



Comunicación y humanización para el fortalecimiento de la calidad de los proveedores de servicios de salud en Colombia

Communication and humanization to strengthen the quality of health service providers in Colombia

DOI: <https://doi.org/10.17981/econcuc.44.1.2023.Org.3>

Artículo de Reflexión.

Fecha de recepción: 16/04/2022

Fecha de devolución: 19/07/2022

Fecha de aceptación: 05/08/2022

Fecha de publicación: 17/08/2022

Hugo Gaspar Hernández-Palma 

Universidad del Atlántico
Barranquilla, Atlántico (Colombia)

hugohernandezp@mail.uniatlantico.edu.co 

Karina del Carmen Batista Zea 

Universidad del Atlántico
Barranquilla, Atlántico (Colombia)

hugohernandezp@mail.uniatlantico.edu.co

Remedios Catalina Pitre Redondo 

Universidad de la Guajira
Riohacha, La Guajira (Colombia)

rpitre@uniguajira.edu.co

Para citar este artículo:

Hernández-Palma, H.G., Batista Zea, K.d.C. & Pitre Redondo, R.C. (2023). Comunicación y humanización para el fortalecimiento de la calidad de los proveedores de servicios de salud en Colombia. *Económicas CUC*, 44(1), 121–136. DOI: <https://doi.org/10.17981/econcuc.44.1.2023.Org.3>

JEL: I1, I31, L8

Resumen

El presente artículo reúne brevemente reflexiones respecto al eje temático de la comunicación y humanización para el fortalecimiento de la calidad de los proveedores de servicios de salud en Colombia, el mismo está compuesto por dos términos que resultan inseparables, comunicación y humanización. En consecuencia, con el propósito antes mencionado, se ha diseñado un breve recorrido temático que expone este conjunto de aportaciones epistemológicas. En el abordaje del estudio se analiza el nivel de satisfacción de los usuarios que recibieron atención en los servicios de salud en la ciudad de Barranquilla, con la finalidad de explicitar de la comunicación y humanización para el fortalecimiento de la calidad de los proveedores de servicios de salud. Igualmente, en función de su naturaleza del estudio y la significación del conocimiento, se enmarca en el paradigma positivista, analítica-empírica. El instrumento utilizado es un cuestionario dicotómico, con respecto al análisis de datos se utilizó el programa SPSS. Finalmente, se concluye que el 55% de la muestra seleccionada, indican un estado de satisfacción de la población objeto de estudio, mientras que un 45% no en procesos y procedimientos administrativos se denota la necesidad de mejora en estas instituciones, a partir de que dichos aspectos presentan una satisfacción valorada por debajo del 50%. Además, es necesario rediseñar procesos administrativos para lograr una mayor de los usuarios que accedan a servicios de salud en las instituciones de la ciudad.

Palabras clave: Calidad; servicios de salud; humanización; mejoramiento continuo

Abstract

This article briefly brings together reflections regarding the thematic axis of communication and humanization for strengthening the quality of health service providers in Colombia, it is composed of two terms that are inseparable, communication and humanization. Consequently, with the aforementioned purpose, a brief thematic tour has been designed that exposes this set of epistemological contributions. In the approach of the study, the level of satisfaction of the users who received attention in the health services in the city of Barranquilla is analyzed, with the purpose of explaining the communication and humanization for the strengthening of the quality of the health service providers. Health. Likewise, depending on its nature of study and the significance of knowledge, it is framed in the positivist, analytical-empirical paradigm. The instrument used is a dichotomous questionnaire, with respect to data analysis, the SPSS program was used. Finally, it is concluded that 55% of the selected sample indicate a state of satisfaction of the population under study, while 45% do not in administrative processes and procedures denotes the need for improvement in these institutions, since these aspects present a satisfaction valued below 50%. In addition, it is necessary to redesign administrative processes to achieve a greater number of users who access health services in the city's institutions.

Keywords: Quality; health services; humanization; continuous improvement

INTRODUCCIÓN

Las bases teóricas para el desarrollo de los documentos son los conocidos axiomas comunicativos de [Watzlawick \(2011\)](#), en función de analizar las relaciones sociales entre pacientes y profesionales de la medicina de las instituciones que proveen servicios de salud en la ciudad de Barranquilla (Colombia). Por lo tanto, el propósito del estudio es observar la calidad del servicio humanizado en profesionales de la salud para con los pacientes y/o usuario. Actualmente, el problema de la humanización como un atributo de la calidad en los servicios de salud ha tomado relevancia, debido a que este componente está enmarcado como la dignidad humana y el trato humano del paciente. Desde el punto de vista etimológico, la humanización se refiere a la acción de humanizar, que es cuando una persona es más respetuosa, amable y familiar en términos de su comportamiento ([Bernal, 2015](#)). Las organizaciones han pasado por un importante proceso histórico en la construcción del reconocimiento de la importancia del elemento humano dentro de las mismas, siendo clave para su desarrollo ([Mendoza-Ocasal, Castillo-Jiménez, Navarro & Ramírez, 2021](#)).

Desde estas consideraciones, las dinámicas en el campo de la salud en ocasiones causan grados de insensibilidad en los profesionales de la salud hacia el dolor y sufrimiento de los pacientes, provocando una inmediata consecuencia, la deshumanización ([González, Luna, Ruiz y Osorio, 2013](#)). La humanización enfrenta la deshumanización en la calidad del cuidado clínico en servicios de salud ha provocado el interés de todos los sectores de la sociedad en los últimos años ([Ramadan & Arafah, 2016](#)). La razón fundamental es la falta de conciencia de los procesos sociales, incluyendo aquellos desarrollados en procedimientos llevados por las instituciones de salud, lo cual sugiere que hay factores que intervienen determinadamente en la calidad de vida de los pacientes ([Santacruz-Bravo, 2016](#)).

Bajo este argumento, [Gutiérrez \(2017\)](#) define la humanización como una cuestión de ética, relacionada con la búsqueda del bienestar integral del paciente atendido. Esto significa que humanizar en el contexto de la salud es garantizar una atención la cual cumpla con los requisitos y parámetros técnicos, científicos y procedimentales que están destinados a mejorar la dignidad del ser humano, entendiendo a la comunicación, como un proceso complejo, en el cual intervienen elementos verbales y no verbales.

En este orden de ideas, entendemos que la comunicación es un proceso esencial el cual forma parte de la naturaleza humana, en el que se transmiten ideas, pensamientos y sensaciones; por lo tanto, en el campo de la salud, la comunicación permite conocer y comprender la situación del paciente. Especialmente en el caso de pacientes de diferentes servicios de salud, como las consultas o las emergencias, la interacción comunicativa formada entre el personal de las instituciones de salud durante la estancia hospitalaria se convierte en un elemento clave el cual contribuye a que el usuario pueda identificar algunos elementos los cuales ayudan a construir una visión integral de la situación, y que a su vez le permiten estabilizar sus emociones, lo cual le lleva a una mejor adaptación a la nueva experiencia ([Bernal, 2015](#)).

Pensamientos y percepciones sobre este tema han sido planteadas por autores que relacionan la comunicación humana con la humanización, como es el caso de **Watzlawick (2011)**, creador de la teoría de la Comunicación Humana, la cual se refiere a cinco axiomas que hacen viable el proceso comunicativo, es decir, que el presenta una metacomunicación, ya que no utiliza la comunicación como elemento para comunicarse, sino que se convierte en su objeto de estudio y propone conceptualizaciones las cuales se refieren a ella, entre las que se describe la imposibilidad de no comunicarse, los niveles de contenido y las relaciones de comunicación, puntuación de la secuencia de eventos, comunicación digital y analógica, interacción simétrica y complementaria (**Arango, Rodríguez, Benavides y Ubaque, 2016**).

Bajo estas consideraciones, al revisar, se encuentra que en Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social-**MSPS (2015)** diseñó un “Anexo Técnico para la Calidad y Humanización de la Atención de la Salud”, que evalúa y analiza la calidad de la atención de salud en los grupos de población teniendo en cuenta diferentes atributos, tales como lo son la accesibilidad, la puntualidad, la pertinencia, la seguridad, la continuidad y la humanización, las cuales son características del Sistema de Garantía Obligatoria de la Calidad (SOGCS).

En este sentido, **Humet y Suñol (2001)** especifican la calidad como una adaptación precisa de la atención a necesidades particulares, con una clara implicación para los servicios colectivos. Muchos países han evitado la cuestión de la calidad de los servicios de salud, sin embargo, es hora de cuestionar no sólo la cantidad, sino también el tipo y la calidad del servicio necesario. Por esta razón, la auditoría del servicio desempeña un papel importante en la evaluación de estos atributos y si están completamente desarrollados o cumplidos. En virtud de esto, la auditoría del servicio desempeña un papel importante en la evaluación de los atributos de calidad en el sector de la salud, como un mecanismo para identificar si se están cumpliendo plenamente (**Donabedian, 1986**).

De acuerdo con este planteamiento, la auditoria de servicios puede considerarse como el conjunto de herramientas y técnicas que permiten a la institución tener conocimiento según aspectos como la percepción del producto o servicio ofrecido, el posicionamiento, la competencia, lo que el cliente espera del servicio, entre otros (**Cifuentes, 2015**). Dado que la auditoría de servicios es un elemento fundamental para el desarrollo de las empresas del sector de la salud, es importante que el personal y los proveedores de servicios establezcan la importancia de ello para llegar a un enfoque que cumpla con los estándares de calidad que el usuario espera y que pueden llevar a la empresa a la excelencia.

Por lo tanto, conviene partir de la premisa, en que la modificación de los sistemas de salud exponen al paciente al riesgo de deshumanización debido a la reestructuración administrativa que ello implica, siendo el caso del sistema de salud colombiano, para lo cual es necesario recuperar el aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica y administrativa de los profesionales de la salud (**Figueroa, Wilches, Romero y Aguirre, 2016**). En este orden de ideas, el papel del equipo de profesionales debe enfocarse en ser comunicadores por excelencia, interviniendo satisfactoriamente

en cada una de las etapas del período de hospitalización, utilizando la comunicación como herramienta que permita el acercamiento y el establecimiento de una relación de ayuda, confianza y respeto, la cual pueda contribuir a la mejora de la calidad de vida del paciente.

Desde estas reflexiones, cabe considerar que el papel fundamental del personal de la salud consiste en fundar, mediante casos particulares, la forma en que se lleva a cabo la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud, a partir de la teoría de la comunicación humana propuesta por [Watzlawick \(2011\)](#), en la percepción de la calidad de la atención humanizada en los usuarios de las instituciones de salud de la ciudad de Barranquilla en Colombia para el 2018.

De esta forma, se reconoce que la humanización es uno de los aspectos de vital importancia en el tema de la salud, cuando hablamos de humanizar la atención, se hace referencia a una cuestión ética que tiene que ver con los valores que rigen el comportamiento, en el área de la salud, cuando los valores nos llevan a seguir políticas, programas, cuidado y asegurar la integridad física y emocional de los pacientes. Por esta razón es primordial tener en cuenta la preparación de los profesionales de la salud, su grado de sensibilidad al cuidado de los usuarios ([Laguado y Gómez, 2014](#)). La Organización Mundial de la Salud-OMS está investigando medidas para reducir la brecha entre la formación profesional, el sistema de salud, la tecnología y el tratamiento humanizado ([Bernal, 2015](#)).

De acuerdo con lo planteado por este autor, el mismo ha motivado, la difusión de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en busca de la protección de los derechos de las personas, basada en el lema tratamiento humanizado de la persona sana y enferma. En este sentido, esta humanización es entendida como un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, orientado a transformar y comprender el espíritu esencial de la vida. Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, para el año 2018, la humanización en la atención debe considerarse un atributo fundamental y como una directriz ética, más allá del servicio, producto o información de las instituciones (Observatorio de Calidad de la Atención en Salud-[ONCAS, 2020](#)). Es por ello que el Estado, en la necesidad de intervenir en este aspecto, requiere que las instituciones políticas de calidad articulen la atención sanitaria y así impacten en la atención y humanización del servicio.

En este sentido, el Sistema de Salud en Colombia establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-SOGC, el cual fue formalmente instituido por la emisión del [Decreto 2174 \(1996\)](#), el cual fue sustituido por el [Decreto 2309 \(2002\)](#), y luego en el 2006 por el [Decreto 1011 \(2006\)](#). Estas regulaciones, que se refieren a la calidad de la atención que una institución de salud debe proporcionar, son percibidas por los usuarios de acuerdo con una serie de parámetros, tales como características del proceso de atención, la relación interpersonal con el profesional médico, el contenido de la consulta, la duración, las acciones clínicas de revisión y diagnóstico, el resultado e impacto de las medidas y tratamientos en su salud, las características de la estructura física, humana y organizacional, además de condiciones de accesibilidad ([Llinás, 2010](#)).

ESTADO DEL ARTE

La percepción de Calidad y Atención Humana

La calidad en el sector de la salud se vio influenciada por el origen y la perspectiva industrial (Hernández, 2017), lo cual ha representado transformaciones para que el concepto original se adaptara a este campo, dadas las particularidades y características del área (Hernández, Barrios y Martínez, 2018); entre ellas se destaca que, no es posible almacenar el producto, ya que al tratarse de un servicio, es intangible (Hernández, Cardona y Pineda, 2017), y tanto el proveedor como el usuario deben estar presentes y, la comunicación interpersonal es clave para el éxito, traducido como una mejora en la salud del paciente (Ávalos, 2014; Hernández, Niebles y Jiménez, 2019).

De este modo, el concepto de calidad en el ámbito de la salud ha sufrido cambios propios de la evolución y adaptación a las particularidades del sector (Hernández, Niebles y Pitre, 2021). Lee y Jones (1933) lo asociaron con una buena atención, de acuerdo con las normas establecidas, las cuales no son absolutas, pero que se configuran continuamente a los servicios. Sin embargo, una de las referencias teóricas más emblemáticas en este campo es Donadebian (1986), quien lo definió como la propiedad de la atención médica que se puede proporcionar al paciente desde múltiples perspectivas. Esta conceptualización es amplia en el sentido de que expone la atención como un proceso integral en el cual deben garantizarse los mayores beneficios posibles, con un riesgo menor y dependiendo de los recursos disponibles para este fin.

Por otro lado, la atención humanizada puede considerarse como una técnica capaz de lograr el apoyo psicológico del paciente con el fin de lograr una relación personal más cercana que facilite el proceso médico que atraviesa. En este sentido, la calidad y la atención humanizada están asociadas, por un lado, la calidad se ve desde una perspectiva integral que representa una propiedad de la atención y, por el otro lado, la humanización es un factor el cual forma parte del proceso (Jiménez, Hernández, Hernández, Cabas & Ferreira, 2018).

Evolución de la calidad del cuidado de la salud

A principios del siglo XX, con la llegada del concepto de calidad en diferentes sectores de la economía, la necesidad de satisfacer los requisitos y expectativas de los clientes se convirtió en una prioridad para algunas organizaciones. Inicialmente se abordó desde el punto de vista industrial, pero más tarde se extendió a otros sectores, entre ellos el sector de la salud; Estados Unidos y Japón están posicionados en la literatura como uno de los precursores de la aplicación de conceptos de calidad en el mundo (Arriagada, 2018). En el campo de la salud, posiblemente una de las primeras referencias a tener en cuenta fue la contribución de Nightingale (2017), quien se dedicó a evaluar la calidad del entorno hospitalario durante la Guerra de Crimea,

aplicando mecanismos y normas para la atención de la salud y la organización de los servicios de enfermería, impactando positivamente en los indicadores de mortalidad de los pacientes.

Se menciona entonces que en el panorama latinoamericano destaca el desarrollo e implementación de prácticas de promoción de la salud, con medidas y reglamentos compartidos entre varios de los países miembros, debido a la similitud en situaciones de emergencia y características de los territorios. En el siglo XXI, un enfoque social, comunitario y político es evidente, con respuestas apropiadas en los niveles de atención. Hay propuestas coexistentes en América Latina, diseñadas para resolver problemas específicos en el sector de la salud, sin embargo, para que se conviertan en una realidad, los programas de atención deben ser reforzados, incluyendo situaciones contemporáneas relacionadas con el cuidado del medio ambiente, seguridad alimenticia y la promoción adecuada de las medidas de salud en la población, lo que contribuye a la prevención de enfermedades (Coronel, 2017).

Treinta años después de la introducción del Zika (enfermedad causada por una picadura de mosquito) en América Latina, se reafirma la necesidad de la prevención como una medida de control que evita situaciones de atención prioritaria a la salud, contribuyendo así al desarrollo sostenible de los países. En 2016, a través de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se publicó el *Decenio de Acción sobre Nutrición 2016-2025*, centrado en la promoción y mejora de la salud en cuestiones de seguridad alimentaria (Coronel, 2017). En relación con los hospitales de América Latina, está en vigor la Asociación Público-Privada (APP) en Salud, cuyo modelo promueve la calidad de los servicios a través de la mejora de las funciones logísticas de medicamentos y consumo, imagen, operación de laboratorios, entre otros componentes relevantes (Astorga, Alonso, Pinto, Freddi y Corredera, 2016).

De esta forma, los primeros proyectos desarrollados por las APP abarcaron países como México, Chile, Brasil y Perú para hospitales como El Bajío (México), La Florida y Maipú (Chile), Callao y Red Sabogal, Villa María del Triunfo y redes de Almacenes y Farmacias Perú (Perú). Las entidades pertenecientes a esta APP corresponden a niveles de complejidad media y alta, cuyas especialidades incluyen medicina, cirugía, pediatría y obstetricia y otras correspondientes a la atención postoperatoria y de urgencias. En términos de calidad, los hospitales mencionados en Chile se desarrollaron a nivel técnico, cuya evaluación aprobó el estándar mínimo requerido. Para México, el resultado de la evaluación también generó mayores puntuaciones en la calidad técnica de los servicios hospitalarios, por encima de la económica (Astorga et al., 2016).

Los países que conforman la Asociación de Salud Público-Privada en América Latina han utilizado metodologías europeas, adaptándolas a la mejora de su realidad. Es el caso del uso de modelos sanitarios como Alzira (España), con puntos fuertes como mayor accesibilidad y calidad de servicio, incentivos y sanciones como herramientas de control para el personal de la salud, adopción de prácticas tecnológicas (Olivas, Izquierdo, González, Mas y Barrera, 2018), y la tasa por servicio más conocida como pago por servicio (Portugal), que estructura una mejor remuneración en el sector, para una mayor motivación e interés por parte del personal de servicios de salud (Astorga et al., 2016).

En el caso particular de Colombia, comenzó con la formación del Comité Nacional de Acreditación Hospitalaria, a principios de 1960, con el fin de garantizar la calidad de los servicios de salud, una iniciativa que también fue promovida por la Asociación de Facultades de Medicina. Posteriormente, en 1980, el Instituto de la Seguridad Social-ISS comenzó a generar importantes propuestas para el desarrollo de sistemas de calidad en los servicios de salud, lo que se convertiría en un primer paso hacia la promulgación de la **Ley 100 (1993)**. Además, la cuestión de la calidad siguió generando interés entre los legisladores, por lo que el **Decreto 2174 (1996)** emitido por el Ministerio de Salud sentó las bases del sistema de garantía obligatoria de la calidad, cuyo objetivo es garantizar que las instituciones cumplan conjunto de normas, requisitos y procedimientos para garantizar a los pacientes el mayor beneficio, a un costo razonable y con el menor riesgo posible; sin embargo, este decreto fue sustituido años más tarde por el **Decreto 2309 (2002)** y por el **Decreto 1011 (2006)** (Rodríguez, 2001).

METODOLOGÍA

La metodología tomada como referencia para el presente estudio fue la positivista porque está basada en la experimentación y lógica empírica, la cual en conjunto a la observación del fenómeno y su análisis estadístico mediante el programa **SPSS (versión 22)**, contribuyen a un mejor resultado en la investigación científica.

De este modo, para la investigación llevada a cabo, se considera la teoría existente y los requerimientos relacionados con el cumplimiento de condiciones mínimas sobre la planta física, el equipo médico, la capacidad tecnológica, el acceso a los miembros, los pacientes y los usuarios; y todo lo que está relacionado con el tratamiento y la comunicación, entendiendo que estos elementos pueden afectar la percepción de los usuarios de las instituciones de salud en la ciudad de Barranquilla.

Por lo tanto, el estudio propuesto buscó abordar las condiciones tangibles que generaban estándares de satisfacción, como parte de los requisitos mínimos de estructura y procesos que pueden contribuir a mejorar los resultados en la atención dentro del servicio de salud en la ciudad. Por esta razón, el objetivo de las condiciones de habilitación y prestación de servicios se basa en simplificar la gestión de los requisitos exigidos para el funcionamiento del servicio, dando uso de una escala dicotómica de “Sí” y “No”. Los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de seis (6) preguntas claves se realizó tomando como referencia la opinión de 100 personas que utilizan los servicios de salud de diversas entidades de la ciudad. La información fue tabulada y procesada en el programa **SPSS (versión 22)**.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con respecto a la primera pregunta analizada en el trabajo de campo fue la siguiente: ¿Considera que las entidades sanitarias tienen una planta física adecuada para proporcionar a los usuarios un tratamiento digno? Los resultados obtenidos se muestran a continuación en la **Tabla 1**.

TABLA 1.
Planta Física.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	65	65.0
	No	35	35.0
	Total	100	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Con relación a la primera pregunta, se puede observar que el 65% de los entrevistados afirman que si consideran que las entidades sanitarias tienen una planta física apta para ofrecer a los usuarios un tratamiento digno, mientras que el 35% piensa que no, lo que indica que, dentro del sector de la salud, existen entidades en la ciudad de Barranquilla cuya planta física posee unas características que cumplen las condiciones para la atención adecuada de los pacientes. En segunda instancia, los usuarios que participaron en la investigación sobre equipos y tecnologías de apoyo fueron consultados de la siguiente manera: ¿Cree que las entidades de salud cuentan con el equipo y las tecnologías médicas adecuados para ofrecer un tratamiento humanizado pacientes y usuarios? Los resultados obtenidos se muestran a continuación en la **Tabla 2**.

TABLA 2.
Equipo Médico y Tecnologías en Instituciones de Salud.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	62	62.0
	No	38	38.0
	Total	100	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a este componente, se encontró que el 62% de los entrevistados tenían el equipo médico y la tecnología adecuados para ofrecer un tratamiento humano a los pacientes y usuarios, y el 38% dijo que no. Se puede ver que las entidades de salud proporcionan asistencia actualizada, resolviendo problemas críticos que surgen, respondiendo y tratando la demanda de atención médica. Además, los recursos humanos especializados, la tecnología y el equipo médico desempeñan un papel importante y esencial para el usuario, favoreciendo la práctica médica y haciendo un seguimiento de las demandas y recomendaciones de las organizaciones internacionales, destinadas a promover la calidad en todo lo relacionado con el cuidado del individuo en el área de la salud. Por otro lado, el tercer cuestionamiento fue: ¿La ubicación de las entidades sanitarias facilita el acceso de los miembros, pacientes y usuarios? Como se puede ver en la **Tabla 3**, los resultados muestran una mediana de satisfacción.

TABLA 3.
Acceso para miembros, pacientes y usuarios.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	60	60.0
	No	40	40.0
	Total	100	100.0

Fuente: Elaboración propia.

El 60% de los entrevistados afirman que la ubicación de las entidades sanitarias facilita el acceso a miembros, pacientes y usuarios, y el 40% piensa que no, por lo que se estima que para un número representativo de usuarios estos aspectos estarían sujetos a revisión y presentarían oportunidades de crecimiento para el sector de la salud. Por lo tanto, la calidad del servicio se concibe como una atención oportuna, personalizada, humanizada, continua, accesible y eficiente, favoreciendo la atención oportuna de acuerdo a las características del problema del paciente y en condiciones homogéneas para todos los casos. Una vez que se conocieron las impresiones de acceso, procedimos a evaluar los procedimientos y procesos administrativos, encontrando los resultados ilustrados en la **Tabla 4**.

TABLA 4.
Procedimientos y procesos administrativos en entidades de salud.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	45	45.0
	No	55	55.0
	Total	100	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En esta categoría se muestra que el 55% de los entrevistados afirman como los procedimientos y procesos administrativos no son ágiles y tampoco son fáciles de llevar a cabo mientras el 45% piensa que sí; el paciente debe ser informado y debe ser capaz de llevar a cabo todos los procedimientos con facilidad, ya que uno de los objetivos cruciales de cualquier sistema de salud es que los usuarios que entran en él, pueden dar curso a sus procesos de una manera dinámica para evitar posibles escenarios en los cuales se pueda impactar en la percepción de calidad, satisfacción y buen trato por parte de los pacientes. Por último, se inspeccionó el tratamiento ofrecido por los profesionales médicos, consultando de la siguiente manera: ¿Los profesionales médicos le ofrecen un tratamiento humano de acuerdo a su necesidad o situación médica? En vista de esta pregunta, las respuestas recibidas se pueden ver en la **Tabla 5**.

TABLA 5.
Tratamiento humano recibido por parte del personal.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	55	55.0
	No	45	45.0
	Total	100	100.0

Fuente: Elaboración propia.

En este aspecto, se observa que el 55% de los entrevistados afirman que los profesionales médicos ofrecen un tratamiento humano según su necesidad o situación médica y el 45% indica que no, por lo cual se puede deducir que, aunque la percepción mayoría de los usuarios, un número importante todavía consideran que este aspecto podría crecer o mejorar. Así, se puede proyectar que, para futuras líneas de intervención de estas entidades, sería importante formar y promover herramientas enfocadas en el tratamiento humanizado, ya que es un elemento el cual puede impactar en la percepción de calidad del usuario. La **Figura 1** muestra la consolidación de los resultados analizados.

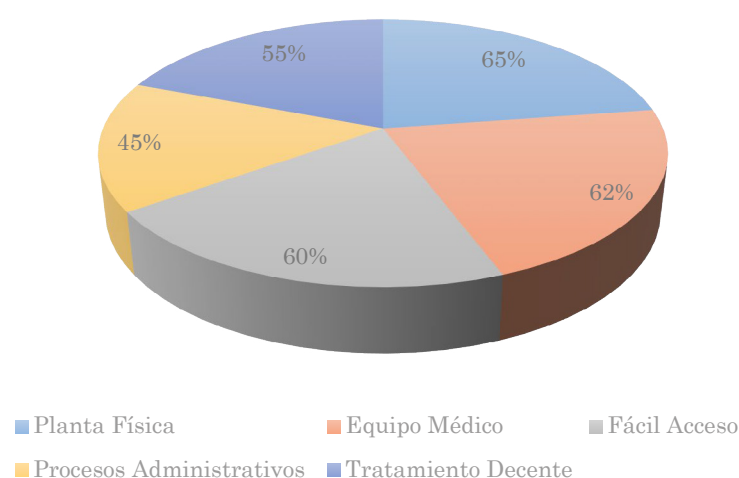


Figura 1. Encuesta consolidada a los usuarios
Fuente: Elaboración propia.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio es posible realizar un contraste con investigaciones como las de **Hernández (2017)** quien al estudiar los sistemas de calidad dentro del sector salud localiza importantes falencias dentro del mismo y cuyo criterio también se demuestra en investigaciones como las de **Hernández et al. (2017)** o **Lopera (2017)**. En este sentido, reporta **Coronel (2017)** como ciertamente esta es una problemática presente en todos los países de América Latina, los cuales demuestran importantes niveles de falencia en la prestación de un servicio de salud eficiente y digno.

De esta forma, **Correa (2016)** y **Santacruz-Bravo (2016)** demuestran que la humanización en la prestación de los servicios de salud es no solamente un factor clave de estudio, si no que se presenta como una oportunidad clave para el desarrollo de sistemas de salud que cumplan de forma efectiva las expectativas y necesidades de la población. Ciertamente, este desarrollo de investigaciones enfocadas a la prestación de servicios de salud posee una connotación sumamente social; especialmente cuando se reconoce la gran relevancia de la salud como un derecho fundamental de los seres humanos (**Egenau, Cifuentes, Vásquez, Yermani y Madariaga, 2021**).

CONCLUSIONES

Se concluye que aspectos como la comunicación y la humanización siguen siendo componentes esenciales para lograr escenarios de calidad y buen tratamiento en el sector de la salud. La revisión literaria realizada permite identificar aspectos como el buen trato, la infraestructura y las tecnologías son valorados positivamente por los usuarios. Esto también se infirió después del trabajo de campo, por lo que es importante renovar periódicamente, planes y líneas de acción en las entidades del sector, ya que factores como los procedimientos administrativos, la atención y comunicación, tienen grandes oportunidades de crecimiento en la ciudad de Barranquilla (Colombia).

En este sentido, aunque las entidades de salud han logrado establecer bases sólidas para la prestación de sus servicios, según lo expresado por los usuarios, todavía tienen algunos retos a los que atender que están particularmente asociados con las condiciones humanas de la profesión (administrativos o médicos) que tienen contacto directo con la persona. Adoptar los postulados sugeridos por la literatura en términos de humanización, comunicación, buen trato, trato digno y asimilado, es sin duda un gran desafío para estas entidades.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Hernández-Palma: Análisis formal, Investigación, conceptualización, metodología, Redacción -Elaboración del borrador original.

Batista Zea: Adquisición de fondos, Investigación, Redacción-Preparación del borrador original, Redacción-Revisión y edición.

Pitre Redondo: Investigación, Curación de datos, Redacción-Preparación del borrador original, Redacción-Revisión y edición.

RECONOCIMIENTOS Y AGRADECIMIENTOS

El presente artículo es resultado del proyecto de investigación: Gestión de proyectos en instituciones prestadoras servicios salud en la región Caribe.

REFERENCIAS

- Arango, M. Z., Rodríguez, A. M., Benavides, M. S. & Ubaque, S. L. (2016). Los axiomas de la comunicación humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su relación con la Terapia Familiar Sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(1), 33–50. <https://doi.org/10.21501/23823410.1887>
- Arriagada, J. (2018). Florence Nightingale con el Gráfico de la Rosa. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 380–380. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.05.003>
- Astorga, I., Alonso, P., Pinto, D. M., Freddi, J. y Corredera, M. (2016). 10 años de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina ¿Qué hemos aprendido? [Nota Técnica No. IDB-TN-1068]. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo-BID. Disponible en <https://publications.iadb.org/es/publicacion/15627/10-anos-de-asociaciones-publico-privadas-app-en-salud-en-america-latina-que-hemos>
- Ávalos, M. (2014). La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Horizonte sanitario*, 9(1), 9–19. <https://doi.org/10.19136/hs.a9n1.158>
- Bernal, L. C. (2015). Humanización en la Prestación de Servicios de Salud de la Empresa Social del Estado de Primer Nivel de Atención “Ese Salud Aquitania” [Tesis de Especialización]. Universidad Santo Tomás, Bogotá, D.C., Colombia. Disponible en <http://hdl.handle.net/11634/9870>
- Cifuentes, B. (2015). Auditoría del servicio. *Revista CES Salud Pública*, 6(1), 100–113. Disponible en https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3274
- Coronel, J. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *Medisan*, 21(7), 926–932. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73718>
- Correa, M. L. (2016). La Humanización de la Atención en los Servicios de Salud: un Asunto de Cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1227–1231. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Donabedian, A. (1986). Quality assurance in our health care system. *American College of Utilization Review Physicians*, 1(1), 6–12. <https://doi.org/10.1177/0885713X8600100104>
- Egenau, P., Cifuentes, L., Vásquez, C., Yermani, S. y Madariaga, C. (2021). Salud mental, derechos humanos y ciudadanía. *Revista Chilena de Salud Pública*, (Número Especial), 53–74. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.65298>
- Figueroa, L. I., Wilches, M. J., Romero, D. y Aguirre, S. (2016). Análisis de la Logística Hospitalaria aplicada en las Entidades de Salud de Nivel 3 y 4 en la ciudad de Barranquilla. *Scientia et Technica*, 21(4), 307–317. <https://doi.org/10.22517/23447214.11391>

- González, F., Luna, L., Ruiz, M. y Osorio, D. (2013). Teoría de la Comunicación Humana (Paul Watzlawick) y su Aplicación en el Cuidado de Enfermería al Paciente Pediátrico [*Tesis de Maestría*]. Corporación Universitaria Rafael Núñez, Cartagena de Indias, Colombia.
- Gutiérrez, R. (2017). La Humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29–38. Disponible en <https://archivo.rev-clinmedfam.com/articulo.php?pagina=12&art=488>
- Hernández, H. (2017). Sistemas de gestión integrados en el sector salud para la optimización de la calidad en el departamento del Atlántico. *Dictamen Libre*, (20), 99–106. <https://doi.org/10.18041/2619-4244/dl.20.2894>
- Hernández, H., Barrios, I. y Martínez, D. (2018). Gestión de la calidad: elemento clave para el desarrollo de las organizaciones. *Criterio Libre*, 16(28), 169–185. Disponible en <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/criteriolibre/article/view/2130>
- Hernández, H., Cardona, D. A. y Pineda, M. (2017). Proyección estratégica de la calidad como facilitadora para la innovación en el sector salud de la ciudad de Barranquilla. *Revista Lasallista de Investigación*, 14(1), 170–178. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/695/69551301016.pdf>
- Hernández, H., Niebles, W. y Jiménez, M. (2019). Sistema de salud colombiano: integración para la calidad. *Criterio Libre*, 17(31), 149–163. <https://doi.org/10.18041/1900-0642/criteriolibre.2019v18n31.6134>
- Hernández, H., Niebles, L. y Pitre, R. (2021). Fortalecimiento de la Prestación de Servicios en IPS a partir de los Sistemas de Gestión de Calidad con Énfasis en el Usuario. *Scientia et Technica*, 26(1), 14–20. <https://doi.org/10.22517/23447214.24401>
- Humet, C. y Suñol, R. (2001). Calidad Asistencial. *Revista de Órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*, 16, S5–S5. Recuperado de <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
- IBM. (2013). Statistical Package for the Social Sciences (version 22). [*Software*]. Nueva York: IBM. <https://www.ibm.com/support/pages/downloading-ibm-spss-statistics-22>
- Jiménez, G., Hernández, L., Hernández, H., Cabas, L. & Ferreira, J. (julio, 2018). Evaluation of Quality Management for Strategic Decision Making in Companies in the Plastic Sector of the Colombian Caribbean Region Using the TQM Diagnostic Report and Data Analysis. Trabajo presentado al *20 International Conference on Human—Computer Interaction—HCI*, Las Vegas, Estados Unidos. https://doi.org/10.1007/978-3-319-92285-0_38
- Laguado, E. y Gómez, M. (2014). Teoría del manejo de síntomas desagradables para el cuidado de enfermería cirugía. *Enfermería global*, 13(3), 326–337. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.3.170201>

- Lee, R. I. & L. W. Jones. (1933). *The Fundamentals of Good Medical Care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Llinás, A. (2010). Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte*, 26 (1), 143–154. Disponible en <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/76>
- Lopera, M. (2017). Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. *Biomédica*, 37(4), 577–589. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i4.3333>
- Mendoza-Ocasal, D., Castillo-Jiménez, R., Navarro, E. & Ramírez, J. (2021). Measuring workplace happiness as a key factor for the strategic management of organizations. *Polish Journal of Management Studies*, 24(2), 292–306. <https://doi.org/10.17512/pjms.2021.24.2.18>
- Nightingale, F. (2017). *Cassandra and Suggestions for Thought by Florence Nightingale*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351223546>
- Olivas, M., Izquierdo, J., González, R., Mas, J. y Barrera, J. (2018). Auditoría operativa de la concesión administrativa de la asistencia sanitaria integral en departamentos de salud de la Comunitat Valenciana (Modelo Alzira) ¿un modelo eficiente pero de difícil control? *Auditoría pública: revista de los Organos Autónomos de Control Externo*, (72), 47–58. Disponible en <https://asocex.es/auditoria-operativa-de-la-concesion-administrativa-de-la-asistencia-sanitaria-integral-en-departamentos-de-salud-de-la-comunitat-valenciana-modelo-alzira-un-modelo-eficiente-pero-de-dificil-co/>
- Ramadan, N. & Arafeh, M. (2016). Healthcare quality maturity assessment model based on quality drivers. *International journal of health care quality assurance*, 29(3), 337–350. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-08-2015-0100>
- República de Colombia. Congreso de la República. (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [Ley 100]. Diario Oficial No. 41148. Disponible en http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (3 de abril de 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Decreto 1011]. Diario Oficial No. 46.230. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- República de Colombia. Ministerio de Salud. (15 de octubre de 2002). Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Decreto 2309]. Diario Oficial No. 44.967. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2309-de-2002.pdf>

- República de Colombia. MinSalud. ONCAS. (2020). ¿Cuál es la calidad de la atención en salud que recibimos los Colombianos? Sistema Integrado de Información de la Protección Social-SISPRO. Disponible en <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/> (consultado el 28 de enero de 2020).
- República de Colombia. MSPS. (2015). *Guía Operativa para la Valoración de la Calidad y Humanización de las Atenciones de Protección Específica y detección Temprana a Mujeres Gestantes, Niños y Niñas en la Ruta Integral de Atenciones*— RIA. Bogotá, D.C.: Minsalud. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
- República de Colombia. Presidencia de la República. (3 de abril de 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [*Decreto 1011*]. Diario Oficial No. 46230. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- República de Colombia. Presidencia de la República. (15 de octubre de 2002). Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [*Decreto 2309*]. Diario Oficial No. 44967. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2309-de-2002.pdf>
- República de Colombia. Presidencia de la República. (28 de noviembre de 1996). Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [*Decreto 2174*]. Diario Oficial No. 42.931. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2174-de-1996.pdf>
- Rodríguez, H. (2001). Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: propuesta de construcción de una escala de medida. *Revista Colombiana de Marketing*, 44, 92–106.
- Santacruz-Bravo, J. D. (2016). Humanización de la Calidad en la Atención Clínica en Salud desde la Perspectiva Centrada en el Paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Revista Universiad y Salud*, 18(2), 373–384. <https://doi.org/10.22267/rus.161802.47>
- Watzlawick, P. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: WW Norton & Company.

BIODATA

Hugo Gaspar Hernández-Palma es Magister en Sistema de Gestión. Especialista en Estudios Pedagógicos, Especialista en Diseño y Evaluación de proyectos. Ingeniero Industrial. Docente Programa de Administración de Empresas Universidad del Atlántico (Colombia). Investigador Senior Según Minciencias. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3873-0530>

Karina del Carmen Batista Zea es Magister en gestión organización. Especialista en Mercadeo. Administradora de empresa de la Universidad del Atlántico (Colombia). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6867-179X>

Remedios Catalina Pitre Redondo es Doctora en ciencia Gerenciales. Magister en Empresas sociales. Economista. Investigador Senior según Minciencias. Universidad de La Guajira (Colombia). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7373-1101>