Artículo de investigación original

https://doi.org/10.56085/isss.575

Percepción de trato deshumanizado según usuarios de Bogotá en 2019

Perception of dehumanized treatment according to users in Bogotá in 2019

Percepção do tratamento desumanizado segundo usuários de Bogotá em 2019

Leonardo Fabio Garzón-Leguizamón[1]
Doris Marcela Díaz-Ramírez[1]
Leilann Denisse Vergara-Vaca[1]
Marta Sonia Villamizar-Romero[1]
Claudia Jeannette Vanegas-Torres[1]
Pilar Andrea López-Gutiérrez[1]
María Andrea Cortes-Barreto[1]
Nayibe Bueno-Gómez[1]
Diana Marcela Chiari-Gómez[1]

Artículo vinculado a la investigación: *Conceptualización de atención humanizada de los sujetos de atención a partir del análisis de las comunicaciones de los usuarios al sistema distrital para la gestión de peticiones ciudadanas recibidas durante el 2019.*

Resumen

Objetivo: identificar la percepción sobre la atención humanizada en salud por parte de los usuarios del sistema de comunicaciones del Sistema Distrital para la Gestión de Peticiones Ciudadanas de Bogotá (SDGPC) durante el 2019. ***Métodos*:** estudio cualitativo descriptivo; se recolectaron datos en un solo momento; se extrajeron las quejas y requerimientos del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones (SDQS) de enero a diciembre de 2019. ***Resultados:*** la revisión y análisis de la voz de los ciudadanos en el 2019 permite reconocer que lo que más afecta su percepción frente al concepto de trato deshumanizado es el trato irrespetuoso con un total de 158 quejas, seguido por el mal servicio y no garantía de derechos con 81 quejas, la negligencia en la atención con 59 quejas, discriminación y no enfoque diferencial con 33 quejas, la mala comunicación e información con 26 quejas y, por último, el comportamiento abusivo y sin ética con 15 quejas. ***Conclusión:*** lo anterior lleva a concluir que a pesar del trabajo constante y reflexivo alrededor de la importancia de la humanización en salud como eje transversal y a la existencia de unos estándares claros que demarcan al prestador el camino para conseguir un servicio al ciudadano basado en criterios de humanización, estos siguen en gran medida insatisfechos con la atención. Además, la calidad va más allá de cumplir una norma, un número o de generar los ingresos que la institución persigue, es más bien un compromiso formal de las instituciones, que unidas a su equipo humano y a los recursos con que cuentan, busquen hacer las cosas bien y mejorar el nivel de vida, y el bienestar de los ciudadanos y sus familias.

1. Equipo de Investigación Dirección de Calidad de Servicios de Salud, Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2021.

Palabras clave: humanización, cuidado de la salud, dignidad humana, equidad en salud, deshumanización, sentido humano, buen trato, enfoque diferencial, cuidado, derechos.

Abstract

Objective: To identify the perception of humanized health care by users of the District System for the Management of Citizen Petitions of Bogotá (SDGPC) communications system during 2019. ***Methods:*** Descriptive qualitative study; data were collected at a single point in time; complaints and requirements were extracted from the District Complaints and Solutions System (SDQS) from January to December 2019. ***Results:*** The review and analysis of the voices of citizens in 2019 allows us to recognize that what most affects their perception of the concept of dehumanized treatment is disrespectful treatment (with a total of 158 complaints) followed by poor service and failure to guarantee rights (81 complaints), negligent care (59 complaints), discrimination and lack of differential approach (33 complaints), poor communication and information (26 complaints) and, finally, abusive and unethical behavior (15 complaints). ***Conclusion:*** This leads to the conclusion that, despite the constant and reflective work on the importance of humanization in health as a cross-sectional theme and the existence of clear standards that show the provider the way to achieve a service to citizens based on humanization criteria, they are still largely dissatisfied with the care they receive. Moreover, quality goes beyond complying with a standard, a number or generating the income that the institution seeks. Instead, it is a formal commitment on the part of the institutions, which, together with their human team and the resources they have, seek to do things well and improve the standard of living and the well-being of citizens and their families.

Keywords: Humanization, health care, human dignity, health equity, dehumanization, human sense, good treatment, differential approach, care, rights.

Resumo

Objetivo: identificar a percepção do atendimento humanizado em saúde pelos usuários do sistema de comunicação do Sistema Distrital de Gestão de Petições Cidadãs de Bogotá (SDGPC) durante o ano de 2019. ***Métodos:*** estudo qualitativo descritivo; os dados foram coletados em um único momento; foram extraídas as reclamações e requerimentos do Sistema Distrital de Reclamações e Soluções (SDQS) de janeiro a dezembro de 2019. ***Resultados:*** a revisão e análise da voz dos cidadãos em 2019 permite reconhecer que o que mais afeta a percepção deles sobre o conceito de tratamento desumanizado é o tratamento desrespeitoso com um total de 158 reclamações, seguido de mau atendimento e falta de garantia de direitos com 81 reclamações, negligência no atendimento com 59 reclamações, discriminação e abordagem não diferenciada com 33 reclamações, comunicação e informação deficientes com 26 reclamações e, por fim, comportamento abusivo e antiético com 15 reclamações. ***Conclusão:*** o exposto permite concluir que apesar do trabalho constante e reflexivo em torno da importância da humanização em saúde como eixo transversal e da existência de normas claras que demarquem ao prestador o caminho para alcançar um atendimento ao cidadão pautado em critérios de humanização, eles permanecem amplamente insatisfeitos com o atendimento. Além disso, a qualidade vai além de atender a um padrão, um número ou gerar a receita que a instituição persegue, é um compromisso formal das instituições, que junto com sua equipe humana e os recursos de que dispõem, buscam fazer as coisas bem e melhorar o padrão de vida e o bem-estar dos cidadãos e suas famílias.

Palavras chave: humanização, atenção à saúde, dignidade humana, equidade em saúde, desumanização, sentido humano, bom tratamento, abordagem diferenciada, cuidado, direitos.

Introducción

Humanizar requiere una actitud (pensamientos, sentimientos, valores y acciones) del profesional de salud que lo lleve a modificar sus esquemas mentales y sus costumbres de intervención para que estén orientadas al bienestar del paciente, lo que significa personalizar la atención minimizando la tendencia de tratar al paciente como un objeto entendiendo su vulnerabilidad ante la situación que está viviendo. Humanizar la vida y la salud no es otra cosa que saber ser personas en todo momento y lugar (1).

Gutiérrez menciona que el sector salud debe estar al servicio de la persona y, por consiguiente, debe estar pensado y concebido en función de esta. Para lo cual, el ejercicio profesional debe contener unas bases precisas y claras, con una misión enfocada hacia el bienestar, el cuidado y la humanización en la atención que presta (2).

La consolidación y análisis de la información sobre la percepción de los usuarios respecto a la atención en salud, recolectada a través de la base de información del SDQS de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá, en el 2019, permite conceptualizar el significado de humanización en la atención en salud desde la óptica de estos (3).

La humanización de la atención en salud es un proceso que tiene como meta "garantizar el respeto y la dignidad del ser humano" (4), las acciones para asegurar el cumplimiento de esta meta han cambiado con el paso del tiempo, derivado de diferentes enfoques filosóficos, técnicos e incluso normativos, convirtiendo a la humanización de la atención en salud no solo en una premisa de la relación entre seres humanos, sino en una obligación legal que tienen las diferentes instituciones que proveen estos servicios. El cumplimiento de dicha meta y el enfoque basado en la humanización se puede evaluar a través de las quejas y manifestaciones de los usuarios de los servicios en lo que ellos consideran una atención humanizada y un enfoque basado en el aseguramiento de la dignidad del ser humano.

En la actualidad, el Distrito Capital ha adelantado acciones para mejorar la calidad de la atención, la focalización e integración de servicios a partir de las condiciones y características de los pacientes, así como mecanismos de escucha activa entre los que se encuentran los sistemas de soluciones a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que hacen los usuarios para fortalecer este proceso; este sistema clasifica los requerimientos y da una respuesta a las necesidades de los pacientes y sus familias; sin embargo, para poder avanzar de forma adecuada y en concordancia con la proactividad de las instituciones se hace necesario comprender la conceptualización de los pacientes del proceso de humanización, así como lo que ellos consideran una atención en esta misma línea, la cual se puede visualizar a través de las manifestaciones, quejas y felicitaciones por ellos interpuestas para, a partir de esto, construir modelos que mejoren el cumplimiento de las garantías previstas en la normatividad vigente.

El Plan de Desarrollo Distrital, *Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para La Bogotá del Siglo XXI*, incluye como uno de los elementos esenciales una "Bogotá Cuidadora", es decir, una ciudad que establezca acciones de protección de los derechos de los habitantes con equidad y respeto por las condiciones de vida y respetuosa con el medio ambiente (5). Para guiar esta premisa se hace necesario conocer las percepciones de los servicios que reciben y que, sobre esta, se construyan las bases de una estrategia encaminada a la atención humanizada de los servicios de salud.

El objetivo general de la investigación se centró en analizar las percepciones sobre atención humanizada de los usuarios a partir de la revisión de las quejas del SDQS durante el año 2019.

Materiales y métodos

Se trató de un estudio cualitativo descriptivo, el cual, parte de datos cuantitativos para soportar afirmaciones y elementos encontrados en la percepción de la población dispuestas en las quejas del SDQS en donde se exponen las percepciones e interpretaciones de los sujetos, así, se reconoce que las personas construyen significados a partir de experiencias en el proceso de atención en salud; de esta manera, se estableció un concepto a partir de las consideraciones y manifestaciones de los usuarios en general del sistema de salud en el año 2019. La recolección de los datos se realizó en un solo momento, extrayendo las quejas por atención deshumanizada del SDQS interpuestas por agentes públicos y privados en salud durante el año mencionado.

Según la base de registros del SDQS de 2019, se presentaron un total de 7.338 peticiones clasificadas como problemáticas de acceso a salud y felicitaciones, del total de quejas se seleccionó una muestra con un índice de confianza del 90 % para estimar un marco a analizar de 372, los textos contenidos se procesaron en una matriz Excel, donde se realizó una codificación de los textos y un análisis de contenido, lo que permitió organizarlas y dividirlas en seis categorías propias de la investigación: trato irrespetuoso, mal servicio y no garantía de derechos, negligencia en la atención, discriminación y no enfoque diferencial, mala comunicación e información y comportamiento abusivo y falta de ética.

Dentro de las etapas del proceso se realizó inicialmente un análisis de las comunicaciones del Sistema Distrital que permite tener un conocimiento de cada una de las quejas y, de esta forma, poder ubicarlas en las diferentes categorías creadas para tal fin, posterior a esto se realizó una integración conceptual de resultados, y finalmente la elaboración del documento de investigación.

Aspectos éticos: esta investigación fue clasificada "Sin Riesgo" de acuerdo con las especificaciones definidas en la Resolución 8430 de 1993, dado que no requirió la realización de consentimiento informado, ni la aplicación de este a los usuarios, ya que no se tuvo acceso a la información confidencial del paciente y que el usuario al momento de interponer la comunicación acepta el uso de la información como parte de los procesos técnicos y de gestión que adelanta el Distrito Capital (6).

Esta investigación fue sustentada y aprobada ante el Comité de Ética de la Investigación de la Secretaría Distrital de Salud, con radicado No. SDSCTI20200007.

Resultados

A partir de la revisión de las comunicaciones se establecieron seis categorías generales de análisis del concepto trato deshumanizado. En cada una de las 372 quejas analizadas correspondientes a trato deshumanizado se pueden presentar elementos correspondientes no solo a una, sino a varias, lo que incide en los porcentajes presentados en cada una de ellas. En la tabla 1 se presenta un contraste de las seis.

Tabla 1. Análisis de las categorías de las quejas 2019.

Análisis de las categorías de las quejas 2019	
Categoría	**Porcentaje**
Trato Irrespetuoso	43
Mal servicio y no garantía de derechos	22
Negligencia en la atención	15
Discriminación y no enfoque diferencial	9
Mala comunicación e información	7
Comportamiento abusivo y falta de ética	4

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Primera categoría: *trato irrespetuoso*

Esta primera categoría se analiza a través de 6 subcategorías:

Tabla 2. Expresiones verbales en quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría maltrato verbal, grosero y lenguaje inadecuado.

Subcategoría	Porcentaje
Maltrato verbal, grosero y lenguaje inadecuado	48
Lenguaje no Verbal Inadecuado	14
Descalificación	14
Maltrato psicológico y amenazas	11
Maltrato Físico	8
Displicencia	5

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

La primera subcategoría corresponde a *maltrato verbal, grosero y lenguaje inadecuado,* que presenta el mayor número de quejas, siendo 211 del total general de 372 quejas analizadas, con un porcentaje de 56,87 %. Estas describen mensajes verbales de los que llama la atención un alto número por el tono de voz elevado, gritos o groserías. Se transcriben estas quejas de verbalizaciones propias de los usuarios en la tabla 3.

Sobre el tema del *maltrato verbal, grosero y lenguaje inadecuado*, Ospina et al., en su estudio elaborado con 16 gestantes en una subred de Bogotá, muestran narraciones que describen ejercicios autoritarios de parte del equipo de salud que van "desde los regaños a las usuarias, pasando por su invisibilización durante el trabajo de parto, hasta violencias manifiestas por expresar dolor" (7). Schroll et al. observaron que las mujeres de su estudio "habían experimentado en su mayoría abuso que podría clasificarse como negligencia o abuso verbal [...] la importancia de experimentar tipos sutiles de abuso no debe ser ignorado" (8). Rojas y González enuncian que el profesional para proporcionar salud al comunicarse debe "reconocer factores favorecedores y entorpecedores en la comunicación y emplear un vocabulario acorde a las particularidades del enfermo y su familia" (9).

Tabla 3. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría maltrato verbal, grosero y lenguaje inadecuado.

Perfil del colaborador	Expresión narrada por el usuario
Médico (a)	"De malas; pida otra cita"; "cuál tiroides, usted está gorda por comer empanadas y tamales"; "ese es su peso… humm se le nota"; "quite el brazo del escritorio, eso no es para acostarse"; "¿se puede esperar?, déjeme llegar siquiera"; "si usted es médico ¿por qué no lo atiende entonces?"; "yo soy cirujana, no expido constancias"; "dejemos el quiste en el lado que usted quiere"; "usted tiene una sentencia de muerte, se va a morir, no tape el sol con un dedo".
Otro personal de salud	"¿Por qué se queja? las prepago tienen plata"; "eso le pasa por no haber tomado más medicamento, ¿para qué le da tan poquito Dolex a la niña?"; "trabajadora social grita a paciente y no atiende su solicitud porque tiene hambre y sale a almorzar"; "trabajadora social es agresiva con familiares de pacientes"; "la jefe utiliza lenguaje grosero y descortés con un adulto mayor".
Administrativos y otros sin identificar	"¿Se espera?, no ve que estoy ocupada, de malas así son las cosas"; "la operadora de la línea ante la solicitud de tiempo se demora, contesta: "ellos llegan cuando puedan""; "la funcionaria de ventanilla responde de manera grosera, manoteando y con actitud defensiva para decir al usuario que no puede darle la información porque ya apagó su computador"; "busque otra EPS que la atienda porque nosotros ya no le prestamos el servicio"; "el colaborador de la ruta de la salud grita a los miembros de la asociación para que no parqueen; se enoja y grita a persona mayor"; "el enfermero habla al menor de manera fuerte y agresiva; se enoja y grita"; "lenguaje grosero con el uso de palabras soeces"

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Esta subcategoría del maltrato a través del lenguaje verbal es una de las más sensibles para el usuario, haciéndolo sentir irrespetado y vulnerado en su dignidad. Conceptualizado a partir de lo que ellos manifiestan que es a través de las palabras y sus elementos paraverbales (tono de voz, velocidad, énfasis), en esto se materializa la intención de parte de los trabajadores de la salud al dirigirse al usuario para delimitar una relación de superioridad o para acercar la relación, generar confianza, dar información necesaria y fortalecer la calidez que propone la humanización del servicio. En palabras de Joyce Meyer: "Las palabras son contenedores de poder, tú eliges qué tipo de poder llevan" (10).

La segunda subcategoría de *trato irrespetuoso corresponde a maltrato físico* con un total de 36 quejas, que corresponde al 9,7 % del total por trato deshumanizado, en esta se destacan las maniobras físicas bruscas para sometimiento o inmovilización que ejerce el personal de ambulancias, maltrato físico a personas mayores, personas en condición de discapacidad, y menores de edad, así como también los casos en que los usuarios son sujetados para su inmovilización. Se ejemplifican algunas expresiones de los usuarios en la tabla 4.

Tabla 4. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría maltrato físico.

Perfil del colaborador	Queja del usuario
Médico (a)	"El médico tratante agrede físicamente al paciente quien se encuentra en estado de ebriedad, propina golpes en cara y en piernas"; "cuando la usuaria le pide que debe atenderla a tiempo, el Doctor la saca a la fuerza del consultorio y le quita las órdenes que le había dado la otra Doctora"; "trato brusco con sacudida de brazos del paciente"; "saca de forma agresiva acompañante del consultorio"; "trata de manera brusca a menor de edad".
Personal APH y Enfermería	"Lo sometieron bruscamente, lo golpearon, le rompieron el bastón"; "las tres entidades que prestan servicios de salud mental los amarran, se igualan con ellos a pelear"; "la enfermera maltrata a la persona mayor al colocarle sonda por la nariz, al parecer tiene afán de terminar turno, haciéndolo llorar"; "la enfermera le arrancó el catéter"; "el paciente es golpeado por personal tratante"; "personal del hospital agrede físicamente a persona de la tercera edad".
Vigilantes	"Agresión física del personal de vigilancia a familiares de paciente"; "guarda de seguridad toma de forma brusca del brazo a familiar".

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En lo relativo a este tema, se retoman los conceptos de Cruz "entender el significado de la persona desde la interacción mente, cuerpo y espíritu" (11). Esto lleva a analizar que lo que suceda con el cuerpo afecta las ideas, el espíritu y las emociones, por tanto, el maltrato físico genera una afectación en el cuerpo del usuario y así mismo en todas sus dimensiones.

Se observa con preocupación que el maltrato físico que se considera una práctica por sí misma deshumanizante y que se pensaba no manifiesta en los sistemas de salud, está presente en el ejercicio de algunos de los trabajadores de la salud, y se conceptualiza según los usuarios como la violencia que, a través del cuerpo, impacta la integralidad de los seres humanos objeto de atención. Es claro que

el maltrato físico y la violencia es un comportamiento no deseado y bajo ningún concepto se tiene derecho a ejercerlo ignorando la dignidad intrínseca del ser humano y el derecho a ser respetados en la integralidad. Con el maltrato físico se ejerce un poder que va en contravía del principio ético del cuidado que exige la atención humanizada en salud.

> La evaluación de la atención en salud facilita la identificación de situaciones que afectan las condiciones de salud de las personas, por esta razón, como lo menciona Burgos y Paravic, se hace necesario, entonces, realizar un diagnóstico de la situación de violencia percibida por los pacientes en los diversos contextos de atención de salud y abordar esta problemática basándose en los resultados obtenidos, para proponer estrategias a objeto de prevenir y/o intervenir si la situación así lo requiere, contribuyendo de esta forma con el compromiso adquirido de erradicar la violencia en las instituciones de salud, otorgando prestaciones sanitarias en centros de salud seguros y libres del flagelo de la violencia (12, p. 13).

La tercera subcategoría del *trato irrespetuoso corresponde al lenguaje no verbal inadecuado*, con 60 quejas que corresponden al 16,17 %. Se manifiesta por los usuarios como lenguaje no verbal agresivo, grosero, displicente y déspota que los hizo sentir irrespetados y les transmiten emociones mal gestionadas por parte de los profesionales. (ver ejemplos en la tabla 5).

Tabla 5. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría lenguaje no verbal inadecuado.

Perfil del colaborador	Queja del usuario
Médico (a)	"El médico tratante es agresivo en su trato con una gesticulación agresiva y déspota"; "trato agresivo y desobligante del personal asistencial con un lenguaje no verbal grosero"; "el Dr. no hizo contacto visual con el paciente, ni con el familiar"; "el Dr. tira la puerta en la cara del paciente, grosero en su trato no verbal"; "mirar mal"; " tirar las cosas"; "rompe las órdenes"; "tira los documentos".
Administrativos y otros sin identificar	"Lo tratan de forma grosera, … y le hacen las órdenes de mala gana"; "el conductor lanzó la silla de forma agresiva"; "el cajero al escuchar al usuario decir que bueno que están atendiendo rápido, le hace roscas (gesto grosero con mano y nariz) y ante la respuesta del usuario, le amenaza que no lo va a volver a atender en ese punto"; "descargar de forma brusca la camilla"; "cerrar la puerta en la cara".

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Como menciona Bernal:

> Para que una entidad pueda prestar a cabalidad el servicio público que le corresponde [...] es indispensable que, dentro de su cultura organizacional, vale decir en sus políticas y estrategias, en sus principios y valores compartidos por todos sus integrantes, en sus estilos habituales de actuar y reaccionar, el servicio y el respeto al ciudadano sean norma máxima de comportamiento de cada uno de los funcionarios (13, p.23).

Asimismo, plantea que "cuando existe una mala adaptación, cuando las necesidades no están satisfechas, cuando las habilidades están sobre o subvaloradas, el sujeto reacciona con respuestas alteradas de carácter cognoscitivo, emocional, fisiológico, y de comportamiento" (13, p.31).

El lenguaje no verbal, desde la percepción de los ciudadanos, corresponde a los gestos, señas, ademanes y movimientos corporales que complementan o contradicen el lenguaje verbal; por tanto, es muy importante considerar que si no hay palabras y el lenguaje no verbal es el centro de lo que se comunica a los pacientes, se espera que este transmita un trato digno y humanizado como ellos lo esperan. En este sentido, la *Teoría del Cuidado Humano* de Watson da bases de la relación del cuidado transpersonal cuando manifiesta la importancia de "la capacidad de los profesionales de mostrar una genuina preocupación por la persona en todos los ámbitos del ser". Preocupación que se deberá reflejar en el lenguaje no verbal adecuado (14).

La cuarta subcategoría definida de *trato irrespetuoso fue el maltrato psicológico y amenazas*, que tuvo 47 quejas, correspondientes al 12,67 % del total. Los usuarios manifiestan que, adicional a las amenazas, les generaron maltrato psicológico por la falta de tacto al emitir un concepto o diagnóstico, al no creer su historia, al ejercer recriminación, violación a la intimidad y privacidad, trato indigno, indolente, insensible o humillante, así como el uso indebido del poder para decidir el acceso a los servicios o procedimientos; todo esto con la consecuencia de propiciar un profundo desinterés para asistir a una nueva cita. En la tabla 6 se resumen estas quejas.

Tabla 6. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría maltrato psicológico y amenazas.

Perfil del colaborador	Queja del usuario
Médico y personal asistencial	"Amenaza por parte del paramédico y médico de turno a la paciente, haciendo un llamado a policía sin causa aparente"; "deje de gritar o la hago sacar"; "la auxiliar de enfermería maltrata los pacientes mayores de edad con frases como 'o comen o los vuelvo a intubar'"; "Burlándose, los imita: 'ay no como porque me dan gases'"; "necesito la cama para alguien que sí vaya a vivir"; "el Doctor se enoja porque al preguntarle qué medicamentos toma, la usuaria le entrega la fórmula porque no puede leer por el glaucoma, se altera y enoja, utiliza un tono fuerte porque ella no trajo en físico todos los procedimientos anteriores, y luego ante el reclamo de la paciente, colocó en la historia clínica que era 'una paciente grosera y hostil'"; "los tripulantes de la ambulancia ante la queja de familiar por el trato indebido al paciente, lo acusan de conducta belicosa"; "la Doctora, ante la reacción emotiva del menor, se molesta y ejerce coacción en la atención".
Administrativos y otros sin identificar	"Amenazaron al paciente por no pago de pagaré, de retenerlo"; "cuando pidió ayuda con la situación no le solucionaron y lo amenazaron con traer a la policía, perdiendo tiempo y dinero y el desplazamiento que para alguien con su condición es bien difícil"; "persona de la línea 123 llama amenazando al paciente que por mala utilización del servicio le van a colocar una multa"; "le piden a la usuaria decir mentiras de la pérdida del turno con la condición de atenderla"; "el personal de atención al ciudadano se burla del paciente".

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Este tipo de maltrato puede basarse en una equivocada posición existencial del profesional, desde una convicción de superioridad sobre el usuario. Azeredo y Schraibe explican que estos excesos o abusos generan en los usuarios efectos de intimidación u obediencia. Esta forma se da en la práctica como el ocultamiento de la información por parte de los médicos en relación con los procedimientos y el estado de salud de los pacientes, la descalificación del conocimiento de los usuarios sobre su cuerpo y su experiencia en la enfermedad, cuyo resultado es que la relación entre las dos entidades sea aún más desigual y que la autoridad del paciente sea anulada, esto se considera no exactamente un abuso de poder, sino una violencia, al no reconocer al otro como sujeto (15).

Algunas manifestaciones que se encuentran por parte de los usuarios son: "No me hospitalizaron y me botaron del hospital. Llegó la trabajadora social, el médico y otra funcionaria, dijeron que tenía que irme porque la EPS no quería responder. Me sentí huérfana, sin el apoyo de la parte administrativa" [...]. Pagué para que me subieran a piso, solo el Dr. me brindó apoyo, estaba angustiado, me dijo: 'la entiendo, no voy a dejar que se muera, ellos verán cómo solucionan la parte administrativa' [...]. Me daba angustia [...] que ella se quedara sin medicamentos [...] Conseguía medicamentos con los demás pacientes, con el Doctor nos tocó luchar para que ella estuviera bien".

Se conceptualiza que, para los usuarios, el maltrato psicológico y las amenazas son formas de los excesos de poder o abusos de autoridad por parte de los profesionales, generando efectos de intimidación y, por tanto, una afectación psicológica a los pacientes. Centrarse en gestiones administrativas lleva a ignorar los efectos de las decisiones en la condición psicológica de los usuarios, de sus cuidadores y en el buen desarrollo de sus tratamientos; en pos de cumplir las metas, pueden creer que tienen un poder sobre los usuarios que les permite amenazarlos, intimidarlos o coaccionarlos a cambio de facilitarles el acceso a los servicios. Sin embargo, este es un tema en el que se hace difícil medir su impacto en cada persona, por tanto debe ser algo tratado con máximo cuidado.

La quinta subcategoría de *trato irrespetuoso es la descalificación que ejercen los profesionales o instituciones hacia el usuario o sus familiares;* recibió 61 quejas, que equivalen al 16,4 % del total.

Tabla 7. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría descalificación.

Perfil del colaborador	Queja del usuario
Médico y personal asistencial	"Enfermeras tratan de manera desobligante a pacientes y acompañantes (eso no es urgente salga que me congestiona el servicio)"; "al niño de 8 años, después de un accidente de tránsito, por los gritos de dolor y lo agresivo, lo tildaron de loco, mimado, consentido, malcriado, entre otro sinnúmero de agresiones"; "críticas directas a la condición de mamá del menor".
Administrativos y otros sin identificar	"Al familiar del paciente no le permiten ingreso a visitas porque no tiene con qué pagar la atención del paciente"; "minimiza el requerimiento del usuario y lo descalifica"; "manda callar al familiar"; "manda callar a la paciente"; "no respeto a paciente de 92 años"; "la cajera atiende de forma displicente a usuaria de población indígena"; "burlas a la condición del paciente".

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Duque-Castro et al. recuerdan la definición del cuidado integral de Watson del compromiso moral del enfermero de preservar la dignidad humana, reconociéndola como intrínseca a los seres humanos, sin descalificar a nadie. En una relación simétrica son igual de válidos los valores, experiencias e intereses del usuario a los del profesional, sin dar cabida a la descalificación: "de cada 3 profesionales presenta agotamiento emocional, el 18 %, despersonalización y el 34 %, baja realización personal, lo que provoca que el personal tenga una atención distante y fría con los usuarios", que puede ser interpretada como descalificación (16, p.64).

Para los usuarios, la descalificación se refiere a la pretensión de minimizar su condición o su capacidad, con el objetivo de anularlos. Lo que nos reta a comprender que el servicio humanizado implica actitud de humildad, asumiendo la historia de vida de los usuarios tan importante como la propia, buscando que la interacción enriquezca las 2 partes, valorándose al otro sin descalificación en las acciones, en las palabras, ni en las decisiones que se tomen.

La sexta y última subcategoría de *trato irrespetuoso es la displicencia,* con 22 quejas correspondientes a 5,92 % del total. Los usuarios sintieron irrespeto al ser ignorados, despreciados o tratados con indiferencia. Se resumen estas en la tabla 8.

Tabla 8. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría trato irrespetuoso, subcategoría displicencia.

Perfil del colaborador	Queja del usuario
Médico y personal asistencial	"El personal asistencial aplica de mala gana medicamentos", "fue grosero y se la pasó en el celular"; "los doctores y enfermeras en diferentes momentos respondieron a los familiares de manera desinteresada, altivos, nada empáticos, con enojo y poca humanidad para dar información, la información sobre los exámenes no fue comunicada de manera oportuna a sus familiares"; "de forma displicente manda al paciente a terapia y a colocarse hielo, sacándolo del consultorio".
Administrativos y otros sin identificar	"Niegan atención al paciente por no considerarlo urgente", "el personal de camilleros y el ascensorista tratan de forma desobligante a paciente, le dan salida y no le prestan silla de ruedas, y ante su condición no le dejan usar el ascensor", "no presta atención al usuario, requiriendo se le repita la información"; "las personas no saludan, no dan información adecuada"; "no hay una respuesta afirmativa, cordial y respetuosa para los pedidos de los familiares"; "funcionaria de facturación tiene una atención displicente a usuarios".

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Mejía Merino et al. relacionan la violencia obstétrica con la displicencia cuando se hacen solicitudes a las pacientes de no expresar sus emociones, o ignorándolas si las expresan, como una especie de castigo. La expresión "no llores ni te quejes porque te dejarán sufriendo más", ha aparecido como una constante citada por las mujeres que escucharon este comentario de otras madres que ya habían pasado por la experiencia del parto. Estas ideas o creencias preconcebidas sobre el cuidado fueron confirmadas a través de sus propias experiencias; desde el primer tiempo de espera para el ingreso hospitalario las mujeres observaron cómo el médico y el personal de enfermería no brindaron atención a las mujeres que lloraban y se quejaban. Entre las prácticas prevalentes en este sentido están obstaculizar el apego temprano o contacto piel a piel; crítica por llorar o gritar durante el parto; imposibilidad de preguntar, manifestar miedos o preocupaciones, burlas y comentarios irónicos y descalificadores (17).

El concepto que tienen los usuarios de displicencia es un trato que transmite indiferencia y desagrado de parte del profesional, que surge de una relación asimétrica en la que el profesional pierde la perspectiva del paciente, un ser que, aunque esté vulnerable en su enfermedad, no es inferior por esta condición y, al contrario, necesita sentirse reconocido, valorado en sus necesidades y sujeto activo en su proceso de diagnóstico y tratamiento.

Segunda categoría: *mal servicio y no garantía de derechos*

El análisis de esta categoría se aborda en 4 subcategorías:

Tabla 9. Subcategorías de la categoría mal servicio y no garantía de derechos.

Subcategoría	Porcentaje
Vulneración de derechos	39
Demora en la prestación del servicio	37
Mal manejo de protocolos y falta de capacitación del personal de salud	21
Actitud en la prestación del servicio	3

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

La primera subcategoría es la de vulneración de derechos, para lo cual se presentaron 83 quejas que corresponden al 22,37 % del total. Estas acciones se resumen en la tabla 10.

Tabla 10. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría mal servicio y no garantía de derechos, subcategoría vulneración de derechos.

Queja del usuario
"Citación de varios pacientes a la misma hora", "no dan de comer al paciente y cuando lo hacen se hace de mala gana"; "paciente con riesgo de suicidio, demora de más de 5 horas en llegar ambulancia por no ser urgencia vital, paciente fallece"; "entidad no atiende a menor de edad con urgencia médica por no registro de pago en EPS"; "paciente le reprograman en varias oportunidades cirugía urgente por no disponibilidad de salas ni suministros"; "malas condiciones físicas; capacidad instalada y aseo; infraestructura en urgencias inadecuada y no hay dotación para procedimientos".

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Para hablar de vulneración de derechos, se parte del Art. n.º 49 de la Constitución Política de Colombia que consagra el derecho a la salud, con connotación de fundamental, cuando la no atención de la persona amenace con poner en peligro el derecho a la vida (18).

Se deben considerar los valores inherentes al ser humano desde el inicio hasta el fin de la atención. Carlosama et al. cuestiona que "en ocasiones, se desconoce que el centro de la atención en salud es la persona humana y se dejan de lado los valores, principios y derechos, lo cual afecta la dignidad y calidad de vida de los actores implicados" (19).

La voz de los usuarios muestra la importancia que estos dan a que los prestadores comprendan y respeten sus derechos sin ningún tipo de discriminación, basados en la Constitución Política de Colombia art. 11 y 49 que habla sobre el derecho a la vida y al acceso a los servicios. El Estado debe llevar a cabo acciones que estén destinadas a la prevención y a dar herramientas de restitución de los derechos del usuario si estos han sido vulnerados (18).

La segunda subcategoría corresponde a la *demora en la prestación del servicio*; 80 quejas, con 21,56 % del total, corresponden a esta subcategoría. En la tabla 11 se ejemplifican algunas.

Tabla 11. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría mal servicio y no garantía de derechos, subcategoría demora en la prestación del servicio.

Queja del usuario
"Demora para la atención de consulta externa; urgencias; hospitalización"
"No atención a la hora asignada para la cita"
"Demoras en la atención a pesar de la condición del paciente"
"Demora para la atención en ventanilla (trámites administrativos); entrega de medicamentos"
"Demoras en la atención de más de 8 horas"
"No disponibilidad de agenda"
"Demora de más de dos horas en la llegada del profesional y no atiende a ningún usuario"
"Paciente llega al servicio y no le indican solicitar ficha y la tienen esperando más de 3 horas y no la atienden. Al pedir nueva cita se la dan con dos meses de demora"
"Cita para exámenes prioritarios de menor de edad a más de 10 días"
"Menor de edad gestante la dejan por varias horas sin atención sentada en una silla"
"Paciente a quien le reprograman examen que lleva esperando mucho tiempo vulnerando su derecho a la atención oportuna". "Demoras en la asignación de citas"
"Paciente menor de edad más de 7 días en urgencias esperando atención y exámenes"
"Demora en la llegada de la ambulancia"; "demoras en la atención por personal APH"

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Aunque dentro de la literatura revisada no se encontró una referencia específica al tema, se puede concluir que para los usuarios es un tema sensible, conceptualizándolo como la atención no oportuna de sus requerimientos en la programación de un servicio o en la atención de este. Tiempos no acordes con la necesidad o con lo programado.

La tercera subcategoría es el *mal manejo de protocolos y falta de capacitación del personal de salud*, con 47 quejas correspondiente al 12,67 % del total. En estas se hace referencia al mal manejo, desconocimiento y no capacitación en los protocolos de atención por parte del personal asistencial y personal APH (atención prehospitalaria), las cuales se presentan en la tabla 12.

Tabla 12. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría mal servicio y no garantía de derechos, subcategoría mal manejo de protocolos y falta de capacitación del personal de salud.

Queja del usuario
"Falta de capacitación sobre el tema que atienden"; "no aplicación de protocolos por personal administrativo"; "mal manejo de protocolos en atención domiciliaria"; "paciente con amenaza de infarto no es atendida por personal y debe ser ingresada por taxista"; "personal de ambulancia se niega a subir a paciente con discapacidad a su sitio de vivienda, y manejan de forma temeraria poniendo en riesgo al paciente"; "a pesar de que usuaria manifiesta tener problemas de azúcar no le toman niveles porque la auxiliar no cree la manifestación de la usuaria"; "envían paciente a institución no adecuada para su condición poniendo en riesgo la vida"; "paciente en discapacidad mental que no se le permite acompañamiento de familiar, cae, convulsiona y pierde pieza dental"; "desconocimiento de protocolo para atención de paciente con enfermedad transmisible"; "personal de ambulancia que asiste a atender paciente de 90 años sin conocimiento de protocolos ante infarto".

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Boladeras propone realizar énfasis en la capacitación y sensibilización a los profesionales de la salud; de manera que no se trate a los pacientes como simples números o factores industriales que producen dinero (20). Por su parte, Correa-Pérez y Chavarro presentan la estrategia ABCDEF como un proceso de mejora ante las falencias en cuidado a pacientes en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), educando a los profesionales y generando herramientas en la aplicabilidad de protocolos (21). Adicionalmente, Delgado y Naranjo hablan de protocolos en las prácticas de enfermería para humanizar la atención y cambios en la formación del profesional que les permitan implementar estrategias con sentido ético y humano (22), y para la práctica en sí. Patiño resalta el mal manejo de los protocolos en experiencias de violencia sexual y la importancia del adecuado marco en capacitación para profesionales de la salud (23).

Los usuarios perciben desconocimiento y falta de protocolos para la atención oportuna, lo que propone que los profesionales se formen para prestar un buen servicio, cuidar al paciente con sentido ético, calidez y respeto, implementar habilidades comunicativas, atender a poblaciones vulnerables y construir conocimiento aplicando criterios gubernamentales; así mismo, desde las organizaciones, sería pertinente fortalecer los mecanismos de monitoreo y evaluación al cumplimiento de manuales, guías, protocolos etc., que minimicen el riesgo de atenciones no éticas e inseguras.

La cuarta subcategoría es la *actitud en la prestación de servicio*. Son 6 quejas, que corresponden al 1,62 % del total. En la tabla 13 se ejemplifican algunas de ellas.

Tabla 13. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría mal servicio y no garantía de derechos, subcategoría actitud en la prestación de servicio.

Queja del usuario
"Realizan actividades personales en horario laboral"; "médico atiende de mala forma a paciente y ante su solicitud de mejorar trato la saca del consultorio y no genera la atención"; "por solicitar cambio de profesional el nuevo médico no atiende a paciente y le niega órdenes de exámenes"; "paciente se queja de incomodidad del centro de atención".

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Es claro que las actitudes de los profesionales facilitan u obstaculizan la relación con el usuario. Como indica Thomas et al., en la relación terapéutica es importante entender qué es lo que me define como persona para desarrollar una actitud al atender a un paciente (24).

A través de la voz de los usuarios se conceptualiza que la actitud del personal para prestarle el servicio es un conjunto de comportamientos que reflejan sus pensamientos y sentimientos acerca de ellos y sus familias, y que influyen en la percepción de la calidad de la atención; por tanto, promover una adecuada actitud se convierte en un factor fundamental del trabajo con miras a una humanización de la atención.

Tercera categoría: *negligencia en la atención*

La tercera categoría que se examina es la *negligencia,* sobre la cual se recibieron 149 quejas correspondientes al 40,16 %. Se analiza a través de 4 subcategorías.

Tabla 14. Subcategorías de la categoría negligencia en la atención

Subcategoría	Porcentaje
No prestación del servicio	60
Inobservancia y no aplicación de protocolos y guías para la atención	27
No pertinencia e idoneidad profesional	12
No atención integral a necesidades del paciente	1

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En la tabla 15 se ejemplifican algunas de ellas:

Tabla 15. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría negligencia en la atención con sus cuatro subcategorías.

Queja del usuario	Subcategoría
"No prestación del servicio de salud"; "niegan servicio al usuario"; "no entregan órdenes, ni medicamentos"; "no atención oportuna a pacientes desmejorando su condición", "no prestación de servicios administrativos (autorizaciones, facturación, entrega de medicamentos)", "no atención/colaboración por parte de personal APH".	**NO PRESTACIÓN DEL SERVICIO**
"Desconocimiento de protocolos del personal administrativo"; "médico prescribe antibióticos al paciente a pesar de ser informado que es alérgico a los mismos causando daños al paciente"; "enfermeras no aplican medicamentos a paciente mayor de edad y sí registran en historia clínica exponiendo la vida del paciente"; "médica del servicio inicia medicamento a paciente con pérdida de conciencia sin hacer exámenes"; "médico aplica anestesia al paciente sin exámenes previos y sin considerar las condiciones del paciente"; "paciente ingresa y hacen mal diagnóstico y aplican tratamiento errado, lo que ocasiona que paciente ingrese a UCI"; "aplicación exagerada de líquidos que le produce edema pulmonar"; "solicita hospitalización e inicio de tratamiento sin valorarlo"; "enfermera aplica medicamentos a paciente sin la periodicidad determinada, siendo de 12 horas aplica cada 4, poniéndolo en riesgo"; "auxiliar de enfermería aplica medicamentos a pacientes gestantes sin autorización de médico tratante"; "paciente de 3 meses de edad que es atendido por estudiantes, quienes aplican mal medicamento causando daño al paciente"; "no hace valoración integral del paciente"; "paciente sufre quemaduras porque auxiliar deja caer sobre él el alimento caliente"; "tratamiento o procedimiento doloroso".	**NOBSERVANCIA Y NO APLICACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS PARA LA ATENCIÓN**
"Falta de pertinencia en el tratamiento o diagnóstico", "paciente fallece por mala praxis, a pesar de haber solicitado traslado a hospital, el médico de EMI no lo considera necesario"; "falta de idoneidad"; "paciente fallece en realización de examen, a pesar del familiar haber solicitado no hacerlo, porque no estaba en óptimas condiciones".	**NO PERTINENCIA E IDONEIDAD PROFESIONAL**
"Paciente menor de edad en estado de gestación la dejan por varias horas sin comer ni beber"; "no se suministran alimentos al paciente".	**NO ATENCIÓN INTEGRAL A NECESIDADES**

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Díaz Amado plantea que "[...]las prácticas médicas y tecnológicas que afectan y comprometen el bienestar de las personas enfermas, incluyendo el maltrato [...], la negligencia, [...] y el incumplimiento de lo que prescriben las mismas leyes para la buena atención y asistencia del servicio de la salud como derecho, [...] permanecen como algo que ya identifica el servicio de la salud en Colombia" (25). Así mismo, se presenta una dicotomía entre la objetividad y la subjetividad que se puede presentar en el proceso de atención, para Díaz Amado la negligencia es resultado de un error humano "representada en esa lucha feroz de la objetividad por imponerse a la subjetividad del médico, representada por sus deseos, emociones, creencias, valores, dudas y temores" (25). Entonces, con lo planteado por los ciudadanos, se evidencia un sistema de salud con sus agentes, realizando acciones mayoritariamente reactivas, como lo refiere Zapata en su estudio, donde plantea que los profesionales solo tomaron acciones cuando las gestantes luego de ir en repetidas ocasiones a urgencias llegaban al servicio con complicaciones (26).

Se conceptualiza que para los usuarios la negligencia se observa en la no prestación de los servicios de salud, el desconocimiento de protocolos por parte del personal administrativo, la falta de pertinencia en el tratamiento o diagnóstico, la no valoración integral del paciente previo a su tratamiento, la no entrega de órdenes médicas ni medicamentos, y no brindar una atención oportuna, desmejorando su condición de salud; todo lo cual no favorece una atención diligente y de calidad.

Cuarta categoría: *comportamiento abusivo y falta de ética*

En el análisis, la cuarta categoría corresponde al *comportamiento abusivo y falta de ética,* del total de las quejas analizadas, 46, es decir un 9,76 %, se relacionan. De estas, 82,61 % refieren conducta abusiva e inmoral y 17,39 % condiciones laborales arbitrarias.

Tabla 16. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría comportamiento abusivo y falta de ética.

Subcategoría	Porcentaje
Conducta abusiva e inmoral	83
Condiciones laborales arbitrarias	17

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Los usuarios se quejan por la violación al principio del sigilo profesional, la deshonestidad reflejada en hurto de sus pertenencias, la utilización indebida de datos personales, los tratos degradantes por parte del personal médico y el abuso de autoridad como acciones que generan desconfianza e insatisfacción. En la tabla 17 se resumen estas quejas.

Tabla 17. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría comportamiento abusivo y falta de ética con sus dos subcategorías.

Queja del usuario	Subcategoría
"Paciente se queja de abuso sexual de médico tratante"; "personal de ambulancia se lleva maletín de usuario con todas sus pertenencias y no lo regresa"; "paciente se queja de sufrir abuso sexual de enfermero de la noche. Aplicó medicamento sedante"; "auxiliar de enfermería se hace pasar por médico y atiende pacientes"; "actos de corrupción"; "auxiliar de farmacia cobra cuota moderadora a usuaria siendo medicamento pos que no paga cuota"; "violación del sigilo profesional"; "utilización de datos personales de los pacientes para otros fines".	**CONDUCTA ABUSIVA E INMORAL (ÉTICA)**
"Acoso y maltrato laboral"; "médico de ambulancia trata con lenguaje soez al resto del personal frente al paciente y su familia".	**CONDICIONES LABORALES ARBITRARIAS**

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

Ávila analiza que a partir del Encuentro Nacional de Tribunales de Ética Médica "se asoció la deshumanización de la atención en salud con el riesgo moral presente en los diferentes roles en las relaciones médico-paciente- sistemas de salud-aseguradoras- las instituciones de salud- industria farmacéutica". Según el autor, este riesgo moral está presente desde la misma formación de pregrado y postgrado (27).

Ariza afirma que "las instituciones universitarias están llamadas a inculcar los valores morales y éticos como eje transversal a través de todo el proceso formativo, con el propósito de lograr la excelencia y el mejor adiestramiento posible." (28).

Se puede conceptualizar que para los usuarios es importante la formación integral de los profesionales y una atención basada en la ética y la moral, resaltando la importancia del reconocimiento y el respeto a la dignidad humana.

Quinta categoría: *mala comunicación e información*

Esta quinta categoría corresponde al 14,22 % del total con 67 quejas. Se analizan a través de 3 subcategorías.

Tabla 18. Subcategorías de la categoría mala comunicación e información.

Subcategoría	Porcentaje
Fallas en la información y comunicación al paciente y su familia	53
Barreras en la atención	34
Deficiencias en la comunicación médico-paciente	13

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En el cuadro 13 se ejemplifican a través de las verbalizaciones de los usuarios.

Tabla 19. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría mala comunicación e información con sus tres subcategorías.

Queja del usuario	Subcategoría
"Paciente se queja de atención de línea 123 no envía ambulancia por considerar que la paciente dice mentiras en sus síntomas"; "no entregan órdenes completas"; "hospital no indica los trámites y costos a los pacientes al ingreso, lo que ocasiona un gasto que los familiares no pueden cubrir"; "paciente no se le informa trámite de documentos, después de estar largo tiempo en el servicio lo llaman para volver a dejar documentos"; "al solicitar ambulancia para paciente de 91 años, con neumonía, y preguntar cuánto se demora en llegar, la auxiliar de la línea responde: no sé, ellos llegan cuando puedan"; "paciente mayor de edad no es atendida por ser agendada a una IPS diferente. No dan información adecuada".	**Fallas en la información y comunicación al paciente y familia 63 %**
"Trámites administrativos complicados; barreras administrativas"; "a paciente mayor de edad, después de estar 3 horas esperando atención, le indican que no lo atienden por no llevar acompañante, sin haber sido informado antes de esta condición"; "barreras asistenciales".	**Barreras en la atención 27 %**
"No establece comunicación con el paciente y/o familiar"; "falta de empatía del médico tratante con el paciente"; "no saluda al paciente".	**Deficiencias en la comunicación médico-paciente 10 %**

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

García-González y Rueda refieren que el consentimiento informado es una "herramienta que permite el diálogo y la comprensión entre médicos y pacientes en la atención digna", y al mismo tiempo empodera al paciente para que asuma los riesgos y beneficios del tratamiento a través de la toma de decisiones, demostrando respeto por la autonomía (29).

Rojas y González mencionan que "el desarrollo de habilidades comunicativas es esencialmente importante para garantizar eficiencia en los servicios de salud" (30). Del mismo modo, Onor y Misan definen que "una entrevista clínica bien gestionada sienta las bases para una buena relación médico-paciente" (31).

Se conceptualiza a través de lo expresado por los usuarios, que la comunicación es un factor fundamental en la relación médico-paciente-familia, que facilita la precisión en el diagnóstico, la definición del tratamiento, la comprensión de las indicaciones y la adherencia al tratamiento por parte del paciente y su familia. Esto se concreta en acciones tan sencillas como saludar al paciente, mirarlo a los ojos, escuchar atentamente sus inquietudes y responder a ellas, ser empático y utilizar un lenguaje sencillo.

Sexta categoría: *discriminación y no enfoque diferencial*

Para esta sexta y última categoría analizada se recibieron 89 quejas, que son el 18,9 % del total. En la tabla 18 se resumen estas manifestaciones.

Tabla 20. Subcategorías de la categoría discriminación y no enfoque diferencial.

Subcategoría	Porcentaje
No atención diferencial - Grupo etario ciclo de vida	54
No atención diferencial por condiciones de salud	29
No atención diferencial por condiciones socioeconómicas, culturales y políticas	10
No atención diferencial por identidad de género	7

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

En la tabla 14 se relacionan algunos ejemplos de lo manifestado por los usuarios.

Tabla 21. Expresiones verbales de los usuarios en las quejas correspondientes a la categoría discriminación y no enfoque diferencial con sus subcategorías.

Queja del usuario	Subcategoría
"Paciente de 93 años que requiere silla de ruedas no es considerada por el personal de vigilancia quienes niegan la silla y debe hacer esfuerzos adicionales para caminar sin poder hacerlo"	**No atención diferencial grupo etario - ciclo de vida 54 %**
"Paciente con discapacidad física y mental es agredido físicamente por médico de ambulancia y niega el servicio", "paciente con Alzheimer no recibe el cuidado requerido del personal - se da salida y paciente fallece"; "paciente con autismo es tratado de forma agresiva física y verbalmente por psicóloga que lo atiende"; "familiar de paciente se queja que es requerida su presencia permanente para bañar y cuidar al paciente con discapacidad, porque el equipo asistencial no tiene tiempo de hacerlo. Descuidan al paciente".	**No atención diferencial por condiciones de salud 29 %**
"Paciente transgénero discriminada, no utilizan su nombre identitario".	**Por identidad de género 7 %**
"Persona víctima de conflicto armado es tratada con agresividad"; "usuaria es discriminada por su forma de vestir y su apariencia y no le prestan el servicio ni el baño cuando lo solicita"; "Víctima de desplazamiento a quien asignan cita no puede asistir por no tener el tiempo. Es amenazado por la persona de la línea con retirarlo del sistema. Grosera en el trato"; "discriminación por afinidades políticas".	**No atención diferencial por condiciones socioeconómicas, culturales y políticas 10 %**

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de la investigación.

La página web de la Secretaría Distrital de Gobierno muestra lo siguiente con respecto al enfoque diferencial:

> permite visibilizar, identificar y reconocer condiciones y situaciones particulares y colectivas de la desigualdad, fragilidad, vulnerabilidad, discriminación o exclusión de las personas o grupos humanos que son sujeto de especial protección constitucional, que requieren de acciones integradas de protección y restitución de los derechos vulnerados, apuntando de manera inmediata a atender los daños causados y a identificar y afectar simultáneamente los factores que generan o reproducen la discriminación, desigualdad y exclusión (32).

Patiño menciona que "el desconocimiento de las políticas y protocolos de atención [...] la deshumanización o cosificación de los servicios" son factores que influyen en la vulneración a los derechos de las poblaciones víctimas de violencia sexual, y por ende causan un mayor perjuicio al revictimizar (23). Fonseca et al. manifiestan que la atención al niño en hospitalización limita su capacidad de "exponer sus miedos, ansiedades y dudas, ante la hospitalización". Proponen incluir actividades lúdicas que le permitan "comprender su estado real de salud y colaborar para que el entorno hospitalario sea menos agresivo y hostil" (33). Igualmente, Ribeiro et al. afirma que "estas acciones se configuran como intervenciones terapéuticas que facilitan la interacción entre los niños y el personal, generando un ambiente alegre y sereno, contribuyendo a la calidad de las relaciones humanas" (34, p.537).

Conclusiones

En el marco de la propuesta de la política nacional de humanización de la salud "Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana" 2021-2031 resulta determinante incluir la manera como se crean relaciones en la atención en salud, las cuales están mediadas dependiendo de los intereses en torno al poder de cada agente, que se ven reflejados a través de sus emociones, pensamientos y comportamientos (4), como lo menciona Foucault, el poder no es algo que posee la clase dominante; postula que no es una propiedad sino que es una estrategia. Es decir, el poder no se posee, se ejerce (35).

Por tanto, es importante entender que este debe ser considerado como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social, más que como una instancia negativa que tiene como única función reprimir.

La revisión y análisis de la voz de los ciudadanos en el 2019 permite reconocer que lo que más afecta su percepción frente al concepto de trato deshumanizado fue el manejo irrespetuoso, seguido por el mal servicio y no garantía de derechos, la negligencia en la atención, la discriminación y no enfoque diferencial, la mala comunicación y, por último, el comportamiento abusivo y sin ética.

La categoría con más quejas que correspondió al *trato irrespetuoso* fue percibida por ellos a través de comportamientos como maltrato verbal y no verbal, el maltrato físico, el maltrato psicológico, la descalificación y la displicencia. Todos estos aspectos parten de una posición existencial de superioridad de parte de quienes prestan el servicio, ya sea asistencial, administrativo o de apoyo, atribuyéndose el derecho a irrespetar al usuario e ignorar su condición intrínseca de dignidad que implica la necesidad que todos los seres humanos sean tratados con igualdad y puedan gozar de los derechos fundamentales que de ello derivan.

El mal servicio se relaciona, según los ciudadanos, con la vulneración de sus derechos, el mal manejo de protocolos, la falta de formación, la mala actitud de los profesionales y las demoras en la atención. Influyen, igualmente, aspectos relacionados con la formación en salud, que a pesar de la riqueza de las reflexiones y revisiones que se proponen en la literatura y que han concluido que es necesario reevaluar la formación de los profesionales en cuanto a las prioridades en competencias, para dar mayor espacio a aquellas relacionales, del ser y en especial las habilidades sociales, esto parece seguir siendo un discurso al que no se le ha dado ninguna relevancia en la academia y algunas instituciones de salud.

Es determinante el compromiso de la academia en la formación integral del personal de la salud, la cual debe exigir no solo una elevada preparación técnica y científica sino una avanzada formación humanista que promulgue el desarrollo de las habilidades, destrezas, actitudes y valores que deben estar presentes hoy día en este personal.

Igualmente, la reflexión debe llevar a valorar las condiciones laborales en las que trabaja el personal de la salud, las cuales inciden de manera directa en la prestación de los servicios; situaciones de alta demanda de trabajo y de desarrollo de atenciones en condiciones inseguras pueden acarrear comportamientos relacionados con la ansiedad, miedo, incertidumbre, agresividad, depresión, estrés, entre otros.

Finalmente, es importante superar la creencia que humanizar significa únicamente un asunto de buenos modales o calidez en la atención; se hace necesario apuntar de forma directa a una transformación cultural y estructural del mismo sistema.

Por lo anterior, se puede concluir que ***un trato digno*** y respetuoso, que garantice los ***derechos*** a través de una atención ***de cuidado pertinente, ético y seguro,*** que promueva una cultura centrada en la buena ***comunicación e información, sin discriminación*** y con predominio de un ***enfoque diferencial***. (SDS – *Investigación humanización SDCSSS 2021- Percepción de los Ciudadanos), es el verdadero significado que expresan los usuarios frente a una atención humanizada.*

Conflicto de intereses: los autores declaran no presentar conflictos de intereses.

Financiación: no se recibió ayuda o auxilio de alguna agencia de financiación.

Referencias

1. Spinsanti S. Bioética global o la sabiduría para sobrevivir. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. 1998;7:9-19.

2. Gutiérrez F. La humanización de (en) la Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2017;10(1):29-38.

3. Departamento Nacional de Planeación. Implementación Bogotá nos cuida, un Modelo de Salud para una ciudadanía plena [Internet]. Bogotá; 2020. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/201_sds_20201100101 64_7827_0.pdf

4. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Humanización en Salud. Entretejemos Esfuerzo en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana 2021-2031. [Internet]. Bogotá; 2020. Disponible en: https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2021/09/Proyecto-en-borrador-Politica-de-Humanizacion-en-Salud.pdf

5. Alcaldía de Bogotá. Acuerdo no. 761 de 2020, junio 11. Por medio del cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas del distrito capital 2020-2024 "un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI". 2020. [Internet]. Disponible en: https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=93649 https://bogota.gov.co/asi-va-el-plan/files/Plan%20Distrital%20de%20Desarrollo.pdf

6. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993, octubre 4. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF

7. Ospina DP, Cristancho SM, Lafaurie MM, Rubio DC. Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. Revista Cuidarte. 2020;11(2):1-13. https://doi.org/10.15649/cuidarte.1005

8. Schroll AM, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study. BMC pregnancy and childbirth. 2003; 13(1):74. https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74

9. Rojas MM, González ME. Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2018;32(3):236-243.

10. Meyer J. Cambia tus palabras, cambia tu vida. New York: FaithWords; 2012.

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

12. Burgos M, Paravic T. Violencia hospitalaria en pacientes. Cienc. Enferm. 2003; 9(1):9-14. https://doi.org/10.4067/S0717-95532003000100002

13. Bernal Aguirre, LC. 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]. Boyacá, Colombia: Universidad Santo Tomás; 2015. https://doi.org/10.15332/tg.esp.2019.00049

14. Watson J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing. New York: National League of Nursing; 1988. 158.

15. Azeredo YN, Schraiber LB. Authority, power and violence: a study on humanization in health. Interface (Botucatu). 2021;25:e190838. https://doi.org/10.1590/interface.190838

16. Duque-Castro JA, Ortíz-Urbano J, Rengifo-Arias DM. Entorno y cuidado: circunstancias que influyen en la calidad de la atención médica percibida por los colombianos. MedUNAB. 2018:21(2):60-68. https://doi.org/10.29375/01237047.2799

17. Mejía CM, Faneyra L, Molina DP, Arango JD. Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. Invest. Educ. Enferm. 2018;36(1):e03. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e03

18. Constitución Política de Colombia. 7 de julio de 1991 (Colombia). Artículos 11 y 49.

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

20. Boladeras M, Padilla M. (coord.), Bioética del cuidar: ¿qué significa humanizar la asistencia?, Tecnos: Madrid, 2015, 293 p.

21. Correa-Pérez L, y Chavarro GA. Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2020;21(1):77-82. https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.004

22. Delgado AI, Naranjo ME. El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo. Av.enferm. 2015;33(3):412-419. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.42015

23. Patiño AP. Problemática de la primera atención en salud a mujeres víctimas de abuso sexual. Criterio Jurídico Garantista. Fundación Autónoma de Colombia. 2016;9(15):180-195. https://doi.org/10.26564/21453381.650

24. Thomas H, Mitchell G, Rich J, Best M. Definition of whole person care in general practice in the English language literature: a systematic review. BMJ Open. 2018;8(12):1-12. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023758

25. Díaz Amado E. Editor. La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas. Primera edición. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Bioética; 2017. 420 p. https://doi.org/10.2307/j.ctv893jjj

26. Zapata TM. Aspectos sociales e institucionales de la mortalidad materna como consecuencia de la deshumanización en los servicios de Salud de Lima Norte [tesis de maestría]. Lima, Perú: Escuela de Posgrado Universidad César Vallejo; 2018. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/16535

27. Ávila JC. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia. 2017;30(2):216-229. https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11

28. Ariza C. Soluciones de humanización en salud en la práctica clínica. Enfermería universitaria ENEO-UNAM. 2012;9(1):45-51.

29. García-González DE, Rueda XA. Cancer: a perspective of human dignity and informed consent from ethics and justice. Rev. Salud Pública. 2020;22(3):1-5. https://doi.org/10.3390/cancers12010229

30. Rojas MM, González ME. Las habilidades comunicativas en el proceso formativo del profesional de la salud. Educación Médica Superior. 2018;32(3):236- 243.

31. Onor ML, Misan S. The Clinical Interview and the Doctor–Patient Relationship in Telemedicine. Telemedicine and E-Health. 2005;11(1):102-105. https://doi.org/10.1089/tmj.2005.11.102

32. Secretaría Distrital de Gobierno. Enfoque diferencial [Internet]. Disponible en: https://www.gobiernobogota.gov.co/transparencia/informacion-interes/glosario/enfoque-diferencial#:~:text=El%20enfoque%20diferencial%2C%20configura%20la,especial%20protecci%C3%B3n%20constitucional%2C%20que%20requieren

33. Fonseca M, Costa MADJ, Souza PTL, Pinto RNM, Morais GSDN, Duarte MCS. O Lúdico como Estratégia de Comunicação para a Promoção do Cuidado Humanizado com a Criança Hospitalizada. Revista Brasileña de Ciencias de la Salud. 2014;17(4):393–400. https://doi.org/10.4034/RBCS.2013.17.04.11

34. Ribeiro JP, Gomes GC, Thofehrn MB. Health facility environment as humanization strategy care in the pediatric unit: systematic review. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014;48(3):530-539. https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300020

35. Talleres Nómada. La razón del estado. Michel Foucault. [video en internet]. Youtube. 19 de octubre de 2021. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=yRlCavq9zd

Fecha de recepción: 13 de diciembre de 2021
Aceptado para publicación: 25 de noviembre de 2022

Correspondencia:
Leonardo Fabio Garzón-Leguizamón
lfgarzon@saludcapital.gov.co

Bogotá D.C., Colombia