

Brechas entre la humanización institucional y la experiencia del usuario en la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal durante el primer semestre de 2025

Gaps between institutional humanization and user experience at the ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal during the first half of 2025

Astrid Carolina Blanquicett Barrientos

Especialista en Contratación estatal
Especialista en Sistemas de Gestión de la calidad ISO 9001:2015
Especialista en Gerencia y Auditoría de la calidad en salud (c)
Administradora de empresas y negocios internacionales
Directora de Calidad y Control Interno de Aguas del Norte Antioqueño S.A.E.S.P

acblanquicettba@unadvirtual.edu.co

<https://orcid.org/0009-0008-4537-2015>

Yarumal, Colombia

Yhoan Estevan Quiroz Vasco

Administrador en salud
Especialista en Gerencia y Auditoría de la calidad en salud (c)

Asesor en Secretarías de salud de municipios

yequirozv@unadvirtual.edu.co

<https://orcid.org/0009-0005-4169-6299>

Armenia, Colombia

Luz Esperanza Blanco Guerrero

Magíster en Gestión de Servicios de Salud

Especialista en Gerencia en Servicios de salud
Especialista en Educación superior a distancia
Bacterióloga y Laboratorista clínico
Docente Universidad Nacional Abierta y a Distancia- UNAD

luz.blanco@unad.edu.co

<https://orcid.org/0009-0005-6151-8123>

Bucaramanga, Colombia

Wilman Yesid Ardila Barbosa

Doctor en Educación

Magister en Gestión Integrada de Prevención, Calidad y medio ambiente
Especialista higiene Industrial
Especialista en Gerencia de Riesgos laborales, seguridad y salud en el trabajo
Ingeniero de Petróleos
Docente Universidad Nacional Abierta y a Distancia- UNAD

wilman.ardila@unad.edu.co

<https://orcid.org/0000-0001-9314-2961>

Bucaramanga, Colombia

Resumen

Objetivo: Analizar críticamente las brechas entre la humanización institucional documentada y la experiencia reportada por los usuarios de la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal durante el primer semestre de 2025.

Método: Se desarrolló un análisis documental, descriptivo y analítico, con enfoque cualitativo y apoyo cuantitativo, basado en los registros de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones, las encuestas de satisfacción, los planes de mejora y los referentes normativos y conceptuales disponibles en la monografía base y en el documento de contraste internacional.

Resultados: Los hallazgos muestran la coexistencia de indicadores globales de satisfacción superiores al 95 % con 111 quejas concentradas principalmente en capacidad de respuesta, empatía y confiabilidad.

Conclusión: La auditoría de calidad debe trascender la verificación documental y utilizar las PQRSF como evidencia crítica de la calidad percibida, debido a que el cumplimiento normativo aislado no asegura una atención humanizada si no se acompaña de liderazgo, cultura organizacional, gestión del talento humano y mejora preventiva de los procesos asistenciales.

Palabras clave: humanización de la atención; calidad de la atención de salud; satisfacción del paciente; auditoría médica; servicios médicos de urgencia

Abstract

Objective: To critically analyze the gaps between documented institutional humanization and the experience reported by users of the ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal during the first half of 2025.

Method: A documentary, descriptive, and analytical study was conducted using a qualitative approach supported by quantitative data, based on Petitions, Complaints, Claims, Suggestions, and Compliments records, satisfaction surveys, improvement plans, and the regulatory and conceptual references available in the base monograph and the international comparison document.

Results: The findings show the coexistence of overall satisfaction indicators above 95% with 111 complaints mainly concentrated in responsiveness, empathy, and reliability.

Conclusion: Quality auditing must move beyond documentary verification and use PQRSF as critical evidence of perceived quality, since regulatory compliance alone does not ensure humanized care unless it is accompanied by leadership, organizational culture, human talent management, and preventive improvement of care processes.

Keywords: humanization of assistance; quality of health care; patient satisfaction; medical audit; emergency medical services

Introducción

La humanización de la atención en salud se ha consolidado como una exigencia ética, asistencial y gerencial en los sistemas contemporáneos de prestación de servicios. Su importancia no se limita al trato cordial ni a la disposición individual del personal sanitario, sino que compromete la forma como las instituciones organizan sus procesos, gestionan los tiempos, comunican la información clínica y administrativa, responden a las necesidades emocionales de los pacientes y convierten la experiencia del usuario en un insumo real para la mejora continua. Desde esta perspectiva, la humanización no puede entenderse como un componente ornamental de la calidad, sino como una dimensión sustantiva que expresa el grado en que la institución reconoce al paciente como sujeto de derechos y no solo como receptor de servicios.

La literatura revisada en la monografía base muestra que la humanización es un concepto multidimensional, atravesado por dimensiones éticas, relacionales, organizacionales y normativas. Carlosama et al. (2019) sostienen que su comprensión ha transitado entre enfoques centrados en el trato digno, la comunicación, la experiencia emocional y la participación del paciente en la toma de decisiones. Esta amplitud conceptual resulta relevante porque evita reducir la humanización a una capacitación periódica o a un protocolo aislado; por el contrario, exige examinar la cultura institucional, las condiciones laborales del talento humano y los mecanismos mediante los cuales la calidad se vuelve observable en la vida cotidiana del usuario.

En el sistema de salud colombiano, la humanización se articula con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con los lineamientos de calidad y con la orientación de la Política Nacional de Calidad en Salud 2025-2035. Estos marcos normativos y técnicos ubican la atención digna, oportuna, segura y centrada en la persona como criterios esenciales para evaluar el desempeño institucional. No obstante, el cumplimiento formal de tales marcos no garantiza por sí solo que la experiencia asistencial sea percibida como humana. En la práctica, los usuarios valoran la calidad no únicamente por la competencia técnica del acto clínico, sino también por la oportunidad, la información recibida, la continuidad del cuidado, la empatía y la sensación de seguridad emocional durante el proceso de atención (Pabón-Ortiz et al., 2021; Quintero et al., 2021).

La tensión entre calidad técnica y calidad percibida constituye el eje problemático del presente artículo. La calidad técnica se expresa en protocolos, habilitación, auditorías, registros, cumplimiento de estándares, gestión documental y medición de indicadores. La calidad percibida, en cambio, se configura en la relación concreta entre usuario e

institución: la espera en urgencias, la explicación sobre el triaje, la asignación de una cita, la interacción con admisiones, la claridad de la información y la manera como el paciente siente que es tratado. Esta diferencia permite comprender por qué una institución puede presentar altos niveles de satisfacción global y, simultáneamente, registrar inconformidades reiteradas sobre tiempos de espera, comunicación insuficiente o trato impersonal.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal constituye un caso significativo para analizar esta problemática, debido a su papel como institución de segundo nivel y referente asistencial de la subregión norte de Antioquia. La monografía base documenta que, durante el primer semestre de 2025, la institución registró 230 manifestaciones en el sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones, distribuidas en 25 peticiones, 111 quejas, 6 reclamos, 15 sugerencias y 73 felicitaciones. A la vez, los informes institucionales reportaron indicadores globales de satisfacción de 95,9 % en el primer trimestre y 95,7 % en el segundo trimestre (ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal, 2025a, 2025b). Esta coexistencia entre satisfacción global elevada y quejas recurrentes exige una lectura crítica desde la auditoría de calidad.

El problema no radica únicamente en la existencia de inconformidades, sino en la posible brecha entre la humanización documentada y la humanización vivida. La primera se expresa en políticas, manuales, planes de mejora, capacitaciones y procedimientos institucionales. La segunda se manifiesta en la experiencia concreta del usuario cuando enfrenta demoras, incertidumbre, información insuficiente o interacciones que percibe como distantes. En servicios de alta demanda como urgencias y consulta externa, esta brecha adquiere mayor relevancia porque la ansiedad, el dolor, el miedo y la vulnerabilidad del paciente intensifican la necesidad de una atención clara, empática y oportuna.

El documento de contraste internacional atribuido al Stanford University Open Virtual Assistant Lab plantea una preocupación convergente: las métricas tradicionales de calidad pueden ser insuficientes para captar factores profundos de la experiencia, como confianza, comunicación, seguridad emocional y percepción de acompañamiento. Asimismo, advierte que las auditorías de calidad pueden identificar oportunidades de mejora, pero su efectividad se limita cuando los hallazgos no se traducen en cambios sostenidos de la práctica institucional (Stanford University Open Virtual Assistant Lab, s. f.). Esta advertencia resulta pertinente para interpretar el caso de Yarumal, pues los planes de mejora registrados tienden a centrarse en capacitaciones, educación al usuario y acciones correctivas, sin que se evidencie plenamente una transformación estructural de los procesos y la cultura organizacional.

Con base en lo anterior, este artículo plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las brechas existentes entre la humanización institucional y la experiencia del usuario en la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal durante el primer semestre de 2025, a partir del análisis de las PQRSF y las encuestas de satisfacción, desde una perspectiva de auditoría de la calidad? La respuesta exige comprender las PQRSF no como un requisito administrativo, sino como una fuente crítica de evidencia sobre la calidad percibida y sobre los riesgos que el cumplimiento documental no siempre permite identificar.

Marco teórico y conceptual

La humanización de la atención en salud puede analizarse desde dos enfoques complementarios. El primero la concibe como una exigencia ética vinculada con la dignidad humana, el respeto, la autonomía, la escucha y el reconocimiento del sufrimiento. El segundo la entiende como una dimensión de gestión que debe incorporarse en procesos, indicadores, liderazgo, cultura organizacional y sistemas de mejora continua. La separación absoluta entre ambos enfoques resulta insuficiente, porque una atención humanizada requiere tanto sensibilidad ética como condiciones organizacionales que permitan ejercerla. Un profesional puede tener disposición empática, pero si trabaja en un contexto de sobrecarga, presión por metas, escasez de personal y ausencia de comunicación institucional, la posibilidad de sostener prácticas humanizadas se reduce significativamente.

Carlosama et al. (2019) muestran que la humanización en salud no posee una única definición cerrada, aunque sus aproximaciones coinciden en la necesidad de superar modelos asistenciales centrados exclusivamente en la enfermedad, el procedimiento o la productividad. Tejada Zabaleta (2020) amplía esta discusión al señalar que la humanización responde a procesos de despersonalización generados por lógicas institucionales que privilegian indicadores, tiempos y productividad sobre el reconocimiento integral del paciente. Desde esta perspectiva, la deshumanización no debe leerse únicamente como una falla moral del trabajador, sino como el resultado de estructuras organizacionales que normalizan la distancia relacional y la comunicación mínima.

El debate entre humanización como ética y humanización como gestión permite comprender mejor el caso analizado. Si se adopta únicamente una mirada ética, la solución tendería a concentrarse en sensibilización, buen trato y formación en competencias blandas. Estas acciones son necesarias, pero incompletas. Si se adopta únicamente una mirada gerencial, la humanización podría reducirse a indicadores y formatos, perdiendo su sentido humano. El reto consiste en integrar ambos planos: transformar la cultura organizacional y los procesos de atención

para que la empatía, la comunicación y la oportunidad no dependan solo de la voluntad individual, sino de un sistema de calidad diseñado para proteger la experiencia del usuario.

La calidad percibida constituye un concepto clave para esta integración. Quintero et al. (2021) plantean que la calidad en los servicios de salud involucra dimensiones técnicas, humanas y administrativas. Por tanto, la percepción del usuario no debe ser considerada un dato secundario o meramente subjetivo, sino una expresión legítima del desempeño institucional. Vélez Ramírez y González Valencia (2021) advierten que el avance normativo colombiano no elimina las brechas entre regulación y práctica cotidiana, especialmente cuando las instituciones cumplen requisitos documentales, pero mantienen dificultades en oportunidad, acceso, comunicación y continuidad del cuidado.

En los servicios de urgencias, esta discusión adquiere una intensidad particular. Pabón-Ortiz et al. (2021) identifican que la humanización en urgencias depende de estrategias como comunicación clara, gestión de tiempos de espera, acompañamiento a usuarios y fortalecimiento del trato digno. La urgencia no es solo un espacio clínico de clasificación y priorización; también es un escenario emocional donde el usuario y su familia se enfrentan a incertidumbre, dolor y ansiedad. Cuando la institución no comunica adecuadamente el proceso de triaje o no brinda información sobre los tiempos estimados de atención, la espera se convierte en una experiencia de abandono, incluso si técnicamente la priorización clínica es correcta.

El modelo SERVQUAL, utilizado en la monografía base, ofrece una herramienta útil para traducir la experiencia del usuario en dimensiones analíticas. La clasificación de las quejas en tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía permite identificar que la calidad percibida no depende de un solo factor, sino de la interacción entre elementos físicos, administrativos, clínicos y relacionales. En este estudio, el uso de SERVQUAL permite mostrar que más del 70 % de la insatisfacción documentada se concentra en capacidad de respuesta y empatía, dimensiones estrechamente relacionadas con la humanización de la atención. Aunque la fuente original del modelo se reporta en la monografía como Parasuraman et al. (1988), en este artículo se retoma su aplicación desde la documentación proporcionada por Blanquicett Barrientos y Quiroz Vasco (2025).

Desde los sistemas de gestión, la ISO 9001:2015 aporta principios pertinentes para analizar la humanización como componente de calidad. Aunque esta norma no utiliza necesariamente el lenguaje de la humanización en salud, sí promueve el enfoque al cliente, el liderazgo, la participación de las personas, la gestión por procesos, el pensamiento basado en riesgos y la mejora continua (International Organization for Standardization, 2015). Estos principios son compatibles con una lectura gerencial de la experiencia del usuario, porque obligan a identificar necesidades y expectativas, gestionar procesos que afectan la satisfacción y adoptar acciones correctivas eficaces frente a desviaciones recurrentes.

En el contexto colombiano, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad orientan a las instituciones hacia la evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos prioritarios. El Decreto 1011 de 2006, la Resolución 256 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019 configuran un marco normativo que vincula habilitación, oportunidad, satisfacción, seguridad y mejoramiento. Desde esta lógica, las PQRSF no deberían funcionar solo como un mecanismo de respuesta al usuario, sino como un dispositivo de auditoría que permite detectar riesgos, priorizar intervenciones y verificar si las acciones de mejora tienen impacto verificable en la experiencia asistencial.

La cultura organizacional es otro componente central del análisis. Mena Méndez (2019) describe la cultura como un conjunto de significados, valores, prácticas y mediaciones que orientan el comportamiento institucional. En organizaciones de salud, esta cultura define qué se prioriza en la práctica: el cumplimiento del formato, la reducción del tiempo, la productividad del servicio, la seguridad clínica, la comunicación con el paciente o la experiencia integral de cuidado. Cuando la cultura dominante es predominantemente jerárquica y centrada en el cumplimiento, puede producirse una brecha entre lo que la institución declara como valor y lo que efectivamente se reproduce en la atención cotidiana.

Schein (2010) permite interpretar esta brecha mediante tres niveles culturales: artefactos, valores declarados y supuestos básicos. En el caso de la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal, los artefactos estarían representados por políticas, manuales, planes de mejora y protocolos de humanización; los valores declarados, por el compromiso institucional con el trato digno y la calidad; y los supuestos básicos, por las prácticas reales que organizan el trabajo bajo presión asistencial. Si los supuestos básicos priorizan rapidez, cumplimiento mínimo o defensa administrativa frente al reclamo, la humanización documentada no se traduce necesariamente en humanización vivida.

El modelo de Cameron y Quinn (2011), basado en valores en competencia, también resulta pertinente para analizar instituciones en las que predominan rasgos jerárquicos, control documental y orientación al cumplimiento. Una cultura jerárquica puede ser útil para garantizar trazabilidad, orden y cumplimiento normativo, pero puede limitar la flexibilidad, la escucha activa y la adaptación a la experiencia del usuario. Por ello, el fortalecimiento de la

humanización requiere equilibrar la cultura de control con una cultura de cuidado, aprendizaje y mejora, donde las quejas no se interpreten como amenaza reputacional, sino como evidencia para rediseñar procesos.

El documento de contraste internacional refuerza esta lectura al sostener que los factores humanos son decisivos en la calidad de la atención y que la transición hacia modelos centrados en valor exige integrar resultados clínicos, experiencia del paciente, comunicación y eficiencia sin sacrificar la dimensión humana del cuidado (Stanford University Open Virtual Assistant Lab, s. f.). También advierte que la implementación de metodologías Lean y herramientas de mejora puede contribuir a reducir desperdicios, tiempos y fallas operativas, siempre que no se convierta en una racionalización fría del proceso, sino en un medio para liberar tiempo, mejorar flujos y fortalecer la relación clínica y administrativa con el usuario.

Desde esta base teórica, la humanización institucional no puede ser evaluada únicamente por la existencia de una política, la realización de capacitaciones o el porcentaje de satisfacción global. Debe examinarse en la capacidad real de la organización para anticipar riesgos de deshumanización, gestionar los tiempos de espera, comunicar con claridad, atender la vulnerabilidad emocional del paciente, aprender de las quejas y transformar las condiciones que producen insatisfacción reiterada.

Metodología

El artículo se fundamenta en un enfoque documental, descriptivo y analítico, con predominio cualitativo y apoyo cuantitativo. Esta decisión metodológica responde a la naturaleza del objeto de estudio: analizar brechas entre la humanización institucional documentada y la experiencia reportada por los usuarios. El componente cualitativo permite interpretar las dimensiones relacionales, comunicativas y culturales asociadas con la experiencia de atención; el apoyo cuantitativo permite organizar la frecuencia de manifestaciones, porcentajes de quejas y niveles de satisfacción global registrados durante el periodo analizado.

El diseño documental se justifica porque el análisis no se construye a partir de trabajo de campo primario, sino de fuentes secundarias institucionales y académicas contenidas en los documentos proporcionados. La población documental está constituida por los informes de PQRSF, encuestas de satisfacción, planes de mejora, protocolos institucionales, política de humanización, manual de calidad y referentes normativos y conceptuales revisados en la monografía de posgrado. Adicionalmente, se utiliza el documento en inglés del Stanford University Open Virtual Assistant Lab como insumo de contraste analítico sobre auditorías, barreras de humanización, medición de la experiencia y mejora de procesos hospitalarios.

La delimitación temporal corresponde al primer semestre de 2025. De acuerdo con la monografía base, durante este periodo se revisaron 230 registros de PQRSF, distribuidos en 25 peticiones, 111 quejas, 6 reclamos, 15 sugerencias y 73 felicitaciones. El primer trimestre registró 14 peticiones, 49 quejas, 2 reclamos, 4 sugerencias y 16 felicitaciones; el segundo trimestre registró 11 peticiones, 62 quejas, 4 reclamos, 11 sugerencias y 57 felicitaciones. Esta distribución permite observar tanto la persistencia de inconformidades como el incremento de quejas y sugerencias en el segundo trimestre, lo que resulta relevante para evaluar la eficacia de las acciones institucionales de mejora (ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal, 2025a, 2025b).

Las categorías de análisis se definieron a partir de la estructura conceptual de la monografía y de los modelos de calidad revisados. Las categorías centrales fueron humanización en salud, calidad percibida, satisfacción e insatisfacción del usuario, tiempos de espera, comunicación institucional, empatía, capacidad de respuesta, cultura organizacional, riesgo y conformidad normativa. Estas categorías permitieron articular el análisis de las PQRSF con el marco de auditoría de la calidad y con los estándares asociados al SOGCS, la ISO 9001:2015 y las directrices de auditoría basadas en ISO 19011.

El procedimiento analítico se desarrolló en tres momentos. En primer lugar, se caracterizaron las manifestaciones PQRSF según tipo, periodo y frecuencia. En segundo lugar, se clasificaron las inconformidades mediante las dimensiones del modelo SERVQUAL, retomando la matriz elaborada en la monografía: capacidad de respuesta, empatía, confiabilidad, seguridad y tangibles. En tercer lugar, se contrastaron los hallazgos con los protocolos institucionales y con una matriz de riesgo-conformidad inspirada en ISO 19011, orientada a establecer nivel de riesgo, probabilidad, impacto y norma o criterio de referencia.

La triangulación metodológica se realizó mediante la comparación entre tres fuentes de evidencia: los datos institucionales de PQRSF y satisfacción, los documentos normativos y de gestión de calidad, y la literatura contenida en los documentos proporcionados. Esta triangulación permitió evitar una lectura meramente estadística de las quejas y construir una interpretación gerencial sobre su significado. Así, una queja por tiempo de espera no se leyó solo como un evento aislado de insatisfacción, sino como posible indicador de riesgo operacional, falla de comunicación, presión de capacidad instalada y brecha de humanización.

El análisis mantiene una restricción metodológica importante: no incorpora datos externos no contenidos en los documentos proporcionados. Por ello, no se adicionan cifras epidemiológicas, presupuestales, laborales o comparativas no presentes en la monografía o en el documento de contraste. Esta decisión protege la coherencia del manuscrito con la instrucción de base y evita atribuir a la institución condiciones no verificadas. Las interpretaciones gerenciales se desarrollan a partir de los datos documentales disponibles y se presentan como inferencias analíticas, no como mediciones adicionales.

Desde el punto de vista de la auditoría, la metodología asume que las PQRSF son evidencia de calidad percibida y de riesgo institucional. Esta postura coincide con el enfoque de mejora continua, según el cual las no conformidades y las oportunidades de mejora deben analizarse no solo por su frecuencia, sino por su impacto potencial en la seguridad, la confianza, la reputación y la experiencia del usuario. En consecuencia, el valor metodológico del estudio no reside únicamente en contar quejas, sino en identificar qué dimensiones del sistema de atención producen la brecha entre lo documentado y lo vivido.

Resultados

Los resultados evidencian una paradoja central para la gestión de calidad: la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal presenta indicadores globales de satisfacción superiores al 95 %, pero mantiene un volumen relevante de quejas asociadas con dimensiones esenciales de la humanización. Durante el primer semestre de 2025 se registraron 230 manifestaciones PQRSF, de las cuales 111 correspondieron a quejas. Aunque la presencia de 73 felicitaciones indica experiencias positivas y reconocimiento por parte de usuarios, la concentración de quejas en dimensiones relacionales y de oportunidad revela que la satisfacción agregada no capta de manera suficiente las brechas específicas de la experiencia asistencial.

La distribución trimestral muestra que las quejas aumentaron de 49 en el primer trimestre a 62 en el segundo. También se incrementaron las sugerencias, que pasaron de 4 a 11, y las felicitaciones, que pasaron de 16 a 57. Este comportamiento no debe interpretarse de forma lineal como deterioro o mejora, sino como un patrón que requiere lectura gerencial. El aumento de felicitaciones podría reflejar experiencias positivas o mayor participación del usuario; el aumento de quejas y sugerencias, por su parte, evidencia persistencia de asuntos críticos y disposición de los usuarios a registrar inconformidades. Desde la auditoría, ambos fenómenos son relevantes, porque expresan interacción activa entre comunidad e institución.

La clasificación SERVQUAL permite identificar que las inconformidades se concentran principalmente en capacidad de respuesta, empatía y confiabilidad. La capacidad de respuesta agrupa aproximadamente 52 quejas, equivalentes al 46,8 % del total; la empatía reúne cerca de 28 quejas, equivalentes al 25,2 %; y la confiabilidad registra alrededor de 18 quejas, equivalentes al 16,2 %. Las dimensiones de seguridad y tangibles presentan menor frecuencia, con 8 y 5 quejas aproximadas, respectivamente. Esta distribución indica que las principales fuentes de insatisfacción no se ubican en la infraestructura o en una percepción general de incompetencia técnica, sino en la oportunidad, el trato, la comunicación y la continuidad del proceso asistencial.

El hallazgo más crítico es que capacidad de respuesta y empatía concentran más del 70 % de las quejas. Esta cifra tiene una implicación gerencial clara: la brecha de humanización en la ESE no se explica principalmente por ausencia de política, sino por dificultades para traducir el compromiso institucional en prácticas oportunas, comunicativas y emocionalmente seguras. La capacidad de respuesta se relaciona con tiempos prolongados de espera en urgencias, consulta externa, asignación de citas, facturación y clasificación de triaje. La empatía se relaciona con trato impersonal, falta de disposición para informar y percepción de desinterés por las necesidades emocionales del usuario.

Tabla 1

Clasificación de inconformidades PQRSF según dimensiones SERVQUAL durante el primer semestre de 2025

Dimensión SERVQUAL	Quejas representativas	N.º aprox.	Porcentaje
Capacidad de respuesta	Tiempos de espera en urgencias, asignación de citas, facturación y consulta externa; demoras en triaje	52	46,8 %
Empatía	Trato impersonal, falta de disposición para informar y percepción de desinterés por necesidades emocionales	28	25,2 %
Confiabilidad	Fallas en continuidad del cuidado, admisión, facturación e	18	16,2 %

	incumplimiento de citas programadas		
Seguridad	Dudas sobre competencia técnica o percepción de riesgo en la atención de urgencias	8	7,2 %
Tangibles	Condiciones físicas, señalización y comodidad en salas de espera	5	4,5 %
Total	Cinco categorías de inconformidad documentadas	111	100 %

Nota. Elaboración con base en la clasificación reportada en la monografía y en los informes institucionales de PQRSF del primer y segundo trimestre de 2025.

En urgencias, los tiempos de espera constituyen una fuente especialmente sensible de insatisfacción. El proceso de triaje implica una priorización clínica que puede ser técnicamente adecuada, pero si no se comunica con claridad, puede ser percibida como abandono o indiferencia. La monografía evidencia que los usuarios expresan confusión frente a los tiempos asociados a triajes 3, 4 y 5, lo que llevó a la institución a incluir en su plan de mejora acciones de educación e información al usuario. Sin embargo, la persistencia de quejas sugiere que la explicación del proceso no puede depender únicamente de una instrucción general, sino que debe incorporarse como práctica permanente de comunicación en sala de espera, admisiones y contacto asistencial.

La dimensión de empatía revela otra brecha significativa. Las quejas por trato impersonal no necesariamente implican intención de maltrato; pueden expresar interacciones breves, respuestas defensivas, falta de escucha, ausencia de información o comunicación excesivamente técnica. En contextos de sobrecarga asistencial, el personal puede concentrarse en resolver el flujo operativo y dejar en segundo plano la contención emocional. No obstante, para el usuario, la forma de ser atendido se convierte en un indicador directo de calidad. De ahí que el trato digno no pueda ser entendido como atributo individual, sino como resultado de una cultura organizacional que protege tiempo, formación, liderazgo y condiciones para comunicar adecuadamente.

La confiabilidad, con cerca del 16,2 % de las quejas, se asocia con fallas en continuidad del cuidado, incoherencias en admisión y facturación, incumplimiento de citas programadas y dificultades en la articulación entre procesos administrativos y asistenciales. Esta dimensión conecta la experiencia del usuario con la gestión por procesos: cuando el usuario debe repetir información, esperar por facturación después de la hora programada o enfrentar inconsistencias entre áreas, percibe que la institución no opera como un sistema integrado. En términos de auditoría, estas situaciones pueden convertirse en no conformidades de proceso, porque afectan la trazabilidad, la oportunidad y la confianza.

La matriz de riesgo-conformidad elaborada en la monografía identifica como hallazgos de riesgo alto los tiempos de espera fuera de estándar, el trato impersonal y la falta de comunicación efectiva, la ausencia de una cultura transversal de humanización, y la sobrecarga laboral con rotación del talento humano. La respuesta reactiva en el plan de mejora sin indicadores de impacto se clasifica como riesgo medio. Esta priorización permite diferenciar entre problemas visibles y causas estructurales. El tiempo de espera es visible para el usuario; la sobrecarga, la rotación, la falta de indicadores de efectividad y la cultura de cumplimiento son factores organizacionales que sostienen la brecha.

Tabla 2

Matriz sintética de riesgo-conformidad desde auditoría de calidad

Hallazgo crítico	Probabilidad	Impacto	Nivel de riesgo	Criterio de referencia
Tiempos de espera fuera de estándar en urgencias y consulta externa	Alta	Alto	Alto	Oportunidad en SOGCS e ISO 9001
Trato impersonal y comunicación insuficiente con el usuario	Alta	Alto	Alto	Humanización, Ley 1751 e ISO 9001
Cultura organizacional de humanización no transversal	Alta	Alto	Alto	Gestión del liderazgo y toma de conciencia
Plan de mejora reactivo sin indicadores de impacto	Media	Medio	Medio	Acción correctiva y mejora continua
Sobrecarga y rotación del	Alta	Alto	Alto	Personas, seguridad del

Hallazgo crítico	Probabilidad	Impacto	Nivel de riesgo	Criterio de referencia
talento humano				paciente y calidad percibida

Nota. Síntesis adaptada de la matriz de riesgo-conformidad documentada en la monografía, con criterios de auditoría basados en SOGCS, ISO 9001:2015 e ISO 19011.

La comparación entre protocolos institucionales y percepción del usuario muestra discrepancias relevantes. En oportunidad, la política de humanización y el plan de mejora reconocen tiempos diferenciados por triaje y consulta externa, pero la principal fuente de quejas continúa siendo la espera prolongada. En trato digno, existen capacitaciones periódicas, pero los usuarios registran percepciones de trato impersonal. En comunicación, se cuenta con protocolos de educación sobre triaje, pero persiste confusión sobre tiempos y procesos. En satisfacción y mejora continua, los indicadores globales son altos y la respuesta PQRSF alcanza el 100 %, pero las problemáticas se repiten en los dos trimestres.

Tabla 3

Contraste entre humanización documentada y experiencia reportada por los usuarios

Dimensión	Humanización documentada	Experiencia reportada	Brecha
Oportunidad	Política de humanización y plan de mejora con tiempos por triaje y consulta externa	Quejas por esperas prolongadas en urgencias, consulta externa y facturación	Alta
Trato digno	Capacitaciones periódicas en humanización y trato al usuario	Percepción de trato impersonal y falta de disposición para comunicar	Alta
Comunicación	Educación al usuario sobre triaje y procesos asistenciales	Confusión frente a clasificación de triaje y tiempos estimados de atención	Alta
Continuidad	Manual de calidad con procesos integrados	Fallas en admisión, facturación y asignación de citas	Media
Mejora continua	Satisfacción global superior al 95 % y respuesta PQRSF del 100 %	Problemáticas repetidas en ambos trimestres	Media

Nota. Elaboración a partir del contraste reportado en la monografía entre protocolos institucionales y percepción de usuarios.

Estos resultados permiten afirmar que la institución presenta fortalezas formales importantes: dispone de un proceso de gestión de PQRSF, mide la satisfacción del usuario, responde a las manifestaciones y cuenta con política de humanización y manual de calidad. Sin embargo, tales fortalezas conviven con debilidades que exigen intervención gerencial. La calidad documental parece estar más consolidada que la calidad experiencial, lo cual no invalida los avances institucionales, pero sí evidencia la necesidad de profundizar en la eficacia real de los planes de mejora.

El análisis del plan institucional muestra acciones pertinentes, aunque predominantemente reactivas. Entre ellas se encuentran continuar capacitaciones en humanización y trato digno, educar al usuario sobre clasificación de triaje, mejorar asignación de citas, fortalecer facturación en admisiones, garantizar atención preferencial en digiturno y mejorar puntualidad de consultas, procedimientos y ayudas diagnósticas. Estas acciones responden a los hallazgos, pero su formulación presenta una limitación: varias se expresan como continuidad de actividades y no como intervenciones con metas medibles, responsables, plazos e indicadores de efectividad.

Desde la perspectiva de ISO 9001:2015, una acción correctiva debe abordar causas de no conformidad y prevenir su recurrencia. En el caso analizado, la repetición de quejas sobre tiempos, comunicación y trato sugiere que las acciones existentes pueden estar respondiendo al síntoma, pero no necesariamente a la causa raíz. Capacitar al personal es necesario, pero si no se evalúa el cambio en conducta, si no se ajustan flujos, si no se define un estándar de comunicación y si no se auditan los momentos críticos de la experiencia, la capacitación puede convertirse en una respuesta formal sin impacto sostenido.

El documento de contraste internacional señala una dificultad semejante en los procesos de auditoría: identificar oportunidades de mejora no garantiza la implementación efectiva de cambios, especialmente cuando existen barreras de personal, sobrecarga administrativa, condiciones laborales adversas y comprensión limitada del cuidado centrado en el paciente (Stanford University Open Virtual Assistant Lab, s. f.). Esta lectura permite situar el caso de Yarumal en un debate más amplio: la auditoría no debe limitarse a producir hallazgos, sino a asegurar que tales hallazgos activen decisiones, recursos, rediseños y seguimiento.

Los resultados, por tanto, no deben ser interpretados como una negación de la satisfacción institucional, sino como una advertencia sobre la insuficiencia de los promedios globales. Un indicador del 95 % puede coexistir con experiencias negativas concentradas en servicios específicos o momentos críticos del recorrido del paciente. La auditoría de calidad debe ser capaz de leer esas zonas de fricción, porque allí se define la confianza del usuario y se pone a prueba la coherencia entre el discurso institucional de humanización y la práctica real de atención.

Discusión

La discusión de los hallazgos exige contrastar la humanización documentada con la humanización vivida. La primera está respaldada por políticas, manuales, protocolos, planes de mejora, cumplimiento en respuesta a PQRSF e indicadores de satisfacción global. La segunda aparece en los relatos e inconformidades de los usuarios, especialmente cuando expresan demoras, falta de información, trato impersonal o dificultades para acceder oportunamente a citas y procesos administrativos. La brecha no implica ausencia total de humanización, sino una distancia entre la intención institucional y la experiencia concreta en momentos críticos de atención.

Esta brecha confirma lo planteado por Vélez Ramírez y González Valencia (2021) sobre la diferencia entre avances normativos y transformación efectiva de la atención. Una institución puede demostrar cumplimiento documental y, al mismo tiempo, mantener prácticas cotidianas que no satisfacen las expectativas del usuario. En el caso analizado, la satisfacción global superior al 95 % puede ocultar microexperiencias negativas concentradas en urgencias, consulta externa y facturación. Para la gerencia de calidad, el reto consiste en no confundir satisfacción agregada con ausencia de riesgo. Los promedios altos deben complementarse con análisis cualitativo de quejas, segmentación por servicio y seguimiento de recurrencias.

La discusión también pone en evidencia los límites de una auditoría centrada exclusivamente en conformidad. Si el auditor verifica que existe política de humanización, que se realizan capacitaciones y que las PQRSF se responden en los tiempos establecidos, puede concluir que el proceso cumple formalmente. Sin embargo, si las mismas causas de queja se repiten, la conformidad documental pierde fuerza como evidencia de eficacia. La auditoría de calidad en salud debe incorporar una pregunta adicional: ¿lo documentado transforma efectivamente la experiencia del usuario? Esta pregunta desplaza el foco desde el archivo hacia el resultado vivido.

El análisis de SERVQUAL permite sostener que la humanización se juega principalmente en capacidad de respuesta y empatía. No se trata de dimensiones blandas o secundarias, sino de factores que inciden en seguridad, adherencia, confianza y legitimidad institucional. La demora sin explicación puede aumentar ansiedad y conflictividad; la falta de información puede debilitar la comprensión del proceso terapéutico; el trato impersonal puede afectar la confianza en el equipo de salud; la inconsistencia administrativa puede generar percepción de abandono. Por ello, la humanización debe ser tratada como indicador transversal de riesgo institucional y no solo como un componente de bienestar del usuario.

Las barreras sistémicas identificadas en la monografía -sobrecarga asistencial, déficit de personal, rotación, presión por metas y limitaciones operativas- explican por qué la capacitación aislada no resulta suficiente. Malca-Díaz et al. (2024) señalan que la humanización se ve limitada por condiciones estructurales como recursos insuficientes y sobrecarga laboral. Vargas y Pozo (2025) también relacionan el exceso de trabajo con disminución de comunicación, empatía y atención individualizada. En consecuencia, responsabilizar exclusivamente al trabajador por la deshumanización sería analíticamente limitado y gerencialmente injusto. La humanización requiere cuidar también las condiciones que permiten cuidar.

Desde la cultura organizacional, Schein (2010) ayuda a comprender la distancia entre declaraciones y prácticas. La ESE puede tener artefactos visibles de humanización, como política actualizada, planes de capacitación y manual de calidad. También puede declarar valores orientados al trato digno. Pero los supuestos básicos se evidencian en cómo se actúa cuando la sala está llena, cuando el usuario pregunta varias veces, cuando el personal está fatigado o cuando el sistema de citas no responde oportunamente. Allí se revela si la humanización es un valor profundo o un requisito formal.

Cameron y Quinn (2011) permiten complementar esta lectura. En instituciones con fuerte orientación jerárquica, la documentación, el control y la estabilidad son necesarios para garantizar seguridad y cumplimiento. Sin embargo, cuando estos rasgos no se equilibran con una cultura de clan, aprendizaje o innovación, la institución puede responder mejor al requisito que al usuario. La gestión humanizada exige mantener el control normativo, pero incorporar prácticas de escucha, flexibilidad, corresponsabilidad y aprendizaje organizacional. Las PQRSF deberían funcionar como insumo de conversación institucional, no solo como expediente cerrado.

El documento de contraste internacional aporta una advertencia relevante: las métricas tradicionales pueden fallar al capturar dimensiones profundas de la experiencia, y las auditorías pueden tener baja efectividad cuando no existe implementación real de los hallazgos (Stanford University Open Virtual Assistant Lab, s. f.). En el caso de Yarumal, esta advertencia se traduce en la necesidad de pasar de la medición a la intervención. Medir satisfacción, contar

PQRSF y responder quejas es necesario; pero la mejora ocurre cuando la institución identifica causas raíz, rediseña procesos, asigna responsables, monitorea indicadores y verifica si la percepción del usuario cambia.

Las metodologías Lean mencionadas en el documento de contraste pueden ser pertinentes si se aplican con enfoque humanizante. Lean no debería interpretarse únicamente como reducción de costos o aumento de eficiencia, sino como eliminación de desperdicios que afectan la experiencia: esperas innecesarias, duplicidad de información, desplazamientos administrativos, reprocesos en facturación, demoras por falta de coordinación y comunicación tardía. Reducir estos desperdicios libera tiempo institucional para escuchar, orientar y atender mejor. No obstante, si se implementa sin enfoque ético, Lean podría reforzar la presión por productividad. La clave gerencial está en articular eficiencia y dignidad.

La contradicción entre satisfacción global elevada y quejas específicas obliga a repensar los instrumentos de medición. Una encuesta general puede producir resultados favorables si se aplica en condiciones que no capturan momentos críticos o si los usuarios satisfechos responden con mayor disposición. Las PQRSF, en cambio, expresan experiencias que el indicador global puede diluir. Por ello, la auditoría debe combinar mediciones agregadas con análisis narrativo, clasificación por dimensiones, trazabilidad de recurrencias y valoración del impacto potencial. Una queja por trato impersonal puede tener mayor relevancia estratégica que varias respuestas positivas generales, si revela una falla estructural en el vínculo institución-usuario.

En términos de gerencia de calidad, el hallazgo más importante es que el cumplimiento normativo aislado no garantiza una experiencia digna. La norma establece un piso, no un techo. La política de humanización define una intención, no su materialización. La capacitación sensibiliza, pero no transforma por sí sola. La respuesta PQRSF cumple un deber, pero no asegura aprendizaje. La satisfacción global orienta, pero no sustituye el análisis de los puntos de dolor. Transformar la cultura institucional exige convertir cada una de estas herramientas en parte de un sistema integrado de gestión centrado en la experiencia del usuario.

Esta discusión no desconoce las fortalezas institucionales. La ESE cuenta con mecanismos de medición, responde las PQRSF, posee planes de mejora y ha actualizado su política de humanización. Estos avances son condiciones valiosas. El problema es que las evidencias muestran que todavía no logran cerrar plenamente la brecha entre lo documentado y lo vivido. La recomendación no es abandonar los instrumentos existentes, sino fortalecerlos con indicadores de impacto, auditorías de experiencia, rondas de comunicación, gestión de tiempos, análisis de causa raíz y liderazgo visible en servicios críticos.

Conclusiones

El análisis permite concluir que en la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal existe una brecha significativa entre la humanización institucional documentada y la experiencia reportada por los usuarios durante el primer semestre de 2025. La institución dispone de políticas, protocolos, mediciones de satisfacción y procesos formales de respuesta a PQRSF; sin embargo, las quejas asociadas con tiempos de espera, trato impersonal, información insuficiente y fallas de continuidad muestran que la humanización no se consolida plenamente en todos los momentos del proceso asistencial.

La coexistencia de indicadores globales de satisfacción superiores al 95 % con 111 quejas registradas confirma que los promedios institucionales deben interpretarse con cautela. La satisfacción agregada no elimina la necesidad de analizar las experiencias negativas, especialmente cuando se concentran en servicios de alta demanda como urgencias y consulta externa. En consecuencia, las PQRSF deben ser tratadas como evidencia estratégica de auditoría y no solo como un mecanismo administrativo de respuesta al usuario.

Las dimensiones SERVQUAL de capacidad de respuesta y empatía concentran más del 70 % de las inconformidades, lo cual demuestra que las principales brechas de calidad percibida son relacionales y organizacionales. El problema no se reduce a infraestructura ni a competencia técnica, sino a la manera como la institución gestiona los tiempos, comunica los procesos, acompaña la espera y expresa trato digno en escenarios de presión asistencial.

La auditoría de calidad debe trascender la verificación documental de políticas y procedimientos. Una auditoría centrada únicamente en conformidad puede declarar cumplimiento, aunque persistan experiencias de deshumanización. Por ello, el enfoque de auditoría en salud debe contrastar permanentemente lo escrito en manuales y protocolos con lo expresado por los usuarios en sus recorridos reales de atención.

El cumplimiento normativo es necesario, pero no suficiente. Para garantizar una experiencia digna, se requiere liderazgo gerencial, cultura organizacional orientada al cuidado, bienestar del talento humano, gestión preventiva del riesgo, indicadores de impacto y mecanismos de aprendizaje institucional. La humanización debe integrarse como eje transversal de la calidad, la seguridad del paciente y la sostenibilidad reputacional de la institución.

Recomendaciones gerenciales

Se recomienda fortalecer el análisis de PQRSF mediante tableros de seguimiento que no solo reporten frecuencias, sino causas raíz, dimensión SERVQUAL afectada, servicio involucrado, recurrencia, nivel de riesgo, responsable de intervención y evidencia de cierre efectivo. Esta estrategia permitiría pasar de la respuesta individual a la gestión sistémica de las inconformidades.

Es necesario incorporar indicadores de efectividad para las capacitaciones en humanización y trato digno. No basta con registrar asistencia o número de sesiones; se requiere medir cambios observables en comunicación, disminución de quejas relacionadas con empatía, percepción de información clara y satisfacción específica en servicios críticos.

La gestión de tiempos de espera debe abordarse como un riesgo de calidad y humanización. Se recomienda establecer metas por servicio, informar tiempos estimados al usuario, realizar rondas comunicativas en sala de espera y auditar la comprensión del triaje. La espera puede ser inevitable en algunos escenarios, pero la espera sin información es una fuente prevenible de deshumanización.

Se propone fortalecer la cultura organizacional mediante liderazgo visible en humanización, espacios de retroalimentación con el talento humano, análisis de casos reales de PQRSF y reconocimiento de buenas prácticas. Humanizar al usuario exige también cuidar las condiciones laborales y emocionales de quienes prestan el servicio.

Finalmente, se recomienda articular el PAMEC, la política de humanización, la gestión de PQRSF y el sistema de gestión de calidad en una ruta integrada de mejora. Esta ruta debe priorizar procesos de urgencias, consulta externa, admisiones, facturación y asignación de citas, por ser los puntos donde la documentación institucional y la experiencia del usuario muestran mayores tensiones.

Referencias

- Alves JP, Silva MT, Costa AL. Humanization of health care: Ethical principles and management challenges. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2022;30:e3687.
- Blanquicett Barrientos AC, Quiroz Vasco YE. Brechas entre la humanización institucional y la experiencia del usuario: Análisis de PQRSF desde la auditoría de calidad en la ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal, 2025 [Monografía de especialización, Universidad Nacional Abierta y a Distancia]. 2025.
- Cameron KS, Quinn RE. Diagnosing and changing organizational culture: Based on the Competing Values Framework. John Wiley & Sons. 2011.
- Carlosama DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos-Galvis FH, Hernández EL, Matabanchoy SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: Una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*. 2019;23(2):245-262. doi: 10.5294/PEBI.2019.23.2.6
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 47.957*. 2011.
- Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 49.427*. 2015.
- ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal. Manual de calidad. 2023. Disponible en: <https://hospitalyarumal.gov.co/wp-content/uploads/2023/06/MA-02-002-CALIDAD.pdf>
- ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal. Evaluación de la satisfacción de los usuarios y gestión de las PQRSF enero a marzo 2025. 2025a.
- ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal. Evaluación de la satisfacción de los usuarios y gestión de las PQRSF abril a junio 2025. 2025b.
- ESE Hospital San Juan de Dios de Yarumal. Política de Humanización del Servicio. 2025c. Disponible en: <https://hospitalyarumal.gov.co/wp-content/uploads/2025/09/PO-09-002-POLITICA-DE-HUMANIZACION.pdf>
- International Organization for Standardization. Quality management systems - Requirements (ISO 9001:2015). std: iso:9001: ed-5: v1: en. 2015. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:>
- Lopes AM, Ferreira PL, Rodrigues MA. Application of the SERVQUAL model in health services: A systematic review. *Health Policy*. 2021;125(6):789-796.
- Malca-Díaz JF, Malca-Vásquez JA, Díaz-Manchay RJ. Humanización de la atención en salud: Factores limitantes y cómo lograrla. *Medicina Naturista*. 2024;18(1):16-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9302870.pdf>
- Mena Méndez D. La cultura organizacional, elementos generales, mediaciones e impacto en el desarrollo integral de las instituciones. *Pensamiento & Gestión*. 2019;46:1-28. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64664303002>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial No. 46.230*. 2006.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256 de 2016: Por la cual se definen los indicadores del Sistema de Información para la Calidad y se establecen lineamientos para su reporte. *Diario Oficial No. 49.808*. 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. *Diario Oficial No. 51.089*. 2019.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan nacional de humanización en salud. 2025a. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>

19. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Calidad en Salud 2025-2035. República de Colombia. 2025b. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Documento-PNCS.pdf
20. Pabón-Ortiz EM, Mora-Cruz JV, Castiblanco-Montañez RA, Buitrago-Buitrago CY. Estrategias para fortalecer la humanización de los servicios en salud en urgencias. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2021;18(1):94-104. doi: 10.22463/17949831.2512
21. Quintero RSG, Gámez Toirac Y, Matos Laffita D, González Rodríguez I, Labori Ruiz R. Aspectos fundamentales de la calidad en los servicios de salud. *Información para Directivos de la Salud*. 2021;37:1-27. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/inf/n37/1996-3521-inf-37-e1112.pdf>
22. Schein EH. *Organizational culture and leadership* (4th ed.). Jossey-Bass. 2010.
23. Secretaría de Salud y Protección Social Yarumal. Acta apertura buzón de sugerencias EPS e IPS primer trimestre. Yarumal, Antioquia. 2025a.
24. Secretaría de Salud y Protección Social Yarumal. Apertura buzón de sugerencias segundo trimestre EPS e IPS. Yarumal, Antioquia. 2025b.
25. Secretaría de Salud y Protección Social Yarumal. PQRSF primer trimestre EPS e IPS con plan de mejora. Yarumal, Antioquia. 2025c.
26. Stanford University Open Virtual Assistant Lab. Gaps Between Institutional Humanization and the User Experience An Analysis of PQRSF Through a Quality Audit at the ESE Hospital. s. f.
27. Tejada Zabaleta A. La humanización en salud desde una perspectiva psicosocial: Definición, contextualización e implementación. En L. Obando Cabezas (Ed.), *Aportes de la psicología en el ámbito hospitalario: La humanización en los servicios de salud como objetivo prioritario* (pp. 19-49). Editorial Universidad Santiago de Cali. 2020. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/dk8c5/pdf/obando-9786287501621-02.pdf>
28. Vargas J, Pozo L. Impacto de la sobrecarga laboral en la aplicación del cuidado humanizado de enfermería. *Polo del Conocimiento*. 2025;9(9):1-12. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/8011>
29. Vélez Ramírez S, González Valencia Y. Calidad de la atención de los servicios de salud en Colombia en los últimos diez años. Universidad de Antioquia. 2021. Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstreams/afac5fee-204e-4686-b1a2-9371f62dffe8/download>