7

Comparación resultados consolidado línea de base vs consolidado posterior a la implementación del piloto de atención humanizada



Nota: fuente SPSS

En la figura 7, evidenciamos que el 0,30 (1) calificó la calidad de trato en la categoría de malo, lo que demuestra una disminución de 0,4% en comparación con la línea de base de 0,70% (2).

El 9,0% (26) de los encuestados valoró la calidad de trato como regular, lo que evidencia una importante variación del 58,90% respecto de la línea de base, cuyo valor fue 67,90% (197). Por último, el 90,70% (263) de los usuarios manifestó que la calidad de trato fue buena, lo que representa una mejora del 59,30% respecto a la línea de base del 31,40% (91). Las mediciones posteriores a la implementación del piloto de atención humanizada indicaron una mejora en las puntuaciones de los siguientes indicadores de trato al usuario:

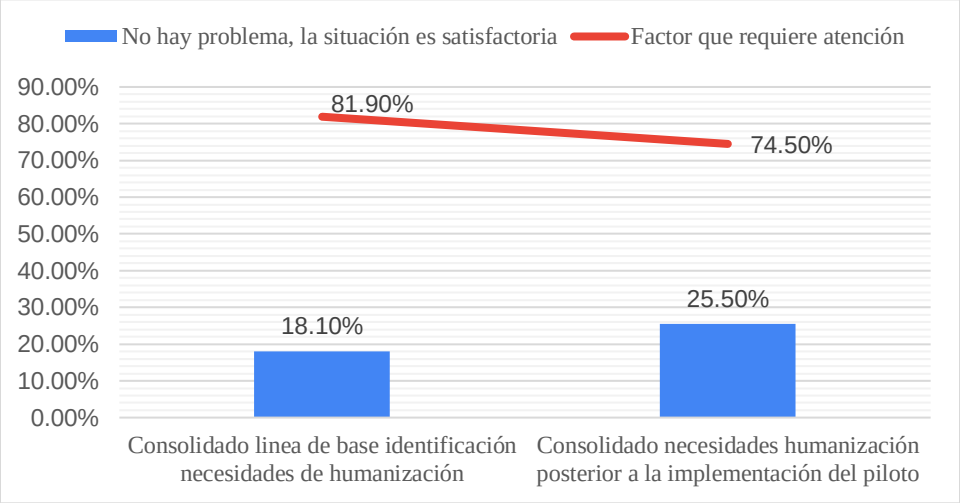
- La amabilidad y la cortesía del personal administrativo y asistencial.
- El interés del personal de la Unidad Médico Legal en asegurar la comprensión de la información.
- La claridad del lenguaje durante el proceso de atención.
- La disposición del personal administrativo para escuchar y comprender las necesidades del usuario.

En contraste, los datos señalan que el uso del fotocheck institucional por parte de los funcionarios de la UNCLIFOR se mantiene como un indicador que requiere atención para optimizar la identificación del personal por parte de los usuarios.

3.5.2 Comparación de los resultados del consolidado de la línea de base del cuestionario de identificación de necesidades de humanización y el consolidado posterior a la implementación del piloto del programa de atención humanizada

Figura 8

Comparación resultados consolidado línea de base vs consolidado posterior a la implementación del piloto de atención humanizada



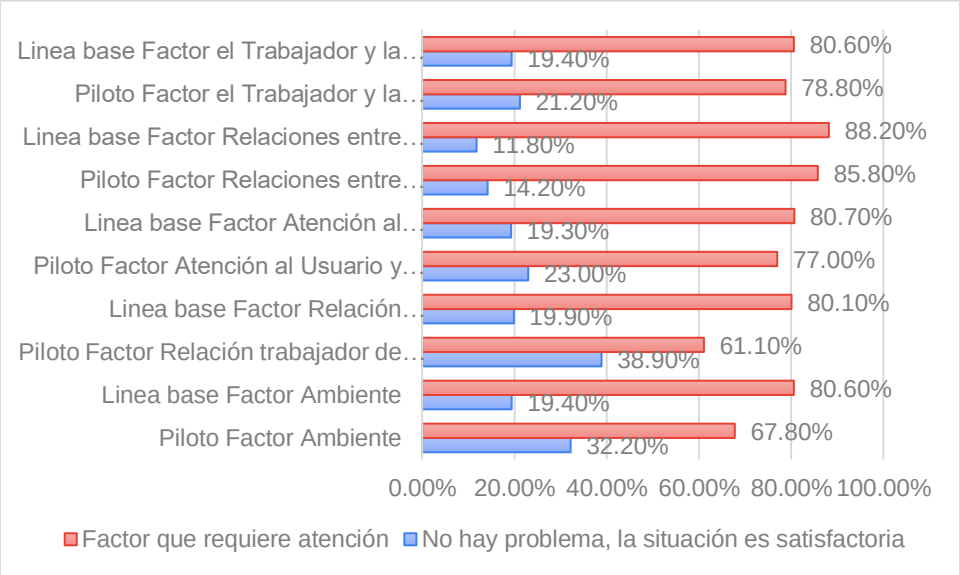
Nota: fuente SPSS

En la figura 8 se evidencia la comparación del consolidado de los resultados obtenidos con posterioridad a la implementación del piloto de atención humanizada respecto de la línea de base. El 25,50% (13) de los funcionarios encuestados consideró que “no hay problema/la situación es satisfactoria” respecto de los factores relacionados con la identificación de necesidades de humanización, en comparación con el 18,10% (9) obtenido en la línea de base, mientras que el 74,50% (38) consideró que los diversos factores requieren atención urgente,

en contraste con el 81,90% (42) obtenido al inicio del estudio. A nivel global se evidenció una mejora del 7,4%.

Figura 9

Comparación resultados línea de base vs resultados posterior a la implementación del piloto de atención humanizada



Nota: fuente SPSS

En la figura 9 se observa que todos los factores relacionados con la identificación de necesidades de humanización en UNCLIFOR evidenciaron una notable variación posterior a la implementación de las estrategias priorizadas del programa piloto de atención humanizada respecto de los resultados obtenidos en la línea de base, dado que aumentó el criterio de “no hay problema, la situación es satisfactoria”, lo cual contribuyo directamente a la disminución del criterio denominado “factor que requiere atención”.

3.5.3 Medición de los indicadores de seguimiento a la implementación del programa piloto de atención humanizada

Culminada la implementación del piloto del programa de atención humanizada, se calcularon los indicadores de seguimiento que evidencian el cumplimiento de las líneas

estratégicas priorizadas, la calidad de trato, las quejas de los usuarios y la satisfacción de las necesidades de humanización de los funcionarios de la Unidad Clínica Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú.

Tabla 30

Implementación a corto plazo de líneas estratégicas programa piloto

N°	Indicador	Fórmula	Resultado		Meta	Seguimiento	Frecuencia Medición	Responsable
6.	Implementación a corto plazo de líneas estratégicas programa de atención humanizada	N° líneas estratégicas implementadas/Total de líneas estratégicas*100	5/5*100	**100%**	80%	Cumple	Semestral	Equipo de Humanización IML

Fuente: Programa de atención humanizada “Humanizando La Medicina Legal” del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú

El programa piloto “Humanizando la Medicina Legal” es la base de toda la intervención operativizada de la variable independiente: Programa de atención humanizada mediante un cronograma de acciones a corto plazo.

En la tabla 30, se evidencia que el indicador N° 6 de implementación a corto plazo de líneas estratégicas del programa de atención humanizada “Humanizando La Medicina Legal” corresponde a la medición semestral del cumplimiento de la implementación a corto plazo de cinco (5) líneas estratégicas; el resultado obtenido para este indicador fue 100%, superando en 20% la meta establecida de 80%.

3.5.3.1 Calidad de trato.

Tabla 31

Calidad de trato

N°	Indicador	Fórmula	Resultado		Meta	Seguimiento	Frecuencia Medición	Responsable
1.	Calidad de trato	N.º usuarios satisfechos con la calidad de trato de IML/Total de usuarios encuestados*100	263/290*100	**90,7%**	80%	Cumple	Semestral	Equipo de Calidad

Fuente: Programa de atención humanizada “Humanizando La Medicina Legal” del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú

Este indicador está relacionado con la variable dependiente denominada calidad de trato y refleja el impacto final de la intervención en la experiencia del usuario. Respecto del indicador de calidad de trato, en la tabla 31 se evidencia que la medición del indicador fue semestral, obteniéndose un resultado del 90,7% respecto de la meta establecida de 80%, la cual fue superada en 10,7%.

Las actividades implementadas influyeron de manera positiva en la percepción de los usuarios. Los usuarios notaron un entorno físico más adecuado, mayor amabilidad, mejor orientación y un respeto claro por sus derechos durante la atención medicolegal.

3.5.3.2 Satisfacción de las necesidades de humanización del cliente interno.

Tabla 32

Satisfacción de las necesidades de humanización de los funcionarios

N°	Indicador	Fórmula	Resultado		Meta	Seguimiento	Frecuencia Medición	Responsable
1.	Satisfacción de las necesidades de humanización cliente interno	N° de necesidades de humanización satisfechas/ Total de necesidades de humanización identificadas por el cliente interno según encuesta *100	9/45*100	20%	20%	Cumple	Semestral	Equipo de Humanización Equipo de Calidad

Fuente: Programa de atención humanizada “Humanizando La Medicina Legal” del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú

La identificación de las necesidades de humanización de los funcionarios constituyó la variable interviniente. Las acciones ejecutadas se tradujeron en mejoras directas en el proceso de inducción y acogida, así como en oportunidades de capacitación para los funcionarios; por lo tanto, el indicador cumplió la meta del 20% (7) establecida durante la implementación de las estrategias a corto plazo del programa piloto de atención humanizada en UNCLIFOR, tal como se describe en la tabla 32. Los aspectos que mejoraron fueron:

1. Aspectos de la infraestructura de los consultorios
2. Orientación e información de los trabajadores de la salud al usuario
3. Amabilidad y acogida al usuario
4. Respeto de los derechos del usuario
5. Atención del médico legista al usuario y su acompañante
6. Inducción y acogida de los funcionarios
7. Posibilidad de capacitación de los funcionarios

El análisis comparativo demostró que la intervención tuvo un impacto directo y positivo en ambas poblaciones, lo que se tradujo en una marcada transformación en la percepción de los usuarios. De igual manera, se observó el cumplimiento de las metas de satisfacción interna de los indicadores de seguimiento del programa piloto de atención humanizada a corto plazo como parte de la ejecución del quinto objetivo específico.

3.6 Comprobación de la hipótesis de investigación

Para responder a los objetivos planteados y contrastar las hipótesis de la presente investigación, se diseñó un protocolo de análisis cuantitativo estructurado en dos fases: una de validación de supuestos y otra de estadística inferencial. El procesamiento de los datos se realizó

empleando el software estadístico SPSS v.27, estableciendo un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5% ($\alpha = 0.05$).

3.6.1 Contraste de Normalidad: Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Como paso previo a la aplicación de pruebas de comparación de medias, se verificó el supuesto de normalidad de la distribución de las puntuaciones. Se seleccionó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de significación de Lilliefors, dado que el tamaño de la muestra es >50, lo que permite una evaluación robusta de la bondad de ajuste (Field, 2024).

La elección de esta prueba se justifica por la necesidad de determinar si los datos observados provienen de una población con distribución normal. El cumplimiento de este supuesto es indispensable para garantizar la fiabilidad de los métodos estadísticos paramétricos; si $p > 0.05$, se asume que la distribución es normal, lo que permite el uso de modelos de mayor potencia estadística que los no paramétricos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

- **Regla de decisión**

  - $H_{0:}$ Los datos siguen una distribución normal
  - $H_{1:}$ Los datos no siguen una distribución normal

  Si pvalue $\geq$ 0.05 = No se rechaza H_0

  Si pvalue < 0.05 = Se rechaza H_0

Tabla 33

Contraste de normalidad – Necesidades de humanización - Prueba de Kolmogorov-Smirnov

		Kolmogorov Smirnov[b]		
		Estadístico	gl	Sig.
Identificación de necesidades	Pretest	0,180	51	<,001
	Postest	0,156	51	<,001

b. Corrección de significación de Lilliefors

Nota: fuente SPSS

En la tabla 33 se observa que los datos del pretest y el postest obtenidos para la variable de identificación de necesidades de humanización no siguen una distribución normal, ya que el p-valor es < 0,001, lo cual es inferior al valor de α = 0,05. Por lo anterior, se rechaza H0 (los datos siguen una distribución normal) y se acepta H1 (los datos no siguen una distribución normal).

Tabla 34

Contraste de normalidad – Calidad de trato - Prueba de Kolmogorov-Smirnov

		Kolmogorov Smirnov[b]		
	Calidad de trato	Estadístico	gl	Sig.
Fase	Pretest	0,178	290	<,001
	Postest	0,110	290	<,001

b. Corrección de significación de Lilliefors

Nota: fuente SPSS

En la tabla 34 se observa que los datos del pretest y el postest obtenidos para la variable calidad de trato no siguen una distribución normal, ya que el p-valor es < 0,001, lo cual es inferior al valor de α = 0,05. Por lo anterior, se rechaza H0 (los datos siguen una distribución normal) y se acepta H1 (los datos no siguen una distribución normal).

3.6.2 Contraste de hipótesis

Las hipótesis establecidas para este estudio de investigación fueron:

H_1: El programa piloto de atención humanizada se relaciona significativamente con la mejora de las necesidades de humanización de los funcionarios y con el buen trato y el respeto a la dignidad humana de los usuarios que reciben atención en la Unidad Clínica Forense sede Lima del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú, en el periodo 2023–2025.

H_0: El programa piloto de atención humanizada no se relaciona significativamente con la mejora de las necesidades de humanización de los funcionarios y con el buen trato y el respeto a

la dignidad humana de los usuarios que reciben atención en la Unidad Clínica Forense sede Lima del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Perú, en el periodo 2023–2025.

- **Regla de decisión**

  Si pvalue $\leq$ 0.05 = Se rechaza H_0

  Si pvalue > 0.05 = No se rechaza H_0

3.6.2.1 Contraste de hipótesis variable necesidades de humanización

3.6.2.1.1 Prueba de Wilcoxon.

Como la prueba de normalidad de contraste (Kolmogorov-Smirnov) indicó que la variable de necesidades de humanización de los funcionarios de UNCLIFOR no seguía una distribución gaussiana, se optó por la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para el contraste de hipótesis de muestras relacionadas.

La elección de esta prueba no paramétrica se fundamenta en los siguientes criterios de rigor científico:

Ausencia de normalidad: A diferencia de las pruebas paramétricas, la prueba de Wilcoxon no requiere el supuesto de normalidad ni de homocedasticidad, lo que garantiza la validez de las inferencias cuando los datos presentan sesgos o valores atípicos (Field, 2024).

Comparación de medianas: Dado que la media aritmética pierde representatividad en distribuciones no normales, la prueba de Wilcoxon utiliza la mediana y el orden de los rangos para determinar si existen diferencias significativas entre el pretest y el postest (Siegel & Castellan, 1988).

Naturaleza de la medición: Es el estadístico más robusto para evaluar cambios en variables donde la distancia entre intervalos no es uniforme, lo que permite identificar si la magnitud de los cambios positivos y negativos en los sujetos es sistemáticamente distinta. Debido a que los instrumentos de recolección de datos fueron cuestionarios con escalas

tipo Likert, los datos generados son de naturaleza ordinal; por lo tanto, la prueba de Wilcoxon es la opción estadísticamente correcta, ya que no asume que los intervalos entre las categorías de respuesta sean iguales (Conover, 1999).

- **Regla de decisión**

  Si pvalue $\leq$ 0.05 = Se rechaza H_0

  Si pvalue > 0.05 = No se rechaza H_0

Tabla 35

Contraste de hipótesis necesidades de humanización – Prueba de Wilcoxon

Estadístico de prueba

Identificación de necesidades	Z	-2,330[b]
	Sig. asin (bilateral)	0,020

Nota: fuente SPSS

El análisis inferencial mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon arrojó un nivel de significancia de p = 0,020. Al ser este valor inferior al α = 0,05 (5%), se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alterna (H1). Por consiguiente, se demuestra que existen diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest, corroborando que la implementación del programa piloto tuvo un efecto positivo y significativo en las necesidades de humanización de los funcionarios evaluados.

3.6.2.2 Contraste de hipótesis variable calidad de trato

Prueba de U de Mann-Whitney.

Para determinar el impacto del programa piloto en la variable Calidad de trato percibida por los usuarios, se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. El uso de esta prueba estadística en la presente investigación se justifica metodológicamente en la literatura científica reciente bajo dos criterios fundamentales:

La naturaleza independiente de las muestras evaluadas: De acuerdo con Schober y Vetter (2020), la prueba U de Mann-Whitney es el equivalente no paramétrico de la prueba T de Student y representa el estándar metodológico idóneo para comparar dos grupos completamente independientes.

En este estudio, el diseño exigió encuestar a dos grupos distintos: un grupo de usuarios en la fase pretest y otro grupo de usuarios en la fase postest (n = 290). Al no ser las mismas personas medidas en dos tiempos distintos, resulta mandatorio el uso de una prueba de muestras independientes.

El incumplimiento del supuesto de normalidad: La aplicación de pruebas paramétricas (como la t de Student) exige estrictamente que la distribución de los datos se aproxime a la normalidad. Según detallan Karch (2021) y Teli y Ghatanatti (2023), cuando el análisis exploratorio previo (como la prueba de Kolmogorov-Smirnov) demuestra que los valores tienen una distribución asimétrica o no normal, el investigador debe recurrir a métodos estadísticos que no dependan de estos parámetros poblacionales. Dado que los puntajes de la variable calidad de trato en este estudio no presentaron una distribución normal ($p < 0,05$ en Kolmogorov-Smirnov), la prueba U de Mann-Whitney fue estadísticamente la más robusta para evitar sesgos al basar su cálculo en la jerarquización (rangos) de las puntuaciones en lugar de sus medias aritméticas.

- **Regla de decisión**

  Si pvalue $\leq$ 0.05 = Se rechaza H_0

  Si pvalue > 0.05 = No se rechaza H_0

Tabla 36

Contraste de hipótesis calidad de trato – Prueba de U de Mann-Whitney

Estadístico de prueba

Calidad de trato	U de Mann-Whitney	30952,500
	W Wilcoxon	73147,500
	Z	-5,511[b]
	Sig. asin (bilateral)	<,001

Nota: fuente SPSS

En la tabla 36 se presentan los resultados estadísticos de la prueba de U de Mann-Whitney para la variable calidad de trato en la etapa posterior a la implementación del programa piloto de atención humanizada.

Teniendo en cuenta los resultados de la prueba de U de Mann-Whitney, se evidencia una diferencia significativa entre los resultados basales y los obtenidos después de la implementación del programa piloto de atención humanizada; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H0), ya que el p-value es < 0,001, inferior al valor de $\alpha = 0,05$ (5%); por lo anterior, se acepta la hipótesis alterna.

4. Discusión de resultados

La presente investigación evaluó el impacto de un programa piloto de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense (UNCLIFOR) de la sede de Lima. Los hallazgos muestran modificaciones en la percepción del servicio por parte de los usuarios tras la integración de intervenciones formativas y estructurales en el contexto medicolegal.

4.1 Validez y fiabilidad de los instrumentos

La técnica de juicio de expertos se aplicó como filtro metodológico para evaluar los instrumentos. Según los criterios de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008), el panel de jueces evaluó la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de cada ítem en relación con el entorno forense. Este proceso se reflejó en el incremento de los índices de validez de contenido (CVC) previo a la recolección de datos.

Posteriormente, el análisis de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach arrojó un coeficiente superior a 0.90 tras el pilotaje. De acuerdo con Nunnally y Bernstein (1994), este valor indica que el instrumento es unidimensional y fiable para evaluar la percepción del usuario y del personal en el marco de este estudio.

El proceso de validación demostró que la medición de la calidad en medicina legal difiere de la evaluación en la clínica tradicional. Mientras que en los centros hospitalarios generales suele priorizarse la eficacia técnica, en la Unidad Clínica Forense se incorporó la validación emocional del usuario como componente de la calidad asistencial. La adaptación de los instrumentos permitió analizar las variables operativas en relación con la dignidad humana y proporcionó herramientas métricas estandarizadas para evaluar las características de la institución (Muñiz, 2018).

Esta transición metodológica hacia un enfoque fundamentado en los derechos resulta indispensable en el abordaje de personas peritadas, dado que la idoneidad pericial debe articularse con la contención emocional para mitigar cualquier riesgo de revictimización secundaria. Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (2022) sostiene que la estandarización y la medición de la atención humanizada en contextos vinculados a la violencia requieren métricas rigurosas que evalúen el nivel de respeto institucional hacia los usuarios. En este contexto, disponer de instrumentos con validez psicométrica comprobada permite objetivar las conductas empáticas y superar el reduccionismo técnico, consolidando la protección de la dignidad humana como un indicador de calidad exigible y auditable en la práctica medicolegal contemporánea (Rizzo et al., 2024).

4.2. Establecimiento de la línea de base y brechas detectadas

El diagnóstico de la línea de base evidenció que una minoría de los usuarios percibía un buen trato antes de la intervención. Este resultado concuerda con Arias y Cusme (2020), quienes señalan que en entornos asistenciales con alta demanda y procesos burocráticos, los equipos de trabajo tienden a mecanizar sus funciones. En consecuencia, disminuye la interacción empática y se instaura un distanciamiento procedimental durante la atención.

La evaluación interna indicó que un alto porcentaje de funcionarios reportó necesidades insatisfechas de humanización. Estos indicadores se asocian teóricamente al desgaste profesional y a la fatiga por compasión, derivados de la exposición continua al trauma. Esto coincide con Beltrán-Salazar (2015) respecto de los riesgos de la despersonalización, los cuales operan como un mecanismo de defensa en entornos críticos con limitación de soporte institucional.

Los resultados integrales de la línea de base se alinean con el modelo de gestión de calidad de Donabedian (2003). Las variaciones en la atención externa se relacionan con las

condiciones de desgaste del cliente interno. Según este modelo, la modificación de la atención brindada al usuario y la prevención de la revictimización secundaria requieren abordar previamente las condiciones y requerimientos del trabajador.

Finalmente, los datos obtenidos en el diagnóstico preliminar sugirieron que la deshumanización fue el resultado de una cultura organizacional que priorizó la eficiencia procedimental por encima de la integridad del sujeto evaluado. Investigaciones contemporáneas en el ámbito nacional evidenciaron que la falta de protocolos de acogida y la ausencia de programas de resiliencia institucional reducen la capacidad empática del servidor público en entornos de alta complejidad (Arce-Huamani, 2023). Este déficit en la dimensión humana de la atención fue interpretado por los usuarios como una despersonalización de sus vivencias traumáticas, lo que reforzó la necesidad de un cambio de paradigma hacia un modelo de gestión que integrara el respeto a la dignidad como indicador de éxito pericial (Reyes-Torres et al., 2024). Asimismo, se confirmó que la brecha entre la expectativa del usuario y la respuesta institucional estuvo mediada por la carencia de estrategias de apoyo para el cuidador, lo que subrayó la urgencia de intervenciones que articularan la salud mental del funcionario con la calidad del trato brindado (Reyes-Torres et al., 2024).

4.3. Estructuración del programa piloto de atención humanizada

La estructuración del programa "Humanizando la Medicina Legal" se basó en la integración de lineamientos de gestión de la calidad y de la formación ética del personal especializado. Esta fase inicial comprendió la conformación oficial del Equipo Gestor y la definición de las líneas de acción estratégicas, orientadas a transformar los procedimientos técnico-periciales en procesos asistenciales con enfoque de derechos. Según López y Guamán (2025), la estandarización normativa y el liderazgo institucional son requisitos fundamentales

para establecer modelos de atención que superen las barreras operativas en las entidades del sector público.

Desde una perspectiva metodológica, esta etapa se fundamentó en el modelo de Donabedian (2003), en el que la dimensión de estructura (representada por la designación del equipo y la asignación de recursos) determina la viabilidad de los procesos posteriores. La definición de indicadores de seguimiento desde el diseño permitió establecer métricas objetivas para evaluar el cumplimiento de los principios de humanización en el ámbito forense. Esta planificación técnica buscó reducir la discrecionalidad en el trato al usuario, convirtiendo la intención de mejora en un estándar de gestión auditable y reproducible.

La estructuración culminó con la elaboración y validación de un documento técnico institucional que detalla las líneas estratégicas y las rutas de intervención. Este marco normativo interno proporcionó la base legal necesaria para garantizar la trazabilidad ética de las acciones y la alineación con los estándares internacionales de medicina legal. De acuerdo con Muñiz (2018), la existencia de protocolos estructurados y de herramientas de medición validadas es indispensable para transitar de una gestión basada en la inercia institucional a una administración orientada a resultados de calidad percibida.

En este sentido, la formalización de estas rutas de intervención mediante normativas institucionales asegura que la protección de la dignidad humana trascienda la mera voluntariedad del servidor público y se consolide como un lineamiento organizacional sostenible. Como documentan Esquivel-Garzón et al. (2022), la estructuración de protocolos que integran dimensiones éticas y de validación emocional es un elemento esencial para reducir la despersonalización en entornos asistenciales de alta exigencia clínica. La institucionalización de este modelo de trabajo previene activamente la revictimización secundaria al garantizar un

entorno de contención frente al trauma, en el cual la empatía, operativizada mediante indicadores de gestión, se traduce en un cuidado integral del peritado (Reyes-Téllez et al., 2024). Con la adopción de este marco normativo documentado, el programa piloto confirma que la articulación entre el rigor técnico-legal y el respeto irrestricto de los derechos fundamentales no solo optimiza el cumplimiento de las metas institucionales, sino que también consolida el buen trato como un pilar de validez insustituible dentro de la administración de justicia (Arce-Huamani, 2023).

4.4 Implementación del programa piloto de atención humanizada

La implementación del programa piloto registró un cumplimiento del 100% en la ejecución de las líneas estratégicas operativas a corto plazo. Este nivel de cumplimiento refleja la capacidad de respuesta administrativa de la unidad ante el despliegue de nuevos protocolos de atención al usuario. Los resultados de esta fase coinciden con las observaciones de López y Guamán (2025), quienes señalaron que la aplicación de guías de trato humanizado y la capacitación técnica permiten la adopción inmediata de conductas externas, tales como la escucha activa y la mejora en la entrega de información durante el proceso pericial.

En contraste con la eficacia operativa externa, la satisfacción de las necesidades del cliente interno alcanzó un cumplimiento parcial del 20% respecto de las metas proyectadas. Este hallazgo evidencia una asincronía entre la implementación de protocolos de servicio y la modificación del clima laboral forense. La literatura técnica sugiere que la despersonalización y el desgaste profesional actúan como mecanismos de defensa estructurales ante la carga traumática del entorno medicolegal, lo que dificulta que el personal asimile las mejoras en su propio bienestar con la misma celeridad que los cambios procedimentales (Beltrán-Salazar, 2015).

La monitorización sistemática durante la implementación permitió identificar la necesidad de un apoyo técnico y emocional continuo para el personal asistencial. La transición hacia un modelo de gestión centrado en el usuario requiere no solo la ejecución de actividades formativas, sino también la sostenibilidad de políticas transversales que aborden la fatiga por compasión. Según Bermejo (2014), la eficacia de un programa piloto de esta naturaleza depende de su capacidad para integrarse a largo plazo en la cultura organizacional, garantizando que el trato digno hacia el usuario sea el resultado de un entorno laboral que también protege la dignidad del trabajador.

En esta misma línea argumentativa, la evidencia empírica contemporánea subraya que la humanización asistencial resulta insostenible a lo largo del tiempo si se concibe únicamente como un estándar de atención unidireccional hacia la víctima, que invisibiliza la carga emocional del prestador del servicio. De acuerdo con García (2025), el contacto continuo con el trauma exige intervenciones estructurales orientadas al cuidado del cuidador, con el objetivo de evitar que la empatía requerida se convierta en un factor de vulnerabilidad psicológica. La asincronía reportada en el cumplimiento de las metas del piloto advierte que el éxito procedimental a corto plazo puede enmascarar un aumento del desgaste profesional si la institución carece de mecanismos de contención (Arce-Huamani, 2023). Por consiguiente, la validación definitiva de programas de esta índole en el ámbito medicolegal demanda que el marco de protección de la dignidad humana se aplique con la misma rigurosidad al personal operativo, consolidando un ecosistema de trabajo que prevenga el riesgo psicosocial y fomente la resiliencia institucional (Reyes-Téllez, 2024).

4.5 Evaluación de los resultados: análisis comparativo de los resultados del pretest y del postest.

El análisis inferencial confirmó diferencias estadísticamente significativas en la variable de calidad del trato, con un aumento positivo en la percepción del servicio por parte de los usuarios tras la intervención. En concordancia con Fernández-Silva (2022), estos resultados indican que los usuarios asocian la calidad del servicio con la recepción de un trato humanizado. La aplicación de pautas, como la escucha activa, modificó la dinámica de la interacción forense hacia un modelo enfocado en la validación del usuario.

En el grupo de funcionarios, el aumento de los indicadores de satisfacción fue menor, un fenómeno descrito en la literatura como resistencia al cambio en ecosistemas organizacionales complejos. Esta variabilidad en los resultados se relaciona con las características de la intervención: para el usuario, la atención es un evento asistencial puntual, mientras que para el funcionario implica la adaptación de sus rutinas como una exigencia laboral continua.

El estudio evaluó el contraste entre los resultados de la percepción del usuario y las necesidades de humanización de los funcionarios. Los datos demostraron que la implementación del programa piloto de atención humanizada en la Unidad Clínica Forense mejoró los indicadores de trato a la víctima. De igual modo, proporciona métricas documentadas para la planificación de futuras estrategias de humanización en el sistema de justicia peruano.

En síntesis, la medición objetiva de estos indicadores evidenció que la humanización en la medicina forense trasciende la dimensión deontológica y se consolida como un pilar de eficacia y garantía de derechos en la gestión pública. Según Bandrés (2023), la modernización del acto medicolegal exige superar el abordaje estrictamente biologicista o procesal, integrando el buen trato como variable que otorga validez a la praxis forense y previene activamente la revictimización secundaria. Al respecto, el registro sistemático de las asimetrías entre la alta percepción positiva del usuario y el desgaste persistente del funcionario valida empíricamente la

necesidad de diseñar políticas de bienestar integral. Como afirman Torres-Gómez et al. (2024), la consolidación de una cultura de trato humanizado en contextos de alta vulnerabilidad requiere que las instituciones fundamenten sus intervenciones en métricas bidireccionales, asegurando que la protección de la dignidad humana opere como un estándar auditable y transversal para todos los actores del sistema de justicia.

5. Conclusiones

Se concluyó que los instrumentos de medición fueron validados mediante la técnica de juicio de expertos, lo que permitió elevar el Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) por encima de 0.90. Esto aseguró que los cuestionarios constituyeran herramientas pertinentes, semánticamente claras y fiables para su aplicación métrica en el contexto medicolegal peruano.

Se concluyó que la línea de base en la Unidad Clínica Forense sede Lima registró una percepción de buen trato del 31,4% y, por parte de los funcionarios, una demanda de humanización interna del 81,9%. Este diagnóstico evidenció que la barrera para la atención humanizada radicaba en la ausencia de una cultura de cuidado que integrara las dimensiones emocional y comunicativa; por lo tanto, se convirtió en el fundamento metodológico para establecer la necesidad de implementar el programa piloto.

Se concluyó que la estructuración del programa piloto integró lineamientos administrativos con la formación ética especializada. La conformación del Equipo Gestor y la capacitación de 120 horas dotaron al personal de las competencias necesarias para operacionalizar el trato digno. Se diseñó un modelo de intervención con indicadores definidos y respaldo institucional, transformando la atención forense en un proceso gestionable conforme a estándares de calidad asistencial establecidos previamente a la fase de ejecución.

Se concluyó que la implementación del programa piloto alcanzó un 100% de cumplimiento de los indicadores de proceso, lo que demuestra la viabilidad operativa de integrar pautas de humanización en una unidad forense de alta demanda sin alterar la rigurosidad de los tiempos y procedimientos legales. El seguimiento sistemático permitió

objetivar la humanización, estableciéndola como un estándar de gestión auditable y facilitando su monitoreo como indicador técnico de desempeño por parte de la Oficina de Garantía de la Calidad del Instituto de Medicina Legal.

Se concluyó que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados de la línea de base (pretest) y los obtenidos tras la implementación del programa piloto (postest). El análisis determinó que:

En los usuarios se registró un incremento en la percepción de la calidad del trato, que ascendió al 90,7% en la evaluación postest. Esto representa un incremento neto del 59,3%, lo que indica una modificación en la dinámica de la atención y una mitigación del riesgo de revictimización durante el proceso pericial.

En los funcionarios, se observó una reducción de las necesidades de humanización insatisfechas, aunque en menor proporción que en los usuarios. Este resultado indica que la modificación de los indicadores de la cultura organizacional interna requiere intervenciones sostenidas a largo plazo.

Comprobación de la hipótesis: El rechazo de la hipótesis nula para las variables calidad de trato ($p < 0.001$) y necesidades de humanización ($p < 0.020$) corrobora que el programa "Humanizando la Medicina Legal" modificó favorablemente los indicadores asociados a dichas variables en la prestación de servicios forenses, cumpliendo así el objetivo general de la investigación.

5.1 Hallazgos en la muestra

a. El abogado de algunas presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual no permitió que participaran en el estudio porque lo consideraba contraproducente para el caso.

b. La coyuntura política dificultó un poco el acceso al usuario en la Unidad Clínica Forense cuando se emitía la resolución sobre el cambio de Fiscal de la Nación y/o jefe del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú; debió esperarse la autorización para dar continuidad a la implementación de las actividades del piloto.

5.2 Limitaciones

El estudio evaluó el impacto de un periodo específico (2023-2025). Al tratarse de un diseño de corte transversal respecto a las mediciones, no es posible garantizar que los cambios en la cultura organizacional y la satisfacción del personal se mantengan estables indefinidamente sin intervenciones de refuerzo. Como señalan Hernández-Sampieri y Mendoza (2023), los estudios transversales capturan un momento del fenómeno, por lo que la sostenibilidad a largo plazo sigue siendo una interrogante que requiere monitoreo continuo.

En el estudio se utilizaron cuestionarios de autoinforme para el personal; existe la posibilidad de que los funcionarios hayan respondido bajo un sesgo de deseabilidad social, especialmente en el postest, al conocer los objetivos del programa de humanización.

El programa se centró en las presuntas víctimas de delitos contra la libertad sexual atendidas en la sede de Lima. Esta especificidad limita la validez externa de los resultados en otras áreas de la medicina legal, como la tanatología forense, donde las dinámicas de interacción y el tipo de trauma del usuario presentan matices distintos.

5.3 Proyecciones futuras

Se recomienda realizar un seguimiento a los 12 y 24 meses de concluido el piloto para evaluar si los niveles de calidad de trato se mantienen. Esto permitiría determinar la

tasa de erosión del aprendizaje y establecer la frecuencia necesaria de las capacitaciones de refuerzo.

Una proyección natural es la replicación del programa en las sedes regionales del IMLCF, especialmente en zonas rurales, donde la diversidad cultural y lingüística del Perú exige adaptar la atención humanizada a un enfoque intercultural, respetando las cosmovisiones locales sobre la justicia y el cuerpo.

Se sugiere investigar la implementación de protocolos de humanización en el manejo de cadáveres y en el trato a los familiares en las morgues. La humanización del duelo forense es un campo poco explorado con un alto potencial de impacto social (Bermejo, 2014).

Futuras investigaciones deberían correlacionar el éxito de los programas de humanización con la reducción de los niveles de síndrome de burnout y de fatiga por compasión en médicos y psicólogos forenses. Determinar si un entorno humanizado actúa como factor protector para el funcionario es una necesidad imperativa para la gestión del talento humano.

Con el avance de la atención telemática y los expedientes electrónicos, se proyecta la necesidad de investigar cómo mantener la calidez y la presencia empática a través de medios digitales, garantizando que la tecnología sea un puente y no una barrera para la dignidad del usuario.

5.4 Transferencia y escalabilidad institucional del programa

La transferencia del programa "Humanizando la Medicina Legal" hacia otras unidades medicolegales del Perú se estructuró en un modelo de escalabilidad progresiva de cuatro fases:

1. **Fase de normalización**

Sistematización de los resultados de la UNCLIFOR sede Lima en un documento técnico-normativo aprobado por la jefatura nacional del IML, en el cual se deben incluir los protocolos

estandarizados, las guías de capacitación y los instrumentos psicométricos validados para medir las necesidades de humanización de los funcionarios y la calidad de trato percibida por el usuario.

2. Fase de formación de formadores

El equipo gestor de humanización de la sede Lima asumirá la capacitación de los líderes de las sedes regionales para garantizar la fidelidad y la adaptación operativa de las pautas del programa a la realidad sociocultural de cada región.

3. Fase de pilotaje descentralizado y gradual

El despliegue a nivel nacional será gradual, priorizando aquellas sedes con mayor volumen de atención a víctimas de violencia sexual. La implementación del programa en las sedes regionales permitirá validar la sensibilidad cultural de las herramientas de trato digno ante la diversidad étnica y lingüística del país.

4. Fase de institucionalización a nivel nacional

El programa de atención humanizada hace parte de las actividades descritas en el plan de calidad anual; posteriormente, el indicador de su cumplimiento será incorporado en la matriz de indicadores de calidad del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. De este modo, la variable calidad de trato dejará de ser una iniciativa piloto para convertirse en un estándar de gestión auditable y de cumplimiento obligatorio a nivel nacional.

Referencias

Adame, J. (1996). *Naturaleza, Persona y Derechos Humanos*. Universidad Nacional Autónoma de México, p. 30-108 https://books.google.com.pe/

Alfrealday. (2018, noviembre 28). Humanización de la Tecnología en Salud https://ehealth4all.net/2018/11/28/la-humanizacion-de-la-tecnologia-en-salud/

Andorno, R. (2012). *Bioética y dignidad de la persona.* Editorial Tecnos. (2a ed.), p. 57. https://www.academia.edu/2146899/Bio%C3%A9tica_y_dignidad_de_la_persona

Arce-Huamani, Miguel Ángel, & Aliaga-Gastelumendi, Ricardo Alberto. (2023). Calidad de atención y satisfacción del usuario en un servicio de emergencia de un hospital del Seguro Social. *Acta Médica Peruana*, *40*(4), 308-313. Epub 31 de diciembre de 2023.https://doi.org/10.35663/amp.2023.404.2722

Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (6.ª ed.). Editorial Episteme. https://www.researchgate.net/publication/301894369_EL_PROYECTO_DE_INVESTIGACION_6a_EDICION

Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. Matronas profesión, *5*(17), 23 – 29 https://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf

Arteaga, H., Fuentes, A., Vera, A. (2013). Estudio nacional de evaluación de percepción del trato a usuarios en establecimientos dependientes de los servicios de salud del sistema público de salud. *Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 1-75.* http://www.ssmso.cl/tmpArchivos/comunicaciones/2014_07_07/Encuesta%20Nacional%20Bono%20Trato%20Usuario_Hospitales%20_2013.pdf

Asamblea general de la ONU (1948). La declaración universal de los derechos humanos. https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights

Asociación Humanizando la Justicia. (2020, octubre 12). https://humanizandolajusticia.com/quienes-somos/

Asociación Médica Mundial (AMM). (2015). Declaración de Helsinki – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos enmendada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013 y revisada por la AMM, el 5 de mayo de 2015. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

Asociación Médica Mundial (AMM). (2006). Código Internacional de Ética Médica https://www.wma.net/es/policies-post/codigo-internacional-de-etica-medica/

Ávila, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia. 30*(2): 216-229 http://dx.doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11.

Babbie, E. (2020). *The Practice of Social Research* (15th ed.). Cengage Learning. https://books.google.com.pe/books?id=lFvjDwAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false

Bandrés, F. (2023). La medicina legal y forense: Evolución histórica, concepto actual y retos de futuro en España. *Revista Logos Guardia Civil*, (1), 1-17. https://ortegaygasset.edu/wp-content/uploads/2024/05/articulo-revista-cientifica-CUGC.pdf

Beauchamp, T., Childress, J. (1994). Principles of Biomedical Ethics. (4a ed.). Oxford University Press, p. 157

https://books.google.com.pe/

Beltrán-Salazar, O. (2015). La humanización de la atención en salud en la experiencia de pacientes y familias. *Revista Aquichan*, *15*(1), 147-157. https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.13

Benda, E. (2001). *Dignidad Humana y Derechos de la Personalidad.* Manual de Derecho Constitucional. Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales. *(*2a ed.). p.14 https://www.marcialpons.es/libros/manual-de-derecho-constitucional/9788472488526/

Bermejo, J. (2008). *Salud y justicia.* Escuela de Pastoral de la Salud en Madrid, p.20 https://www.josecarlosbermejo.es/salud-y-justicia/

Bermejo, J., Villacieros, M. (2013). El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. Centro de Humanización de la Salud. p.4 https://www.humanizar.es/fileadmin/dam_media/imagenes/presenciales/El_compromiso_de_la_humanizacion_en_las_Instituciones_Sociosanitarias_-_ACTAS_DEPENDENCIA_01.pdf

Bermejo, J. (2015). La humanización en salud, tarea inaplazable. *San Pablo,* Bogotá. p.106 https://www.redalyc.org/journal/1892/189258951006/html/#redalyc_189258951006_ref9

Bermejo, J., Villacieros, M. (2018). Humanización y acción. *Revista Iberoamericana de Bioética,* (08)**,** 1-16 https://www.humanizar.es/fileadmin/media/documentos/Investigacion/Humanizacion/articulos-revistas/Humanizacion_y_accion_-Revista_Iberoamericana_de_Bioetica.pdf

Bernal, C. A. (2022). *Metodología de la investigación: Para administración, economía, humanidades y ciencias sociales* (5.ª ed.). Pearson Educación.

https://bibliotecadigital.utn.edu.ec/files/original/fb0b0cfee2ae990609933d17c6890848960051aa.pdf

Bono, R., & Arnau, J. (2020). Diseños cuasiexperimentales y longitudinales en ciencias de la salud y del comportamiento. En *Métodos de investigación clínica* (pp. 45-62). Editorial Médica Panamericana. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24902w/5.pdf

British Medical Journal. (1996). The Nuremberg Code. *313*(7070), 1445-1448. https://doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1413

Brusco, A. (1999). Humanización de la asistencia al enfermo. *Cuadernos del Centro de Humanización de la Salud. Sal Terrae, Santander, 141*

https://revistas.unav.edu/index.php/scripta-theologica/article/view/12945

Burbano-Numerable, R., & Tenecota-Huerta, L. (2025). Análisis jurídico del derecho a la no revictimización en el delito de violación en Ecuador. *593 Digital Publisher CEIT*, *10*(2), 86-100. https://doi.org/10.33386/593dp.2025.2.2983

Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. The Patient. 2019 Oct;12(5):461-474. https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1

Cabero, J., Llorente, M. (2013). La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). *Eduweb, 7*(2) 11-22 https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4857163

Calidad y Humanización de la Atención. (2020)

https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx

Carlosama, D., Villota, N., Benavides, V., Villalobos, F., Hernández, E., Matabanchoy, S. (2019). Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética, 23*(2) 245-262 http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6.

Casado, M. (1998). Los derechos humanos como marco para el bioderecho y la bioética. *Revista IUS ET VERITAS,* (53), 113-136 http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/112165/1/671761.pdf

Citolin, M. O., & de Barros, M. A. (2024). Atención a víctimas de violencia en el servicio de urgencias desde la perspectiva de la enfermería forense. *Revista Latinoamericana de Enfermagen*, *32*, e4151. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6780.4136

Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamental. (1978). Informe Belmont. http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html

Comunidad de Madrid. (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2016-2019

Conover, W. J. (1999). *Practical Nonparametric Statistics* (3rd ed.). Wiley. https://ocni.unap.edu.pe/default.aspx/B12TDB/995166/practical_nonparametric_statistics_3rd_edition.pdf

Constitución de Colombia. Actualización 2020.

http://www.secretariasenado.gov.co/index.php/constitucion-politica

Constitución de la República de Grecia. Actualización 2008

http://roble.pntic.mec.es/jmonte2/ue25/grecia/grecia.pdf

Constitución Española. Actualización 2018

https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=151_Constitucion_Espanola&modo=1

Constitución Política del Perú. Actualización 2016.

http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/Constitucion-Politica-2016.pdf

Corcuera Rodríguez, R. (2024). *La humanización en la atención médica: un pilar para la dignidad y calidad de vida*. SOSLEGAL Abogados. https://soslegal.com.pe/la-humanizacion-en-la-atencion-medica-un-pilar-para-la-dignidad-y-calidad-de-vida/

Correa, D., Arrivillaga, M., Varela, M., Cardona, M., Hoyos, P.A. (2007). Por un hospital más humano, formación de líderes para la humanización en salud. *Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana*, 25-40. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000101&pid=S0120-53072008000200004000011&lng=e

Council of Europe. (1997). Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being regarding the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo.

https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications. https://www.researchgate.net/profile/Leopold-Hamminger/post/Can_you_help_me_clarify_what_type_of_qualitative_research_design_to_use/attachment/59d64d4579197b80779a6db2/AS%3A487475249455105%401493234564396/download/Creswell+-+Research+Design.pdf

Cruz, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, *9*(1), 21-32. https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146

Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, J. L., Soto, A., Lama-Valdivia, J., & Correa-López, L. E. (2021). Estudios clínicos experimentales: Ensayos clínicos aleatorizados. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 179-185. https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069

Defensoría del Pueblo. (2023). *Barreras de acceso a la justicia con enfoque interseccional en el Perú*. Informe Especial N° 25. Lima, Perú. https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2023/05/ConsolidadoIA2022.pdf

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press. https://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2003/44/5/29_BookRev.pdf

Duarte, V. (2014). Humanización de la asistencia médica en el servicio de urgencias: la importancia de los valores en salud. *Emergencias*, (26), 481-483. Emergencias-2014_26_6_481-483.pdf

Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición, 6,* 27-36. https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion

Esquivel, N., Olivella, M., & Bastidas, C. V. (2022). Conectarnos con la compasión para preservar el cuidado humanizado. Una reflexión acerca del cuidado que brinda la enfermería. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *22*(2). https://www.redalyc.org/journal/1270/127075137003/

Field, A. (2024). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics* (6.ª ed.). SAGE Publications. http://repo.darmajaya.ac.id/5678/1/Discovering%20Statistics%20Using%20IBM%20SPSS%20Statistics%20(%20PDFDrive%20).pdf

Flynn, M. (1995). Power, professionalism, and patient advocacy. American Journal of Surgery, 170(5), 407-409 https://doi.org/10.1016/S0002-9610(99)80318-3/pdf

Frías-Navarro, D. (2022). *Análisis de la consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida*. Universidad de Valencia. https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf

García, A. (1990). Presupuestos de una economía humanizante. *Corintios XIII*, (53), 145 https://www.caritas.es/producto/caritas-compromiso-social-los-mas-pobres/

García, A. (2015, diciembre 11). La Dignidad Humana: Núcleo Duro de los Derechos Humanos. Revista Jurídica. https://ti.unla.edu.mx/iusunla28/reflexion/La%20Dignidad%20Humana.htm

García-Haro, J, García-Pascual, H, González, M, Barrio-Martínez, S, & García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, *41*(1), 35-42. https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919

García, J. C. (2021). ¿Fatiga por compasión? Despatologizar la compasión. *Cultura de los Cuidados. (70), 35-48.* https://doi.org/10.14198/cuid.26271

García, I. (2014). Importancia de la medicina legal en la práctica médica. *Revista UNAM. 57*(5), 20-31 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000500020

Garzón-Leguizamón, L. F., Díaz-Ramírez, D. M., Vergara-Vaca, L. D., Villamizar-Romero, M. S., Vanegas-Torres, C. J., López-Gutiérrez, P. A., Cortes-Barreto, M. A., Bueno-Gómez, N., & Chiari-Gómez, D. M. (2021). La humanización como parte de la atención integral al paciente: Revisión narrativa. *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, *23*(1), 27–45. https://www.researchgate.net/deref/https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.56085%2F20277970.374?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19

Gervás, Juan. (2015, abril 12). La dignidad del paciente es la dignidad del profesional. https://www.actasanitaria.com/la-dignidad-del-paciente-es-la-dignidad-del-profesional/

George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 25 Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Routledge.

https://doi.org/10.4324/9781351033909

Gibbons, J. D., & Chakraborti, S. (2011). *Nonparametric Statistical Inference*. CRC Press. https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.1201/9781439896129/nonparametric-statistical-inference-jean-dickinson-gibbons-subhabrata-chakraborti

Gómez, V. (1995). *La dignidad. Lamento de la razón repudiada.* Paidós Ibérica Ediciones S.A., p. 30. http://silviabastos.com/our-books/la-dignidad-lamento-de-la-razon-repudiada/

Gonzales, C. (2016). La relación médico-paciente o el sentido humano de la praxis. *Revista Conamed*, *21* supl. 1, 3-6 https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161a.pdf

Gracia, D. (1990). El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid. http://biblio3.url.edu.gt/publiclg/lib/2009/etica/6.1.5.pdf

Gutiérrez, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 10(*1), 29-38. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000100005

Guevara, G., Verdesoto, A., & Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas y de investigación-acción). *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(3), 163-173. https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173

Hernández-Nieto, R. (2003). Contributions to Statistical Analysis. *Revista Venezolana de Ciencia Política,* (23), 132 – 134 https://es.scribd.com/document/687242415/contribuiciones-al-analises-estadistico

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2023). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education. https://drive.google.com/file/d/13GTWoD4wOYTq04Omsx4WpwC6zTz0Z8ZV/view

Hoerster, N. (2000). *En Defensa del Positivismo Jurídico*. Gedisa Editorial, p. 91 https://www.praxisjuridica.com.ar/productos/en-defensa-del-positivismo-juridico-hoerster-norbert/

Howard, J., Davis, F., Pope, C., Ruzek, S. (1977). The Implications of Technology, Centralization, and Self-Care. *Medical Care, 15*(5), 11-26 http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/112165/1/671761.pdf

Hyrkäs, K., Schmidlechner, K., Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies, 40*(6), 619-625. https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00036-1

Huaman, FME. (2023). Calidad de atención de los servicios en salud en Latinoamérica y el Caribe. *Revista de climatología, 23*, 167 – 183. https://rclimatol.eu/2023/04/29/calidad-de-atencion-de-los-servicios-en-salud-en-latinoamerica-y-el-caribe/

ICONTEC. (2016). Humanización de la atención. https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/

Infante-Peñafiel, A. C. (2025). Integración de la humanización en la formación de profesionales de la salud a través de la simulación clínica. *Apuntes de Bioética, 8*(1), AdB1237. https://doi.org/10.35383/apuntes.v8i1.1237

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú. (2023). *Directiva de Buen Trato en la Atención a Víctimas de Violencia*. Unidad de Gestión de la Calidad. https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2023/07/RJ-0360-2023-MP-FN-JN-IMLCF-LP-Derecho.pdf

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. (2020). https://www.medicinalegal.gov.co/objetivos-y-funciones

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses [IMLCF]. (2023). *Manual de procedimientos periciales y estándares éticos*. Ministerio Público - Fiscalía de la Nación, Perú. https://www.gob.pe/institucion/mpfn/colecciones/29097-manuales-y-guias-de-procedimientos-medicos-legales

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú. (2024). Programa de Atención Humanizada “Humanizando La Medicina Legal”, 1 -35 https://drive.google.com/drive/folders/1t0hQFv8lNd6iXH6Zz9jwU8cLaed1Rbre?usp=drive_link

Karch, J. D. (2021). Psychologists Should Use Brunner-Munzel’s Instead of Mann-Whitney’s U Test as the Default Nonparametric Procedure. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science, 4*(2). https://doi.org/10.1177/2515245921999602

Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw-Hill. https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf

Ley 30023 de 2013. Ley que establece el 13 de agosto de cada año como el día nacional de la salud y del buen trato al paciente.

https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-establece-el-13-de-agosto-de-cada-ano-como-el-dia-na-ley-n-30023-940383-1/

Lolas, F. (2008). Bioethics and animal research: A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biological Research, 41*(1), 119-123. http://dx.doi.org/10.4067/S0716-97602008000100013.

López, O. (2018). *Ciencias y mitos en la Alemania de Hitler.* House Grupo Editorial, p.302 https://books.google.com.pe/

López Pérez, G. P., & Guamán Tacuri, A. B. (2025). Prácticas, barreras y tendencias del trato humanizado en la atención a pacientes oncológicos en unidades de salud pública - Revisión sistemática de la literatura. *Ibero-American Journal of Health Science Research*, *5*(2), 351–361. https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i2.842

Lozano, F., & Fernández, I. (2021). Justicia restaurativa y su relación con la empatía y los valores sociales. *Universitas Psychologica*, *20*, 1-XX. https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy20.jrre

McGartland, D., Berg-Weger, M., Tebb, S., Suzanne, E., Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, *27*(2), 94–104 https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94

Mancera-Guzmán, C. L., Seguanes-Diaz, C. C., & Cuéllar-Arboleda, J. (2025). Bioética y humanización del cuidado: un enfoque para la atención orientada al individuo. *Apuntes de Bioética*, *8*(1), AdB1247. https://doi.org/10.35383/apuntes.v8i1.1247

Marchesi, P. (1986, 10 maggio). General de la orden de San Juan de Dios, se siente enfermero antes que fraile. *El País*. http://elpais.com/diario/1986/05/10/ultima/516060004_850215.html.

Marín, M. (2014). En torno a la dignidad humana como fundamento de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. *Revista de Bioética y Derecho,* (31), 17 -37 http://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872014000200003

Marín, D. (2023). Hostigamiento laboral y síndrome de *burnout* en personal sanitario en un hospital de referencia. Horizonte médico. 23(3): e2180, 1 - 7 https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n3.07

Marmol-Acosta, S. D., Basantes-Quishpe, A. A., Macías-Chan, K. V., & Lozano-Zamora, S. L. (2025). Arquitectura y Bienestar: Diseños que fomentan la salud mental y física. *MQRInvestigar*, *9*(4), e1190. https://doi.org/10.56048/MQR20225.9.4.2025.e1190

Martín Aragón, M. del M. (2023). Acceso a la justicia de víctimas de discriminación y violencia por motivos de orientación sexual e identidad sexo-genérica en España. *Revista Llapanchikpaq: Justicia*, *5*(7), 23-56. https://doi.org/10.51197/lj.v5i7.863

Martínez, S., Saldivar SL. (2012). *Medicina Legal.* Méndez Editores. (18a Ed.), p.7 https://booksmedicos.org/medicina-legal-martinez-murillo-17a-edicion/

Martins J, Stein-Backes D, da Silva-Cardozo R, Lorenzini-Erdmann A, Luiz-de Alburquerque G. (2008). Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. *Revista Enfermagen UERJ. 16*(2): 276-281. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-501535

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos [MINJUSDH]. (2021). *Lineamientos para la atención inclusiva e interseccional en el sistema de justicia*. https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1946184-4

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP]. (2022). *Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar - AURORA. Informe Estadístico*. Lima, Perú. https://www.mimp.gob.pe/omep/estadisticas-atencion-a-la-violencia.php

Ministerio de Salud del Perú. (2020). *Norma Técnica de Salud N° 164-MINSA/2020/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual*. Lima, Perú. https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1113555-649-2020-minsa

Ministerio de Salud. (2023). *Manual de estándares de calidad para el buen trato en los servicios de salud*. Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional. https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/285028-estandares-de-calidad-para-el-primer-nivel-de-atencion-en-salud

Ministerio Público - Fiscalía de la Nación. (2023). *Plan Estratégico Institucional (PEI) 2023-2026*. Lima, Perú. https://www.gob.pe/institucion/mpfn/normas-legales/4308989-1360-2023-mp-fn

Ministerio Público - Fiscalía de la Nación. (2024). *Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2024-2026*. Lima, Perú. https://www.gob.pe/institucion/igp/informes-publicaciones/3219172-plan-operativo-institucional-poi-multianual

Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International journal of environmental research and public health*, *17*(3), 835. https://doi.org/10.3390/ijerph17030835

Moreno-Fergusson M. (2013). Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan. 13*(2), 146-147 https://www.redalyc.org/pdf/741/74128688006.pdf

Mori, M. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. Liberabit, (14), 81-90 http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a10v14n14.pdf

Moore, D. S. (2019). *The Basic Practice of Statistics*. W. H. Freeman. https://ocni.unap.edu.pe/libweb/A114TX/997408/the_basic_practice__of_statistics_9th_edition.pdf

Muñiz, J. (2018). *Introducción a la psicometría: teoría clásica y TRI*. Pirámide. https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ps/article/view/27438

Naciones Unidas Derechos Humanos. (2018). Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder. https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/victimsofcrimeandabuseofpower.aspx#

Naciones Unidas. (1948). Declaración de Derechos del Hombre. https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). McGraw-Hill https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1017362

Oliveira, M., Melo, G., de Oliveira, H. (2012). Acogida y humanización en la visión de los anestesiólogos. *Revista Brasileira de Anestesiología, 62*(2), 199-213 https://www.scielo.br/pdf/rba/v62n2/es_v62n2a06.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Atención clínica a sobrevivientes de violencia de pareja o violencia sexual: Guía para el personal de salud*. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240001411

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *Directrices para la atención forense humanizada en América Latina*. https://www.icrc.org/es/publication/directrices-uso-genetica-forense-investigaciones-ddhh-dih

Organización Panamericana de la Salud. (2022, 24 de noviembre). *La atención humanizada en salud: oportunidades para fortalecer la respuesta a las violencias de género y los procesos de resiliencia en las mujeres migrantes*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). https://www.paho.org/es/noticias/24-11-2022-atencion-humanizada-salud-oportunidades-para-fortalecer-respuesta-violencias

Otzen, T., & Manterola, C. (2021). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology, 39*(1), 227-232 http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037

Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009

Paolinelli, J., Ajmechet, C., Ochipinti, R. (1998). *El Hombre y el Derecho*. Editorial Abeledo-Perrot, p. 157 https://latam.casadellibro.com/libro-el-hombre-y-el-derecho/9789502011257/637719

Pardo, A., & San Martín, R. (2015). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis. https://archive.org/details/analisis-de-datos-en-ciencias-sociales-y-de-la-salud-i.-antonio-pardo-2010

Parent, J. (2000). La dignidad del ser humano: presupuesto bioético. *Revista de Medicina y Ética, Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética, XI* (1), 26. https://www.anahuac.mx/mexico/EscuelasyFacultades/bioetica/revista-medicina-y-etica

Peces-Barba, G. (1984). *Los Valores Superiores.* Editorial Tecnos, p. 85-86 https://core.ac.uk/download/pdf/30043455.pdf

Peces-Barba, G. (2004). *La Dignidad de la persona desde la Filosofía del Derecho*. Editorial Dykinson. (2a ed.), p. 67 https://books.google.com.pe/

Pérez-Escoda, N. (2021). *Análisis cuantitativo aplicado a la intervención social y educativa*. Editorial Universitaria. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9646391

Pérez, T. (2014). La violencia institucional contra las mujeres. *Revista defensor.* 56 - 63 https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r19399.pdf

Rizzo, M., Caballero, M., Carbo, C., & Manzaba, B. (2026). Humanización del cuidado de enfermería en el ámbito hospitalario. *Journal of Science and Research*, *11*(1), 38–61. https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/4113

Poblete, M., & Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para el enfermero en los servicios de salud. *Acta Paulista de Enfermagen*, *20*(4), 499-503. https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400016

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2325091

Prieto, G., Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del psicólogo, 31(*1), 67 – 74 https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441007

Quintana, T. (2016, junio 12). Relación clínico-asistencial. https://www.bioeticadesdeasturias.com/category/relacion-clinico-asistencial/#_edn4

Ramírez, C. (2023). La atención humanizada en los servicios de salud; una perspectiva desde el ámbito asistencial de enfermería y administrativo de centros asistenciales. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *7*(4), 8919-8941. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7597

Ramos-Galarza, C. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica*, 9(3), 1-6. https://doi.org/10.33210/ca.v9i3.336

Real Academia Española. (2019). Diccionario de la Lengua Española. https://dle.rae.es/

Red Iberoamericana de Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). Guía de Principios Éticos de la Red Iberoamericana de Instituciones de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Revista Médica del Uruguay. 34*(2), 111-114 http://dx.doi.org/10.29193/rmu.34.2.6.

Reyes-Téllez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanization of nursing care: a systematic review. *Frontiers in medicine*, *11*, 1446701. https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701

Rivera, V. (2001). Demencia y racionalidad en Juan Pablo Castel. *Alma Mater,* (20), 47-56 https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/alma_mater/2001_n20/demencia.htm#

Rocamora, A. (2000). *Un enfermo en la familia. Claves para la intervención psicológica*. Editorial San Pablo, p. 19. https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=134615

Rodriguez, A. (2017), La ¿mejor Declaración de Ginebra? Revista Médica del Uruguay, *33*(4), 229-231 http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v33n4/1688-0390-rmu-33-04-00001.pdf

Rodríguez, C. (2017). Enfoque de humanización de la atención desde la acreditación en salud. *En Hospitalaria*. *18*(112), 8 – 23 https://acreditacionensalud.org.co/wp-content/uploads/2020/10/Revista-122-Seis-ideas-humanizacion.pdf

Rodríguez, M. (2013). Medicina Legal y Forense. *Universidad Complutense de Madrid*, 2. https://www.ucm.es/data/cont/docs/185-2017-08-10-185-2013-07-15-documento19281.pdf

Ruiz-Vega, M. (2022). *Gestión de las políticas sobre la violencia familiar y acceso a la justicia de la mujer víctima de violencia*. Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). https://posgrado.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2022/11/2022-La-investigacion-en-gerencia-social-Gestion-de-las-Politicas-sobre-la-Violencia-Familiar_compressed.pdf

Sanbar S. (2007). *Legal Medicine*. Mosby Elsevier. (7a ed.), 16 https://books.google.com.pe/

Sepúlveda, M. (2009). La dignidad humana como un valor ético jurídico implicado en la bioética y el bioderecho. *Misión Jurídica, Revista de derecho y ciencias sociales,* 101-131 https://www.revistamisionjuridica.com/la-dignidad-humana-como-valor-etico-juridico-implicado-en-la-bioetica-y-el-bioderecho/

Sevilla-Fuentes, S., Hernández-Medel, M. (2020). Telemedicina y humanización de la atención médica en la pandemia de Covid-19. *Salud Pública de México, 62*(5), 459-461 http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6.

Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin https://iaes.cgiar.org/sites/default/files/pdf/147.pdf

Schober, P., & Vetter, T. R. (2020). Nonparametric Statistical Methods in Medical Research. *Anesthesia & Analgesia*, *131*(6), 1862-1863. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005101

Skjong, R., Wentworth, B. (2001). Expert Judgement and risk perception. 1 – 8. https://www.researchgate.net/publication/286613666_Expert_judgment_and_risk_perception

Siegel, S., & Castellan, N. J. (1988). *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences*. McGraw-Hill. https://psycnet.apa.org/record/1988-97307-000

Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22), 121-157 http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006

Stix-Hackl, C. (2004). Asunto C-36/02, Conclusiones del Abogado General - *Omega/Oberbürgermeisterin der Bundesstadt Bonn*, Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, p. I-9361 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:62002CC0036&from=PL

Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001

Sturzu, L., Lala, A., Bisch, M., Guitter, M., Dobre, D., & Schwan, R. (2019). Empathy and Burnout - A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *Journal of medicine and life, 12*(1), 21–29. https://doi.org/10.25122/jml-2018-005

Supo, J., & Zacarías, H. (2020). *Metodología de la investigación científica: para las ciencias de la salud*. Editorial Bioestadístico. 21-34

Teli, A., Nayaka. R. & Ghatanatti, R. (2023). Data analysis – preference of pertinent statistical method in research. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 13 (10), 2010-2014.

https://www.njppp.com/index.php?mno=144217

Tomczak, M., & Tomczak, E. (2014). The need to report effect size estimates revisited. An overview of some recommended measures of effect size. *Trends in Sport Sciences*, *1*(21), 19-25. http://www.wbc.poznan.pl/Content/325867/5_Trends_Vol21_2014_%20no1_20.pdf

Torralba, F. (1993). Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar. *Labor Hospitalaria,* (253), 125-188 http://recerca.blanquerna.edu/psitic/url/lo-ineludiblemente-humano-hacia-una-fundamentacion-de-la-etica-del-cuidar/

Torres Gómez, S. L., Ortega Valarezo, S. V., & Requelme Jaramillo, M. J. (2024). Entre Protocolos y Emociones: Experiencias en Profesionales de Enfermería sobre Cuidado Humanizado. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, *8*(1), 11450-11465. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10455

Velasco, J., Heras, G. (2017) Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades. *Ética de los Cuidados, 10*(20), 1 – 6 https://www.index-f.com/eticuidado/n20/et2000.php

Velasco, J. M., et al. (2015). *Declaración de Torrejón para la Humanización de los Cuidados Intensivos*. Proyecto HU-CI. https://proyectohuci.com/es/declaracion-de-torrejon/

Velasco, J. M., et al. (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo,* 63(247), 103-119. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103

Waldow, V-R. (2010). Cuidar: expresión humanizadora de enfermería. *Ética de los cuidados*, *4*(7)

https://www.index-f.com/eticuidado/n7/et7714.php

Apéndices

Apéndice A. Cuestionario TU-Hospital modificado para atención ambulatoria (Calidad de trato)

Introducción

Buenos días/tardes. Soy trabajadora social de la Unidad Clínica Forense, sede Lima del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Perú. Queremos conocer la opinión de los/as usuarios/as que han sido atendidos en este establecimiento. Solicitamos que nos colabore respondiendo algunas preguntas asignando una calificación a cada una de ellas, en relación con la atención y el trato recibido en este establecimiento. La finalidad de la encuesta es mejorar continuamente nuestros servicios. Las preguntas no tomarán más de 5 minutos.

I. Datos del entrevistado

1. Por favor, indíqueme su nombre y apellido tal cual como aparece en su documento de identidad

……

1.1 Nombre social (si aplica)

…….....

2. Fecha de nacimiento

…….

3. Edad (años)

…….

4. Calidad del encuestado

⬭ Usuario

⬭ Acompañante

4.1 En caso de haber respondido a acompañante en la pregunta 4.

El acompañante debe indicar su nombre y apellido, tal cual aparece en su documento de identidad.

…….....

II. Explicación de la encuesta

Ahora le voy a pedir su opinión sobre varios aspectos específicos de la atención que ha recibido hoy en este establecimiento. Para ello, por favor califique en escala de 1 a 7 a cada uno de los aspectos que voy a nombrar, donde 1 es pésimo y 7 es excelente. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo nos interesa su opinión. Nuestro equipo humano mantendrá en absoluta confidencialidad lo expresado por usted a través de esta encuesta.

En una escala de 1 a 7, donde 1 es pésimo y 7 es excelente. ¿Qué calificación se merece.....

5. La forma en que el personal de esta Unidad Médico Legal le saludó cuando llegó o cuando fue atendido/a?

⬭ ⬭ ⬭ ⬭ ⬭ ⬭ ⬭

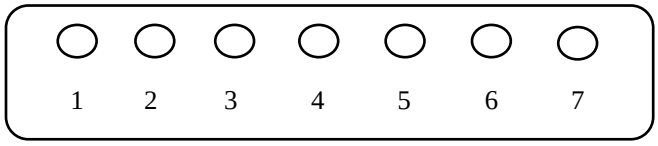
1 2 3 4 5 6 7

6. ¿La vestimenta y presentación del personal de esta Unidad Médico Legal?

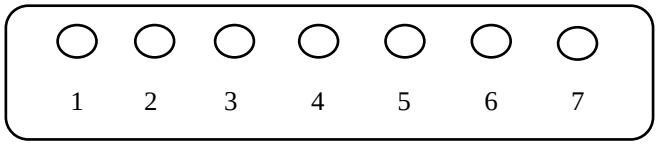
⬭ ⬭ ⬭ ⬭ ⬭ ⬭ ⬭

1 2 3 4 5 6 7

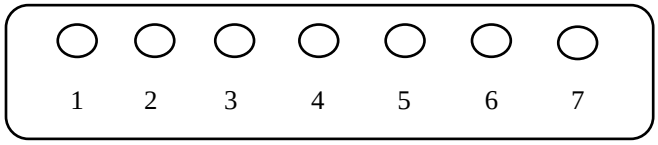
7. ¿El fotocheck implementado por esta Unidad Médico Legal para identificar al personal le permite a usted reconocer con facilidad al funcionario que lo porta?



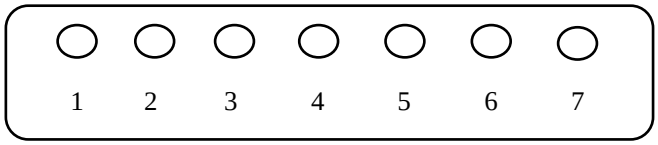
8. ¿El cuidado y esmero que tuvo el personal de esta Unidad Médico Legal al realizar los procedimientos forenses durante su atención?



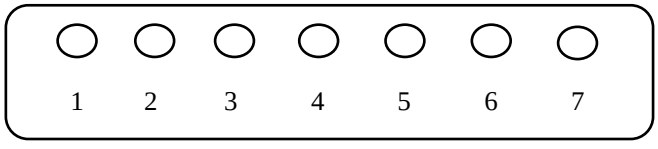
9. ¿El tiempo que el personal de esta Unidad Médico Legal dedicó para su atención fue suficiente?



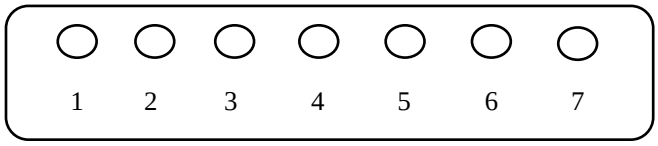
10. ¿El interés demostrado por el personal de esta Unidad Médico Legal para que usted comprendiera la información brindada?



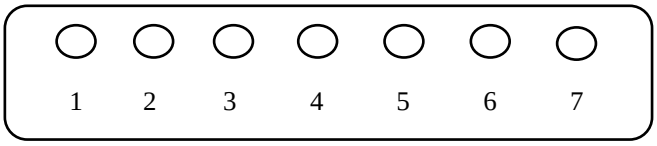
11. ¿La seguridad o confianza que le generó el personal de esta Unidad Médico Legal?



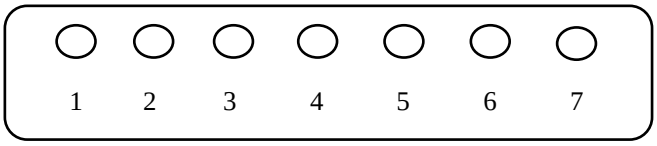
12. ¿La amabilidad y cortesía del personal que lo atendió en esta Unidad Médico Legal?



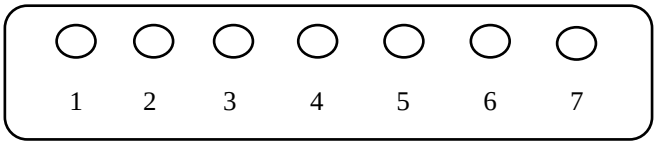
13. ¿La claridad del lenguaje usado por el personal de esta Unidad Médico Legal al brindarle información?



14. ¿La disposición del personal de esta Unidad Médico Legal para escuchar y comprender lo que usted le dijo?



15. Considerando todo lo anterior y en términos generales, ¿Qué calificación le otorga al trato que ha recibido por el personal de esta Unidad Médico Legal?



Apéndice B. Cuestionario de identificación de necesidades de humanización y tabulación de datos

I. Datos generales

Profesión

……

Cargo actual

……

Género

……

II. Explicación del Cuestionario

El siguiente cuestionario tiene como objetivo identificar su percepción sobre las necesidades de humanización en salud en UNCLIFOR. Los factores que deben valorarse son los siguientes: ambiente, relación trabajador de la salud-usuario, atención al usuario y su acompañante, relaciones entre compañeros de trabajo y el trabajador de la salud con la institución.

Para contestar a las preguntas debe escoger una sola opción de respuesta entre las cuatro (4) opciones posibles que se presentan. Para esto, escoja la opción que mejor refleje su respuesta, así:

0: No hay problema, la situación es satisfactoria

1: Hay dificultades, necesita atención

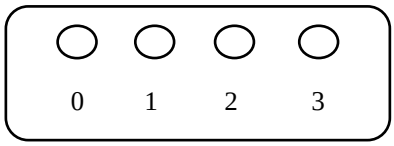
2: Es un factor crítico, requiere atención en corto tiempo

3: Es prioritario, urgente, uno de los más importantes de atender.

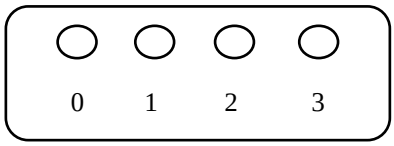
Factor Ambiente

¿Qué calificación merece el ambiente o infraestructura institucional teniendo en cuenta los siguientes aspectos?

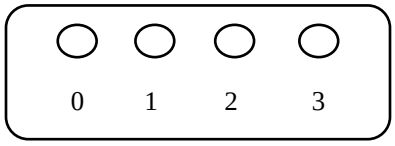
1. Limpieza y orden en pasillos



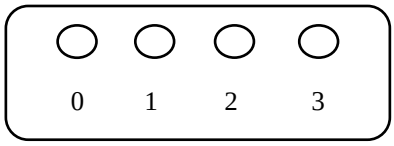
2. Limpieza y orden en salas de espera



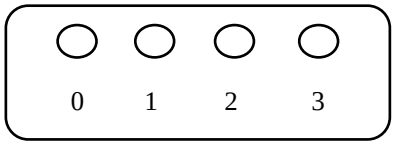
3. Ambiente en salas de espera



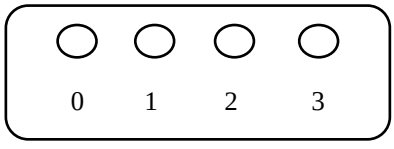
4. Ventilación del lugar de trabajo



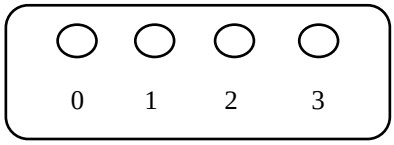
5. Señalización



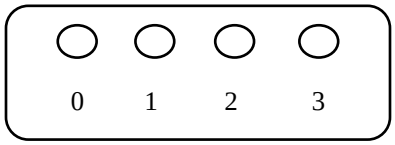
6. Aspecto de los consultorios



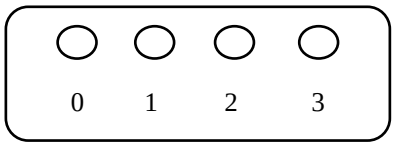
7. Vías de acceso a los consultorios



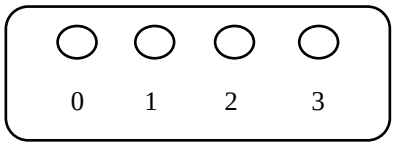
8. Iluminación



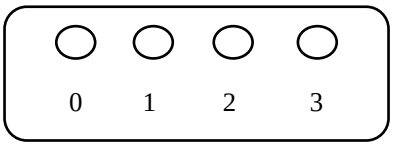
9. Decoración y ambientación



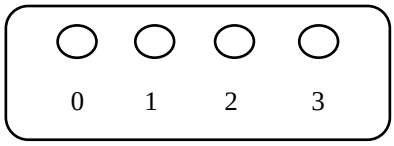
10. Espacios para trabajadores



11. Uso de carteleras de anuncios



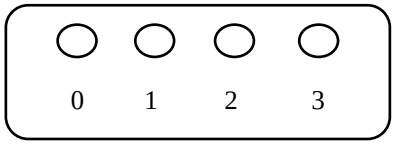
12. Control de olores



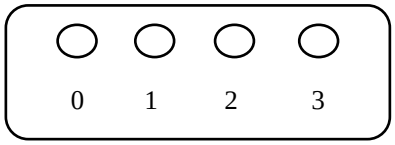
Factor relación trabajador de la salud - usuario

¿Qué calificación merece su percepción de la relación entre el trabajador de la salud y el usuario teniendo en cuenta los siguientes aspectos?

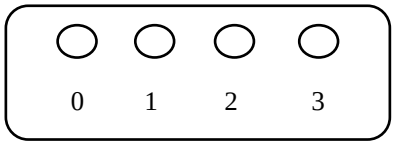
13. Comunicación entre el trabajador de la salud y el usuario



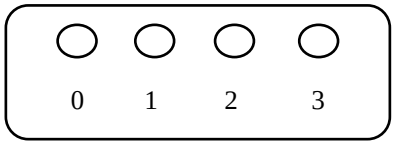
14. Orientación e información de los trabajadores de la salud al usuario



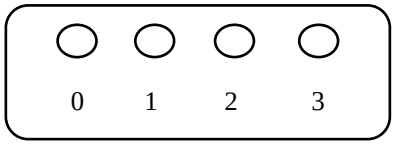
15. Información a la familia del usuario



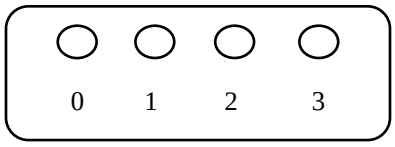
16. Soporte y escucha al usuario



17. Amabilidad y acogida al usuario



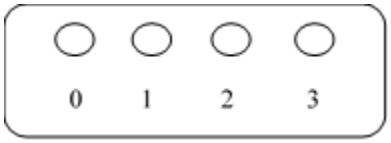
18. Respeto de los derechos del usuario



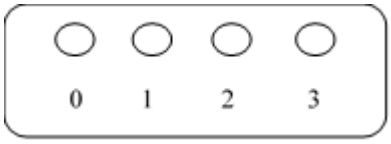
Factor atención al usuario y su acompañante

¿Qué calificación merece su percepción de la atención al usuario y su acompañante teniendo en cuenta los siguientes aspectos?

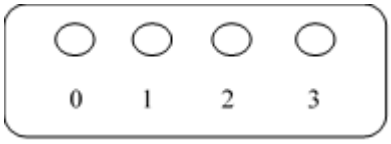
19. Tiempo de espera para conseguir una cita



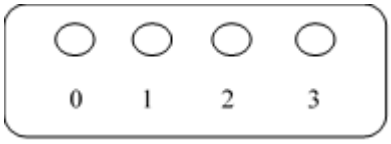
20. Tiempo de espera para recibir la atención médica forense 5 minutos



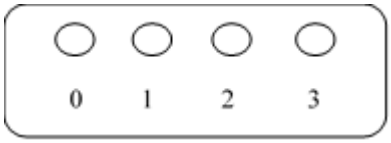
21. Atención de los vigilantes al usuario y su acompañante



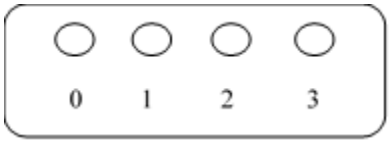
22. Atención brindada por el personal administrativo al usuario y su acompañante



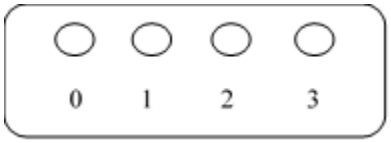
23. Atención brindada por el personal de apoyo al usuario y su acompañante



24. Atención del médico legista al usuario y su acompañante



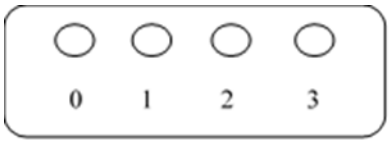
25. Sistema de información y orientación al usuario



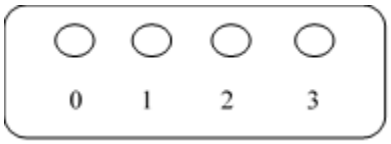
Factor Relaciones entre los compañeros de trabajo

¿Qué calificación merece su percepción de la relación con sus compañeros de trabajo teniendo en cuenta los siguientes aspectos?

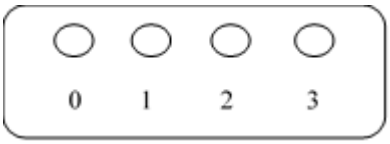
26. Comunicación



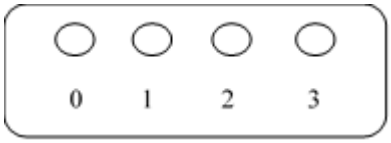
27. Lealtad



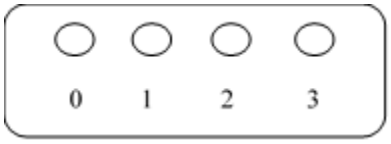
28. Conflictos de grupo



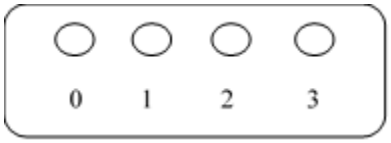
29. Cooperación



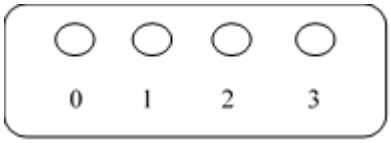
30. Solidaridad



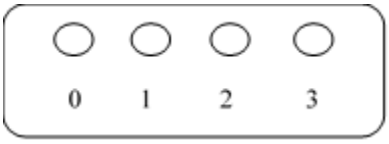
31. Manejo de la autoridad



32. Participación en actividades de integración



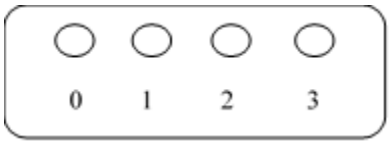
33. Trabajo en equipo



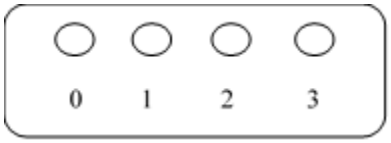
Factor El trabajador y la institución

¿Qué calificación merece su percepción como trabajador de UNCLIFOR respecto de los siguientes aspectos?

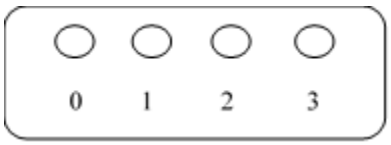
34. Sentido de pertenencia



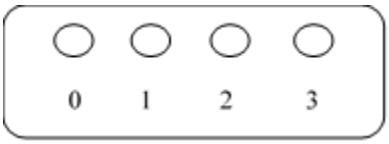
35. Satisfacción con la institución



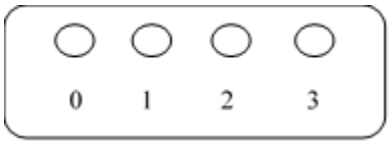
36. Nivel de motivación



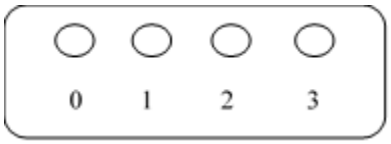
37. Claridad en las funciones



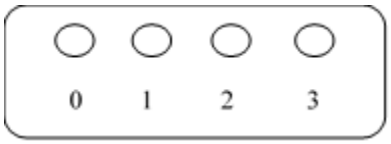
38. Nivel de compromiso



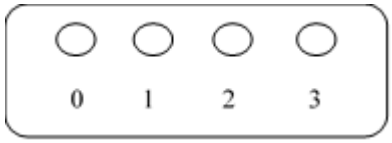
39. Inducción y acogida



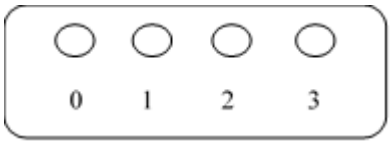
40. Vocación por el trabajo



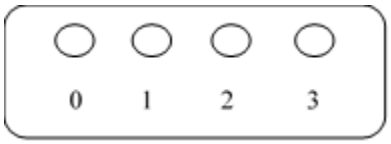
41. Nivel de estrés



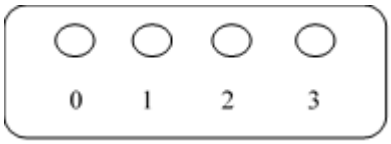
42. Posibilidad de capacitación



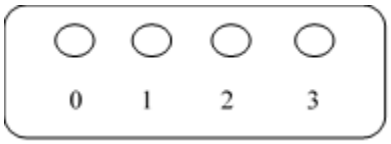
43. Bienestar y recreación



44. Liderazgo



45. Satisfacción con el puesto de trabajo



Apéndice C. Ficha de monitoreo implementación programa piloto de atención humanizada

Actividad	Indicador	Resultado esperado	Medio de verificación	Responsable	Mes					
					E	F	M	A	M	J

Apéndice D. Consentimiento informado estudios de investigación

I. Información General

Estimado participante: El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer al participante en esta investigación una clara explicación acerca de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participante.

(Título del tema de investigación) Es una investigación dirigida por el (la) estudiante _____, de la Universidad _____, cuyo objetivo es _____.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja y las respuestas al cuestionario serán tratadas de manera confidencial y no se usarán para ningún otro propósito diferente a esta investigación. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario. Esto tomará aproximadamente ____ minutos de su tiempo.

Riesgos y beneficios: Este estudio conlleva un riesgo mínimo. Usted como participante puede sentir incomodidad o molestia al momento de responder el cuestionario. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

El beneficio esperado de esta investigación es fortalecer el buen trato y el respeto de la dignidad humana de los usuarios atendidos en la Unidad Clínica Forense sede Lima.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

II. Consentimiento informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, dirigida por el (la) estudiante_____. He sido informado(a) del objetivo del estudio y los riesgos y complicaciones que pudiesen presentarse para mí como participante.

Me fue indicado que debo dar respuesta a un cuestionario que tomará aproximadamente ___ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

En caso de tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ _____ al teléfono _____.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta ficha de consentimiento, y puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante (letra imprenta Firma del Participante

Fecha: _____ Huella (si aplica)

Apéndice E. Memorando múltiple N° 000218-2022-MP-FN-IMLCF

MINISTERIO PÚBLICO
FISCALÍA DE LA NACIÓN

Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional
JEF. NAC. INST. MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Firma Digital

Lima, 26 de Octubre del 2022

MEMORANDO MULTIPLE N° 000218-2022-MP-FN-JN-IMLCF

A: MANUEL SOTELO TRINIDAD
Gerente de la Oficina de Garantía de Calidad

TANIA KARINA CERRON PALOMINO
Sub Gerente Clínico forense

De: **FRANCISCO RUBEN BRIZUELA POW SANG**
Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Asunto: Conformación el Equipo Gestor de Humanización en Medicina Legal

Referencia: PROVEIDO N° 001872-2022-MP-FN-OFGACAL (26OCT2022)

Expediente : OFGACA20220000437

Esta Jefatura Nacional dispone conformar el Equipo Gestor de Humanización en Medicina Legal; quienes evaluarán la atención brindada en la Unidad Clínico Forense y propondrán mejoras para una atención más humanizada con fines de una futura proyección a las Unidades Medico Legales del territorio nacional, el mismo que estará integrado por los siguientes profesionales.

Al respecto, se ha visto la necesidad de incorporar al siguiente personal, quienes evaluarán la atención brindada en la Unidad Clínico Forense y estará integrada por:

- Cerrón Palomino Tania Karina	Unidad Clínico Forense
- Rojas Osorio Yalisse Grecia	Oficina de Garantía de Calidad
- Ascarza Gallegos, Justo Ángelo	Oficina de Garantía de Calidad
- Napanga Hilario, Nanja	Unidad Clínico Forense
- Alcántara Carbajal Enma	Unidad Clínico Forense
- Sandoval Paredes, Elizabeth R.	Unidad Clínico Forense
- Olaya De Reyes, Carmen Rosa	Unidad Clínico Forense
- Ruiz Cruz, Patricia Mónica	Unidad Clínico Forense
- Loayza Gavilán Esperanza	Unidad Clínico Forense
- Velezmoro Montes Ymelda Wendy	Unidad Clínico Forense
- Valeriano Carrasco Hilda M.	Unidad Clínico Forense

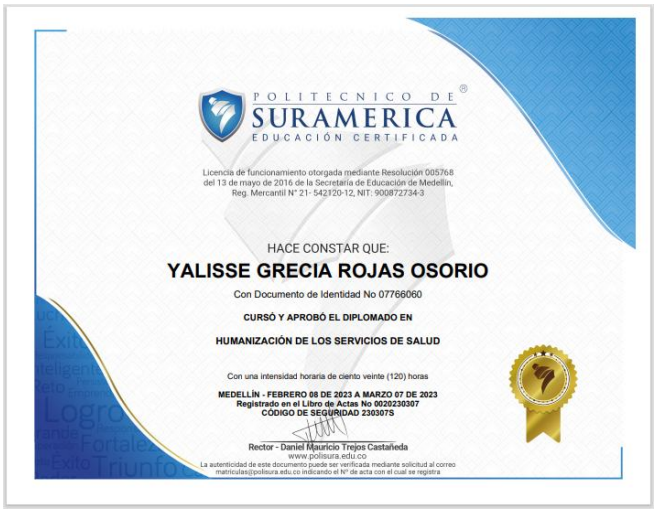
Por lo que, se les solicita brinden las facilidades a la comisión a fin de iniciar la gestión correspondiente, asimismo, deberá informar sobre los avances que se realicen.
UNCLIFOR

Atentamente.

FRANCISCO RUBEN BRIZUELA POW SANG
JEF. NAC. INST. MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
FBPS/jr

JEF. NAC. INST. MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
(511) 625-5555
Jr. Washington 1837, Cercado de Lima
www.fiscalia.gob.pe

Apéndice F. Certificados diplomado Humanización de los servicios de salud





Z





Apéndice G. Aprobación política de humanización y programa de atención humanizada.

MINISTERIO PÚBLICO
REPÚBLICA DEL PERU

Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana
OFICINA DE GARANTIA DE CALIDAD

Firma Digital

Lima, 21 de Febrero del 2025

INFORME N° 000031-2025-MP-FN-OFGACAL

A : **KARLA ELENA DEL MILAGRO SEMINARIO MELENDEZ**
Jefe Nacional del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses

De : **JEAN NIKOLAE HERNANDEZ PEREZ**
Gerente de la Oficina de Garantía de Calidad(I)

Asunto : Aprobación de la Política de Humanización en el IMLCF y Programa de Atención Humanizada "Humanizando La Medicina Legal" del IMLCF.

Referencia : PROVEIDO N° 000918-2025-MP-FN-JN-IMLCF (17FEB2025)
PROVEIDO N° 000284-2025-MP-FN-OFGACAL (19FEB2025)

Expediente : OFGACA20240000333

Tengo el agrado de dirigirme a usted en mérito al asunto y documento de la referencia mediante.

1. INTRODUCCION

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público de Perú, en cumplimiento de su misión y objetivo estratégico institucional (OEI.03) debe evaluar y proponer iniciativas innovadoras que mejoren la atención a los operadores del sistema de administración de justicia, a los justiciables y a sus propios colaboradores, que promuevan el trato digno, atención enfocada en el usuario, mejores condiciones de trabajo para los colaboradores, en el marco de la normativa vigente.

2. ANTECEDENTES

Mediante Informe 000036-2024-OFGACAL, de fecha 09 de julio de 2024, la Oficina de Garantía de Calidad sustenta la necesidad de contar con una Política y un Programa de atención humanizada, en cumplimiento de su misión y objetivo estratégico institucional (OEI.03), de evaluar y proponer iniciativas innovadoras que mejoren la atención a los operadores del sistema de administración de justicia, a los justiciables y a sus propios colaboradores, que promuevan el trato digno, atención enfocada en el usuario, mejores condiciones de trabajo para los colaboradores, en el marco de la normativa vigente.

Mediante Informe N° 704 -2024-MP-FN-JN-IMLCF-GA-AAJ, de fecha 12 de agosto de 2024, el Área de Asesoría Jurídica del IML opina que, es viable aprobar la Política de Humanización en el IMLCF y el Programa de Atención Humanizada "Humanizando La Medicina Legal" del IMLCF.

Asimismo, mediante Informe N°1308 -2024-MP-FN-JN-IMLCF-GA-AAJ, de fecha 11 de noviembre de 2025, opina que, es viable aprobar la Política de Humanización en el

MINISTERIO PÚBLICO
REPÚBLICA DEL PERU

Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana
OFICINA DE GARANTIA DE CALIDAD

IMLCF y el Programa de Atención Humanizada "Humanizando La Medicina Legal" del IMLCF.

Asimismo, mediante Informe 000617-2024-JN-IMLCF-GA, de fecha 12 de diciembre de 2024, se recomienda suscribir el acto resolutivo adjunto al presente, en atención a las facultades delegadas a través de la Resolución de la Fiscalía de la Nación N° 115-2024-MP-FN, de fecha 15 de enero de 2024.

Finalmente, mediante Informe N°04-2025-JN-IMLCF, de fecha 07 de enero de 2025, se concluye que el Programa y Política tiene como finalidad principal promover el trato digno, atención enfocada en el usuario, mejores condiciones de trabajo para los colaboradores, así como mejorar la atención a los operadores del sistema de administración de justicia; en consecuencia, en el marco de la normativa vigente, se recomienda suscribir el acto resolutivo previo a los V.B. correspondientes.

3. ANALISIS

Existen previas revisiones de la propuesta de la Política de Humanización en el IMLCF y Programa de Atención Humanizada "Humanizando La Medicina Legal" del IMLCF, que concluyen continuar el tramite para su aprobación.

Se han actualizado los datos de ambos documentos.

4. CONCLUSIONES

4.1. Continuar con el trámite correspondiente para aprobación de la Política de Humanización en el IMLCF y Programa de Atención Humanizada "Humanizando La Medicina Legal" del IMLCF.

Es todo cuanto tengo que informar para su conocimiento y fines que se sirva determinar.

Atentamente.

JEAN NIKOLAE HERNANDEZ PEREZ
OFICINA DE GARANTIA DE CALIDAD

cc:
JHP/yco

Apéndice H. Acta de socialización e implementación del programa piloto de atención humanizada

IML
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

ACTA SOCIALIZACIÓN POLÍTICA Y PROGRAMA DE ATENCION CON TRATO HUMANIZADO DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

Siendo las 15:00 horas del día 20 de noviembre de 2024, se inició la Socialización de la Política y Programa de Atención con trato humanizado del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público, encontrándose presentes para tal efecto los siguientes integrantes:

- ☐ Dr. Saul Takuda Sagastegui – Gerente de la Oficina de Criminalistica
- ☐ Lic. Yeny Anicama Barrios – Gerente de la Oficina de Operaciones
- ☐ Dr. Saul Takuda Sagastegui – Gerente de la Oficina de Garantía de Calidad(e)
- ☐ Lic. Karla Seminario Melendez - Gerente de la Gerencia Administrativa
- ☐ Dra. Narda Peralta Rioja- Asesora de la Jefatura Nacional
- ☐ Lic. Yalisse Rojas Osorio - Asesora de la Oficina de Garantía de Calidad
- ☐ Dra. Flor Castañeda Santamaria - Consultora Senior CONCALGES

I. INFORMES:

III. INFORMES DE LOS INTEGRANTES DE LA GESTIÓN:

1. La Lic. Yalisse Rojas Osorio presentó a la Dra. Flor Castañeda Santamaria a fin que presente la Política y Programa de Atención con trato humanizado del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público.
2. La Dra. Flor Castañeda Santamaria informó del trabajo y contacto que se viene organizando desde el 2019, el cual se consolidó con la suscripción del convenio y la ratificación del mismo el presente año, asimismo, presentó la Política y Programa de Atención con trato humanizado del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el cual tiene un plan piloto en la Unidad Clínico Forense, y presenta un horizonte a corto, mediano y largo plazo, el cual se puede ir implementando con el presupuesto disponible, porque las capacitaciones y muchas de las actividades propuestas se cuenta con el apoyo de Concalges.
3. Los participantes plantearon preguntas y precisiones que fueron absueltas por la consultora.
4. La Dra Narda manifestó que a pesar de las dificultades que puedan presentarse en el aspecto financiero y de clima laboral, es importante promover la implementación del programa de atención humanizada, que coadyuvará a la mejora de la atención.

V. ACUERDOS:

1. Se socializó la Política y Programa de Atención con trato humanizado del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público a la alta dirección, comprometiendose a impulsar su implementación a fin de mejorar la calidad y calidez de la atención de los servicios medico legales.

Siendo las 16:00 horas y habiéndose terminado con los asuntos a tratar, se levantó la sesión.

Firmando en señal de conformidad

Nombre y cargo	Firma
Lic. Yeny Anicama Barrios – Jefe Nacional (e)	
Dr. Saul Takuda Sagastegui – Gerente de la Oficina de Criminalistica	Firma Digital
Lic. Yeny Anicama Barrios – Gerente de la Oficina de Operaciones	Firma Digital
Dr. Saul Takuda Sagastegui – Gerente de la Oficina de Garantía de Calidad(e)	Firma Digital
Lic. Karla Seminario Melendez - Gerente de la Gerencia Administrativa	Firma Digital
Dra. Narda Peralta Rioja – Especialista legal de la Jefatura Nacional	
Lic. Yalisse Rojas Osorio - Asesora de la Oficina de Garantía de Calidad	Firma Digital
Dra. Flor Castañeda Santamaria - Consultora Senior CONCALGES	

Apéndice I. Capacitación humanizando la Medicina Legal

MINISTERIO PÚBLICO
REPÚBLICA DEL PERÚ

CERTIFICADO

Otorgado a:

FLOR ALBA CASTAÑEDA SANTAMARIA

Por su participación en calidad de **expositora** en la actividad académica denominada **Conferencia: El rol del perito del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses ante la violencia contra la mujer en el Perú**, realizada en la modalidad virtual, dirigido al personal forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses a nivel nacional, habiendo desarrollado el tema: "Humanizando la Medicina Legal", el 23 de mayo de 2024, en el horario de 16:00 a 17:00 horas, con una duración 01 hora académica. Actividad académica autorizada mediante Resolución de la Fiscalía de la Nación n.° 1242-2024-MP-FN, de fecha 21 de mayo de 2024.

Lima, 17 de junio de 2024.

Firma Digital

Firmado digitalmente por: MENDIETA BARRERA Tatiana Irene FAU 20131373301 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 18/06/2024 17:29:23-0500

Gerente Central de la Escuela del Ministerio Público
"Dr. Gonzalo Ortiz de Zevallos Roedel"





