

Diagnóstico de Comunicación Interna relacionada con la Atención Centrada en la Persona en dos instituciones acreditadas del sector salud en la ciudad de Cali, Colombia

Carolina Mejía Posada y Héctor Benavides Sánchez¹

Directora: Fanny Patricia Franco Chávez

Resumen

Este artículo presenta el diagnóstico de la gestión de Comunicación Interna (CI) relacionada con la Atención Centrada en la Persona (ACP) en dos instituciones acreditadas del sector salud de la ciudad de Cali (Colombia), desarrollado con el personal de enfermería y los responsables de la comunicación. Se implementó un método mixto de evaluación y medición de estándares de CI, definidos por el *Institute for Public Relations* (O'Neil, 2018), cruzados con estándares de ACP propuestos por Planetree (Planetree, 2024), y adaptados para comprender la realidad de estas instituciones. Se comparten recomendaciones para atender los hallazgos, contemplando funciones de CI como la información, el relacionamiento, la motivación y lo comportamental (Men, R. 2021). Uno de los hallazgos principales es la tendencia de las instituciones de salud a implementar modelos de atención enfocados en la consolidación de estructuras organizacionales cimentadas en los valores, el cuidado y el bienestar con impactos positivos en la experiencia de pacientes, familias, y colaboradores, con preponderancia de lo informativo en la gestión de CI. Un enfoque estratégico de comunicación organizacional crea valor contribuyendo al logro de los objetivos institucionales a través de una adecuada gestión de la Comunicación Interna aportando en la implementación de la Atención Centrada en la Persona.

Palabras clave: Comunicación interna; Atención centrada en la persona; Sector salud.

1

Estudiantes de la Maestría en Comunicación en las Organizaciones de la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Abstract

This article presents the diagnosis of Internal Communication (IC) management related to Person-Centered Care (PCC) in two accredited institutions of the health sector in Cali (Colombia).

A mixed method of evaluation and measurement of CI standards, defined by the Institute for Public Relations (O'Neil, 2018) crossed with ACP standards, proposed by Planetree (Planetree, 2024), was implemented amongst the nursing staff and those responsible of communications. Both were adapted to understand the reality of these institutions. Recommendations are shared to address the findings, considering IC functions such as information, relationships, motivation and behavior (Men, R. 2021).

One of the main findings is the tendency of healthcare institutions to implement care models focused on the consolidation of organizational structures based on values, care and well-being with positive impacts on the experience of patients, families, and collaborators, with preponderance of information in IC management. A strategic approach of organizational communication creates value by contributing to the achievement of institutional objectives through an adequate management of internal communication that contributes in the implementation of Person Centered Care.

Keywords: internal communication, person-centered care, healthcare industry.

1. Introducción

En Colombia, las instituciones de salud que deseen acreditarse deben cumplir con lo propuesto desde el Sistema Único de Acreditación (en adelante, SUA), como el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud (Decreto No. 903 de 2014). El SUA establece grupos de estándares asistenciales y de apoyo, basados en seis ejes: 1. Seguridad del paciente; 2. Humanización; 3. Gestión de riesgo; 4. Gestión de la tecnología; 5. Transformación cultural; 6. Responsabilidad social empresarial.

Este modelo estandarizado presenta la humanización como elemento central y eje transversal del devenir interno y externo de una institución acreditada, entendiendo la humanización como un enfoque que busca garantizar que durante la atención a los pacientes se les respeten sus derechos y se promueva el cumplimiento de sus deberes como usuarios. Además, se deben establecer mecanismos explícitos para solucionar controversias relacionadas con derechos y deberes, fomentando así un ambiente de atención centrado en el paciente y sus necesidades individuales (Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, 2011, p. 27).

Ahora bien, además de la acreditación articulada a los criterios del SIU a nivel nacional y evaluada por entidades acreditadoras avaladas por el Ministerio de Salud y Protección Social como el Instituto Colombiano de Normas Técnicas, Icontec, existen otras a nivel global que las instituciones de salud aspiran a lograr cuando tienen altos estándares de calidad. Un ejemplo de ello, relacionado precisamente con la humanización (eje 2 del SUA) es la certificación de Planetree, la organización mejor posicionada en el mundo para certificar hospitales en Atención Centrada en la Persona (en adelante, ACP) y que ofrece un camino estructurado, medible y basado en evidencia hacia ese objetivo (Planetree, s.f.).

El concepto de humanización en salud dialoga con el de ACP, pues ubica a los pacientes y cuidadores en el centro de la experiencia de atención y une a las comunidades en torno a la salud y el bienestar. Incluso, una organización de salud en el mundo que desee garantizar máximos estándares en medicina y atención está invitada a cumplir con los criterios de certificación en ACP.

Particularmente, el sector salud de la ciudad de Cali cuenta con diferentes tipos de instituciones de índole público y privado, y a la fecha cuenta con un total de seis instituciones acreditadas en salud (tres de ellas de carácter privado) por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas (en adelante, ICONTEC) y solo una certificada en ACP por Planetree. Este trabajo se desarrolló en dos instituciones privadas del sector salud (en adelante I1 e I2) con amplia trayectoria, acreditadas en salud por el ICONTEC; una de ellas acreditada en ACP y cuyos propósitos superiores o misionales tienen incorporada la ACP como eje esencial de su identidad corporativa. La I1 es una institución con más de 40 años de existencia, cuenta con alrededor de 3.000 colaboradores, realiza aproximadamente 1.8 millones de atención al año y su equipo responsables de la comunicación interna y endomarketing se conforma de seis colaboradores, y su equipo responsables de ACP por 22 colaboradores. La I2 cuenta con más de 30 años de trayectoria, incorpora en su talento humano a más de 500 colaboradores, realiza aproximadamente más de 90.000 atenciones por año y cuenta con un equipo de comunicaciones conformado por cinco profesionales mientras que su equipo de ACP está conformado por cuatro colaboradores. En ambas instituciones se mide constantemente la experiencia del paciente considerando diferentes indicadores, tales como el Net Promoter Score NPS, el indicador de satisfacción o el de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (en adelante, PQRSF). Sin embargo, no se ha medido específicamente la ACP y menos en relación con los procesos de comunicación interna.

En mediciones del año 2023, la I1 recibió 1963 quejas. La primera causa estuvo asociada con oportunidad (39%), la segunda con comunicación adecuada (21.75%) y la tercera con trato amable y

amoroso (18.85%). En conclusión, el 40% de las quejas son vinculadas a trato humanizado; el NPS de 2023 fue de 82.86% y la satisfacción de 98%.

Por su parte, en 2023, la I2 recibió un total de 328 quejas. La primera causa estuvo relacionada con la oportunidad en la espera de la atención (21%); la segunda con la claridad de la información dada por los diferentes cargos y roles de la institución que prestan atención al público (17.3%); la tercera con la falta de atención cálida y humanizada por parte del personal administrativo y asistencial (12.5%); y la cuarta con la oportunidad en el agendamiento de citas médicas (8.5%) (saturación de canales de comunicación y agendas llenas). Finalmente, el NPS de 2023 fue del 89% y la satisfacción del usuario del 86%.

Se observó que para la I1 y la I2 el segundo y tercer aspecto que genera quejas por parte de los pacientes está relacionado con la ACP en variables como trato amable, empatía, compasión y escucha. Además, dichos aspectos están relacionados con la gestión de comunicación interna (en adelante, CI) en tanto esta se encarga del proceso de co-creación y relacionamiento mutuamente beneficioso de todas las partes dentro de una organización, propiciando interdependencia y relaciones de calidad (Men y Bowen, 2017), facilitando la coordinación, la colaboración, la cohesión y el compromiso con los objetivos y valores organizacionales (Capriotti 2021; et al., 2002; Men & Jiang, 2017; Men, 2022).

En consecuencia, fortalecer la cultura de ACP desde el plan de comunicación interna es una necesidad para organizaciones de salud comprometidas con los mayores estándares de calidad, y ello implica, en primer lugar, contar con diagnósticos de CI con foco en ACP, asunto teórico-metodológico abordado en este ejercicio. Cabe mencionar que ambas organizaciones de salud otorgaron su aval para la realización de este trabajo bajo los requisitos de ocultar su identidad, de no realizar un estudio o análisis comparativo entre ellas, de aprender de la experiencia de cada una y de centrar el ejercicio con el personal de auxiliares de enfermería por ser el rol directamente relacionado con el trato del paciente en la mayor cantidad de tiempo e interacciones durante la estancia intramural; además, con

colaboradores responsables de CI de ambas instituciones. En un futuro, ambas instituciones esperan considerar al personal médico, a pacientes y a sus familias en un ejercicio de medición de ACP y CI.

Los resultados de este proyecto son de utilidad y relevancia directa para la I 1 y la I2, pero también podrán significar una guía para aquellas organizaciones de salud que comprendan que la adecuada gestión de CI aporta a la adecuada gestión de ACP y que ello reporta beneficios con impactos internos y externos. Tales como una mayor calidad en la atención y los servicios, menores tasas de readmisión y estancias más cortas, culturas organizacionales más sanas, mejores experiencias de los pacientes, familias y cuidadores; mayor satisfacción, compromiso y retención de los colaboradores; mejor reputación y por tanto mayor rendimiento financiero y participación en el mercado.

Finalmente, el enfoque del campo de la comunicación en las organizaciones desde el que se abordó este proceso es el de la comunicación estratégica cuyo propósito es:

generar un impacto comunicativo en los públicos para crear valor y contribuir al logro de las necesidades centrales de una entidad. Pone el foco en los resultados a alcanzar por la gestión de comunicación, la cual adquiere una función relevante para el logro de las metas y fines generales de una entidad (Capriotti, 2021, p.54).

De esta manera, con la intención de que la gestión de comunicación aporte estratégicamente al logro de los fines de las Instituciones 1 y 2, el objetivo de este trabajo fue diagnosticar la CI relacionada con la ACP, en dos instituciones de salud acreditadas por ICONTEC en Cali, Colombia, a fin de compartir recomendaciones para sus planes de comunicación interna.

2. Referente conceptual

En este apartado se desarrollan los dos conceptos centrales del trabajo: Atención Centrada en la Persona ACP y Comunicación Interna CI.

El concepto de ACP sienta sus bases en el estudio de Carl Rogers (1902-1987), quien introdujo el concepto de “empatía” en los años 40 (González Herrera, 2021), y cuyo enfoque trasladó el eje de la

atención en salud desde el saber del terapeuta en psicología humanista hacia la opinión del paciente, en la década de los 50 (Mitchell y Agnelli, 2015).

En 1969, Balint planteó que los pacientes debían considerarse como seres humanos únicos y que un diagnóstico global incluía todo lo que se supiera sobre ellos. En esta década los profesionales de la salud e investigadores comprendieron que no solo era importante tratar las enfermedades, sino también abordar las necesidades y experiencias únicas de cada individuo, por lo que la ACP se basó en la idea de que el paciente debía ser el centro, teniendo en cuenta sus necesidades, preferencias y valores individuales (Lachman, Batalden & Vanhaecht, 2021).

Para los años 70, este enfoque se entendía como un estilo de atención en el que se valoraba la interacción con el paciente, indagando por su conocimiento y experiencia (Byrne y Long, 2019). En esta década, según Alma-Ata (1979), la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) refirió que el paciente debía participar de forma activa en el cuidado de su salud e involucrarse en el sistema de atención en salud.

En los años 80, se buscó comprender la enfermedad desde los ojos del paciente, involucrándole en la toma de decisiones para fortalecer la relación médico-paciente a través de la comprensión, la compasión y la confianza (McWhinney & Freeman, 2009). También en los 80, según McWhinney & Freeman (2009), se definieron como dimensiones de la ACP: explorar la dolencia y la enfermedad, comprender al individuo, encontrar un acuerdo, incorporar actividades preventivas y de promoción de la salud, mejorar la relación personal de salud-paciente y ser realista.

De los años 90 en adelante, se consideró al paciente como socio activo de su propio cuidado (Stewart et al. 1995) y a principios de los 2000, la ACP se integró de manera más profunda en las políticas de salud y en las prácticas clínicas en el sistema de salud de Estados Unidos (Institute Of Medicine, 2001). En 2001, el Institute of Medicine (en adelante, IOM), en su informe *Crossing the Quality Chasm*, identificó la ACP como uno de los seis objetivos de calidad en el sistema de salud y

subrayó la importancia de proporcionar una atención que respetara y respondiera a las preferencias, necesidades y valores individuales de los pacientes, asegurando que estos guíen cada decisión clínica con buen trato (Institute Of Medicine US, 2001). Cabe mencionar que, el buen trato en salud se basa en el reconocimiento de la dignidad de las personas por su condición de personas y, por lo tanto, es un derecho humano inalienable vinculado estrechamente con el derecho a la salud (Dois, 2022).

En Colombia, en el año 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social, (en adelante, MINSALUD), formuló la Política Nacional de Humanización de la Salud, que planteó transformar el sistema de salud colombiano hacia un enfoque centrado en la persona, donde la empatía, la comunicación y el respeto fueran pilares fundamentales. Se propuso fortalecer la relación entre usuarios, profesionales y demás actores, mejorando la calidad de la atención y reduciendo las inequidades. La participación de la ciudadanía y el trabajo colaborativo se determinaron como claves para lograr ese cambio cultural, con el objetivo final de garantizar el derecho a la salud y la dignidad humana para todos.

Esta política nacional de humanización en salud Entretejemos Esfuerzos en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana, tiene como propósito, mejorar la experiencia de las personas en el sector salud colombiano, a través de la generación de la cultura en la gestión centrada en el ser humano (Política Nacional de Humanización de la Salud, 2020). Además de esta política, Colombia cuenta con normatividad sobre ACP.

Tabla 1

Normatividad colombiana relacionada con la Atención Humanizada y la ACP.

Constitución política de Colombia de 1991	Art. 5. El estado reconoce sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad. Art. 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso
--	---

	<p>a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de</p> <p>Eficiencia, universalidad y solidaridad.</p>
La resolución 13437 de 1991	<p>Adopta como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes garantizando el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las instituciones hospitalarias públicas y privadas, a través del decálogo de los deberes y derechos.</p>
La ley 100 de 1993	<p>Art. 43 define calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.</p>
Resolución 2003 de 2014	<p>Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, enfatizando en la calidad y humanización del servicio.</p>
Ley 1751 de 2015	<p>Ley estatutaria de salud, que regula el derecho fundamental a la salud y establece principios como la dignidad, la igualdad y la atención humanizada.</p>
Resolución 256 de 2016	<p>Por la cual se adopta el modelo de atención integral en salud (MIAS), que incluye la humanización de la atención como uno de sus componentes fundamentales.</p>
Resolución 3100 de 2019	<p>Establece los estándares y criterios para la habilitación de prestadores de servicios de salud, incluyendo aspectos de humanización en la atención.</p>
Secretaría de salud distrital de Bogotá 2022	<p>Manual de buenas prácticas para la atención humanizada. Busca guiar a los prestadores en la construcción de un modelo de atención humanizada en los diferentes servicios de salud que les presten a las personas; así como las interacciones entre los colaboradores que inciden en ella, la cual se orienta desde los lineamientos estratégicos y como compromiso fundamental de la dirección.</p>

Acreditación en salud Minsalud - Icontec 2016	El eje y enfoque de la humanización de los servicios, además de ser una política para la planeación de la atención, debe contemplar las estrategias a desarrollar, el apoyo desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, la existencia de instancias de apoyo como los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud ocupacional y atención al usuario, entre otros.
Política nacional de humanización en salud 2020	Enfoque orientado a la persona, fundamentado en la empatía, la comunicación y el respeto. Busca fortalecer la relación entre usuarios, profesionales y demás actores, mejorando la calidad de la atención y reduciendo inequidades. La participación de la ciudadanía y el trabajo colaborativo son esenciales para lograr este cambio cultural, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud y la dignidad humana para todos.

Nota. Elaboración propia (2024), a partir de la normativa colombiana.

Como se observa, en Colombia, igual que en el mundo, de acuerdo con Quiles, L (2021, p.35) “la falta de una definición de ACP acordada universalmente ha obstaculizado su desarrollo conceptual y empírico”, pues se evidencia en la normatividad el uso indistinto de las expresiones humanización, atención humanizada y atención centrada en la persona.

En todo caso, en la actualidad, el enfoque se considera esencial en la prestación de servicios de salud y cuidados de calidad, reconocer tanto a la persona atendida como a los profesionales de la salud como expertos en su cuerpo, en sus síntomas y en su propia situación específica mejorando los resultados terapéuticos (Wiering, De Boer & Delnoij, 2017). Por ello, los profesionales de la salud son formados para colaborar con los pacientes, respetar sus decisiones informadas, comprender sus valores y trabajar juntos para lograr metas de salud mutuamente acordadas. Esta formación también se espera que aporte al logro de certificaciones de calidad y excelencia en la ACP de las instituciones de salud (Duggan, Geller, Cooper & Beach, 2006).

Al respecto, existen varias organizaciones a nivel mundial que certifican a instituciones de salud en cuanto a calidad en sus procesos, tales como *Joint Commission International*, Isqua, Icontec. Estas organizaciones incluyen dentro de sus criterios y estándares de calidad, el concepto de ACP; sin embargo, la única organización que certifica en ACP a nivel mundial es Planetree International, que contempla una cultura organizacional integral de personas atendidas y colaboradores.

En la web de esta organización sin fines de lucro, se afirma:

Esta certificación de Planetree por la excelencia en la atención centrada en la persona representa la marca más alta de logros en la creación de una cultura organizacional que involucra a los pacientes, a las familias, al personal de la entidad tanto administrativo como asistencial y a la comunidad con el fin de mejorar la salud y el bienestar general. Este programa basado en la evidencia proporciona un camino estructurado y un marco operacional para establecer los sistemas y procesos necesarios para sostener el cambio de cultura a través de su organización. (Planetree, s.f.)

Desde la década de los 70, Planetree ofrece certificaciones y acreditaciones a hospitales y otros proveedores de atención médica que cumplen con rigurosos estándares. Por ejemplo, certifica a las instituciones de salud más importantes del mundo según el Ranking de Newsweek: Hospital Israelita Albert Einstein, Adventis Health Howard Memorial, Columbia Memorial Hospital, New York Health Hospital, The Johns Hopskins, entre otros. En Latinoamérica solo existen dos Instituciones certificadas por Planetree International: la Fundación Santa Fe de Bogotá y la I1, ambas categorías oro.

Para la evaluación del modelo de ACP, Planetree International propone cinco principios rectores o guidores principales que, a su vez, cuentan con criterios o guidores secundarios. En este trabajo se seleccionaron cuatro de los guidores principales con sus respectivos criterios que impactan la gestión en ACP del personal auxiliar de enfermería y la gestión de CI ; y no se tuvo en cuenta el guiador 'usar la evidencia para impulsar la mejora' por estar más relacionado con indicadores de calidad que con CI.

Tabla 2

Guiadores principales y guiadores secundarios de ACP.

Principios Rectores (Guiadores Principales)	Criterios (guiadores secundarios)
Crear estructuras organizacionales que promueven el compromiso	1.1. Equipo Directivo de Atención Centrada en la Persona 1.4. Sistemas de Recursos Humanos Centrados en la Persona (Reclutamiento, Contratación, Gestión del Rendimiento, Fomento de un Entorno Laboral Equitativo) 1.5. Entorno Curativo (Entornos Construidos y Virtuales)
Conectar valores, estrategias y acciones	2.1. Atención Centrada en la Persona Integrada en la Estrategia y Medición del Rendimiento 2.2. Compromiso del Liderazgo 2.3. Educación en Atención Centrada en la Persona para Fomentar Conexiones Personales con la Experiencia de Atención y Desarrollar Habilidades en Prácticas de Atención Centrada en la Persona
Implementar prácticas que promueven la participación	3.1. Comunicación Proactiva de Oportunidades de Participación a Todos los Usuarios 3.2. Inclusión de Pacientes/Residentes/Familias en Cambios de Turno y Reuniones de Planificación de Cuidado 3.3. Transiciones de Cuidado Centradas en la Persona 3.8. Esfuerzos Formalizados para Apoyar la Participación Familiar en el Cuidado 3.9. Compromiso del Personal

Saber lo que importa

4.1. Comunicación Empática

4.5. Personalización de la Experiencia de Cuidado

4.6. Protección y Promoción del Bienestar del Personal

Nota. Elaboración propia (2024), a partir del modelo Planetree.

En resumen, la ACP ha evolucionado a lo largo del tiempo como respuesta a la necesidad de un enfoque más holístico y personalizado en la atención médica y los cuidados. Este enfoque reconoce la importancia de considerar a la persona en su totalidad, no solo como alguien que porta un conjunto de síntomas o enfermedades, y ha influido significativamente en la forma en que se abordan los cuidados de salud en la actualidad, involucrando en ello al personal, a la persona atendida y a sus familias. Hoy, en salud y con una mirada integral, se atiende a la persona y no a un paciente.

Ahora bien, para la ACP en las instituciones de salud, la comunicación cobra un rol fundamental. De hecho, según Davis (2012), la comunicación centrada en el paciente es el proceso a través del cual se implementa la ACP en la práctica diaria; y menciona que los componentes claves de comunicación centrada en el paciente son: tratarlo en perspectiva de familia, entenderle en su contexto psicosocial, involucrarle en la atención para llegar a una comprensión común del problema, y acordar un plan de tratamiento y una toma de decisiones con base en la mejor evidencia clínica, de acuerdo con sus valores. Esta idea releva la importancia de la comunicación para la atención del paciente, y conduce a plantear que para que el concepto de ACP sea vivo en las organizaciones debe trabajarse la dimensión cultural que se crea, refuerza, preserva y transforma precisamente a través de la comunicación interna (Grunig et al., 2002; Men, 2022; Men & Jiang, 2016).

La concepción de la comunicación organizacional en Latinoamérica tiene sus orígenes y desarrollo a lo largo de las últimas décadas, de manera que desde 1970 hasta hoy se evidencia un marcado crecimiento en su estudio (Lee & Yue, 2020) y, para este trabajo en particular, de la CI definida como “toda comunicación formal e informal que tiene lugar en todos los niveles de una organización”

(Kalla, 2005, p. 304), más precisamente como la gestión estratégica de la interacción y el relacionamiento de las diferentes partes interesadas dentro de una organización, por su potencial para alcanzar los objetivos organizacionales (Welch y Jackson, 2007).

Se trata de un proceso de co-creación construido por el relacionamiento mutuamente beneficioso de todas las partes dentro de una organización, propiciando una interdependencia donde los colaboradores cultiven relaciones de calidad (Men y Bowen, 2017). Por su parte, Capriotti (2021) define la CI como el proceso de intercambio de información, mensajes y significados dentro de una organización, con el objetivo de facilitar la coordinación, la colaboración, la cohesión y el compromiso de los colaboradores hacia los objetivos y valores de la empresa.

Ese proceso de intercambio y significación incide en las actitudes, creencias, conocimientos y comportamientos de los colaboradores, lo que repercute en “la seguridad, la calidad, la productividad, la motivación y su compromiso de los trabajadores” (O’Neil et al. 2021, p. 202). De hecho, el compromiso de los colaboradores y su relación con la CI ha sido estudiado con cierta frecuencia, evidenciando su aporte a un clima laboral favorable, a la motivación, al fortalecimiento de la cultura organizacional y al impacto en la experiencia del colaborador desde antes de su vinculación hasta su retiro (Mishra et al. 2014; Keyton, 2010; Ruck et al. 2017; Plaskoff, 2017).

En línea con lo anteriormente mencionado, Men (2021) comparte las siguientes funciones de la CI: la informacional (mantener informados y actualizados a los colaboradores sobre los roles, la organización, el mercado y su entorno, lo cual es fundamental para el alcance de las metas de la organización); la relacional (la comunicación estratégica es bidireccional, mantiene la escucha activa con un enfoque centrado en la co-creación incorporando las opiniones de los colaboradores haciendo que se sientan conectados con la organización); la motivacional (fortalece la cultura inculcando valores, dando forma a la identidad organizacional motivando, inspirando a través del liderazgo, impulsando al

logro de los objetivos); y la conductual (generando confianza y compromiso del colaborador con la organización).

Todo lo mencionado sustenta la idea de que es desde los procesos de interacción y desde las relaciones que se establecen gracias a una adecuada gestión de CI, que se alcanza lo requerido para que los colaboradores de una organización ofrezcan una ACP: conocimiento, coordinación, colaboración, cohesión, compromiso y comportamiento.

Ahora bien, O'Neil et al. (2018), plantean que la medición de la comunicación interna es importante por el papel estratégico que desempeña en el cumplimiento del propósito organizacional y en el impacto en los colaboradores. Así, los resultados de una medición de CI son insumos valiosos para la planificación organizacional, desde la investigación inicial, o de diagnóstico, hasta la evaluación de resultados para realizar mejoras (Gregory, 2000; Paine, 2011). La medición y evaluación basada en datos aportan significativamente a la construcción de una cultura organizacional efectiva (O'Neil et al. 2021; Vaughan, 2017), facilitan la toma de decisiones informadas y el ajuste de las acciones relacionadas con la mejora continua, la calidad, y para este caso, la excelencia en la ACP.

Implementar un enfoque de medición y evaluación de la CI puede requerir un cambio cultural en la organización, por lo que es fundamental que los líderes y colaboradores valoren la importancia de este proceso y se involucren en él (Vaughan, 2017; Buhmann, 2018). Este es el caso de las I1 e I2, pues se cuenta con el interés y compromiso de sus liderazgos para trabajar en pro de la excelencia en la gestión de la CI en relación con la ACP. Sin embargo, un reto para la medición de CI es la ausencia de estándares compartidos por los profesionales del campo (O'Neil et al. 2020), y frente a ello, el *Institute for Public Relations* realizó en 2015, una investigación de la mano de académicos y profesionales durante dos años, que tuvo como resultado la estandarización de términos que facilitan la comprensión entre los profesionales de la comunicación y demás líderes de diferentes organizaciones en función de la medición. Los resultados de esa investigación establecieron tres categorías de estándares para la

medición y evaluación de la CI: gestión, resultados e impacto. En este trabajo, para la medición de la CI se escogieron las categorías de gestión y resultados, y se relacionaron con los guías de ACP. El impacto de la CI no se consideró, puesto que sus estándares corresponden a resultados obtenidos y conservados en un periodo de tiempo mediano y largo, gracias a cierta intervención. Aquí se decidió diagnosticar la ACP y relacionarla con la gestión de CI, medición y relación que no habían establecido la I1 ni la I2, pues hasta el momento sus mediciones se han focalizado en otros indicadores como la recomendación, la satisfacción o la atención a PQRSF.

Tabla 3

Estándares de medición de CI.

Estándar	Definición
	Gestión
Comprensión	La capacidad de los colaboradores para relacionar sus conocimientos con su trabajo de una manera que ayude a la organización a alcanzar sus objetivos.
Relevancia	Grado en que la comunicación de la organización es significativa y útil para los colaboradores.
Retención de Información	Grado en que los colaboradores pueden recordar mensajes o temas clave cuando se les pregunta después de un cierto período de tiempo.
	Resultados
Actitud	Una forma de pensar o sentir acerca de un tema (sobre una organización, una temática o asunto) que va desde muy positiva hasta muy negativa.

Empoderamiento	Los colaboradores tienen la información, las recompensas y el poder para llevar a cabo iniciativas y toma de decisiones que le permitan resolver problemas y mejorar su desempeño.
Esfuerzo (Voluntario)	Nivel de empeño que los colaboradores dedican a una organización, un equipo o un proyecto, más allá de lo requerido.
Confianza	Creencia en la confiabilidad, verdad e integridad del liderazgo, la toma de decisiones y la comunicación de la organización.
Satisfacción	Grado en que los colaboradores están felices o contentos con su trabajo.
Transparencia	Voluntad de la organización de compartir información positiva y negativa con los colaboradores de manera oportuna.
Justicia (Equidad)	Percepción de los colaboradores de que los procesos organizacionales que asignan recursos y resuelven disputas son imparciales y justos.

Nota. Elaboración propia (2024), a partir de O'Neil et al. (2018).

3. Metodología

El método implementado en este trabajo fue mixto, entendido como un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos que implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Por tanto, se emplearon técnicas e instrumentos cualitativos y cuantitativos para la recolección y análisis de datos, atendiendo a lo planteado por O'Neil et al. (2018), y otros autores anteriormente mencionados, sobre la relevancia de medir la comunicación interna en sus

diferentes aspectos o estándares (Instituto for Public Relation, 2013) y, en este caso, además extendiendo esa medición a componentes de la ACP.

Los conceptos de ACP y de CI se operacionalizaron como las dos categorías centrales y las subcategorías se definieron estableciendo los estándares de medición de CI que, según O'Neil et al. 2018, apuntan o contribuyen al logro de los guidores de ACP, según Planetree, (2024). Así, para la categoría de CI se establecieron nueve subcategorías (tres de gestión y seis de resultados), y cuatro para ACP:

Tabla 4

Matriz de categorías y subcategorías de los conceptos centrales.

Categoría	Subcategoría
<p>Comunicación Interna (CI)</p> <p>Definición: es la gestión estratégica del relacionamiento y la interacción entre los diferentes grupos de interés en todo nivel al interior de una organización, la cual permite la co-creación, coordinación, cohesión y consecución de las metas organizacionales." (Men y Bowen, 2017; O'Neil et al. 2021; Capriotti, 2021)</p>	<p>Estándares de Gestión</p>
	<p>Comprensión</p> <p>Definición: capacidad de los empleados para relacionar sus conocimientos con su trabajo de una manera que ayude a la organización a alcanzar sus objetivos". (Institute for Public Relation, 2013)</p>
	<p>Relevancia</p> <p>Definición: grado en que la comunicación de la organización es significativa y útil para los empleados" (Institute for Public Relation, 2013)</p>
	<p>Retención de La Información</p> <p>Definición: grado en que los empleados pueden recordar mensajes o temas clave cuando se les pregunta después de un cierto período de tiempo, reflejando con ello conciencia y conocimiento. (Institute for Public Relation, 2013)</p>

Estándares de Resultados

Actitud

Definición: una forma de pensar o sentir acerca de un tema (sobre una organización, una temática o asunto) que va desde muy positiva hasta muy negativa. (Institute for Public Relation, 2013)

Empoderamiento

Definición: los empleados tienen la información, las recompensas y el poder para llevar a cabo iniciativas y toma de decisiones que le permitan resolver problemas y mejorar su desempeño. (Institute for Public Relation, 2013)

Confianza

Definición: creencia en la confiabilidad, verdad e integridad del liderazgo, la toma de decisiones y la comunicación de la organización. (Institute for Public Relation, 2013)

Satisfacción

Definición: grado en que los empleados están felices o contentos con su trabajo. (Institute for Public Relation, 2013)

Transparencia

Definición: voluntad de la organización de compartir información positiva y negativa con los empleados de manera oportuna. (Institute for Public Relation, 2013)

Justicia

Definición: percepción de los empleados de que los procesos organizacionales que asignan recursos y resuelven disputas son imparciales y justos. (Institute for Public Relation, 2013)

Atención Centrada En La Persona (ACP)

Definición: Es la atención planificada que se entrega de

Guiador ppal: estructuras organizacionales que promuevan el compromiso

Definición: una estructura que cuenta con un equipo de dirección en ACP que supervisa y ayuda en la planificación,

manera continua y que involucra al personal, a los pacientes y a la familia, de manera coordinada para asegurar que se integren los objetivos, preferencias y valores del paciente respecto a su salud y su cuidado médico. (Planetree 2024).

implementación, seguimiento y mantenimiento de las prácticas centradas en la persona como también vela de los espacios curativos.

(Planetree, 2024)

Guiadores secundarios:

Equipo directivo de ACP, Sistemas de recursos humanos centrados en la persona (reclutamiento, contratación, gestión del rendimiento, fomento de un entorno laboral equitativo), Entorno curativo (entornos construidos y virtuales).

(Planetree, 2024)

Guiador ppal: Conectar Valores Estrategias Y Acciones

Definición: las metas y objetivos relacionados con la atención centrada en la persona se desarrollan en conjunto con los pacientes y los colaboradores y se integran en el plan estratégico de la organización. El liderazgo comunica y modela el compromiso de la organización con la ACP.

(Planetree, 2024)

Guiadores secundarios:

ACP integrada en la estrategia y medición del rendimiento, Compromiso del liderazgo, Educación en ACP para fomentar conexiones personales con la experiencia de atención y desarrollar habilidades en prácticas de ACP.

(Planetree, 2024)

Guiador ppal: implementar prácticas que promuevan la colaboración

Definición: La organización ofrece y explica información sobre oportunidades para que los pacientes y las familias participen activamente en su propia atención. También se establecen procesos para fomentar la participación y la apropiación por parte de los colaboradores de la ejecución y la mejora continua de su trabajo.

(Planetree 2024)

Guiadores secundarios:

Comunicación proactiva de oportunidades de participación a todos los usuarios, Inclusión de pacientes/Residentes/Familias en cambios de turno y reuniones de planificación de cuidado, Transiciones de cuidado centradas en la persona, Esfuerzos formalizados para apoyar la participación Familiar en el Cuidado, Compromiso del personal.

(Planetree, 2024)

Guiador ppal: saber lo que importa

Definición: se han realizado esfuerzos para promover actitudes de cuidado y comunicación compasiva como también existen sistemas para personalizar la experiencia de atención en torno a las preferencias y prioridades de los pacientes. Existen mecanismos para proporcionar servicios de apoyo al personal, con énfasis en elementos que promuevan la salud física y mental, la seguridad psicológica y un sentido de pertenencia e inclusión.

(Planetree 2024)

Guiadores secundarios:

Comunicación empática, Personalización de la experiencia de cuidado, Protección y promoción del bienestar del personal.

(Planetree, 2024)

Nota. Elaboración propia (2024), a partir de fuentes referenciadas en la Tabla.

Para el proceso cuantitativo se aplicó una encuesta y la muestra se determinó como un subgrupo de la población de interés (auxiliares de enfermería) sobre el cual se recolectaron datos, definida y delimitada de antemano para que fuera representativa de esa población objetivo (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). El Centro de investigación de la I1 asesoró la definición del muestreo, lo que arrojó una muestra de 87 auxiliares de enfermería para la I1 y de 51 para la I2. Un tamaño de muestra adecuado garantiza que los parámetros estimados sean representativos de la población

subyacente y que las conclusiones derivadas del modelo sean válidas y generalizables (Kline, R. B. 2015, Schumacker, R. E., & Lomax, R. J. 2010. Byrne, B. M. 2010. Westland, J. C.2010)

En este caso, la muestra se calculó en la página *Analytics Calculators*, en la que el Dr. Daniel Soper, de la Universidad Estatal de California, Fullerton, ofrece distintas calculadoras automáticas para establecer una variedad de muestreos a partir de modelos, entre ellos, el de ecuaciones estructurales, considerando variables latentes (Analytics Calculators, s.f.)

La encuesta diseñada para este trabajo cuenta con siete preguntas y cinco incisos; en los incisos de las preguntas cinco y siete hay indagación sobre aspectos de ACP. El instrumento se validó con tres profesionales del Centro de Investigación de la I1, quienes ajustaron algunos ítems para ganar claridad. (Ver la validación de encuesta en el Anexo 1).

En cuanto a lo cualitativo, se diseñaron instrumentos con la finalidad de sustraer información del personal de auxiliares de enfermería para profundizar en su perspectiva, así como de responsables de la comunicación interna en ambas instituciones: grupo focal y entrevista, así:

Tabla 5

Ficha técnica cualitativa.

Instrumento	Institución	Grupo de interés	Cantidad
Grupo focal	I1	Auxiliares de	1 con 11 participantes
	I2	enfermería	1 con 6 participantes
Entrevista en profundidad	I1	Coordinador/a de comunicaciones	1
	I2	Coordinador/a de comunicaciones	1

Nota. Elaboración propia (2024).

La validación de los instrumentos cualitativos se hizo con tres profesionales de INSEARCH, firma consultora experta en investigación de mercados (Ver en Anexo 2 el instrumento de Grupo Focal validado y en Anexo 3 el instrumento de entrevista validado).

Las fases metodológicas en las que se desarrolló este trabajo fueron:

Tabla 6

Fases de trabajo.

Fase 1	Diseño de anteproyecto y validación con las I1 y 2 para su implementación. De esta fase salieron los acuerdos relatados en la Introducción.
Fase 2	Consolidación del proyecto con referente conceptual y diseño metodológico.
Fase 3	Trabajo de campo para aplicación de instrumentos diseñados y validados, con muestra definida y obteniendo consentimientos informados.
Fase 4	Análisis de resultados, conclusiones y consolidación de artículo entregable.

Nota. Elaboración propia (2024).

En cuanto a los aspectos éticos, previo a la aplicación de cada instrumento se tuvo cuidado de cumplir con lo establecido en la Política de Tratamiento de Datos Personales y en el Artículo 5, Constitución Política de Colombia, 1991. Se obtuvieron consentimientos informados del uso de la información para fines académicos e institucionales.

4. Análisis y resultados

En orden, para analizar y presentar resultados:

1. Se codificaron los instrumentos y las preguntas de cada uno.
2. Se construyó una estructura o matriz de análisis para cada categoría y subcategoría. Dado

que este trabajo es con dos Instituciones, a fin de cuidar la extensión del documento, en el Anexo 4 se pueden consultar las 13 matrices correspondientes a las nueve subcategorías de CI y a las cuatro subcategorías de ACP para la I1. Y, en el Anexo 5 se pueden consultar las 13 matrices correspondientes a las nueve subcategorías de CI y a las cuatro subcategorías de ACP para la I2.

3. Se construyó una matriz de síntesis de resultados para cada Institución, a partir de las matrices del punto 2.
4. Se establecieron las fortalezas encontradas en los resultados para cada categoría (Ver en Anexos 6 y 7)
5. A partir de las oportunidades de mejora y de las fortalezas se construyó una matriz de recomendaciones para cada Institución.

Estos cinco procesos se detallan en adelante.

El ejercicio de análisis implicó ordenar los datos, describir cada subcategoría desde los significados otorgados por los participantes, identificando tendencias, similitudes, diferencias y particularidades; e interpretando relaciones entre esos significados (Hernández, 2014, p. 652 y 653) Para ello, a cada instrumento y pregunta se le asignó un código: Encuesta: E; Grupo focal: GF; Entrevista: N. De esta manera, por ejemplo, la subcategoría de comprensión (de la categoría CI) se analizó con las respuestas correspondientes a los instrumentos y preguntas E3, E7d, E7e, GF1, GF8, GF13, GF 14, N1, N4 y N5. Cuando la pregunta tiene incisos se codificaron con letras en orden alfabético (Ver Figuras 1 y 2).

Figura 1

Codificación de Instrumentos y preguntas.

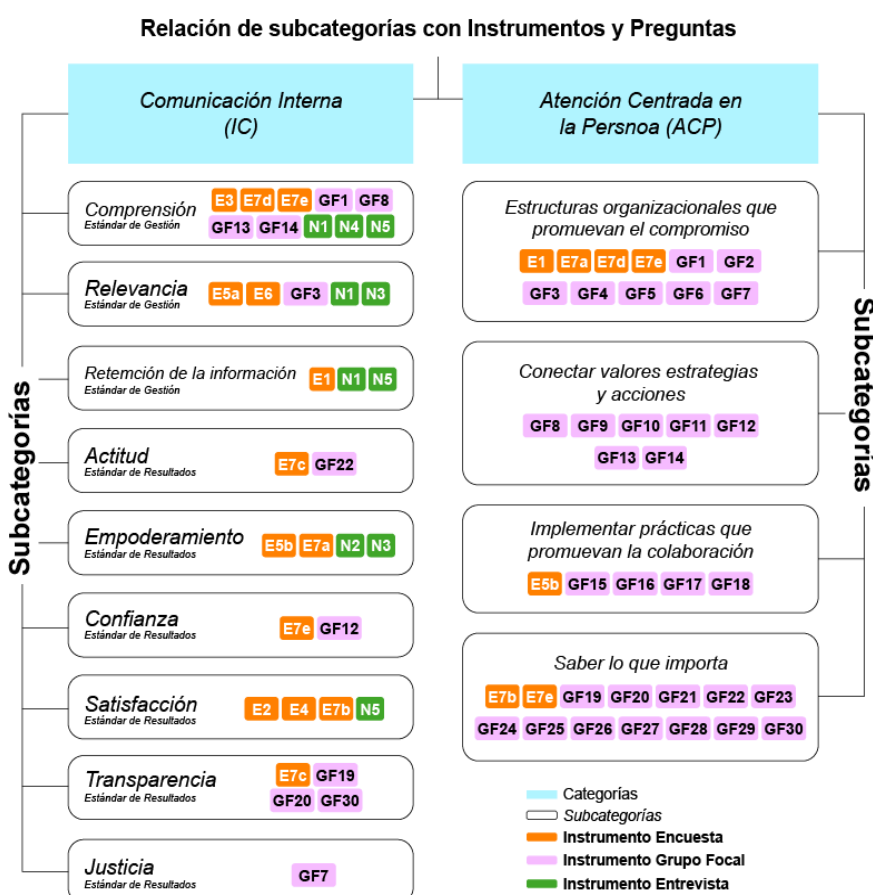
E5a

Instrumento Inciso (si lo tiene)
Pregunta

Nota. Elaboración propia (2024).

Figura 2

Relación de subcategorías con Instrumentos y Preguntas.



Nota. Elaboración propia (2024).

Tanto para la I1 como para la I2, se analizaron los resultados de cada subcategoría bajo una estructura en la que se integraron los hallazgos obtenidos con la aplicación de cada instrumento y las preguntas correspondientes para cada una. En la siguiente matriz (ver tabla 7) se comparte la estructura

de análisis mencionada para cada subcategoría, cuyo desarrollo en detalle se puede consultar en el Anexo 4 para la I1 y en el Anexo 5 para la I2.

Tabla 7

Estructura de análisis de resultados por subcategoría.

INSTITUCIÓN 1	
Categoría	Definición
Subcategoría	Definición
Instrumento y # de pregunta	Resultados en forma narrativa y gráfica
Síntesis de resultado de subcategoría integrando las respuestas obtenidas de cada pregunta y de cada instrumento	

Nota. Elaboración propia (2024).

Una vez elaborado el análisis de resultados para cada una de las 13 subcategorías para la I1 y la I2 usando la estructura de la Tabla 7, se elaboró una síntesis de resultados para cada Institución. En la Tabla 8 se encuentra la síntesis de resultados por categoría y subcategorías para la I1, y en la Tabla 9 la síntesis de resultados por categoría y subcategorías para la I2.

Tabla 8

Matriz de síntesis de resultados por categoría y subcategorías para I1.

INSTITUCIÓN 1

Categoría: COMUNICACIÓN INTERNA

Subcategoría	Síntesis de resultados
Comprensión en relación con ACP	<p>La I1 ofrece lo necesario para que los colaboradores aprendan sobre ACP y apliquen sus conocimientos para contribuir a los objetivos de la organización, pues el 92.1% de ellos afirma recibir información y educación clara, adecuada, de calidad y frecuente sobre ACP, lo que contribuye a que la mayoría (93.34%) conozca lo que la Institución espera de su rol al respecto. Si bien saben que la ACP es un pilar de la planeación estratégica, se evidencia la oportunidad de fortalecer la comprensión al respecto de su implementación, específicamente en cuanto a espacios de conexión con el alto liderazgo que contribuyan a la comprensión de objetivos de ACP, y en cuanto a comprender el quehacer del grupo responsable de velar por la ACP para que no se confunda con el de servicio al cliente. Se ofrecen espacios de capacitación sobre ACP mensualmente y también se comparte información al respecto de forma periódica. Las estrategias de comunicación podrían atender en mayor medida las necesidades y gustos de los distintos públicos. Se cuenta con una gama variada de canales y además se implementan acciones lúdicas en cada sitio de trabajo. Se evalúa permanentemente el impacto de la comunicación de ACP, y se controla el número de PQRSF asociadas a trato humanizado, amable y amoroso. Se evidencia ausencia de evaluación específica para medir el impacto de la comunicación en la ACP, por lo que se ratifica la pertinencia de este ejercicio.</p>
Relevancia en relación con ACP	<p>El 90% de los colaboradores de la I1 consideran pertinente y relevante la información y educación recibida para involucrar a pacientes y sus familias en el cuidado de su salud. Se evidencia que los canales de comunicación actuales son</p>

bien percibidos y valorados, añadiendo como oportunidad otros como radio, correo electrónico y redes. La relevancia de la comunicación de ACP está definida desde los planteamientos de Planetree en cuanto a sus guidores principales y secundarios.

Retención de la información en relación con ACP

En la I1, los encuestados refieren que los principales canales para obtener información y educación sobre ACP son las pantallas institucionales (96,4%), Reuniones de equipo (93.3%), Intranet (93.3%), talleres educativos (83.1), actividades dinámicas (83.1%) y material impreso (78,7%). La App Imbanaco, Chats de WhatsApp y correo electrónico son los canales por los que consideran se envía menos información y educación de ACP. Los encuestados de la I1 refieren que reciben información y educación por la mayoría de los canales institucionales. Existe una oportunidad de fortalecer la App Imbanaco, los chats de WhatsApp y el correo electrónico como canales para comunicar aspectos de ACP. Es difícil identificar si los colaboradores de la I1 están reteniendo la información, ya que no existen herramientas para medir los resultados y el impacto de la comunicación de ACP de forma constante.

Actitud en relación con ACP

Se evidencia una oportunidad respecto a la actitud entre colegas ya que se percibe poco conocimiento de los roles entre compañeros lo que dificulta la compasión, el respeto y la empatía por el otro. Los colaboradores (75.2%) de la I1 refieren sentirse informados sobre los resultados de las PQRSF lo que detona actitud de interés al respecto.

Empoderamiento en relación con ACP

En la I1 se evidencia que hay buena calidad de la información y educación respecto a la ACP, facilitando así el empoderamiento de los colaboradores. Sin embargo, actualmente los mensajes y la estrategia de comunicación están definidas desde replicar los contenidos de los Guidores de Planetree, sin involucrar al personal ni codiseñar con él. Se observa una oportunidad para que los colaboradores puedan llevar a cabo iniciativas o participar en mejoras de la ACP.

Confianza en relación con ACP	En la I1 se evidencia que hay buena comunicación de los líderes y directivos con los colaboradores, se identifican diferentes espacios para difundir información relevante de la organización. Los mensajes de WhatsApp es uno de los principales canales de comunicación utilizado por los lideres para informar sobre las prioridades organizacionales y su uso puede mejorar.
Satisfacción en relación con ACP	Se identifica que hay satisfacción (87.4%) con la frecuencia de la información que reciben de APC, como también un sentimiento positivo respecto a que la Institución se preocupa por el bienestar de sus colaboradores para poder ofrecer una mejor ACP a los pacientes. Respecto a los canales de preferencia para recibir información de ACP se evidencia que para este tema son las reuniones (85.4%), pantallas Institucionales (83.1%), talleres educativos (89.9%) y las actividades dinámicas (79.8%). En la I1 aún no se involucra al personal en las estrategias y programas relacionados con la comunicación de la ACP. Deberían existir espacios de escucha y de relación con los colaboradores para aumentar la satisfacción con la comunicación interna de ACP.
Transparencia en relación con ACP	Se evidencia transparencia en la forma de comunicar a los colaboradores. Se les comunican las PQRSF, en general, y relacionadas con ACP. En cuanto a eventos adversos, hay una cultura que permite aprender de los errores y participar activamente de los planes de mejora para que no se repitan.
Justicia en relación con ACP	Los colaboradores de la I1 consideran que no tienen tiempo para hacer sus pausas activas para descansar, o si lo hacen no son de buena calidad. No cuentan con espacios cómodos para tomarse un descanso. Se evidencia una oportunidad en este aspecto ya que no se están asignando los recursos necesarios para que el personal se sienta cómodo para descanso.

Categoría: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA I1

Subcategoría

Síntesis de resultados

**Estructuras
organizacionales
que promuevan el
compromiso**

El personal de enfermería identifica que se han comunicado los modelos y estructuras que promueven el compromiso con la ACP. Tienen claros sus roles dentro de sus descripciones de cargo respecto a los valores y comportamientos esperados para brindar una atención centrada en la persona identificando que la vocación de servicio y la empatía son valores fundamentales en este proceso de atención. Es importante resaltar que hay que fortalecer la comunicación sobre el grupo que vela por la ACP ya que hay desconocimiento de este y de sus actividades por lo cual no pueden evidenciar que se les comunique nada sobre las decisiones de este grupo.

**Conectar valores
estrategias y
acciones**

Se evidencia que las metas y objetivos relacionados con la atención centrada en la persona se integran en el plan estratégico de la organización. Aunque existe cercanía con la Gerencia General, aún no es claro cómo el liderazgo comunica el compromiso de la organización con la ACP. Existe claridad sobre las políticas de ACP y el personal entrevistado considera que está siendo educado constantemente.

**Implementar
prácticas que
promuevan la
colaboración**

Se identifica que la I1 viene trabajando en prácticas para promover la participación del paciente y su familia en la atención, sin embargo, aún falta comunicación para el personal de enfermería, ya que no conocen las diferentes formas en que los pacientes pueden participar de su cuidado. Se evidencia que el rápido crecimiento que se ha dado en la I1 ha generado que la cultura organizacional aún no permea a todo el personal, impactando la ACP ya que no se ve en muchos casos el compromiso y la actitud para atender a los pacientes como se hacía en el pasado.

**Saber lo que
importa**

Se evidencia que la I1 ha tenido iniciativas para promover un trato compasivo entre pacientes y colaboradores. Existe una cultura organizacional orientada en las necesidades del paciente que se adapta a sus gustos y preferencias. El personal cuenta con programas de apoyo que fomentan una buena salud física y emocional. Se identifica la oportunidad de ofrecer una comunicación más explícita que promueva que el personal pueda transmitir sus preocupaciones con confianza y sin miedo a represalias.

Nota. Elaboración propia (2024).

Tabla 9

Matriz de síntesis de resultados por categoría I2.

INSTITUCIÓN 2	
Categoría: COMUNICACIÓN INTERNA	
Subcategoría	Síntesis de resultados
Comprensión en relación con la ACP	<p>Alrededor del 90% de los colaboradores considera que la información y la educación que reciben relacionada a ACP en la I2 es clara (92.2%) en cuanto a contenido y forma en cómo se les transmite (86.3%) lo que facilita su comprensión para aportar a los objetivos de la organización. En la I2 cuentan con procesos de gestión de la comunicación que se integran tímidamente con la cultura de ACP. Son conscientes de la importancia de la ACP como pilar de la institución, reconocen a los responsables de ACP, manifiestan la mejora en el relacionamiento con el alto liderazgo, aunque aceptan que se debe fortalecer la educación con otros roles como líderes y sienten dudas sobre la efectividad de los espacios de conexión de los altos liderazgos de la institución, lo que se ve reflejado en la no medición del impacto de la CI en la cultura de ACP.</p>
Relevancia en relación con ACP	<p>El 72% de los colaboradores de la I2 indica que recibe suficiente y relevante información y educación sobre las mejores prácticas para involucrar al paciente y a su familia en el cuidado de su salud, destacando la relevancia de la comunicación. Aproximadamente el 41% considera que los canales disponibles son suficientes para la entrega de información y educación sobre ACP, mientras que el resto sugiere la implementación de otros medios como pantallas de TV, carteles y aplicaciones móviles. Además, los colaboradores con más años en la</p>

institución destacan que los nuevos colaboradores reciben inducciones, capacitaciones y charlas específicas sobre ACP, subrayando que la comunicación en este ámbito es significativa y útil para ellos. Sin embargo, estos procesos no se han consolidado, pues a pesar de que las capacitaciones se evalúan, no es un proceso sistemático efectivo que enriquezca la gestión comunicacional en pro de la excelencia en la ACP.

Retención de la información en relación con ACP

Entre los canales empleados por la institución para brindar información y educación sobre ACP, los participantes de la I2 indicaron en un gran porcentaje (entre el 60% y el 90%) a los canales presenciales como las reuniones, los talleres y las actividades dinámicas además de los canales digitales como la intranet y los chats de WhatsApp como los más utilizados, mientras que otras modalidades y canales como el correo electrónico y el material impreso son los menos utilizados. La no medición de la CI respecto a la ACP impide contribuir de manera eficiente al uso de determinados canales y el no medir el impacto de esta impide conseguir una impresión específica del desempeño comunicacional y evaluación de la retención de la población interna en la institución.

Actitud en relación con ACP

El 78.4% de los participantes de la I2 consideran de manera positiva el que la organización les brinde información y educación sobre ACP con la calidad suficiente para realizar sus funciones de manera óptima y eficiente. Sin embargo, frente al trato con colegas, reconocen la existencia de un trato cordial, pero señalan la necesidad de mejorar la comunicación entre ellos, destacando la importancia tanto de aprender a recibir como a dar retroalimentación constructiva.

Empoderamiento en relación con ACP

El 63% de los participantes de la I2 concuerda en que la organización tiene en cuenta su opinión en la construcción o mejora de la ACP. Además, el 78.4% considera que la información y educación sobre ACP que reciben de la organización cuenta con la calidad suficiente para realizar sus funciones de manera óptima y eficiente. Sin embargo, no se cuenta con la participación de los grupos de interés en la construcción de una estrategia integral que permita diseñar y monitorizar el impacto de estas.

**Confianza en
relación con ACP**

En la I2 el 71% de los participantes se sienten satisfechos con la frecuencia con que reciben información y educación sobre ACP. Además, el 68.6% considera que la institución se preocupa por su bienestar para ofrecer la mejor ACP, y el 78.4% afirma que la institución los mantiene informados periódicamente sobre los resultados de PQRSF relacionados con la atención de los pacientes. Los participantes también valoran positivamente los canales de comunicación utilizados por los líderes, como reuniones de proceso y grupos de WhatsApp, para mantenerlos informados sobre cambios y prioridades organizativas.

**Satisfacción en
relación con ACP**

Los participantes de la I2 indican que prefieren recibir información y educación sobre ACP a través de reuniones de equipo (66.7%), talleres educativos (64.8%), actividades dinámicas (60.8%), la intranet (60.8%) y chats de WhatsApp (54.9%). Además, el 71% se sienten satisfechos con la frecuencia con que reciben esta información. Asimismo, el 68.6% considera que la institución se preocupa por su bienestar para ofrecer la mejor ACP a los pacientes. Todos estos resultados tienen un impacto que podría ser aún mayor al integrar y alinear los diferentes aspectos de la cultura en toda la institución, y medir estos impactos desde la CI y su gestión como proceso y de apoyo a los demás actores de la institución.

**Transparencia en
relación con ACP**

El 78.4% de los participantes de la I2 considera que la institución les mantiene informados periódicamente sobre los resultados de PQRSF. También valoran positivamente la divulgación de eventos adversos a través de rondas de seguridad y reuniones de equipo, destacando la mejora en la promoción de una cultura de reporte no punitivo con opciones de reporte anónimo por línea telefónica, formulario impreso o correo. Además, coinciden en que se les comunica continuamente que pueden expresar sus preocupaciones sin temor a represalias, especialmente durante reuniones de equipo y otras convocatorias.

**Justicia en
relación con ACP**

Los participantes de la I2 cuentan con una postura muy ambigua pues conocen los pocos espacios con los que cuentan, pero no tiene claridad de los momentos en qué emplearlos debido a la alta cantidad de tareas que desarrollan en el día a día.

Categoría: ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Subcategoría	Síntesis de resultados
Estructuras organizacionales que promuevan el compromiso	<p>Los participantes de la I2 consideran que los canales más empleados por la institución para brindarles información y educación sobre ACP son las reuniones de equipo (94.1%), la intranet (92.2%), y los talleres educativos (80.4%), entre otros. El 78.4% de los participantes está de acuerdo en que la información y educación sobre ACP que reciben es de calidad suficiente, y el 88.2% conoce lo que la institución espera de su rol en ACP. El 86.3% considera adecuada la forma en que la organización les transmite información y educa sobre ACP. Además, mientras algunos participantes reconocen la existencia del equipo para supervisar ACP y la comunicación eficaz de sus decisiones, otros creen que se debe fortalecer la información desde los líderes jerárquicos. Los valores organizativos, como el trabajo en equipo, son reconocidos como esenciales para la atención adecuada a los pacientes, aunque algunos ven la necesidad de mejorar la empatía entre colaboradores. Con respecto a los estándares de ACP, los participantes conocen los protocolos para corregir fallos, y aunque hay espacios para descanso, su acceso es limitado y no están disponible para todos los turnos y ubicaciones.</p>
Conectar valores estrategias y acciones	<p>Los participantes reconocen que la ACP es un pilar del plan estratégico y conocen las políticas relacionadas, aunque no siempre pueden recitarlas literalmente. Perciben un liderazgo fuerte en la institución, aunque señalan áreas de mejora en los niveles jerárquicos. Aprecian las estrategias de comunicación y los esfuerzos del alto liderazgo para crear oportunidades de interacción, aunque sugieren un seguimiento más claro de los temas discutidos. Valoran las iniciativas educativas en ACP, destacando la necesidad de capacitaciones más específicas y realistas para mejorar la relación entre la institución y los colaboradores.</p>
Implementar prácticas que promuevan la	<p>El 63% de los participantes está de acuerdo en que la organización tiene en cuenta su opinión en la mejora de ACP. Durante los cambios de turno, se emplean metodologías estandarizadas como SBAR, y se presenta el personal</p>

colaboración	<p>médico y de enfermería. Los pacientes y sus familias son educados sobre su cuidado, con programas específicos y charlas durante las visitas. Aunque la educación y capacitación en ACP han mejorado, aún falta estandarizar algunos procesos. Los colaboradores que interactúan directamente con los pacientes enfatizan la empatía y la comunicación clara desde el primer contacto.</p>
Saber lo que importa	<p>El 63% de los participantes de la I2 está de acuerdo en que la organización tiene en cuenta su opinión en la mejora de ACP. Durante los cambios de turno, se emplean metodologías estandarizadas como SBAR, y se presenta el personal médico y de enfermería ante cada uno de los pacientes. Los pacientes y sus familias son educados sobre su cuidado, con programas específicos y charlas durante las visitas. Aunque la educación y capacitación en ACP han mejorado, los participantes consideran que aún falta estandarizar algunos procesos. Los colaboradores que interactúan directamente con los pacientes enfatizan sobre la empatía y la comunicación clara desde el primer contacto.</p>

Nota. Elaboración propia (2024).

A continuación, se cierra este apartado con la formulación de recomendaciones para afrontar las oportunidades de mejora en I1 e I2, considerando las funciones de CI propuestas por Men, R. (2021): informar, relacionar, motivar y generar confianza para impactar en los comportamientos. Cabe mencionar que en los Anexos 6 y 7 se sintetizaron las fortalezas de cada institución en cuanto a CI y ACP. Así, este diagnóstico interno permitió identificar debilidades y fortalezas que se retoman en las siguientes recomendaciones.

Tabla 10

Matriz de recomendaciones por categorías y subcategorías para la I1.

Categoría(s)	Subcategoría(s)	Recomendaciones
---------------------	------------------------	------------------------

Comunicación Interna (CI)	Comprensión	Ofrecer más espacios de capacitación y fortalecimiento de competencias para que el personal interiorice el concepto de ACP. Alinear e incorporar los diferentes conceptos de ACP en diferentes espacios para que el personal tenga acceso a la información. Reuniones de equipo, actividades en pausas activas podrían permitir que el personal interiorice mejor el concepto de ACP.
	Relevancia	Continuar con la estrategia de comunicar claramente los comportamientos de ACP esperados en el rol de cada colaborador. Fortalecer el modelo de comunicación trascendiendo la información a un proceso de educación y relaciones que impacte a los colaboradores. Se sugiere tener talleres de juegos de roles y generar cartillas de protocolo con un modelo ACP para que el personal pueda conectarse mejor con los conceptos.
	Retención de la información	Establecer indicadores y evaluaciones que permitan medir el impacto de la comunicación interna de ACP en el personal, estos indicadores deben ser adicionales a las mediciones de PQRSF y al NPS que se miden actualmente. Es necesario construir KPI asociados a las diferentes variables que permitan tener un semáforo que evidencie cómo los colaboradores reciben la información y logran retenerla generando así conocimiento.
	Actitud	Involucrar al personal desde su rol en la organización para fortalecer su comportamiento asociado a ACP. A través de procesos de edu-comunicación la organización debe motivar al personal para potencializar sus competencias de vocación de servicio que permitan comportamientos alineados con una cultura de ACP.

Confianza	<p>Continuar con los espacios actuales en que el liderazgo de la organización tiene contacto y permea a todos los colaboradores, permitiendo establecer conversaciones bidireccionales, involucrando al personal en decisiones estratégicas y permitiéndoles aportar sobre lo esperado en cuando a CI y ACP. Es importante que el personal sienta confianza con la organización, por lo cual se deben generar espacios con el liderazgo y con los diferentes equipos teniendo el efecto cascada de la comunicación, permitiendo que fluya la comunicación y el personal se sienta cómodo respecto a las situaciones que se presenten.</p>
Empoderamiento	<p>Fortalecer el la apropiación y empoderamiento del concepto de ACP, que permita que el personal identifique que no solo es un modelo enfocado en pacientes sino también en colaboradores, utilizando nuevos canales, mensajes y espacios de relación y motivación. Se deberían tener nuevos mecanismos para que el personal pueda interiorizar que el concepto de ACP los involucra.</p> <p>Construir un modelo de Endomarketing que permita fortalecer el valor de la marca enfocado en ACP generando sentido de pertenencia del personal y construir un stotyelling que permee la cultura organizacional.</p>
Satisfacción	<p>Diversificar los mensajes y tener en cuenta la voz del colaborador en cuanto a su diseño, permitiendo una co-creación que impactará en la satisfacción de la comunicación interna con el involucramiento de los diferentes grupos de interés. Continuar con los canales utilizados fortaleciendo los chats de WhatsApp que les permite tener comunicación más directa e inmediata.</p>
Transparencia	<p>Continuar con la transparencia con que se comparten los</p>

		resultados de las PQRSF y los eventos adversos que permiten que se identifiquen oportunidades de mejora para la atención de pacientes.
	Justicia	Velar porque existan espacios para todos los colaboradores en que sientan que tienen acceso a pausas activas que les permita descansar de manera justa.
Atención Centrada en la Persona (ACP)	Estructuras organizacionales que promuevan el compromiso	Fortalecer la comunicación respecto a las diferentes acciones que los grupos asociados a la gestión de la ACP ejecutan. Promover con ejemplos y casos en los diferentes canales las actividades y gestiones que se hacen de ACP en la organización. Utilizar testimonios de paciente y colaboradores beneficiados del modelo de ACP permitirá comprender mejor los roles de los equipos de trabajo que se encargan de velar por esta cultura.
	Conectar valores estrategias y acciones	Implementar mecanismos y tácticas que permitan fortalecer la comprensión y conocimiento del Direccionamiento Estratégico. Juegos, arte y acciones que motiven al personal a participar de actividades lúdicas permitirán conocerlo con mayor profundidad y conectarse con la Institución.
	Implementar prácticas que promuevan la colaboración	Permitir a los colaboradores participar de la construcción de nuevas propuestas de comunicación interna de ACP para tener mensajes más atractivos y que generen mayor impacto en los colaboradores. Es importante utilizar herramientas de co creación y codiseño donde pacientes y colaboradores sean tenidos en cuenta para el diseño de estrategias organizacionales. Se debe partir de cocrear sobre la CI de ACP, ya que permitiría mayor identificación del personal sobre los conceptos.

Saber lo que importa	Continuar con la comunicación sobre los beneficios que tienen los colaboradores y los programas para el bienestar físico y emocional. Fortalecer la comunicación sobre ruta que protege al personal en caso de agresión para que más personas tengan acceso a este programa.
----------------------	--

Nota. Elaboración propia (2024).

Tabla 11

Matriz de recomendaciones por categorías y subcategorías para la I2.

Categoría(s)	Subcategoría(s)	Recomendaciones
Comunicación Interna (CI)	Comprensión	<p>Integrar los conceptos de cultura (micro culturas) para un mayor entendimiento y puesta en diálogo de la cultura macro institucional. Esto puede lograrse a través de estrategias de PNL como el anclaje positivo o el metamodelo del lenguaje entre otras.</p> <p>Estructurar la gestión del conocimiento, basados en un modelo que permita la comprensión de los conceptos institucionales como los de la cultura de ACP.</p>
	Relevancia	<p>Mejorar la comunicación ascendente, descendente y horizontal a través del proceso de comunicación estratégica que ponga en el centro de la conversación institucional aquellos temas que son tanto prioritarios, como principales y secundarios manteniendo la claridad, una correcta segmentación, y el seguimiento a través de la medición oportuna y la gestión del conocimiento.</p> <p>Emplear campañas de endomarketing que impulsen la cultura unificada desde campañas de sensibilización, historias de éxito y reconocimientos basados en los conceptos relevantes</p>

	de ACP o de la identidad institucional.
Retención de la información	Implementar procesos de medición continua de las estrategias de comunicación para desarrollar así la conciencia que tiene la institución sobre el impacto de estas en los colaboradores, logrando de esta manera una escucha activa que permita una óptima retroalimentación y por consiguiente el redireccionamiento oportuno de las estrategias siempre en pro de la consecución de los objetivos institucionales. Aquí puede aplicarse el posicionamiento perceptual, a través del lenguaje claro y atractivo con una llamada a la acción (PNL).
Actitud	Consolidar la personalidad comunicacional de la institución, definiendo muy bien el tono, la forma y las demás características que deben conformar la identidad comunicativa de la institución, permitiendo el relacionamiento sinérgico entre los colaboradores y la organización, teniendo a los colaboradores como pilar de la co-construcción de la comunicación reforzando los procesos de gestión del cambio y afianzamiento de la cultura institucional deseada.
Confianza	Fortalecer la forma, los canales y la manera en que la institución comunica los temas más importantes de la agenda institucional, definiendo el papel que los colaboradores jugarán en los procesos participativos y de co-creación, manteniendo informados a los colaboradores durante todo el proceso de seguimiento y la rendición o muestra de resultados final. Definir el tono, forma y demás atributos de la identidad comunicativa de la institución (pueden apoyarse en herramientas de PNL como el anclaje positivo), que le permitan generar sinergia y profundizar en el

	<p>relacionamiento, teniendo como centro de la co-creación a los grupos de interés relacionados fortaleciendo así los procesos colaborativos involucrándolos y empoderándolos a través de la motivación facilitando así la gestión del cambio.</p>
Empoderamiento	<p>Involucrar a los colaboradores y demás grupos de interés en la co-creación de las estrategias institucionales, fortaleciendo el relacionamiento entre estos y la institución, motivándolos a apersonarse de su entorno y su rol dentro de la organización. Establecer estrategias de endomarketing que consoliden el posicionamiento de la marca institucional, enfatizando en el atributo principal como “Marca ACP” en los colaboradores.</p>
Satisfacción	<p>Fortalecer la escucha e impulsar la participación de los colaboradores a partir de la diversificación de los espacios (la intención y propósito tanto de los espacios laborales como de bienestar) e impulsar la gestión del cambio a partir de la identificación y tratamiento de las necesidades de los colaboradores que sustraigan al colaborador de la rutina y que enriquezcan la interacción y el relacionamiento. También disponer de espacios de descanso y crecimiento personal y profesional.</p>
Transparencia	<p>Mejorar los procesos de comunicación que permitan al colaborador expresarse sin temores a represalias, poner sobre la mesa temas que se hayan identificado que generen malestar o inconformidad y tratarlos de manera participativa.</p>
Justicia	<p>Crear estrategias de comunicación que permitan brindar mayor claridad al colaborador sobre las decisiones y por qué se toman estas de la manera en la institución lo hace, informando oportunamente y sin ningún favorecimiento, reforzando el rol del liderazgo y el proceso de comunicación</p>

		ascendente y descendente.
Atención Centrada en la Persona (ACP)	Estructuras organizacionales que promuevan el compromiso	<p>Consolidar estrategias que le permitan tanto al equipo de ACP, como a los líderes de la institución contar con las herramientas y espacios necesarios para cultivar los entornos sanos y un relacionamiento con los grupos de interés que generen valor, motivación y propicien una gestión del cambio positiva.</p> <p>Implementar técnicas de visualización y ensayo mental (PNL) para preparar a los colaboradores para situaciones reales.</p>
	Conectar valores estrategias y acciones	<p>Conectar las estrategias de ACP unificando las diferentes líneas de comunicación de la cultura institucional, fortaleciendo la educación a los líderes a través de la gestión del conocimiento y la medición continua de los procesos comunicativos con los diferentes grupos de interés consolidando un relacionamiento sano, de valor constantemente permeado por los objetivos y valores que identifican a la institución.</p> <p>Conectar las estrategias de ACP unificando las diferentes líneas de comunicación de la cultura institucional, fortaleciendo la educación a los líderes a través de la gestión del conocimiento y la medición continua de los procesos comunicativos con los diferentes grupos de interés consolidando un relacionamiento sano, de valor constantemente permeado por los objetivos y valores que identifican a la institución (Como por ejemplo el metamodelo del lenguaje para clarificar y profundizar en los temas discutidos).</p> <p>Articular técnicas de anclaje para asociar emociones positivas con los valores y principios de la institución.</p>
	Implementar	Ofrecer iniciativas educativas y de gestión del conocimiento

prácticas que promuevan la colaboración	<p>en habilidades blandas que aborden situaciones más específicas (basados en casos conocidos o documentados que sucedan en la ACP), que permita mejorar las herramientas y recursos con los que cuentan los colaboradores en el desarrollo de sus labores en los servicios y distintos espacios de la institución. Optimizando el relacionamiento y las conductas de colaboradores y líderes para propiciar entornos de trabajo cálidos.</p> <p>Implementar estrategias que permitan la escucha activa y el acompañamiento al colaborador de manera que se sienta cobijado por la institución, fortaleciendo su salud mental y física a través de la capacitación efectiva y periódica.</p> <p>Emplear técnicas de PNL para construir una relación de confianza y empatía (Rapport) entre líderes y colaboradores (como guías sobre técnicas de rapport, talleres interactivos).</p>
Saber lo que importa	<p>Implementar estrategias que permitan la escucha activa y el acompañamiento al colaborador de manera que se sienta cobijado por la institución, fortaleciendo su salud mental y física a través de la capacitación efectiva y periódica.</p>

Nota. Elaboración propia (2024).

5. Conclusiones

Como conclusión, en primera instancia, las diferencias y particularidades en el uso y definición de los términos atención humanizada, atención centrada en el paciente, atención humanizada centrada en el paciente y atención centrada en la persona, entre otros, son difusas. Estos términos se usan de manera indistinta y combinada en documentos académicos a nivel global (Herrera 2018, Quiles 2021, Dois 2022, Lachman 2020, Epstein 2011, Balint 1969, Institute of Medicine US 2001, McWhinney 2009) y

en documentos normativos en Colombia (Ver Tabla 1). Incluso, en un mismo documento pueden aparecer hasta tres o más términos para referirse a lo mismo, tal es el caso de la Política Nacional de Humanización en Salud colombiana (2020), en la que aparecen indistintamente los términos atención humanizada, atención centrada en la persona, atención centrada en la familia, atención centrada en el ser humano. Incluso, en este trabajo hay apartados donde se debió usar la expresión atención al paciente y en la página web de Planetree porque en determinados contextos, desde el lenguaje o forma de nombrarlo, paciente equivale a persona, o como diría textualmente Quiles (2021), “con un poco de ingenio, estas definiciones podrían pertenecer al dominio de paciente como persona, sin embargo, interpretamos al paciente como persona más como el proceso de comprensión del paciente” (p. 37).

Al respecto, según el Diccionario de términos médicos, de la Real Academia Nacional de Medicina, paciente es la persona que recibe o va a recibir atención médica, ya sea por padecer una enfermedad o con fines preventivos, lo que significa que un paciente no es un enfermo necesariamente, y que hacer ACP implica que todas las personas involucradas en el proceso (pacientes, familiares, médicos, enfermeras, administrativos y, en fin, los colaboradores) comprendan que desde este enfoque el cuidado integral abarca todos los dominios de la salud; es decir, lo biofísico, cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, (Sidani y Fox, 2014). En Atención Centrada en la Persona, ACP, un paciente no es un enfermo, es una persona que merece cuidado integral.

Una segunda conclusión, es que al no existir una definición de ACP acordada universalmente, su desarrollo conceptual y empírico se obstaculiza (Quiles ,2021), pues el hecho de que las distintas definiciones incluyan también distintas dimensiones lleva a la práctica diversas rutas para su implementación. De ahí el valor de una certificación que, como la de Planetree, ofrezca a las instituciones de salud un marco conceptual y metodológico estandarizado de implementación, medición y comparación, especialmente por el hecho de que, Mead y Bower, 2020, revelaron que las diferentes

escalas desarrolladas para medir la orientación centrada en el paciente medían diferentes constructos y carecían de validez de constructo. Esto es todo un reto y abordarlo hace destacable este trabajo.

Ahora bien, el hecho de que, en Colombia, 18 instituciones de salud de las ciudades de Cali, Medellín, Pasto, Manizales, Bogotá y Cartagena sean miembros de Planetree, mas no instituciones certificadas aún, evidencia la tendencia creciente en trabajar en la implementación de una ACP con altos estándares. Las mejores instituciones del mundo cuentan con esta acreditación, y teniendo en cuenta esto, en el caso de la ciudad de Cali, las mejores instituciones son miembros de Planetree y solo una de ellas está acreditada.

Con el desarrollo conceptual y empírico de la Comunicación Interna, CI, pasa algo parecido que con la ACP. Tanto académicos como profesionales luchan para medir la comunicación interna y lo hacen de distintas maneras (Méndez et al., 2013; Meng & Pan, 2012; Ruck, 2015) porque la ausencia de un enfoque estandarizado “aumenta la ineficiencia potencial, al no contar con estándares que proporcionen un vocabulario compartido para medir, comparar y contrastar resultados”, (O’Neil, 2021, p. 6). Sin embargo, en este trabajo se asumió el reto metodológico de medir la CI, a partir de algunos estándares propuestos en 2015 por la *Measurement Commission of Institute for Public Relations*, conscientes de la complejidad para formular preguntas que respondieran a las definiciones de esos estándares, que fueran comprensibles para los participantes y de fácil asociación con lo vivido en las I1 e I2; es decir, que fuera asociable para ellos con lo dicho y hecho cotidianamente en CI.

Para esto, se tuvo que afrontar, precisamente, el reto de no compartir un vocabulario común a partir de estándares. Se trató de un ejercicio inicial que pudiera ser la apertura para un trabajo sostenido en las culturas de las I1 e I2 que conduzca a cualificar la concepción, las prácticas y, por supuesto, el vocabulario asociado con la gestión de CI. En ese sentido, el reto metodológico de medir dos constructos cuyas conceptualizaciones son variables desde la literatura, y cuyos estándares no son

universales (CI y ACP), se mantiene vigente para futuros trabajos que permitan ganar más experiencia en la definición clara, precisa y concreta de lo que se mide y cómo se mide en CI de ACP. Destacable el ejercicio realizado y más aún cuando ni la I1 ni la I2 habían medido antes sus procesos de CI en relación con la ACP.

Los resultados del diagnóstico y la formulación de recomendaciones condujeron a indagar, como conclusión, sobre el aporte de la comunicación interpersonal en la gestión de CI y ACP, aspecto que convoca a la I1 y a la I2, pues las relaciones internas son el resultado de la gestión de CI en cuanto a las interacciones e interdependencia necesarias para construir vínculos mutuamente beneficiosos entre colaboradores y entre éstos y la organización (Men & Bowen, 2017). Las funciones de la CI de informar, relacionar, motivar y modelar comportamientos (Men, 2021) dependen de la interacción, así que las Instituciones de salud, para este caso, necesitan fortalecer la dimensión interaccional de su gestión en CI, pues su principal foco generalmente es la difusión de información y solo con difundir sin relacionar, interactuar ni motivar, no se logran los estándares de CI ni los guías de ACP: comprensión, relevancia, actitud, empoderamiento, confianza, satisfacción, transparencia, justicia, la colaboración, el compromiso, conexión entre valores estrategias y acciones.

Particularmente, se concluye la necesidad para las I1 e I2 de fortalecer espacios de relación, motivación y procesos de capacitación en comunicación con el paciente, pues Quiles (2021), asegura que:

diferentes mecanismos explican el hecho de que la comunicación mejora la salud del paciente. Conocemos que la charla en sí misma puede ser terapéutica al reducir la ansiedad del paciente y ofrecer una mejor sensación de confort. Sin embargo, los caminos por los que la comunicación afecta a la salud son mucho más complejos. Las consecuencias inmediatas de la ACP son el mayor conocimiento del paciente, la confianza mutua y el acuerdo terapéutico. Estos factores

inducen unos resultados intermedios, como son la mayor adherencia terapéutica y mejores habilidades de autocuidado que conducen a una mayor sensación de bienestar. (p. 51)

Además, si los estilos de comunicación colaborativos se relacionan positivamente con la satisfacción de los pacientes, los estilos de comunicación dominantes se relacionan negativamente con la satisfacción y los estilos de comunicación asociativos reducen la ansiedad de los pacientes y facilitan su apertura (Buller M. & Buller D., 1988; Kiesler DJ. & Auerbach SM., 2003), todos los colaboradores de las I1 e I2 requieren capacitación en comunicación. Sin embargo, por ejemplo,

la capacitación en comunicación para estudiantes de medicina es a menudo en aspectos particulares de la comunicación, como el consentimiento informado o las malas noticias: y se desconoce si los futuros profesionales de la salud conocen todos los aspectos de la comunicación adecuada y centrada en el paciente en situaciones complejas como las que se encuentran en el lugar de trabajo (Quiles, 2021, p. 54). Aquí hay otro reto.

Finalmente, se reconoce el compromiso de la I1 y la I2 de alcanzar los mayores estándares en sus gestiones de ACP y CI y sus importantes logros al respecto, así como su disposición y curiosidad para ser organizaciones que aprenden constantemente con los propósitos de preservar la salud y la vida, entregando una atención humanizada y de excelencia para la I1 y preservar la salud neuro cardiovascular, con el corazón, conocimiento y pasión, para dar oportunidad de vida, y brindar la mejor experiencia para pacientes y sus familias para la I2.

6. Referencias

- Alvarado, M. G., González, J. S., & Cabezuelo-Lorenzo, F. (2022). La comunicación interna como herramienta estratégica constructora y transmisora de la cultura organizacional. *Adresearch: Revista Internacional de Investigación en Comunicación*, (27), 54-69.
<https://revistasinvestigacion.esic.edu/adresearch/index.php/adresearch/article/view/206/441>
- Balint E. (1996). The possibilities of patient-centered medicine. *National Library of Medicine*, 17(82), 269-276. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/>
- Bayer, G. L. A., y Vega, Y. V. (2015). Modelo de atención centrado en el paciente en Colombia: la necesidad de un salto desde lo disciplinar hacia lo organizacional. *Revista Salud, Historia y Sanidad*, 10(1), 71-83. <https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/6>
- Borrell-Carrió F., Suchman A. & Epstein R. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. *National Library of Medicine*, 2(6), 576-82.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15576544/>
- Buhmann, A., & Likely, F. (2018). Evaluation and measurement in strategic communication. *The international encyclopedia of strategic communication*, 1, 625-640.
https://www.researchgate.net/publication/322959272_Evaluation_and_Measurement_in_Strategic_Communication
- Buller M. & Buller D. (1987). Physician's Communication Style and Patient Satisfaction. *J Health Soc Behav*, 28(4), 375-388. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3429807/>
- Byrne and Long. (s.f.). Phases of the consultation. [General Practice Notebook] [Internet].
<https://www.gpnotebook.co.uk/simplepage.cfm?ID=-97976313>

Byrne, B. M. (2010). *Exclamation Structural equation modeling with AMOS: Principles and applications*. Guilford Press.

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.researchgate.net/publication/361909378_Structural_Equation_Modeling_With_AMOS&ved=2ahUKEwiD0KOeiNSGAXAmYQIHTfND2UQFnoECB4QAQ&usg=AOvVaw3wFZrhne0WofSJ8nS766Rg

Capriotti, P. (1992). *Dircommap. Dirección Estratégica de comunicación*. Udl. <https://www.udla.cl/wp-content/uploads/2021/11/libro-paul-capriotti.pdf>

Capriotti, P. (1998). La comunicación interna. *Capacitación y Desarrollo* 13, 5-7.

<https://www.academia.edu/download/56668673/COMUNICACION.pdf>

Contreras Delgado, O. E., & Garibay Rendón, N. G. (2020). Comunicación organizacional: Historia, desarrollo y perspectivas de un concepto en constante construcción en América Latina. *Inmediaciones de la Comunicación* 15(2), 43-70.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-86262020000100043

Cuenca, J., y Verazzi, L. (2019). *Guía fundamental de la comunicación interna*. Editorial UOC.

<https://www.editorialuoc.com/guia-fundamental-de-la-comunicacion-interna>

Dávila Díaz, P. H. A. (2019). *Diagnóstico de la comunicación organizacional interna en los trabajadores CAS-15 del Hospital Regional Lambayeque, 2017*. [Tesis de licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Archivo digital.

<https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/4277/BC-TES-TMP-3092%20DÁVILA%20DÍAZ%20PIERRE%20HÉCTOR%20ALFONSO.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Dois Castellón, A. (2022). La atención centrada en la persona como eje de del modelo de salud. *Horizonte De Enfermería*, 33(2), 97–99.

<https://www.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/53035>

Elviro, F. J., García, C., & Rodríguez, A. (2014). *Hospital El Escorial*. Madrid: San Lorenzo de El Escorial.

Epstein R. M. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine*, 9(2),

100-103. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056855/>

Graverán D. (2017). *Propuesta de Manual de Gestión de la Comunicación Interna para el Centro Nacional de Biopreparados*. [Trabajo de Diploma. Facultad de Comunicación. Universidad de la Habana]

Gregory, A. (2000). *Planning and managing public relations campaigns*. Kogan Page Publishers.

Grunig, J. E. (2002). *Qualitative methods for assessing relationships: Between organizations and publics*.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Selección de la muestra*.

Herrera, I. G. (2018). Atención centrada en la persona (ACP): buenas prácticas en un centro de atención de menores con necesidades de apoyo (CAM Xiquets). *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social* 61, 315-330. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7200598>

<https://resources.planetree.org/12-strategies-for-improving-communication-across-your-organization>

Institute for Public Relation. (2013). *What are the standards?* [Video]. YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=ndmobcqlpo4&pp=ygu6aw5zdgld0dxrligzvcibwdwjsawmgcmvsyxrbp24sidiwmtmgd2hhdcbhcmugdghlihn0yw5kyxjkcw%3D%3D>

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25057539/>

Jiang, H., & Men, R. L. (2017). Creating an engaged workforce: The impact of authentic leadership, transparent organizational communication, and work-life enrichment. *Communication research*, 44(2), 225-243.

https://www.researchgate.net/publication/283344982_Creating_an_Engaged_Workforce_The_Impact_of_Authentic_Leadership_Transparent_Organizational_Communication_and_Work-Life_Enrichment

Kalla, H. K. (2005). Integrated internal communications: a multidisciplinary perspective. *Corporate communications: An international journal*, 10(4), 302-314.

https://www.researchgate.net/publication/235265325_Integrated_internal_communications_A_multidisciplinary_perspective

Keyton, J. (2010). *Communication and organizational culture: A key to understanding work experiences*. Sage Publications.

Kiesler D. & Auerbach S. (2003). Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician-patient interaction: the interpersonal circumplex. *Soc Sci Med*, 57(9), 1707-1722.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12948579/>

Kline, R. B. (2015). *Principles and practices of structural equation modeling (4th ed.)*. Guilford Press.

<https://dl.icdst.org/pdfs/files4/befc0f8521c770249dd18726a917cf90.pdf>

- Kunsch, M. M. K. (2014). *Panorama y perspectivas de los estudios de comunicación organizacional y relaciones públicas en América Latina. La contribución de América Latina*.
- Lachman, P., Batalden, P., & Vanhaecht, K. (2020). A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health.
<https://f1000research.com/articles/9-1140>
- Lee, Y., & Yue, C. A. (2020). Status of internal communication research in public relations: An analysis of published articles in nine scholarly journals from 1970 to 2019. *Public Relations Review*, 46(3), 101906.
https://www.researchgate.net/publication/341561840_Status_of_internal_communication_research_in_public_relations_An_analysis_of_published_articles_in_nine_scholarly_journals_from_1970_to_2019
- McWhinney, I. & Freeman, T. (2009). *Textbook of family medicine*. Oxford University Press.
<https://www.porodicanamedicina.com/images/download/knjige/family-medicine.pdf>
- Mead N., & Bower P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 51(7),1087-110. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11005395/>
- Men Rita, L., O'Neil, J., & Ewing, M. (2020). Examining the effects of internal social media usage on employee engagement. *Public Relations Review*, 46(2), 101880.
https://www.researchgate.net/publication/338807636_Examining_the_effects_of_internal_social_media_usage_on_employee_engagement
- Men, L. R. (2021). Evolving research and practices in internal communication. Current trends and issues in internal communication. *Theory and practice*, 1-18.

https://www.researchgate.net/publication/355478172_Evolving_research_and_practices_in_international_communication

Men, L. y Bowen S. (2017). *Excelencia en la gestión de la comunicación interna*. Prensa de expertos empresariales.

Merlano, Medrano, S. (2012). *La comunicación interna en las organizaciones*.

<https://www.eumed.net/ce/2012/smm.html>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Política nacional de humanización en salud*

“entretejemos esfuerzos en la construcción de la cultura de humanización para el goce efectivo del derecho a la salud y la dignidad humana.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Política nacional de humanización en salud*

“Entretejemos esfuerzos en la construcción de la cultura de humanización para el goce efectivo del derecho a la salud y la dignidad humana.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/documento-propuesta-pnhs-politica-valor-humano.pdf>

Ministerio de Salud. (2011). *Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/bibliotecadigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>

MinSalud. (s.f.). *Qué es la acreditación en salud*. <https://acreditacionensalud.org.co/que-es-la-acreditacion-en-salud/>

- Mishra, K., Boynton, L., & Mishra, A. (2014). Driving employee engagement: The expanded role of internal communications. *International Journal of Business Communication*, 51(2), 183-202.
https://www.researchgate.net/publication/284402345_Driving_Employee_Engagement_The_Expanded_Role_of_Internal_Communications
- Muñiz R. (2017). *Marketing en el Siglo XXI*.
- O'Neil, J., Ewing, M. E., Smith, S., & Williams, S. (2021). Measuring and evaluating internal communication. *Current Trends and Issues in Internal Communication: Theory and Practice, New perspectives in organizational communication current trends and issues in internal communication*, 201-222. <https://ouci.dntb.gov.ua/en/works/73gJ1ro7/>
- O'Neil, J., Ewing, M., Smith, S., & Williams, S. (2018). A Delphi study to identify standards for internal communication. *Public relations journal*, 11(3), 1-16.
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://prjournal.instituteforpr.org/wp-content/uploads/1.-A-Delphi-Study-to-Identify-Standards-for-IC-.pdf&ved=2ahUKEwiftNXUhtSGAxVmgoQIHR3NAZUQFnoECBAQAQ&usg=AOvVaw1Pa0A4idEoXLoVaXIFH1h>
- O'Neil, J. y Ewing M. (6 de marzo de 2020). *Escuchar, medir y evaluar para identificar contribuciones intangibles de la comunicación interna*. [Conferencia]. 23a Conferencia Internacional de Relaciones Públicas, Orlando, Florida.
- Paine, K. D. (2011). *Measure what matters: Online tools for understanding customers, social media, engagement, and key relationships*. John Wiley & Sons.
- Planetree International. (2018). *12 Strategies for Improving Communication Across Your Organization*.

Planetree. (2021). Alegría en el trabajo: clave en la mejora de la ACP. <https://planetreealc.org>

Plaskoff, J. (2017). Employee experience: the new human resource management approach. *Strategic HR*

Review, 16(3), 136-141.

https://www.researchgate.net/publication/316570770_Employee_experience_the_new_human_resource_management_approach

Quiles Sánchez, L. V. (2021). Actitudes hacia la atención centrada en la persona en estudiantes de medicina. Proyecto de investigación. [Tesis de doctorado, Escuela Internacional de Doctorado, Universidad de Murcia].

<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/109626/1/Tesis%20Doctoral%20-%20Lourdes%20Victoria%20Quiles%20Sánchez.pdf>

Real Academia Nacional de Medicina. (s.f.). Enfermo y paciente, significado.

<https://www.fundeu.es/consulta/enfermo-o-paciente/>

Ruck, K., Welch, M., & Menara, B. (2017). Employee voice: an antecedent to organisational engagement?. *Public Relations Review*, 43(5), 904-914.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0363811116304805>

Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*.

Mcgraw Hill México.

Schumacker, R. E., & Lomax, R. J. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling (3rd ed.)*.

Guilford Press.

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.researchgate.net/profile/Paul->

[Louangrath/post/SEM How can a model fit well but none of the pathways are significant/attachment/59d63ba3c49f478072ea75e6/AS%253A273743576797187%25401442276962485/download/A%2BBeginner%2527s%2BGuide%2Bto%2BStructural%2BEquation%2BModeling%2B3rd.pdf&ved=2ahUKEwjohfyKiNSGAXUISDABHYStCoQQFnoECBIQAQ&usq=AOvVaw0Hk8umf7TwPBkuroyshDvt](https://www.researchgate.net/publication/325275275/figure/fig/59d63ba3c49f478072ea75e6/AS%253A273743576797187%25401442276962485/download/A%2BBeginner%2527s%2BGuide%2Bto%2BStructural%2BEquation%2BModeling%2B3rd.pdf&ved=2ahUKEwjohfyKiNSGAXUISDABHYStCoQQFnoECBIQAQ&usq=AOvVaw0Hk8umf7TwPBkuroyshDvt)

Sidani S., & Fox M. (2014). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *J Interprof Care*, 28(2), 134-141.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24329714/>

Stewart, M., Brown, J., Weston, W., mcwhinney, I., mcwilliam, C., & Freeman, T. (1995a). Patient-centred medicine: transforming the clinical method. *Health Expect*, 7(2), 181-182.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060226/>

Tapia, P. (s.f.). *Logra la felicidad en el trabajo fácilmente*. [QuestionPro].

<https://www.questionpro.com/blog/es/felicidad-en-el-trabajo/>

Torres-Ospina, J. N., Vanegas-Díaz, C. A., & Yepes-Delgado, C. E. (2016). Atención centrada en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 190-201.

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18231>

Vaughan, M. (2017). *The Fabry-Perot interferometer: history, theory, practice and applications*. Routledge.

Walter, J. K., Benneyworth, B. D., Housey, M., & Davis, M. M. (2013). The factors associated with high-quality communication for critically ill children. *Pediatrics*, 131(1) S90-S95.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23457155/>

Welch, M., & Jackson, P. R. (2007). Rethinking internal communication: a stakeholder approach.

Corporate communications: An international journal, 12(2), 177-198.

https://www.researchgate.net/publication/242085269_Rethinking_internal_communication_A_stakeholder_approach

Westland, J. C. (2010). Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic*

commerce research and applications, 9(6), 476-487.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1567422310000542>

Wiering B., de Boer D. & Delnoij D. (2017). Patient involvement in the development of patient-reported outcome measures: a scoping review. *National Library of Medicine*, 20(1),11-23.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26889874/>

