

**PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS DIABETICOS ASISTENTES AL
PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A FACTORES
DETERMINANTES COMO ACTITUDES Y PRÁCTICAS, ESTABLECIDAS
A TRAVÉS DE LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE DE LA
E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA**

**BRAHIAN GERARDO DIÁZ MONTAÑA
20121110248**

**ANDRÉS MAURICIO MELO HUERTAS
20121110474**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO
NEIVA – HUILA
2018**

**PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS DIABEICOS ASISTENTES AL
PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A FACTORES
DETERMINANTES COMO ACTITUDES Y PRÁCTICAS, ESTABLECIDOS
A TRAVÉS DE LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE DE LA
E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA**

**BRAHIAN GERARDO DIÁZ MONTAÑA
20121110248**

**ANDRÉS MAURICIO MELO HUERTAS
20121110474**

**Trabajo presentado como requisito para obtener el título de
Comunicador Social y Periodista.**

**EFRAÍN HOYOS GALINDO
Magister en Administración Educativa**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y PERIODISMO
NEIVA – HUILA
2018**

Agradecimientos

En primer lugar, agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos difíciles y brindarnos una vida llena de aprendizajes y conocimiento.

Damos gracias a nuestras familias quienes nos apoyaron durante todo el proceso académico, y brindaron las herramientas necesarias para alcanzar cada uno de los objetivos anhelados.

A nuestro asesor de tesis, Efraín Hoyos Galindo por habernos guiado y orientado durante el desarrollo de nuestra investigación quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha hecho que podamos finalizar con éxito este trabajo de grado.

Al profesor Carlos Arturo Monje, quien nos suministró material necesario para desarrollar paso a paso la investigación.

Agradecemos a la E.S.E Carmen Emilia Ospina, al Comité de investigaciones del área técnica científica, especialmente al Dr. Jesús Alberto Casadiego Patiño, a la coordinadora del programa de riesgo cardiovascular Anyi Daniela Montealegre Ramírez, a la comunicadora Social y Periodista Carla Paola Facundo Ortega por

apoyar, orientar y brindar la información necesaria para llevar a cabo el desarrollo de esta investigación.

A nuestra casa de estudios, la Universidad Surcolombiana y al Programa de Comunicación Social y Periodismo por haber impartido en nosotros el conocimiento necesario para alcanzar el éxito profesional.

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma del jurado

Tabla de contenido

Resumen	9
Introducción.....	11
1. Justificación	13
2. Descripción y planteamiento del problema	15
3. Objetivos	19
3.1 General.....	19
3.2 Específicos	19
4. Diseño metodológico	20
4.1 Tipo de estudio.....	20
4.2 Modelo cualitativo	20
4.3 Modelo cuantitativo	22
4.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de información.....	22
4.4.1 Encuesta	22
4.4.2 Entrevista semiestructurada	23
5. Antecedentes	24
5.1 Internacional	24
5.2 Nacional	27
5.3 Local	30
6. Marco Teórico.....	32
6.1 Comunicación	32
6.2 Comunicación organizacional	36
6.3 Comunicación en salud	40
6.4 Comunicación médico – paciente.....	43
6.4.1 Lenguaje.....	43
6.4.2 Lenguaje verbal.....	44
6.4.3 Lenguaje no verbal	44
6.4.4 La gestualidad	45

6.4.5 Las actitudes.....	46
6.4.5.1 Actitudes cognitivas	46
6.4.5.2 Actitudes afectivas o emocionales	47
6.4.5.3 Actitudes conductuales	47
7. Imagen del profesional de la salud	48
7.1 La interacción.....	50
7.2 La empatía.....	51
7.3 Forma de la comunicación en la relación médico – paciente.....	52
7.4 Barreras comunicativas de la comunicación médico – paciente	53
7.5 Identificación del paciente.....	54
7.6 Enfermedad.....	54
7.7 Comunicación Médico – Paciente	54
7.8 Comunicación institucional	55
8. Universo poblacional y muestra	56
9. Resultado obtenido en las encuestas aplicadas	57
10. Análisis de los resultados obtenidos	68
11.1 Percepciones de los actores	68
11.2 Percepciones de los pacientes.....	68
11.2.1 Desconocimiento parcial de su enfermedad.....	68
11.2.2 Relación estrictamente profesional con su médico durante el tiempo de consulta	69
11.2.3 Buena atención por parte de los médicos y personal administrativo	69
11.2.4 Lenguaje médico parcialmente comprendido	70
11.2.5 Poca agenda disponible para asignar citas	70
11.3 Percepciones de los médicos	71
11. Matriz D.O.F.A	75
12.1 Factores Interno	75
12.2 Factores externos.....	76
12.3 Cruce estratégico F - A.....	77
12.4 Cruce estratégico D - O	79

13.	Conclusiones	81
14.	Recomendaciones.....	85
15.	Propuesta comunicativa.....	87
16.	Glosario.....	90
17.	Referencias.....	93
18.	Anexos	96

Resumen

El siguiente trabajo de grado tiene como objetivo fundamental, analizar el estado en que se encuentra la comunicación médico- paciente en la E.S.E Carmen Emilia Ospina en sus diferentes sedes en la ciudad de Neiva. Conocer la percepción que tienen los pacientes frente a factores relevantes como actitudes y prácticas, llevadas a cabo desde la construcción de un vínculo comunicativo, el cual se forja desde los diferentes encuentros llevados a cabo con los profesionales de la salud en consultas y controles.

Para el desarrollo de la presente investigación se hizo la siguiente revisión bibliográfica:

- *Rodríguez (2008)*,

- *Mastache (2011)*,

- *Bohórquez (2004)*

- *Moya y Salomón (2005)*.

El resultado permitió fortalecer el proceso teórico práctico, y establecer un punto de partida para el desarrollo de la investigación de acuerdo con la necesidad evidenciada dentro del centro de salud; se decide trabajar bajo el concepto de comunicación establecido por *Kaplún (2007)* el cual establece la comunicación como la producción de vínculos y sentidos. De esta manera se define estudiar las categorías principales como *identificación del paciente, enfermedad, comunicación médico – paciente y comunicación institucional*.

Durante el desarrollo de trabajo de campo, se establece la aplicación de una encuesta dirigida a los pacientes diabéticos, la cual permitiera conocer su percepción por medio de diferentes preguntas, las cuales estaban inmersas en unas categorías diseñadas para arrojar los datos necesarios requeridos durante el estudio. Para el personal médico se realizó una entrevista semiestructurada, la cual permitió conocer y analizar sus percepciones frente a las obtenidas con la de los pacientes.

El proceso de recolección de información arrojó datos importantes, como la existencia de diversas barreras de comunicación entre los dos actores, las cuales crean limitantes a la hora de desarrollar un proceso recíproco de comunicación entre ambas partes.

Finalmente se logra establecer como propuesta comunicativa, la necesidad de capacitar el personal médico en temas comunicativos, tales como la comunicación, la empatía con el médico y la no adherencia al tratamiento, lo cual permita crear escenarios de participación y dialogo, y se establezca una comunicación de vínculos entre ambos actores, con el fin generar confianza y mejorar la calidad de servicio por parte del ente de Salud.

Introducción

Este trabajo de investigación se centra en analizar los procesos comunicativos establecidos entre los profesionales de la salud y los pacientes diabéticos de la ESE Carmen Emilia Ospina de la ciudad de Neiva, en donde se analizaron factores comunicativos relevantes como el lenguaje, capacidad de empatía, prácticas y percepciones frente a la comunicación y relación con los médicos. El análisis de los procesos comunicativos establecidos entre estos dos actores, permitió conocer las debilidades presentes durante el acto comunicativo llevado a cabo durante los encuentros programados entre los profesionales de la salud y sus pacientes.

Durante el desarrollo de la presente investigación se resolvió dar respuesta a la siguiente pregunta ¿Cuáles son las percepciones de los usuarios diabéticos asistentes al programa de atención primaria frente a factores determinantes como actitudes y prácticas, establecidos a través de la comunicación médico paciente de la E.S.E Carmen Emilia Ospina?

El resultado obtenido durante el proceso investigativo, evidencia falencias y barreras de comunicación presentes en el acto comunicativo entre los médicos y los pacientes, pero también visibiliza las fortalezas frente a la calidad de servicio ofrecido por la organización hacia sus usuarios.

A partir de los resultados arrojados por el estudio, se considera pertinente y necesario establecer un modelo de comunicación que permita fortalecer los procesos comunicativos desde un plan de comunicación estratégica, el cual permita gestionar los procesos

comunicativos desde diferentes políticas de comunicación establecidas, permitiendo así ofrecer un buen servicio como organización y mejorar su nivel de reputación e imagen frente a sus usuarios.

La siguiente investigación parte desde estudios de investigación con contenido similar, que logra nutrir de manera significativa procesos investigativos exitosos de manera internacional, nacional y local, seguida de los referentes teóricos, en los cuales se explica de manera detallada, y con base en autores que aportan desde la literatura sustento y soporte a la investigación. En los siguientes capítulos se empieza a desarrollar el trabajo investigativo de manera organizada desde la metodología establecida, proceso de recolección de información, y procesamiento de datos. En los siguientes capítulos se relacionan temas significativos para la investigación, y que abarcan contenidos relevantes para su desarrollo.

Finalmente se logran plasmar las barreras comunicativas encontradas durante el proceso comunicativo entre los actores, y se hace una retroalimentación con recomendaciones y conclusiones del trabajo realizado.

1. Justificación

Las fallas en la comunicación entre profesionales de la salud y sus pacientes, afectan seriamente la seguridad de la atención y son una de las principales causas de juicios por responsabilidades profesionales. Este problema se identifica como un factor importante en la mayoría de los reclamos originados en instituciones en general y en las áreas de alto riesgo en particular.

La capacidad para transmitir información a los pacientes y sus familiares es fundamental para brindar una atención segura y de calidad. Sin embargo, la complejidad actual de la provisión de servicios puede complicar el proceso de comunicación y dificulta el intercambio de información necesario para evitar errores que terminan perjudicando al paciente.

Las habilidades comunicativas en la relación médico – paciente influyen en el logro de resultados en lo físico, mental, funcional y subjetivo de ambas partes; en el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en el cumplimiento del plan terapéutico, en la eficiencia clínica y en la disminución del número de exámenes complementarios.

La comunicación es vista como un proceso transversal en todo sistema, y de gran importancia durante el desarrollo de la dinámica organizacional, la cual permite desde la creación de estrategias comunicativas eficaces, fortalecer la comunicación entre los médicos y pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. Partiendo de lo anterior, se plantea la necesidad de elaborar desde la E.S.E Carmen Emilia Ospina, una investigación de carácter mixto (Cuantitativa y Cualitativa) que permita conocer las

percepciones que tienen los usuarios diabéticos frente a diferentes momentos de su vida como lo son: pasado, presente y futuro.

De esta forma el desarrollo de este ejercicio de intervención, aportaría en manera significativa a transformar y conocer nociones y significados sobre la comunicación, y fortalecerá los vínculos entre el área de salud en la ESE Carmen Emilia Ospina y la comunidad que padece ésta enfermedad crónica.

2. Descripción y planteamiento del problema

La comunicación, es parte del quehacer de un buen médico y por lo tanto, es considerada una de las competencias básicas en la formación médica, esto promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en uno solo, sino en la relación que ambos establecen.

Durante siglos, ha habido múltiples intentos por mejorar la comunicación entre las personas, lo que puede ser resumido en dos perspectivas básicas como el “lanzamiento de bala” y el “lanzamiento de platillo”.

Según Moore et al (2010) el lanzamiento de bala, se ha definido como una comunicación que enfatiza el mensaje bien concebido y bien entregado, este fue la base de la formación profesional en comunicación hasta los inicios del siglo XX. La comunicación de lanzamiento de platillo tiene dos conceptos centrales en este nuevo enfoque interpersonal, ambos relevantes para la comunicación en medicina. El primero es la confirmación: reconocer, darse cuenta y apoyar a otras personas. El segundo concepto central de este enfoque de lanzamiento de platillo es el entendimiento mutuo en un terreno común.

Claude (2011) acorde al Plan Mundial Contra la Diabetes “Durante los últimos años, en todo el mundo, 4,6 millones de fallecimientos cada año son atribuidos a la diabetes y en algunos países, niños y jóvenes mueren por falta de insulina sin haber sido diagnosticados, la diabetes se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad en el mundo y socava la productividad y el desarrollo humano”. De no emprenderse ninguna acción, se prevé que el número de personas con diabetes aumentará desde los más de 366 millones,

de 2011 hasta 552 millones en el 2030. Ningún país ni sector de ninguna sociedad está inmune.

La diabetes, es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta queda circulando en la sangre (hiperglicemia) dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales.

La hipertensión arterial empeora y acelera el daño que la diabetes ejerce sobre las arterias, lo que da lugar a que las personas hipertensas y diabéticas sufran con mayor frecuencia, infarto de miocardio, insuficiencia renal, accidentes vasculares cerebrales (trombosis), enfermedades vasculares periféricas, etc. (Salgado 2017)

Estas enfermedades cada vez son más frecuentes a nivel mundial por factores como el sobrepeso y obesidad, no solo generan altos costos en materia de tratamientos para controlarlas, sino que también ocasionan altos impactos sociales en la vida de la persona que la padece. Según estudios realizados por La Organización Mundial de la Salud en el 2013, en el Huila, 7.200 personas han sido diagnosticadas con diabetes, Neiva fue el municipio de mayor incidencia de la enfermedad con 247 casos. Algunos especialistas

consideran que la presencia de la enfermedad en la población huilense tiende a crecer no solo en personas mayores de 40 años de edad, sino afectando también a niños y jóvenes.

Uno de los métodos para no contraer este tipo de enfermedades crónicas es la promoción y prevención (P y P) que es un proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud. Por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud, teniendo como objetivo promover un servicio de alta eficiencia y calidad que permita mejorar y mantener la salud integral de las familias usuarias del servicio de salud.

En Colombia mediante la resolución 412 de 2000 el Ministerio de Protección Social, dictaminó los lineamientos organizativos para el seguimiento y control de todas las enfermedades de interés en salud pública, dentro de las cuales está la diabetes; después de la radicación de esta resolución, Colombia ha tenido muy poca investigación sobre el tema de comunicación médico - paciente en el desarrollo del programa de promoción y prevención de enfermedades crónicas como la diabetes.

La comunicación médico – paciente tiene un rol muy importante al momento de llevar esta enfermedad crónica conocida como la diabetes, este un componente esencial del tratamiento que incluye la prevención de las complicaciones a largo plazo y permite detectar la presencia de la enfermedad en el núcleo familiar o en la población en riesgo. De esta manera es necesario fortalecer los vínculos comunicativos de los públicos objetivo a

través de una comunicación constante, participativa, incluyente y fluida, desde la reconstrucción de los tejidos comunicativos, lo cual permite generar acercamiento por medio de una comunicación integral.

3. Objetivos

3.1 General

Identificar las percepciones de los usuarios diabéticos asistentes al programa de atención primaria frente a factores determinantes como actitudes y prácticas en la comunicación médico – paciente de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

3.2 Específicos

- Conocer las percepciones de los médicos y pacientes derivados de la comunicación en la consulta y tratamientos.
- Diseñar y aplicar instrumentos de recolección de información (encuesta y entrevista) para ser aplicada a los actores.
- Utilizar la matriz D.O.F.A para plasmar la información obtenida en la indagación de los procesos comunicativos de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.
- Elaborar una propuesta comunicativa, que contribuya a mejorar la comunicación médico- paciente según las necesidades encontradas.

4. Diseño metodológico

4.1 Tipo de estudio

Para dar respuesta al interrogatorio planteado en este proyecto, se desarrolló una investigación de carácter cuantitativo.

La cual buscó conocer a través de la indagación, el estado actual de la comunicación médico – paciente, se conocieron nociones y procesos comunicativos llevados a cabo por el centro de salud, lo que permitió evaluar y analizar las diferentes estrategias establecidas desde la E.S.E Carmen Emilia Ospina en sus diferentes sedes.

Por consiguiente, se optó que la investigación fuera sincrónica descriptiva, debido a que el proceso de recolección de información se dio solamente en un tiempo estipulado, abarcando de manera significativa el proceso de elaboración de la investigación con los actores determinados.

4.2 Modelo cualitativo

El modelo cualitativo buscó conocer las prácticas y actitudes que tienen los actores con los cuales se está llevando a cabo la investigación. Es relevante estudiar el comportamiento de los pacientes desde el método cualitativo, permitió conocer el estado de la comunicación con los profesionales de la salud, lo cual facilitó elaborar de manera adecuada estrategias que busquen facilitar los procesos comunicativos entre estos actores.

Esta técnica generalmente busco responder preguntas como ¿Qué? ¿Cómo? ¿Por qué? y ¿Para qué? lo cual permite a los investigadores a través de la observación y discusión entender la situación con la cual se están enfrentando.

Cabe destacar que aunque el modelo cualitativo brinda herramientas a los investigadores para comprender lo que sucede a su alrededor, éstos no pueden ser medibles ni proyectados. Las entrevistas, observación, grupos de discusión, foros, talleres y/o debates son solamente algunas de las herramientas que componen la investigación cualitativa, lo cual permite describir los procesos que vive el individuo o grupo que se investiga.

El modelo cualitativo se aplicó a la investigación desde la realización de una entrevista semiestructurada al personal médico de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, en la cual se buscaba conocer y contrastar la mirada de los profesionales de la salud sobre el estado en que se encuentra la comunicación con sus pacientes. De esta forma se logra identificar y cruzar la información recolectada desde estas dos perspectivas (Médicos y pacientes).

Durante el trabajo de campo se logró evidenciar actitudes y comportamientos de los pacientes a la hora de expresarse sobre la relación y comunicación que han forjado con sus médicos, trabajadores y otros pacientes los cuales también son atendidos en las diferentes sedes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina. De ésta misma manera se realizó una matriz D.O.F.A, donde se expondrán las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas encontradas durante el trabajo de campo llevado a cabo en las sedes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, esto permitirá diseñar estrategias que pueden mitigar y fortalecer los procesos débiles dentro de la organización.

4.3 Modelo cuantitativo

El método cuantitativo es también conocido como investigación cuantitativa, es el que se basa en los datos y números para investigar, analizar y comprobar lo que se está exponiendo, éste método logra darle credibilidad y soporte a la investigación, ya que justifica lo que se ha elaborado con cifras. El modelo utiliza valores cuantificables y medibles como porcentajes, numeración, tasas costos y variables.

A través de este modelo, se aplicó la técnica encuesta para conocer las percepciones con las que contaban los pacientes diabéticos en relación con las actitudes y prácticas, lo cual permitió analizar y comprender su contexto inmediato. En total se aplicaron 123 encuestas obtenidas de una muestra poblacional en cada una de sus sedes.

4.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de información

4.4.1 Encuesta

Con el objetivo de dar respuesta al interrogante de esta investigación sobre la comunicación médico - paciente desarrollada en la E.S.E Carmen Emilia Ospina, se hizo uso de ésta técnica, las cuales se aplicaron a los pacientes diabéticos de las diferentes sedes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

4.4.2 Entrevista semiestructurada

Durante la realización del trabajo de campo, se optó por elaborar una entrevista a los médicos generales, debido a que la necesidad de recolectar y contrastar la información con la que suministraron los pacientes, es de vital importancia para conocer el estado de la comunicación entre ambas partes.

Debido a que el tiempo establecido para abordar a los médicos es muy corto, se decidió transportar las preguntas plasmadas en las encuestas aplicadas a los pacientes, en formato entrevista semiestructurada para aplicar a los médicos.

5. Antecedentes

5.1 Internacional

El trabajo realizado por Rodríguez (2008) sobre la relación médico – paciente en el área de la comunicación y por el ejercicio desarrollado por Mastache (2011), en la percepción de la comunicación en la relación Médico-paciente por los médicos pasantes en servicio social de la Universidad Autónoma de Querétaro, que nos ayudan a responder cómo los médicos se comunican con sus pacientes al momento de tratar una enfermedad crónica como la diabetes.

Para Rodríguez (2008) *“En todos los pacientes es muy importante establecer un diálogo comunicativo que les permita conocer, comprender y comportarse ante su enfermedad. Pero lo es más en aquellos pacientes que deben aprender a vivir con sus problemas de salud. El médico debe proporcionar y orientar su participación activa, teniendo en cuenta sus criterios.”* En la relación participativa, el paciente entrega más información y no oculta datos, lo que facilita el diagnóstico y el tratamiento. A su vez, mientras mejor conoce el médico a su paciente, más apropiadas serán las sugerencias terapéuticas, en la medida en que más fielmente coincidan con el estilo de vida del paciente y éste aceptará mejor sus limitaciones.

La comunicación es una relación sujeta – sujeto, donde el emisor (el médico) envía un mensaje al receptor (el paciente) y este último responde al primero en un proceso de

retroalimentación. Si el médico es el único que habla o el que predomina enviado mensajes, no hay comunicación o ésta es deficiente.

Para que ocurra una verdadera comunicación, el médico debe codificar el mensaje de manera que el paciente pueda decodificarlo; para ellos, la información que se emita debe tener en cuenta las características del enfermo, sus expectativas, conflicto, preocupaciones, objetivos, posiciones, circunstancias en que se encuentra, percepción de su enfermedad y cómo se relaciona con ella, entre otras.

La entrevista es una técnica científica de investigación, desarrollada en varias disciplinas de las ciencias sociales. Consiste en una conversación entre dos o más personas, de las cuales una es el entrevistador y la otra, el entrevistado.

También se evidencia, en el hecho que la entrevista constituye un proceso activo de enseñanza – aprendizaje. El paciente aprende nuevos datos acerca de sí mismo y de su relación con el medio y desarrolla nuevas formas de conducta, facilitadas por su nueva experiencia. El médico ilustra las formas específicas de respuesta del sujeto entrevistado, desarrolla sus habilidades en la técnica de las entrevistas; aprende a conocerse a sí mismo y las posibles dificultades que surjan en el manejo de su conducta.

Las enfermedades no transmisibles tienen dos momentos esenciales: periodos intercrisis y periodos de crisis. El médico conocerá cómo se comportan estos momentos en cada paciente, porque asiste enfermos, no enfermedades. Con este conocimiento prepara al paciente y a su familia en lo referente en qué consiste el padecimiento, sus causas y cómo

enfrentar cada periodo, lo que asegura modificaciones en su estilo de vida, lo cual también disminuye la frecuencia e intensidad de las crisis e incluso pueda controlarse.

En México, la Dra. Mastache (2011) nos explica que la calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana. Si la comunicación en la relación médico paciente es deficiente, la posibilidad de conflicto es elevada.

Según la Comisión Nacional de Arbitraje médico (Conamed), casi la mitad de los asuntos atendidos en la instancia, se debe a trato inadecuado y a información incompleta o inentendible, es decir a situaciones que pudieron prevenirse a través de una mejor comunicación.

El objetivo de este estudio es describir la percepción de los médicos pasantes en el servicio social de la Universidad Autónoma de Querétaro, con respecto a la comunicación en la relación, médico paciente. Usando la entrevista a profundidad, análisis de redes semánticas y triangulación.

El análisis de los datos muestra que los médicos pasantes han definido la comunicación en la relación médico paciente, como información vertical y empática de su parte hacia el paciente. Desde esta percepción consideran comunicarse adecuadamente con ellos, a pesar de las condiciones que no favorecen la comunicación en las comunidades donde prestan su servicio social.

La percepción que los médicos pasantes han construido sobre la comunicación en la relación médico paciente se ve influida desfavorablemente por diferentes factores como los

objetivos de su labor y de la relación médico paciente, la presión institucional y comunitaria en pro del ejercicio de la medicina defensiva y la insuficiencia de los conocimientos para el trabajo en factores que obligan al médico pasante a resignificar su ejercicio profesional, resultado de esto una acotación a su conciencia social, causando perjuicio a la sociedad.

5.2 Nacional

En el diálogo como mediador de la relación médico paciente en el Departamento de Medicina Interna de la Universidad del Cauca en Popayán, Bohórquez (2004) afirma. *“El encuentro entre el médico y el paciente implica una interacción comunicativa. Comunicación proviene de la raíz latina *comunicare*; que implica hacer a otro partícipe de lo que uno tiene; descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo; convencer, tratar con otro corporalmente, de palabra o por escrito; transmitir señales mediante un código común entre un emisor y un receptor; establecer medios de acceso entre poblaciones o lugares; consultar con otros un asunto, tomado su parecer; comulgar, o finalmente, extenderse, propagarse.”* La comunicación médico - paciente implica prácticamente todos estos aspectos, que tienen diversos matices y connotaciones históricas, científicas, culturales, legales, filosóficas, lingüísticas, antropológicas y epistemológicas.

La comunicación entre médico paciente se desarrolla a partir de un proceso investigativo, que se consolidó en Europa en el siglo XIX bajo el apelativo de método clínico. Basado en

el método científico, el método clínico fue desarrollado por los grandes padres de la medicina francesa, fundamentándose en el método experimental de Claude Bernard.

La medicina clínica francesa llamada también medicina hospitalaria, por haber surgido en los hospitales públicos de París, promueve una mentalidad anatómico-clínica que descansa en dos grandes pilares: la semiología y la anatomía patológica; de allí los métodos centrales de la entrevista clínica sean el interrogatorio y el examen físico, el primero busca identificar y caracterizar la historia del paciente, para obtener como evidencias centrales los antecedentes, manifestaciones y cambios sintomáticos, el segundo orientado a establecer sus condiciones y manifestaciones corporales.

Como método científico la comunicación médico - paciente tiene un carácter empírico-experimental, hipotético-deductivo, riguroso, sistemático, estandarizado y verificable, que conduce el proceder profesional hacia una actitud cognitiva dialéctica y exploratoria muy valiosa, pero que dentro de los parámetros clásicos aún vigentes se suele centrar en lo orgánico, dando menor valor a los fenómenos psíquicos, culturales, espirituales y sociales que son frecuentemente excluidos del análisis clínico.

Surge así un primer obstáculo, desafortunadamente la relación médico – paciente: centrarse en los problemas anatómicos y fisiológicos, desatendiendo las demás dimensiones de la personas, lo que si bien permite asegurar una eficaz apreciación de los trastornos orgánicos, ignora o subvalora aquellos aspectos relacionados con el comportamiento, la sociedad y la cultura que permite contextualizar y percibir fenómenos relacionados con el origen de la enfermedad, las estrategias terapéuticas y su prevención.

La comunicación médico - paciente se consigna y formaliza mediante la historia clínica, que se constituye en el instrumento mejor aceptado desde el punto de vista profesional, jurídico y académico. La historia clínica se desarrolla sobre la base del método clínico, como una herramienta empírica de investigación que permite el registro, la sistematización y el seguimiento de los hechos acaecidos en el encuentro del médico con el paciente, y que puede consignarse por escrito o en un registro magnético, informático o audiovisual. Ella constituye el conocimiento mutuo de los seres humanos, el abordaje, estudio y análisis de una problemática que motiva el encuentro, la elaboración de unas hipótesis diagnósticas, su comprobación, el planteamiento de un diagnóstico y con este el desarrollo de un plan terapéutico.

La entrevista médica se inicia con una aproximación mutua entre médico y paciente, de reconocimiento general en la que cada uno se forma una primera impresión del otro, a manera de observación recíproca, en la cual el médico asume la iniciativa comunicativa que debe facilitar la confianza y la disposición al diálogo. Posteriormente se aborda el problema fundamental motivo de la consulta y se profundiza en el conocimiento del paciente mediante un proceso sistemático de preguntas y el examen físico.

El lenguaje y la actitud empleados son esenciales, consciente e inconscientemente se hace una interpretación del lenguaje verbal y corporal que permite comprender la situación del paciente al médico y evidenciar la disposición del médico al paciente. En esta fase se busca recolectar, analizar y contrastar la información necesaria para plantear un diagnóstico presuntivo, que suele requerir una confirmación clínica. Finalmente se elaboran las posiciones comunes; si se ha definido el diagnóstico se consideran las alternativas de

tratamiento; de lo contrario se plantea la relación de pruebas diagnósticas complementarias.

5.3 Local

Un estudio descriptivo realizado por Moya y Salomón (2005) sobre la calidad de la relación médico-paciente en el servicio del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E de Neiva. Para llevar a cabo esta investigación se utilizó un diseño no experimental. Este tipo de estudio se realiza sin manipular deliberadamente las variables, es decir, se trata de investigaciones donde no se cambian intencionalmente las variables independientes; simplemente se observan fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Los métodos cualitativos de investigación se caracterizan por estar inspirados en una concepción positiva, ya sea empirista o hipotética deductiva; donde la realidad es vista como exterior a los individuos en un orden social similar al natural, es decir, un mundo regido por la lógica de la relación casual y de las leyes inexorables.

En la actualidad, se ha otorgado importancia a la relación médico – paciente, pues de ésta depende el éxito de la labor del médico en cuanto al manejo de los trastornos físicos y al mantenimiento adecuado de la salud; se considera que los vínculos que se establecen entre los miembros de esta relación intervienen de manera definitiva en la adaptación al entorno

hospitalario, adherencia al tratamiento, rápida recuperación y la prevención de futuras enfermedades por parte del paciente hospitalizado.

La relación que establece el médico con su paciente, se fundamenta en el cumplimiento del pacto implícito de todo tratamiento integral; en el cual, el médico se compromete a satisfacer las necesidades e intereses del paciente, quien solicita sus servicios, con la expectativa de recibir la atención que cree que amerita su estado de salud. Al tratarse de una relación de ayuda, en la interacción médico – paciente, se establecen roles que definen la jerarquía y funcionamiento de la misma.

De esta manera, las expectativas del paciente frente a lo que desea obtener de la atención médica, juegan un papel importante en el desarrollo de dicha relación. El pensar en el papel del médico como sanador, permite a la persona hospitalizada esclarecer dudas e inquietudes y canalizar adecuadamente la ansiedad frente a lo que padece; a su vez, se espera del profesional un trato cordial y afable en donde se tomen en cuenta las necesidades del usuario como persona y no como órgano.

6. Marco Teórico

6.1 Comunicación

Durante la historia, diferentes han sido las miradas y significados a los cuales se les ha atribuido el concepto de comunicación. Pues distintos autores se han expresado de diversas formas.

El primero en definir su concepto de comunicación fue Aristóteles, quién afirmaba que el objetivo de la comunicación era persuadir y convencer a alguien de que su punto de vista era el único, válido y verdadero. De ésta manera, también argumentaba que hay tres componentes en la comunicación: el orador, el discurso y el auditorio, lo cual existe en la actualidad, pero se le ha dado diferentes denominaciones.

El término comunicación procede del latín **communicare** que significa “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene”. La comunicación es la acción de comunicar o comunicarse, se entiende como el proceso por el que se trasmite y recibe una información. Todo ser humano y animal tiene la capacidad de comunicarse con los demás.

“A finales del siglo XIV el término “communication” se convierte también en el objeto del que se participa en común, y dos siglos más tarde, en el medio para proceder a esta participación. Sin duda en el curso del siglo XVIII, con el desarrollo de los medios de transporte, es cuando el término se pluraliza y se convierte en el término general abstracto para denominar a carreteras, canales y más ferrocarriles, en el primer tercio del siglo XIX, en Estados Unidos y hacia

1.950 en Gran Bretaña, el término comienza a designar a las industrias de la prensa, el cine, la radio y la televisión”. (Nieves, 2006)

La Escuela de Frankfurt surge a partir de los años 20, el Instituto fue creado por académicos e investigadores de origen judío para la revisión, desarrollo, actualización y aplicación de los conceptos del marxismo a la sociedad cambiante de aquellos años.

La herencia de la sociología y la filosofía europea y el exilio americano servirán a los autores frankfurtianos para desarrollar un fértil debate intelectual con la tradición americana de la MCR. El debate resume el conflicto de visiones entre las perspectivas” funcional-conductista y la perspectiva europea conforme a dos visiones epistemológicamente divergentes: experimental y descriptiva la una, analítica y crítica la otra (Aguado, 2004)

En la década de 1920 surge la escuela de Chicago como una corriente de psicología social la cual planteaba su interés en los procesos sociales de interacción de los individuos y los medios de comunicación existentes en la época.

Para la Escuela de Chicago los procesos sociales de comunicación ocupan un lugar central, en tanto son a la vez producto y fuente de la diversidad individual. En consecuencia, a propósito de los incipientes medios de masas, advertirán la dinámica de homologación identitaria como una amenaza de desestructuración de las relaciones interindividuales y, por extensión, de las instituciones democráticas. (Aguado, 2004)

Al tener como eje central el individuo y los procesos sociales, tenía algunas características específicas.

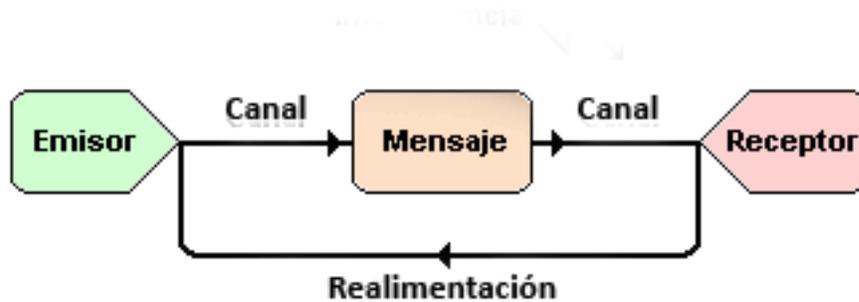
- ✓ Se basaba en la cultura y universo de la simbología
- ✓ Concede importancia a los fenómenos comunicativos de interacción social
- ✓ Hace énfasis en los efectos que tienen los medios de comunicación de masas en la sociedad.

La historia de la Escuela de Palo Alto, también conocida como “Colegio Invisible”, comienza en 1.942 con Gregory Bateson, quién se asoció con Ray Birdwhistell, Edward T. Hall, Erving Goffman y Paul Watzlawick, entre otros. Ellos proponen una alternativa al modelo lineal de la comunicación, y trabajaron a partir del modelo circular retroactivo propuesto por Norbert Wiener en su ya clásica obra Cibernética, o el control y comunicación en animales y máquinas en 1.948.

Para los autores de la Escuela de Palo Alto, la comunicación debe ser estudiada por las ciencias humanas a partir de un modelo que le sea propio, y hay que concebir la investigación en comunicación en términos de niveles de complejidad, contextos múltiples y sistemas circulares. (Rizo, 2011)

La comunicación en ésta corriente fue estudiada como un todo integrado, incomprensible sin el contexto en el que tiene lugar. La definición de comunicación que se puede extraer de la obra de estos autores es común a todos los representantes de la Escuela de Palo Alto.

En uno de los pasajes iniciales del libro, *Bateson y Ruesch (1984: 13)* afirman que “*la comunicación es la matriz en la que se encajan todas las actividades humanas*”.



A raíz de esto, se conserva uno de los modelos contemporáneos expuesto por Shannon y Weaver quienes fueron los pioneros en proponer el siguiente modelo basado en la comunicación. Éste modelo expone una fuente denominada Emisor, un Código o canal por donde se transmite el mensaje y por último, un receptor quien interpreta según su criterio la información emitida.

Todos estos modelos propuestos por diferentes teóricos de la comunicación se resumen en el más popular, para (Kaplun 2007) la comunicación es generadora de vínculos y sentidos y en la gestión de la comunicación dentro de las organizaciones se comprende desde la existencia de vínculos y relaciones con el entorno. Un vínculo que presenta ruptura debe ser reconstruido para generar confianza y productividad.

Gabriel Kaplún quien expresa que cuando se habla de crear vínculos y sentidos hablamos de fortalecer esa cercanía con el entorno, pues como su nombre lo dice, nuestro público

debe ser objetivo, debemos conocer sus gustos, estratos socioeconómicos, prácticas entre otras, para lograr y generar en ellos reconocimiento y preferencia.

“Cada vez que se habla de problema o necesidades de comunicación en una organización se está aludiendo a una de dos cosas o ambas: un vínculo que se perdió o que nunca existió y que se quiere (re) quiere, un sentido que no está claro o no es compartido”. (Kaplun 2007, pág. 13)

Durante la realización de ésta investigación, se decidió concebir la comunicación bajo el modelo de Kaplún, la cual se soporta en la “producción de vínculos y sentidos”. De ésta forma lograr los objetivos propuestos dentro de la investigación frente al intercambio de saberes en un vínculo construido entre profesionales de la salud y pacientes.

6.2 Comunicación organizacional

La comunicación organizacional para Capriotti es el conjunto de los recursos de comunicación que posee una organización para poder relacionarse eficazmente con sus públicos Capriotti (2008).

La comunicación organizacional permite desarrollar un pensamiento estratégico corporativo que repercute en una Visión de la empresa como un sistema interrelacionado, una entidad indivisible, facilitando que todas las áreas de la empresa compartan inquietudes y retos comunes, con el fin de ser proactivos y adelantarse a los cambios de ambiente, Correal Met (2008)

La comunicación dentro de una organización se gestiona desde su identidad y cultura a través de sus diferentes ámbitos comunicativos, los cuales son los encargados de reflejar lo que la organización dice y hace. Los mensajes que se transmiten son condicionados por algunos aspectos básicos. En primera medida se encuentra la filosofía misma de la organización, sus ritos, creencias y valores. En segundo lugar se hallan las políticas de comunicación, de las cuales de modo operativo y funcional, se desprende un plan de comunicaciones que determina el camino táctico y estratégico que deben seguir las acciones e interacciones comunicativas de la entidad. De esta manera el plan estratégico de comunicación integral será el documento que recoja la estrategia general a nivel de comunicación, el mensaje y el estilo a difundir con la finalidad de lograr una política de comunicación en la empresa coherente y eficaz. (Navarra 2011)

De esta forma, cada organización debe desarrollar su plan de comunicaciones de manera concreta, teniendo en cuenta cómo se gestionará la comunicación desde dicha organización desde todos los ámbitos y en los diferentes medios y canales de comunicación existentes. Algunas organizaciones cuentan con un plan de medios, en el cual se establecen diferentes medios de comunicación social por donde se transmitirá el mensaje a nuestro público objetivo, con el fin de persuadir sobre ellos y generar una acción que favorezca a la organización.

1. La comunicación interna, como su nombre lo dice es la encargada de gestionar todo lo relacionado con los miembros pertenecientes a la organización, entre esta envuelve el clima organizacional, cultura organizacional e identidad corporativa.

2. Comunicación externa, encargada de generar significados a los públicos objetivos a los cuales va dirigida la organización, aquí encontramos la imagen de marca, el logo y símbolo, gama cromática entre otros aspectos que son exclusivos de la recordación y fidelización de sus clientes proveedores y demás, esto debido a la calidad de servicio y productos que ofrezcan.

El intercambio de mensajes entre los individuos dentro de la organización influye y condiciona el modo de construir los mensajes. No es posible uniformar ni controlar la comunicación de los individuos en la organización, quienes además están influidos por el entorno. Pero dado que se construye una cultura organizacional, o por lo menos una expresión particular de la cultura en la entidad, es recomendable proponer elementos que por medio del entrenamiento y la capacitación procuren el mejoramiento de las interacciones que constituyen la comunicación, construyendo imagen desde los públicos objetivos.

Gabriel Kaplun dice que “el profesional en comunicación, debe asumir un rol que no excluye el trabajo con los medios, dando a que en ellos no sólo hay cabida para la palabra oficial, sino también para la heterogeneidad de voces que conviven en la organización”

De este modo, teniendo en cuenta el papel fundamental que juega el entorno en el ser y actuar de las entidades, es así que *“Las organizaciones en general se relacionan e interactúan constantemente con su medio debido a que son sistemas vivos que establecen vínculos y transacciones de información reiteradamente con su entorno” Garrido (2015).*

Es por eso que la relación que se teja con este influye directamente en las dinámicas organizacionales de la misma, por esto un factor del área de gestión de la comunicación de gran trascendencia lo constituyen las relaciones públicas, siendo estas estrategias implementadas por una organización para lograr y mantener una línea de mutua comunicación, aceptación y cooperación con sus públicos.

Pablo Múnera lo define como “Un conjunto de estrategias y procesos de análisis y acción que facilitan a la organización inscribirse efectivamente en el mundo, ofrecer lo mejor de ella, y recibir lo mejor de su universo. (Munera 2003)

Las estrategias que se proponen desde las relaciones públicas van ligadas a generar, fomentar y fortalecer las relaciones con su entorno, partiendo desde sus diferentes públicos, a través de mensajes, y personal capacitado para este tipo de función teniendo en cuenta la clase y el tipo de público al que se dirige. La consejería, la investigación, el manejo de la contingencia, las relaciones con medios, asociaciones y gremios financieros, publicidad y propaganda, son algunas de las que se llevan a cabo en las organizaciones y que son responsabilidad del área de comunicación.

Las relaciones públicas se pueden considerar también como una estrategia que brinda la posibilidad de que la organización se encuentre preparada para posibles crisis o cualquier tipo de controversias que puedan afectar su imagen y los procesos comunicativos que ha logrado establecer con su entorno. (Castillo 2010)

6.3 Comunicación en salud

La comunicación es entendida como el proceso de transmisión de un mensaje que se da entre uno o varios individuos a través de códigos, los cuales se interpretan de diversas formas, debido al significado que le da el receptor (persona quien recibe el mensaje).

En ese sentido entendemos la comunicación como la transmisión verbal o no verbal de información entre alguien que quiere expresar una idea y quien espera pueda captarla, así lo afirman (Etzel y Walker 2007).

De esta forma encontramos la comunicación como una herramienta que facilita la relación entre los individuos, estando presente en todos los procesos sociales, culturales y políticos de la sociedad.

La comunicación abarca un amplio campo de estudio, desde donde está presente en las diferentes áreas, dándosele relevancia e importancia dentro del sistema educativo de nuestra sociedad. Un campo de estudio de la comunicación es la comunicación en la salud, que aunque se le ha dado poca relevancia durante estos últimos años, es un tema que preocupa bastante a la población en Colombia.

“Según la Organización Mundial de la Salud, la comunicación en salud abarca el estudio, uso y creación de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud.”

En nuestro país la salud se encuentra en crisis, lo cual afecta diariamente a millones de colombianos que ruegan para que el sistema de salud pueda oír sus peticiones y se compadezcan de sus dolencias o enfermedad a la hora de solicitar un trámite en este sector.

Miles de pacientes, especialmente de la antigua Saludcoop hoy afiliados a Cafesalud, no reciben atención oportuna ni digna, muchos pasan días enteros en camillas esperando una autorización; algunas EPS e instituciones médicas han lanzado una alerta y cada vez más voces anuncian que ahora sí es inminente el default (cesación de pagos) o la quiebra definitiva del sistema. (Revista Semana 2016) Edición digital.

Por este motivo el sector de la salud en Colombia está marcado con una mala reputación, debido a la prestación de su servicio parece empeorar con el pasar del tiempo. Aquí entra en juego el servicio que presta el personal médico y administrativo de hospitales, clínicas y centros de salud.

La comunicación establecida entre los médicos y los pacientes juega un papel relevante a la hora de transmitir de manera adecuada cada uno de los mensajes que se envían a esos pacientes receptores, para que lleguen y cumplan con el propósito fundamental.

Según Koos y Donabedian (2000) la satisfacción del paciente es una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente, lo cual confirma que la manera de comunicarse mediante gestos, expresiones y actitudes, incide de gran manera a crear limitantes de comunicación entre el profesional de la salud y el paciente. Estas barreras repercuten de manera negativa, dejando rupturas en la relación que se empieza a establecer con el paciente en los encuentros realizados con su médico.

Hoy existen varias condiciones diferentes que han repercutido negativamente en esta relación, entre ellas, la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica. Esta situación ha convertido al paciente en un "comprador", en un cliente con exigencias, y a los médicos en verdaderos "vendedores"; de benefactor tradicional se ha convertido prácticamente en un enemigo del paciente y de la familia. (Silva, 2006).

Los lazos comunicativos establecidos entre los pacientes, personal administrativo y profesionales de la salud están cada vez más fragmentados, pues las personas no quieren saber nada respecto a cómo está la salud en el país, y por las experiencias y vivencias con este régimen les basta para formarse una opinión negativa al escuchar la palabra salud. Desde la comunicación es importante analizar los públicos objetivos, caracterizando su calidad de vida, y factores importantes como los económicos y datos sociodemográficos, los cuales permitirán crear estrategias comunicativas que puedan mitigar porcentualmente las falencias existentes.

6.4 Comunicación médico – paciente

Este apartado brinda información sobre el estado en que se encuentran los vínculos comunicativos forjados entre los pacientes y los profesionales de la salud. Esto incluye la empatía de los médicos, el lenguaje técnico con el cual se expresan, gestos y actitudes.

6.4.1 Lenguaje

Para (Vigotsky 1934) la función principal del lenguaje es la comunicación, el intercambio social constituyendo un instrumento regulador y controlador de los intercambios comunicativos, aunque considera la comunicación como la función principal.

El concepto de lenguaje es entendido como un recurso que facilita la comunicación entre los individuos y animales, permitiendo establecer y decodificar un mensaje a través de símbolos, gestos acciones y muchas veces actitudes que tienen los actores para transmitir un mensaje a su receptor, aunque muchas veces es involuntario, éste logra transmitir y expresar sentimientos, emociones e ideas.

Para el experto en cuestiones lingüísticas (Saussure 2002) la lengua es el idioma de un modelo general para quienes integran una determinada colectividad lingüística, mientras que el habla es una acción individual y voluntaria que se lleva a cabo mediante la fonación y la escritura.

El lenguaje permite que los individuos formen su propia idea de lo que significa para ellos algo que han interpretado, muchos son los significados que se le atribuyen a sus ideas y pensamientos proyectados, debido a que cada uno de ellos analiza de manera diferente e independiente el mensaje que ha captado tanto como su significado. Existen factores relevantes los cuales componen el lenguaje, y son tomados como referencia para conocer algunas características del lenguaje.

6.4.2 Lenguaje verbal

El lenguaje verbal por el contrario, es el que se expresa por medio de la palabra, y a su vez se hace de manera intencional, ya que los individuos logran analizar lo que quieren decir a un determinado destino o receptor. Dentro de esta categoría también se encuentra la escritura y palabras habladas de forma gestual. (Fonseca 2005)

6.4.3 Lenguaje no verbal

El lenguaje o comunicación no verbal, es considerado como un tipo de lenguaje gestual utilizado por los seres humanos y animales, los cuales los utilizan para transmitir todo tipo de mensajes, éste es utilizado en su mayoría de veces de manera inconsciente.

La comunicación no verbal es superior a las palabras, por ese motivo se considera que expresa los verdaderos sentimientos de un individuo en su mayoría de veces, muchas personas no logran contener sus gestos, miradas o actitudes, lo cual revela de manera inmediata su estado de ánimo, aprobación o desagrado hacia algo.

Eco U (1970) define la kinesia como "el universo de las posturas corporales, de las expresiones faciales, de los comportamientos gestuales, de todos aquellos fenómenos que oscilan entre el comportamiento y la comunicación. Así, dentro de la kinesia se incluirían orientación del cuerpo, posturas, gestos, expresión de la cara, movimientos de ojos y cejas, dirección de la mirada.

6.4.4 La gestualidad

La gestualidad es un componente de la comunicación no verbal, y se caracteriza por expresar con nuestro cuerpo, y principalmente nuestro rostro sentimientos y estados de ánimo, los cuales a su vez transmiten y comunican.

Efrón, Ekman y Friesen se han dedicado a investigar el campo de la gestualidad. Estos autores establecieron cinco categorías de señales no verbales, que aunque hablan de los movimientos de todas las partes del cuerpo, hacen énfasis especialmente en los gestos de las manos. En su tipología distinguen entre emblemas, ilustradores, reguladores, señales de afecto y adaptadores, y señalan que estas categorías no poseen un carácter de exclusividad, de tal manera que un gesto no está incluido necesariamente en una sola de las categorías, pudiendo pertenecer a más de una.

Todos estos gestos logran hacer que un individuo se adapte o no con facilidad a un entorno, pues los gestos son expresiones que logran mostrar sinceridad, y se hacen de manera involuntaria revelando muchas veces nuestra aceptación o no hacia alguien o algo.

6.4.5 Las actitudes

Las actitudes son catalogadas como un conjunto de comportamientos del ser humano, siendo positivo o negativo; éste siempre comunica una idea a un receptor, el cual capta de manera inmediata el mensaje que éste transmite.

De ésta forma se logra reforzar la idea que tenían **Eagly y Chaiken**, quienes consideraban que la actitud era tendencia psicológica, la cual se expresaba mediante la evaluación de una entidad que tenía cierto grado de favorabilidad o des favorabilidad.

De esta manera se logra identificar que existen diferentes tipos de actitudes, las cuales se clasifican y estructuran en tres grupos:

6.4.5.1 Actitudes cognitivas

Las actitudes cognitivas son establecidas por nuestros valores, creencias, experiencias, ideas y crianza, son las que logran formar una opinión de algo o alguien.

La actitud cognitiva permite forjarnos una idea según la experiencia o acercamientos que hayamos establecido con un objeto o persona, es allí donde nace nuestro concepto hacia ella.

6.4.5.2 Actitudes afectivas o emocionales

Las actitudes afectivas o emocionales son aquellas que expresan lo que sentimos hacia una persona o un objeto, éstas evocan sentimientos, y son las que generalmente logran construir lazos de amistad o camaradería, o por el contrario de enemistad o antipatía.

6.4.5.3 Actitudes conductuales

Las actitudes conductuales se entienden como la predisposición que se tiene para actuar de una determinada manera, es la forma de comportarse frente a una situación.

Como ejemplo podemos mencionar un producto, por el cual el cliente se siente identificado, con las características que se especifican en su empaque logran cumplir con las expectativas del consumidor, de esta manera lo adquirirá por que se sentirá inclinado hacia él.

7. Imagen del profesional de la salud

En Colombia la imagen de los profesionales de la salud, cada vez se encuentra más deshumanizada, y esto se debe a la gran crisis por la que pasa el gremio de la salud en nuestro país. Muchos de los médicos colombianos narran cómo su oficio se ha visto deshumanizado poco a poco por el estado, y los mismos pacientes dudan muchas veces en confiar con totalidad en su médico, lo que impide establecer una relación de empatía y confianza, que permita fortalecer los lazos comunicativos entre los médicos y pacientes.

El periódico *El País* de la ciudad de Cali logró recolectar varios testimonios de médicos colombianos, los cuales narraban algunas de sus experiencias con los pacientes y el sistema de salud actual que tiene el país.

“Con mi sueldo se paga el tuyo, por mí es que vos comes y te vas a acordar de mí”,

son frases que entre madrazos, amenazas y descalificativos menos asépticos, un médico puede escuchar todos los días, cuenta Fabio Sinisterra, recordando la vez que a su colega Susana Cañizales le lanzaron una bolsa con vómito, y cómo en otra ocasión, cuando ella estaba embarazada, se salvó ser golpeada por la desesperación de otro paciente.

Testimonio tomado del Periódico el País de Cali, del día 11 de abril del 2016

La deshumanización a la cual se hace referencia, no es solo la de los pacientes por tener que sobrellevar su enfermedad en medio del sistema de salud actual que tiene Colombia, pues los médicos viven día a día una deshumanización en cuanto a su trabajo, muchos de

ellos afirman que son sobrecargados en sus labores, y no se les respeta el tiempo que tienen entre citas para atender a un paciente, teniendo que sacrificar no una, sino muchas veces el poco tiempo que tienen para descansar.

En la ciudad de Cali, la médica Ana María Ramón narra algunas de las experiencias que ha tenido que vivir desde que cumplió su sueño de ser médica.

En la actualidad un médico general, más o menos recién graduado y sin especializaciones, puede llevar un trajín como el que vivió Ana durante todo un año: dos trabajos, jornadas de trece horas y hasta de cuarenta pacientes e infinidad de almuerzos donde el plato se quedó servido. Hay servicios de consulta externa, sabe, donde a los doctores les siguen programando pacientes cada quince minutos, aunque la Ley diga que el tiempo mínimo es de veinte.

Apartado tomado del Periódico el País de Cali, del día 11 de abril del 2016

Debido a todos los problemas por los que pasa el sistema de salud en Colombia, los colombianos han perdido la fe en los médicos, y tal como se mencionaba, muchas veces hasta el respeto como profesionales y seres humanos. Los actuales estudiantes de medicina mencionan que muchas veces el sueño que tenían desde niños se ve truncado al conocer y experimentar la dura realidad por la que está pasando el sistema de salud en el país.

7.1 La interacción

La interacción es definida como la acción recíproca entre dos o más personas, las cuales establecen un vínculo en el cual intercambian ideas y pensamientos.

Para Marta Rizo, doctora y licenciada en periodismo de la universidad de Barcelona, la comunicación como fundamento de la interacción social, es el mecanismo que ha hecho posible la existencia de lo que llamamos sociedad. Es el principio básico de la organización social, y como tal, es requisito indispensable para las relaciones sociales. (RIZO, 2006)

Haciendo énfasis en lo anterior, se evidencia que la interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes tiende a ser netamente profesional, es decir que la consulta solo se convierte en un deber del médico, quién examina, médica y prescribe un tratamiento a seguir, según él lo crea necesario.

El paciente ve al médico como un sujeto capaz de resolver todas sus inquietudes y/o falencias en cuanto a salud se refiere, por lo cual escucha atentamente cada uno de sus consejos y comentarios en el momento de la consulta. Esto logra confirmar que los pacientes tienen respeto y confianza con sus médicos, pero este acto de interacción y comunicación no es recíproco, ya que el que interviene únicamente es el médico, mientras que el paciente solamente escucha y acepta lo que se le recomienda hacer.

Se observa poco interés por conocer más allá del estado actual en el que se encuentra el paciente, como su estilo de vida, gustos, pensamientos y relación familiar, lo cual son temas que pueden crear empatía entre los médicos y los pacientes, creando un vínculo

recíproco entre los dos sujetos, lo cual permita mejorar de manera significativa la relación y comunicación con sus pacientes.

7.2 La empatía

La empatía es la capacidad de sentir lo que el otro siente, es la facilidad de ponerse en el lugar de otra persona, y ser capaz de comprender su contexto inmediato. *Carl Rogers* fue el primer autor que hizo énfasis en la comprensión empática para establecer un clima psicológico adecuado en una relación terapéutica entre los profesionales de la salud y los pacientes. Este autor entendía la comprensión empática como “La captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos”

Por otro lado, Balint intentó capacitar a los médicos y profesionales de la salud para reconocer y comprender las dolencias de los pacientes, no solo en lo personal, sino para utilizar esa comprensión con fines terapéuticos creando un sistema que permitiera ofrecer ayuda psicológica a los pacientes sin interrumpir lo habitual de su práctica diaria.

Ese modelo tenía como nombre flash o destello, el cual consistía en que el profesional de la salud, además de resolver los problemas médicos y falencias del enfermo, trataba de emparentar con él para alcanzar un destello de comprensión de su situación, lamentablemente, esta nueva vía fue fuertemente emparentada con la empatía y

permaneció inexplorada, a pesar del esfuerzo de sus discípulos, cuando fallece Balint en el año 1970

Es importante que desde la E.S.E Carmen Emilia Ospina se logre comprender la importancia de aspectos tan importantes como el contexto inmediato por el cual está pasando el paciente, esto permitirá situarse desde su presente, estableciendo un modelo de comunicación eficaz mediante la identificación de factores relevantes como cultura y datos sociodemográficos del paciente, lo cual permitirá condicionar al profesional de la salud para expresar de manera asertiva cada uno de sus mensajes.

7.3 Forma de la comunicación en la relación médico – paciente

Son varios los factores que se deben tener en cuenta a la hora de establecer un vínculo con los pacientes, pues como lo afirma **Italo Pizzolante** en su texto **Geometría de la Comunicación “Todo Comunica”**, desde un gesto hasta una mirada, una expresión o una actitud. Por cualquiera de estos factores se empiezan a construir las barreras comunicativas, las cuales afectan negativamente la relación que se construye entre los médicos y los pacientes.

7.4 Barreras comunicativas de la comunicación médico – paciente

Se dijo antes que el propósito de la comunicación es vincular, establecer "puentes" entre las personas o grupos humanos; sin embargo, este objetivo no siempre se logra. La razón de por qué la comunicación no logra su objetivo no es la "falta de comunicación". Como sabemos, comunicación siempre hay; lo que existe son fallas u obstáculos para la misma. Por ello no se logra el establecimiento de vínculos entre las personas. (GASPERIN, 2005).

La comunicación establecida desde la relación del médico y pacientes es fundamental para entablar acercamientos que generen empatía entre ambas partes, logrando afianzar un vínculo afectivo y de cercanía con los profesionales de la salud, esto con el fin de facilitar los procesos de comprensión, aceptación y control de la enfermedad en los tratamientos prescritos por el médico.

Aunque se evidencian procesos de gestión de la comunicación en la en la E.S.E Carmen Emilia Ospina en sus diferentes sedes, se observan falencias desde los procesos comunicativos con pacientes y usuarios, en donde los médicos presentan problemas a la hora de dirigirse a los pacientes frente a temas tan relevantes como su enfermedad.

Roberto Gasperín en su texto *Comunicación y Relaciones Humanas*, menciona cuáles son las principales causantes de la creación de obstáculos comunicativos en las relaciones humanas, en los cuales se relacionan las más importantes para la realización de este estudio según lo identificado tras haber realizado la investigación.

7.5 Identificación del paciente

Esta categoría nos permitió conocer datos sociodemográficos de los pacientes, lo cual nos hacía situarnos dentro de su contexto inmediato para lograr tener una comunicación asertiva y más fluida con los actores.

Para llevar a cabo cada encuesta se abordó al encuestado y explicó cada pregunta a través de un lenguaje inclusivo y coloquial, teniendo en cuenta factores determinantes como el nivel educativo.

7.6 Enfermedad

La segunda categoría busca conocer qué tanto el paciente conoce de su enfermedad, cuánto lleva conviviendo con ella, y la información relevante que su médico le proporciona sobre el tipo de diabetes que presenta. Las preguntas presentes en este apartado logran evidenciar cómo se ha visto afectado el proyecto de vida de los individuos que poseen la enfermedad, costumbres, rutinas y hábitos que tienen o han tenido durante su vida.

7.7 Comunicación Médico – Paciente

El apartado brinda información sobre el estado en que se encuentran los vínculos comunicativos forjados entre los pacientes y los profesionales de la salud. Esto incluye la empatía de los médicos, el lenguaje técnico con el cual se expresan, gestos y actitudes.

7.8 Comunicación institucional

La categoría final es denominada Comunicación Institucional, esta entendida por como la entidad promueve la comunicación y bienestar de sus pacientes con la información y cuidado necesario para sobrellevar su enfermedad. Aquí encontramos reuniones informativas, instalaciones de las sedes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, actitud de servicio, adecuación de consultorios entre otros, lo cual permite construir una imagen mental de lo que significa la E.S.E Carmen Emilia Ospina para sus usuarios y pacientes.

8. Universo poblacional y muestra

Con la población diabética con la que cuenta la E.S.E Carmen Emilia Ospina en las 7 sedes, actualmente en su base de datos registran 1.093 pacientes diabéticos adscritos de los cuales 685 están activos y asisten a los controles con su médico. Para obtener la muestra poblacional nos asesoramos con el profesor Jaime Polania Perdomo, Decano de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Surcolombiana, quien nos explicó que para obtenerla se debe tener en cuenta la población activa de 685 paciente diabéticos y aplicando un nivel de confianza del 92% con un margen de error del 8% dándonos como resultado una muestra de 123 personas para aplicar la encuesta.

Con la muestra obtenida era necesario que la recolección de información fuera proporcional en cada una de las sedes, para lograr esto se aplicó la siguiente fórmula matemática usando de ejemplo la sede de Granjas:

$$Nn = \frac{Nh}{N} \times (N) \qquad Nn = \frac{200}{685} \times (123)$$

Para poder obtener una clasificación se divide la población actual por sede (en este caso Granjas con una población de 200 personas), con la población general (685) y se multiplica por el número de la muestra (123) dándonos como resultado el número de personas, en este caso serían 36 usuarios a encuestar. Esta fórmula se aplicó en todas las sedes y este fue el resultado:

Sedes	N° Pacientes	Total encuestas
Canaima	126	23
Eduardo Santos	60	11
Granjas	200	36
IPC	81	15
Palmas	184	32
7 de agosto	34	6
Total	685	123

Una vez clasificada la población, como primer método iniciamos la recolección de información en los controles grupales que realiza la E.S.E Carmen Emilia Ospina en cada una de las sedes una vez al mes con personas diabéticas e hipertensas. Como segundo método se aplicó la encuesta cuando los pacientes salían de la consulta médica, debido a que en estas reuniones no asistían la totalidad de los pacientes diabéticos atendidos.

9. Resultado obtenido en las encuestas aplicadas

Durante el trabajo de campo desarrollado en las diferentes sedes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, se aplicaron 123 encuestas a pacientes diabéticos con el fin de identificar las percepciones de los usuarios diabéticos asistentes al programa de atención primaria frente a factores determinantes como actitudes y prácticas en la relación médico – paciente de la E.S.E Carmen Emilia Ospina. De esta manera, se obtienen los siguientes resultados

plasmados a continuación, donde se explica de manera detallada cada una de las preguntas con su respectiva descripción.

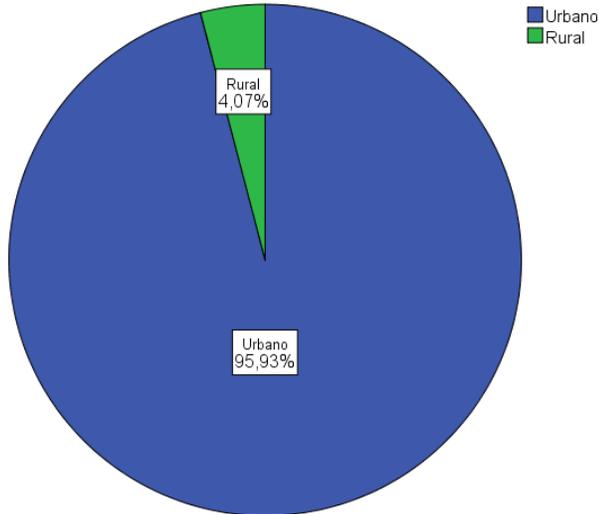
Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	81	65,9
Masculino	42	34,1

Un resultado del trabajo de campo es la evidencia que a los controles de la enfermedad asisten más las mujeres, con un 65,9% que los hombres, con un 34,1%.

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
1	86	69,9
2	36	29,3
3	1	0,8

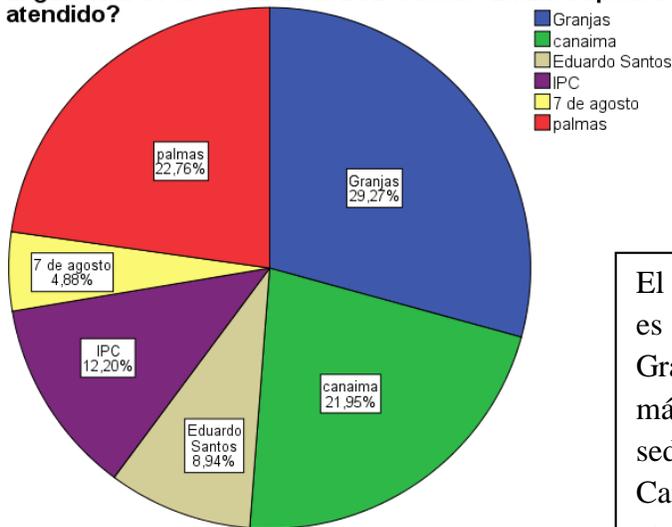
La mayor población diabética que atiende la E.S.E Carmen Emilia Ospina es de estrato 1 con un 69,9%, y le sigue el estrato 2 con un 29,3%. Además, que las personas atendidas en el estrato 3 son solo el 0,8% que equivale a una sola persona.

1. Ubicación de residencia



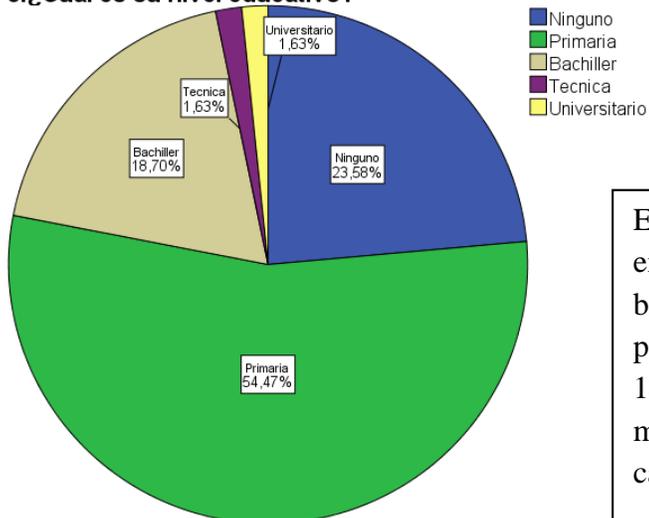
El 95,9% de la población encuestada afirma que reside en la zona urbana de la ciudad de Neiva, y el 4,7% restante reside en la zona rural.

2. ¿En cuál de la sedes de la ESE Carmen Emilia Ospina es atendido?



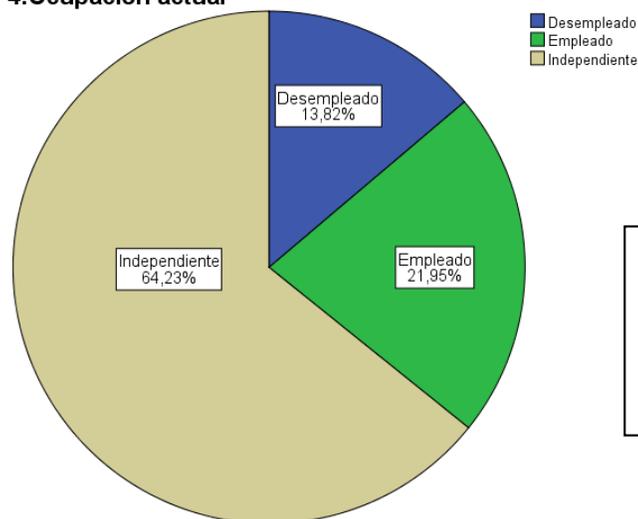
El 29,27% de la población manifiesta que es atendida es la sede del barrio las Granjas, debido a que es una de las sedes más antiguas de la ciudad, seguido de la sede palmas con un 22,76% y finalmente Canaima con un 21,95% de población atendida, siendo el 26,02% restante atendidos en las diferentes sedes (7 de agosto, IPC y Eduardo Santos)

3. ¿Cuál es su nivel educativo?



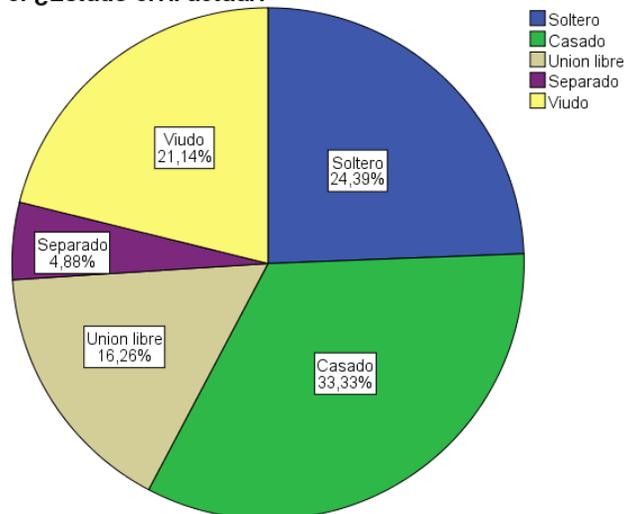
El 54,47% de los pacientes encuestados tiene un nivel educativo de básica primaria, pero el 23,58% no posee ningún estudio académico, y un 18,70% cursó el bachiller básico mientras que el 3,26% estudiaron una carrera técnica o universitaria.

4. Ocupación actual



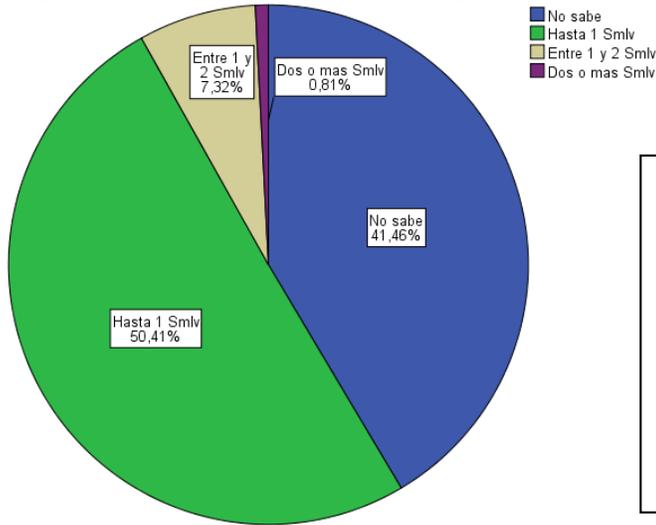
El 64,23% de la población encuestada es independiente, mientras que el 21,95% es empleadas, y el 13,82% restante son personas desempleadas.

5. ¿Estado civil actual?



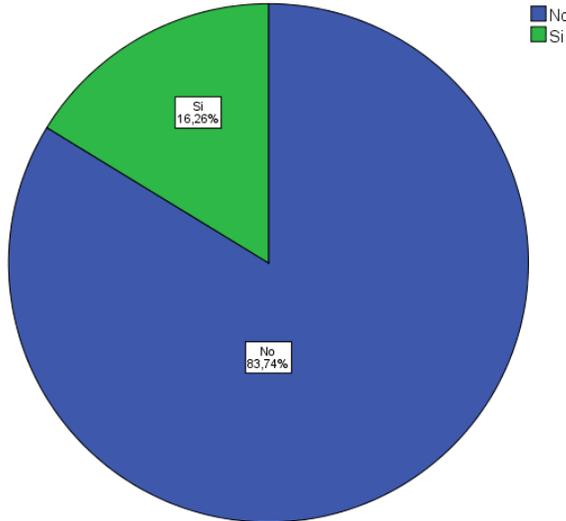
Un 33,33% de los pacientes diabéticos que asisten a la E.S.E Carme Emilia Ospina son casados, mientras que un 24,39% son personas solteras y un 21,14 son viudos. El 16,26% son personas que conviven en unión libre y el 4,99% son separados.

6. ¿En su vivienda cual es el nivel de ingresos economico?



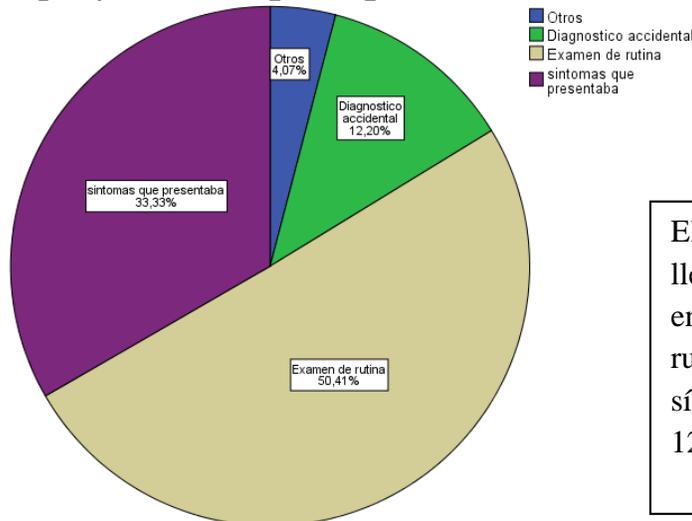
El 50,41% de los actores encuestados devengan hasta un salario mínimo, y el 41,46% desconocen los ingresos mensuales en su hogar, mientras que el 7,32% afirma que tiene ingresos de más de 1 SMLMV y el 0.81% afirma que el ingreso en su hogar es de más de dos salarios mínimos.

7. ¿Conoce usted que tipo de diabetes padece?



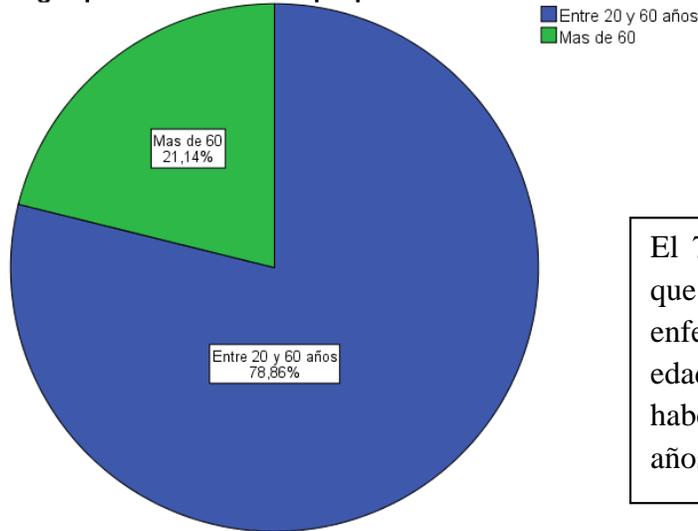
El 83,74% de los encuestados desconoce el tipo de diabetes que padece, mientras que el 16,26% restante afirma que conocen que tipo de diabetes presenta, aunque guiándose por suposiciones.

8. ¿De que forma se llegó al diagnostico de la enfermedad?



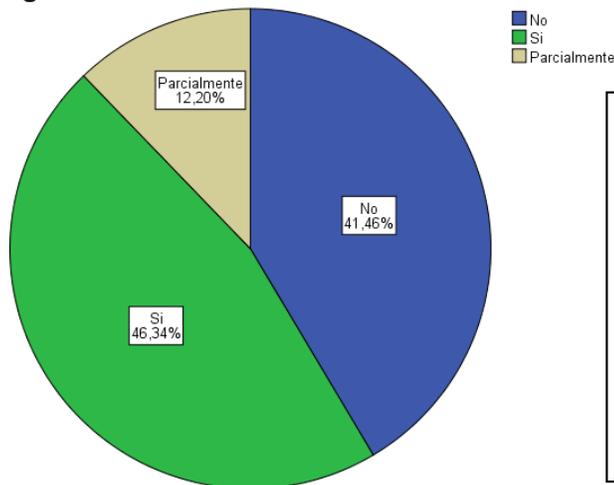
El 50,41% de los pacientes aseguran que llegaron a enterarse de que padecían la enfermedad por realizarse exámenes de rutina. El 33,33% se enteraron por síntomas que presentaban, mientras que el 12,20% fue por un diagnostico accidental.

9. ¿A que edad se entero que padecía la enfermedad?



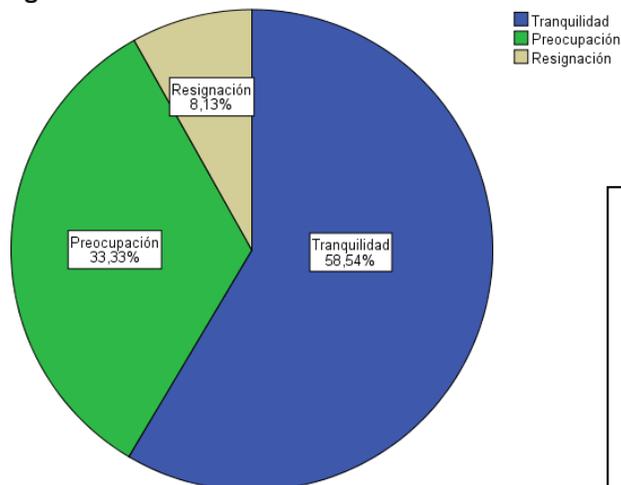
El 78,86% de los actores manifiestan que se enteraron que padecían la enfermedad de los 20 a 60 años de edad, y el 21,14% restante asegura haberse enterado después de los 60 años de edad.

10. ¿Se ha visto alterado su proyecto de vida desde el diagnostico de la enfermedad?



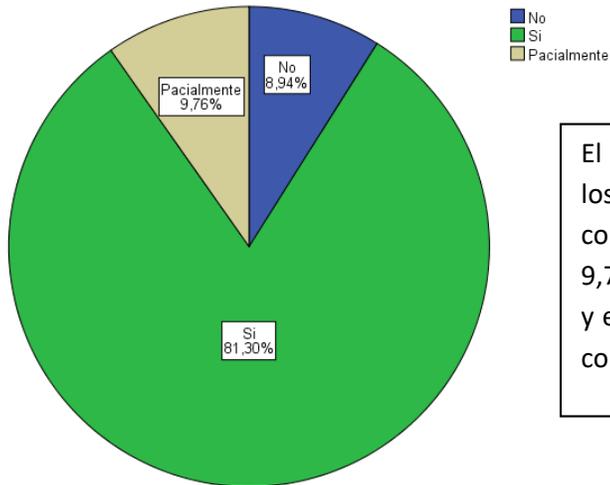
El 46,34% de los pacientes encuestados aseguran que su proyecto de vida se ha visto afectado por padecer la enfermedad. Mientras que un 41,46% asegura su vida no ha sido afectada por los padecimientos de la enfermedad, y el 12,20% restante manifiesta que su vida se ha visto afectada de manera parcial.

11. ¿Como asumio la enfermedad desde el momento que fue diagnosticada?



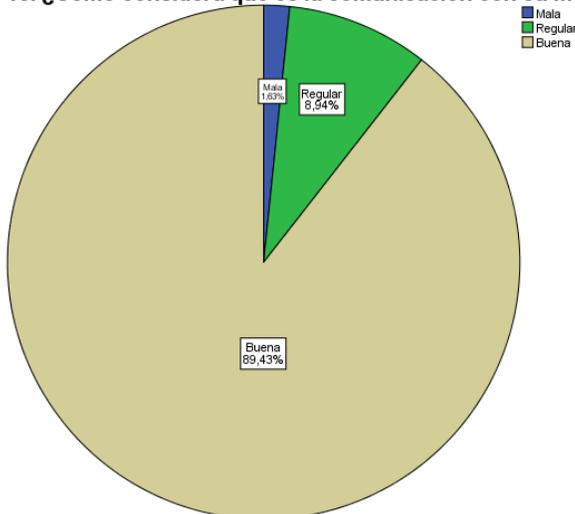
El 58,54% de los actores afirman que asumieron la enfermedad de manera tranquila, un 33,33% recibieron la noticia de su enfermedad con preocupación, mientras que el 8.13% restante asumen la enfermedad con resignación.

12. ¿Considera que los medicamentos formulados le han controlado la enfermedad?



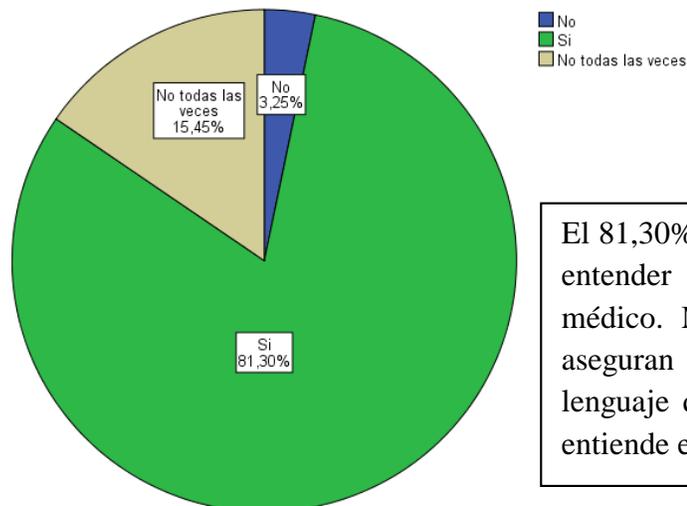
El 81,30% de los pacientes manifiestan que los medicamentos recetados por su médico a controlado su enfermedad, mientras que el 9,76% asegura que lo hace de manera parcial y el 8,94% considera que el medicamento no controla la enfermedad.

13. ¿Como considera que es la comunicación con su medico?



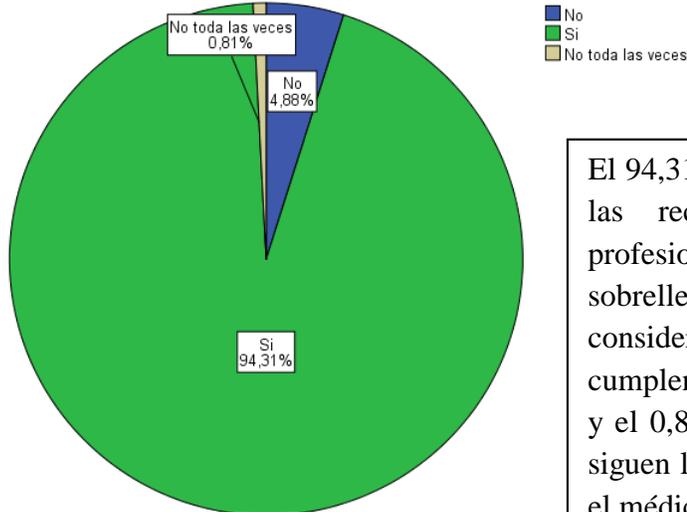
El 89,43% de los pacientes aseguran tener una buena comunicación con su médico, mientras que el 8,94% afirman tener una comunicación regular con el médico y el 1,63% restante afirma tener una mala comunicación.

14. ¿Entiende y responde con facilidad el lenguaje utilizado por su médico?



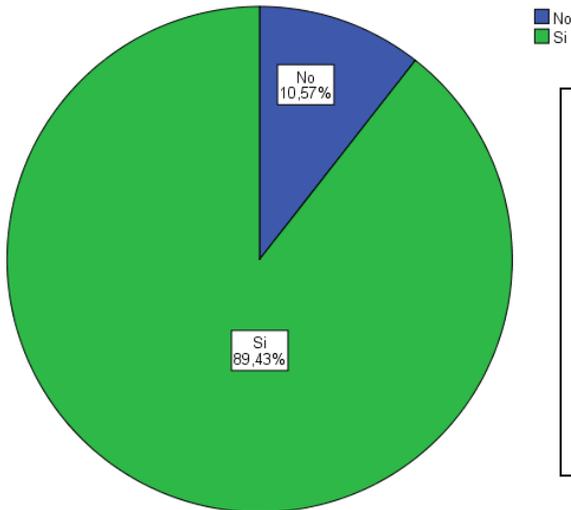
El 81,30% de los actores encuestados afirma entender con facilidad el lenguaje de su médico. Mientras que el 15,45% restante aseguran no comprender todas las veces el lenguaje que usa el médico y el 3,25% no entiende el lenguaje del médico.

15. ¿Considera que las recomendaciones realizadas por su médico, responden de manera satisfactoria a su enfermedad?



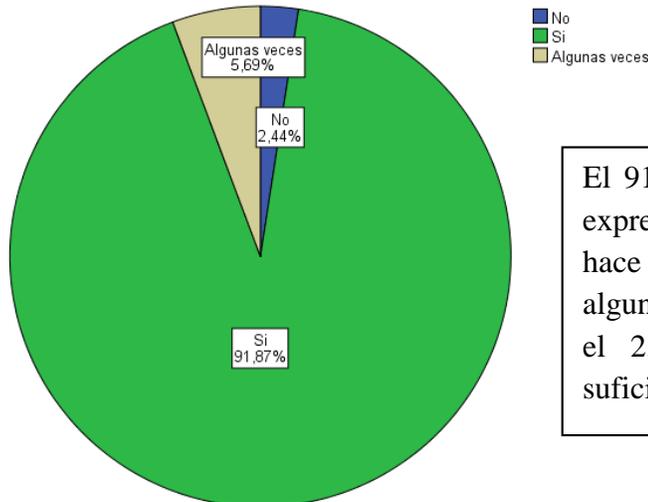
El 94,31% de los encuestados afirman que las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud le han ayudado a sobrellevar su enfermedad. El 4,88% considera que sus recomendaciones no cumplen a cabalidad con sus expectativas y el 0,81% afirma que no todas las veces siguen las recomendaciones realizadas por el médico.

16. ¿El médico le ha explicado las complicaciones que puede tener como diabetico?



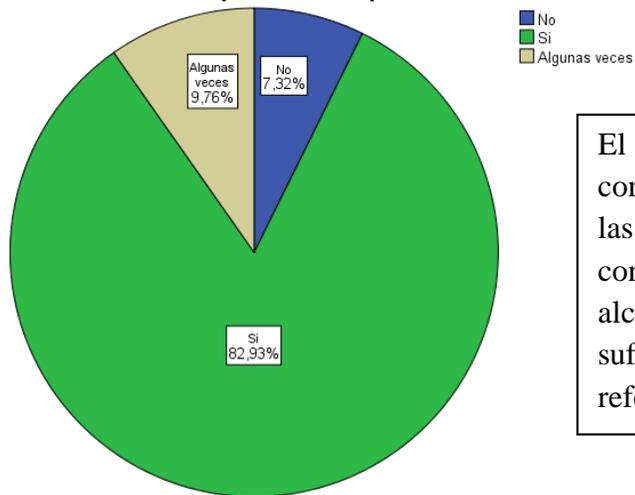
Un 89,43% de los pacientes aseguran que su médico les ha explicado de manera detenida las complicaciones que tiene como diabéticos. El 10,57% restante confirma no haber recibido ningún mensaje por parte de su médico frente a las complicaciones que podrían presentar.

17. ¿Se expresa con sinceridad a las preguntas que le plantea su médico?



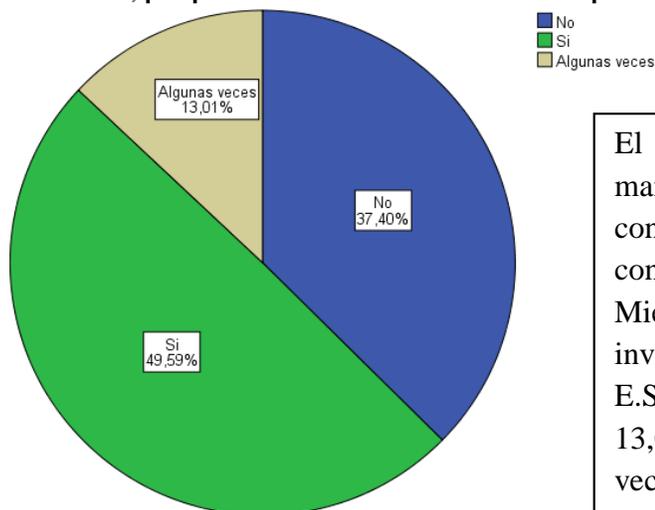
El 91,87% de los actores aseguran que se expresan con sinceridad a las preguntas que hace su médico, mientras que el 5,69% algunas veces se expresan con sinceridad y el 2,44% no logra tener la confianza suficiente para hacerlo.

18. ¿Durante el tiempo de consulta logra expresarle a su médico todas las inquietudes respecto a su enfermedad?



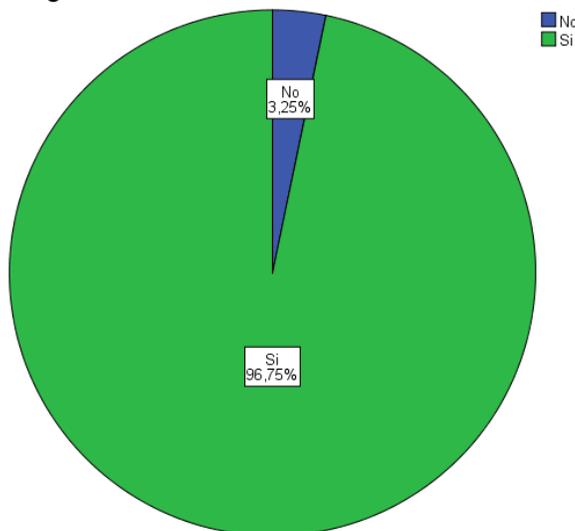
El 82,93% de la población encuestada considera que si logra expresarle todas las inquietudes a su médico, el 9,76% considera que el tiempo algunas veces no alcanza y el 7,32% cree que no es suficiente para tratar todos los temas referentes a su enfermedad

19. ¿Ha sido invitado a actividades relacionadas con la enfermedad, por parte de la ESE Carmen Emilia Ospina?



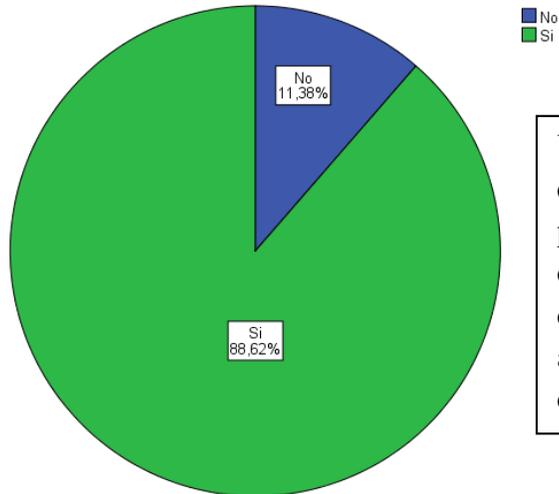
El 49,59% de los actores encuestados manifiestan que si han sido invitados con anterioridad a reuniones sobre control y prevención de su enfermedad. Mientras que el 37,40% dice no ser invitado a actividades por parte de la E.S.E Carmen Emilia Ospina pero el 13,01% restante afirman que algunas veces ha sido invitado a las reuniones.

20. ¿Se siente comodo en el consultorio donde es atendido?



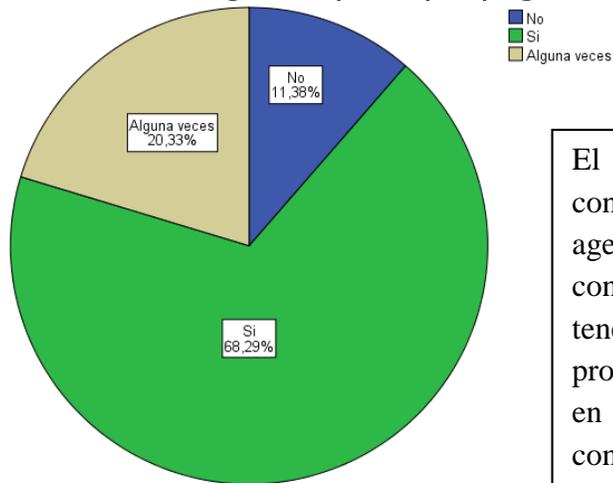
El 96,75% de los pacientes afirman que se sienten cómodos en el consultorio donde son atendidos. Mientras el 3,25% expresa insatisfacción por el lugar donde es atendido.

21. ¿Considera que el tiempo de consulta es suficiente para generar una buena comunicación con su médico?



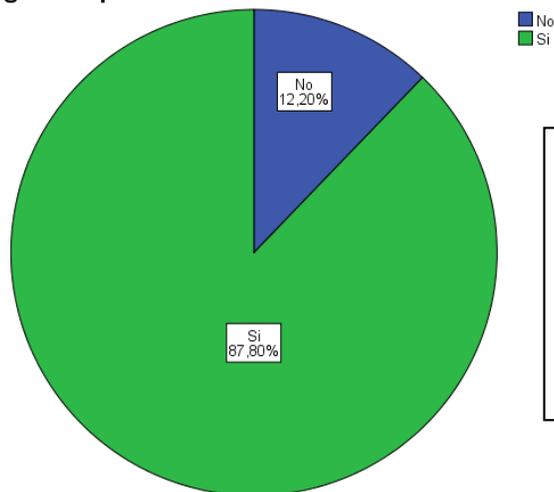
Un 88,62% de los pacientes asegura que el tiempo de consulta es el apropiado para generar una buena comunicación con su médico, mientras que el 11,38% considera que el tiempo no es el apropiado para lograr una buena comunicación.

22. Al momento de solicitar su cita medica de control ¿la entidad cuenta con agenda disponible para programarle?



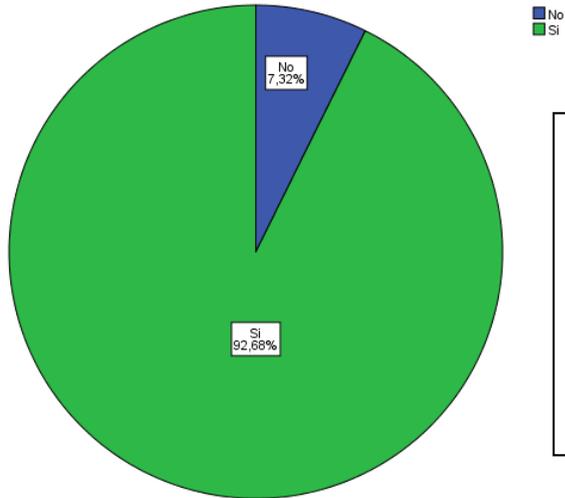
El 68,29% de los encuestados considera que la entidad cuenta con agenda para programar sus citas de control, mientras que el 20,33 afirma tener inconvenientes a la hora de programar una cita médica y el 11,38% en no poder programar la cita de control.

23. ¿Considera que la sala de espera es adecuada para aguardar por su cita?



El 87,80% de la población afirma que la sala de espera si cumple con sus expectativas a la hora de aguardar para ser atendidos. El 12,20% restante se siente insatisfecho con las instalaciones del lugar mientras espera su llamado.

24. ¿La institucion suministra informacion necesaria al momento de responder alguna inquietud?



El 92,68% de los pacientes aseguran que la entidad sí suministra la información que necesitan a la hora de requerirla. Mientras que el 7,32% tiene inconvenientes a la hora de solicitar cualquier tipo de información en la entidad.

10. Análisis de los resultados obtenidos

11.1 Percepciones de los actores

Durante el desarrollo del trabajo realizado con médicos y pacientes dentro de las instalaciones de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, se logró conocer las percepciones de los profesionales médicos y pacientes diabéticos, lo cual permitió contrastar y cruzar la información recolectada desde ambas partes. De esta manera se exponen los resultados obtenidos desde los acercamientos y diálogos establecidos con los actores, donde se identifican varias limitantes comunicativas en relación con su médico, las cuales no permiten establecer una comunicación recíproca entre ambos actores.

11.2 Percepciones de los pacientes

11.2.1 Desconocimiento parcial de su enfermedad

Al abordar a los pacientes diabéticos, se pudo evidenciar que El 83,74% de los usuarios desconocen de manera parcial el tipo de diabetes que presentan, pues aunque saben que poseen la enfermedad, no conocen los diferentes tipos de diabetes que existe, ni mucho menos cual es el que ellos padecen. El desconocimiento por parte de los pacientes de la enfermedad, y la poca comunicación que tienen mediante el dialogo que se forja en la consulta establecida, los hace aceptar de manera pasiva las recomendaciones directas de su médico, desconociendo de forma parcial factores tan relevantes como el tipo de diabetes y tratamiento adecuado que se debe llevar.

11.2.2 Relación estrictamente profesional con su médico durante el tiempo de consulta

En ocasiones los pacientes expresan no tener una relación de empatía total con su médico, pues se sienten limitados a abrirse a un dialogo más ameno. El 8,94% de pacientes encuestados afirman tener una comunicación regular con el médico pues su actitud, gestos y manera de comunicarse (tecnicismos y lenguaje médico) limita inmediatamente que se pueda forjar una comunicación recíproca entre ambos actores, lo cual lleva su relación a ser estrictamente profesional, e impide que los pacientes se expresen con libertad frente a lo que su salud concierne.

11.2.3 Buena atención por parte de los médicos y personal administrativo

Se evidencia una buena actitud de servicio por los colaboradores y médicos de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, pues el 92,68% de los pacientes asegura que la entidad sí suministra la información que necesitan a la hora de requerirla. En sus diferentes sedes, igualmente manifiestan no tener inconvenientes a la hora de requerir cualquier tipo de información o solicitar algún servicio en la entidad. Aunque algunos trámites sean más prolongados que otros, se evidencia un trato cordial desde los colaboradores hacia su público externo.

11.2.4 Lenguaje médico parcialmente comprendido

Se evidencia el uso de muchos tecnicismos por parte del personal médico, lo que dificulta la interacción y comunicación con los pacientes, debido a que muchas de estas personas cuentan con un nivel educativo básico, o por el contrario no tienen ningún nivel educativo. El 15,45% de los encuestados aseguran no comprender todas las veces el lenguaje que usa el médico.

11.2.5 Poca agenda disponible para asignar citas

Aunque los pacientes manifiestan que la calidad de servicio dentro de las sedes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina es generalmente bueno, también mencionan que los tiempos establecidos para atender solicitudes de citas médicas en ocasiones se hace prolongado. El 20,33% de los pacientes encuestados afirma tener inconvenientes a la hora de programar una cita médica, lo que causa traumatismos a la hora de llevar a cabo el tratamiento y control recomendado por su médico.

11.3 Percepciones de los médicos

A continuación, se plasman las preguntas realizadas en una entrevista semiestructurada a cuatro médicos de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, lo cual permitió conocer las percepciones en la comunicación y relación establecida con los pacientes.

1. ¿Qué tipo de diabetes existe?

Se evidencia predominancia de diabetes tipo II en pacientes de avanzada edad; pero no se descarta la diabetes tipo I dada en edades tempranas, y la diabetes gestacional que se presenta durante el embarazo.

2. ¿Cómo podemos identificar la diabetes?

Los pacientes presentan algunos síntomas como la Polidicia (muchas sed), la Podifagia (aumento de apetito) y la Puliduria (aumento de orina). Los médicos manifiestan que para identificar qué tipo de diabetes presenta el paciente, es necesario realizar unos exámenes de glucosa (azúcar en la sangre) generalmente la diabetes tipo I es por problemas inmunológicos, y la persona nace con la enfermedad; la diabetes tipo II casi siempre se produce por los malos hábitos alimenticios o antecedentes familiares.

3. ¿A qué edad predomina la diabetes tipo 2?

La edad que predomina la diabetes tipo II, usualmente debería ser de 40 años en adelante, pero en las sedes de la ESE Carmen Emilia Ospina los médicos han evidenciado pacientes diabéticos menores de 40 años, esto por los malos hábitos nutricionales y estilo de vida.

4. ¿El paciente como asume la noticia?

Usualmente algunos pacientes al enterarse que padecen la enfermedad, se preocupan, y otras personas entran en una etapa de negación pensando que la enfermedad no es grave, o no altera su proyecto de vida. Además, algunos pacientes por sus malos hábitos alimenticios ya creían padecer la enfermedad tomándolo con resignación.

5. ¿Los pacientes si llevan adecuadamente el tratamiento?

Normalmente los pacientes diabéticos de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, no se adhieren al tratamiento, muchos de ellos se dejan influenciar por la medicina naturista y remedios caseros, esto por la cultura popular presente en su contexto. Ellos consideran que es más fácil tomar medicamentos vía oral que inyectarse insulina

6. ¿Cómo considera la comunicación que tiene con los pacientes?

Los médicos consideran que la comunicación con sus pacientes es buena, debido a que existe una retroalimentación entre ambos, esto ayuda a generar un diagnóstico más certero y resolver sus inquietudes y preguntas.

7. ¿Cómo explican las complicaciones?

Los médicos explican a los pacientes normalmente las complicaciones que tienen por padecer la diabetes, generalmente lo hacen en términos menos técnicos y ejemplos de las enfermedades que puede desencadenar por no llevar adecuadamente el tratamiento, como complicaciones cardiacas, pie diabético y enfermedades cardiovasculares.

8. ¿Responden con sinceridad?

Los médicos evidencian que al momento de la consulta, los pacientes expresan adherencia al tratamiento médico, pero los exámenes rutinarios comprueban que no lo hacen adecuadamente. Además, durante la consulta la mayoría de pacientes no responden con sinceridad, con el fin de que le hagan entrega de la fórmula médica.

9. ¿Tiempo de consulta, cree que si alcanza?

El tiempo establecido para una consulta médica es de 20 minutos, en ocasiones por la complicación de algunos pacientes no alcanza el tiempo establecido para realizar un buen diagnóstico médico, y en ocasiones por lo general suele prolongarse hasta 30 minutos.

10. ¿Se siente cómodo en el consultorio?

Existe conformidad por parte de los médicos en el consultorio donde atienden a sus pacientes, quienes expresan contar con el equipo necesario para poder brindar un buen servicio.

11. ¿Cada cuánto debe presentarse a control un diabético?

En la E.S.E Carmen Emilia Ospina está establecido que los controles para los pacientes diabéticos son cada tres meses, pero los médicos consideran que éstos controles deberían ser cada mes o mes y medio dependiendo del estado de salud en que se encuentra el paciente.

12. Sala de espera

Algunos médicos consideran que la sala de espera de algunas sedes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina es adecuada para que los pacientes aguarden por su cita, sin embargo otros médicos creen que hay algunas sedes que se podrían mejorar en cuestiones de infraestructura.

11. Matriz D.O.F.A

Durante el desarrollo del trabajo de grado con los pacientes diabéticos y médicos de la E.S.E Carmen Emilia Ospina, se logró evidenciar cuales eran los factores más relevantes, y los causantes de las falencias a nivel comunicativo presentes en la organización. Para analizar los resultados se hizo uso de la matriz D.O.F.A, la cual se soporta en las percepciones recolectadas durante el trabajo de campo realizado en la entidad.

La matriz DOFA es una herramienta de análisis empresarial para conocer el estado actual de la empresa, por medio de la cual se pueden identificar las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas. Ésta permite conocer la información necesaria para adoptar correctivos y planes de mejoramiento.

12.1 Factores Interno

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none">• Alto nivel de confianza hacia los médicos.• Satisfacción en la calidad de servicio durante el tiempo de consulta.• Desarrollo de reuniones informativas para llevar el control de la enfermedad (Diabetes e hipertensión) de los pacientes, y promover hábitos saludables.• Satisfacción por parte de los pacientes con las instalaciones del centro de salud	<ul style="list-style-type: none">• Poca adherencia del tratamiento por parte de los pacientes.• En algunas ocasiones no se presenta la suficiente confianza para que el paciente se exprese con sinceridad.• Deterioro de la infraestructura física en las salas de espera en algunas de las sedes.• Desconocimiento parcial del tipo de diabetes que padecen.• Falta de unificación en los procesos

<ul style="list-style-type: none"> • Uso de las redes sociales para difundir información y actividades realizadas por el centro de salud. • Cuentan con pautas publicitarias por los diferentes medios regionales de comunicación. 	<p>comunicativos en las sedes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso frecuente de remedios caseros por parte de los pacientes.
--	--

12.2 Factores externos

AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de credibilidad hacia el sistema de salud. • Inconformidad por parte de los médicos con el tiempo establecido por el ministerio de salud (20 min), lo cual impide realizar un buen diagnóstico a los pacientes. • Falta de participación de los pacientes a las actividades desarrolladas por la E.S.E Carmen Emilia Ospina. • Deterioro de las instalaciones por parte de los usuarios y/o personas externas a la entidad • Poco acceso a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación por parte de los usuarios. • Dificultad para llegar a sus usuarios a través de los medios regionales por el 	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de espacios de aprendizaje que promuevan el uso de un lenguaje mutuo. • Generación de espacios de interacción lúdicos donde se promuevan buenos hábitos de escucha. • Concientización a los visitantes de preservar y conservar los bienes de uso público con los que cuenta la entidad. • Disposición de espacios para generar diálogo e interacción con los pacientes. • Vinculación a las sedes en actividades desarrolladas desde el área de comunicaciones • Utilización de las reuniones grupales de los pacientes para consolidar el uso de los tratamientos formulados por el médico.

poco impacto tienen estos.

12.3 Cruce estratégico F - A

FORTALEZA	AMENAZA	ESTRATEGIA
Alto nivel de confianza hacia los médicos.	Pérdida credibilidad hacia el sistema de salud	Desde el área de comunicaciones proponer el diseño de un canal de comunicación interno exclusivo para pacientes, en donde los médicos puedan responder inquietudes en un tiempo determinado.
Satisfacción en la calidad de servicio durante el tiempo de consulta	Inconformidad por parte de los médicos con el tiempo establecido por el ministerio de salud (20 min), lo cual impide realizar un buen diagnóstico a los pacientes.	Diseñar un sistema de pre-consulta donde se realice un examen físico (Toma de tensión, glucometría, peso y estatura) por un profesional de la salud, que permita optimizar la calidad del servicio durante el tiempo de consulta.
Desarrollo de reuniones informativas para llevar el control de la enfermedad (Diabetes e hipertensión) de los pacientes, y promover hábitos saludables.	Falta de participación de los pacientes a las actividades desarrolladas por la E.S.E Carmen Emilia Ospina	Establecer canales de comunicación de fácil acceso donde se difundan piezas comunicativas que promuevan hábitos saludables para llevar el control de la enfermedad.

<p>Satisfacción por parte de los pacientes con las instalaciones del centro de salud</p>	<p>Deterioro por uso indebido de las instalaciones por parte de los usuarios y/o personas externas a la entidad</p>	<p>Realizar una campaña de sensibilización que permita promover el uso adecuado de las instalaciones.</p>
<p>Uso de las redes sociales para difundir información y actividades realizadas por el centro de salud.</p>	<p>Poco acceso a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación por parte de los usuarios.</p>	<p>Crear un boletín impreso de comunicación externa que contenga información relevante de las actividades que se realizan en el centro de salud.</p>
<p>Cuentan con pautas publicitarias por los diferentes medios regionales de comunicación.</p>	<p>Dificultad para llegar a sus usuarios a través de los medios regionales por el poco impacto tienen estos.</p>	<p>Hacer uso de los medios alternativos de comunicación para proyectar y promover su imagen al exterior, y así crear acercamientos continuos con su público objetivo.</p>

12.4 Cruce estratégico D - O

DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	ESTRATEGIAS
Poca adherencia del tratamiento por parte de los pacientes.	Generación de espacios de aprendizaje que promuevan el uso de un lenguaje mutuo.	Crear y desarrollar talleres con temáticas para promover el uso adecuado del tratamiento.
En algunas ocasiones no se presenta la suficiente confianza para que el paciente se exprese con sinceridad.	Generación de espacios de interacción lúdicos donde se promuevan buenos hábitos de escucha.	Diseñar una campaña de sensibilización para los pacientes donde se promuevan la importancia de expresarse con sinceridad para poder general un buen diagnóstico.
Deterioro de la infraestructura física en las salas de espera en algunas de las sedes.	Concientización a los visitantes de preservar y conservar los bienes de uso público con los que cuenta la entidad.	Crear una campaña de concientización en las salas de espera de las diferentes sedes, que promueva el uso adecuado de los bienes de uso público.
Desconocimiento parcial del tipo de diabetes que padecen.	Disposición de espacios para generar dialogo e interacción con los pacientes.	Diseñar un manual educativo dirigido a los pacientes que contenga información sobre la enfermedad.

<p>Falta de unificación en los procesos comunicativos en las sedes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina</p>	<p>Vinculación de las sedes a las actividades desarrolladas desde el área de comunicaciones.</p>	<p>Fortalecer el área de comunicaciones para vincular los procesos comunicativos desarrollados en cada sede.</p>
<p>Uso frecuente de remedios caseros por parte de los pacientes.</p>	<p>Utilización de las reuniones grupales de los pacientes para consolidar el uso de los tratamientos formulados por el médico.</p>	<p>Programar controles grupales con invitados expertos en temas de medicina para pacientes diabéticos.</p>

13. Conclusiones

El objetivo fundamental de esta investigación era analizar la comunicación establecida entre médicos y pacientes diabéticos de la E.S.E Carme Emilia Ospina, lo cual evidencio a través de técnicas de recolección de información (encuestas y entrevistas) lo que permitió conocer los siguientes resultados.

- La población atendida por la E.S.E Carmen Emilia Ospina en su mayoría son personas de estratos socioeconómico 1 y 2.
- En la E.S.E Carmen Emilia Ospina el 83,74% de los pacientes desconocen qué tipo de diabetes padecen. Según estadísticas internas de la E.S.E Carmen Emilia Ospina la diabetes más común es la tipa II que se presenta en pacientes de avanzada edad.
- De acuerdo con la literatura médica y respecto de la diabetes, los síntomas de esta enfermedad se manifiestan en un aumento de orina, sed y apetito, además se confirma por un examen de sangre. Más del 50% de los pacientes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina se enteró por exámenes de rutina y síntomas que presentaron.
- En la E.S.E Carmen Emilia Ospina la mayoría de los pacientes diabéticos se enteraron de su enfermedad después de haber cumplido 20 años de edad. Por el contrario no se reporta ningún diabético que padeciera la enfermedad antes de los 20 años.
- El 58, 54% de los pacientes diabéticos afirma que tomaron la noticia de una manera tranquila, el 33,33% lo tomo con preocupación y el 8,13% con resignación.

- El 81,30% de los pacientes consideran que los medicamentos recetados controlan la enfermedad, pero los médicos afirman que el paciente no se adhiere al tratamiento y lo sustituye por medicina naturista y remedios caseros.
- En la E.S.E Carme Emilia Ospina la comunicación del médico con los pacientes es buena y existe una retroalimentación entre ambos actores.
- Los médicos de la entidad explican a sus pacientes diabéticos las complicaciones que tienen con esta enfermedad de una manera clara y detenida.
- El 91,87% de los pacientes dicen expresarse con sinceridad a las preguntas que planteadas su médico, pero el 8,13% no logra tener la confianza suficiente para hacerlo.
- Los médicos de la E.S.E Carmen Emilia Ospina expresan que los 20 minutos destinados para la consulta de cada paciente no alcanza para realizar un buen diagnóstico y menos cuando éstos tienen más de una patología.
- El 96,75% de los pacientes diabéticos y los médicos que los atienden afirman que se sienten cómodos en el consultorio donde se lleva a cabo este encuentro.
- Las citas de control para los pacientes diabéticos por normativa del ministerio de salud son cada tres meses, pero los médicos indican que deberían ser cada 2 meses o menos dependiendo las complicaciones que tenga el paciente.
- El 68,29% de los pacientes considera que la entidad cuenta con agenda para programar sus citas de control oportunamente, sin embargo, el 31,71% de diabéticos afirma que algunas veces tienen complicaciones para agendar su cita y en otras ocasiones no poder hacerlo.

- Existe buena respuesta por parte de la E.S.E Carmen Emilia Ospina hacia los pacientes frente a trámites, información y solicitudes.
- En cuanto la formación académica de los pacientes diabéticos, el 54,47% solo tiene el nivel de educación primaria y el 23,58% no cuentan con ninguna formación académica.
- Respecto a la situación socioeconómica y de ingresos, los pacientes diabéticos encuestados, manifiestan el (41,46%) no llevan un control de estos. Entre tanto el (50,41%) manifiesta ingresos hasta 1 SMLV.
- El 46,34% de los pacientes diabéticos manifiesta alteración de su proyecto de vida atribuido a su enfermedad.
- Más del 90% de los pacientes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina aseguran que las recomendaciones de los médicos tienen efectos positivos en el tratamiento de su enfermedad.
- La calidad de servicio en general cumple con las expectativas de los usuarios, ellos mismos manifiestan que el servicio recibido por los médicos y personal administrativo es bueno.
- El nivel de confianza por parte de los pacientes hacia el médico es alto, pues los pacientes confían en sus capacidades como profesional.
- Se evidencian prácticas comunicativas por parte de la organización, donde se informan temas relacionados con los cuidados de la enfermedad, dieta y estilo de vida saludable, en donde se comparte y retroalimentan temas de interés para la comunidad.

- La organización médica se preocupa por crear escenarios de participación e inclusión con la comunidad vulnerable y de escasos recursos.
- La organización reconoce la importancia de la comunicación como eje estratégico para direccionar cada uno de los procesos con sus públicos, sin embargo, se deben reestructurar y crear nuevas estrategias comunicativas.

14. Recomendaciones

Es necesario contemplar la comunicación como eje estratégico de direccionamiento organizacional, donde se planea y construyan estrategias comunicativas que fortalezcan los procesos establecidos desde la E.S.E Carmen Emilia Ospina, dejar de ver la comunicación de manera instrumental, y transformar desde su interior, las nociones que se le atribuyen a la comunicación, para que sea contemplada como herramienta estratégica para gerenciar adecuadamente las organizaciones, aportando estrategias eficaces que aumenten y potencialicen su imagen ante sus públicos.

La E.S.E Carmen Emilia Ospina reconoce la importancia de la comunicación para liderar cada uno de los procesos con sus diferentes audiencias, pero infortunadamente ésta es comprendida de manera instrumental, la cual se encarga de plasmar por medios de comunicación el trabajo realizado por dicha entidad.

Aunque el trabajo realizado refleja que la calidad de servicio hacia sus usuarios es buena, y su imagen es recordada con facilidad por los habitantes de la ciudad, debido que hacen uso de los medios de comunicación para crear pautas publicitarias y darse a conocer a sus usuarios.

El conocer a profundidad cuál es su público objetivo permite promover y diseñar estrategias de comunicación que facilite desarrollar procesos comunicativos recíprocos entre ambos actores, y se logre reconstruir el vínculo comunicativo entre médicos y pacientes.

Se recomienda realizar una segmentación de audiencias, para conocer más a fondo el tipo de público que utilizan los servicios que presta la E.S.E Carmen Emilia Ospina y de esta manera empezar a construir el perfil de las personas que hacen uso de los servicios. De ésta forma lograr diseñar estrategias comunicativas que permitan facilitar la comunicación entre ambos actores.

Es indispensable que los profesionales de la salud sean capacitados en temas comunicativos y comprendan que los pacientes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina están inmersos en escenarios completamente distintos al de ellos, en los cuales influye su modelo actual de vida, nivel educativo y cultural.

De esta manera habrá una mayor interacción entre ambos, lo cual permitirá tener un seguimiento continuo a su tratamiento y enfermedad desde el dialogo forjado entre ellos, mientras aumenta la empatía e incrementa las posibilidades de tener un diagnóstico más certero y mejoría en lo que a su enfermedad se refiere.

15. Propuesta comunicativa

Teniendo en cuenta los resultados del trabajo investigativo realizado en la E.S.E Carmen Emilia Ospina en sus diferentes sedes perteneciente a la ciudad de Neiva, se identifican factores importantes, los cuales se pueden fortalecer si se trabajan de manera estratégica, permitiendo mejorar los procesos comunicativos llevados a cabo en el ente de salud, y permita potenciar su calidad de servicio frente a sus usuarios.

Al haber realizado el trabajo de campo con los actores involucrados en el estudio, se obtienen resultados porcentuales los cuales se analizan desde la elaboración de una matriz D.O.F.A que permite conocer de manera ordenada cuales son las DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS y AMENAZAS que tiene el centro de salud frente a los procesos comunicativos establecidos por ellos. (Ver Matriz D.O.F.A)

Al conocer cada uno de los siguientes factores se establece la metodología con la cual se propone trabajar desde los siguientes aspectos estratégicos como comunicación, la empatía y la no adherencia al tratamiento.

Estas tres debilidades fueron arrojadas por el cruce y análisis entre la información recolectada durante el trabajo de campo en las encuestas que se aplicadas a los pacientes diabéticos en las diferentes sedes de la E.S.E Carmen Emilia Ospina en la ciudad de Neiva y las entrevistas realizadas al personal médico, lo cual determina los aspectos estratégicos sobre los que se van a trabajar como propuesta comunicativa.

Al haber recolectado la información suministrada por ambos actores, se determina como propuesta comunicativa la elaboración de talleres que logren mitigar las debilidades expuestas en el estudio y permitan concientizar a los actores frente a los procesos comunicativos establecidos por ambos, creando un vínculo comunicativo sólido que logre mejorar no solo su comunicación sino la relación que se forja durante el tiempo de consulta, permitiendo que el profesional de la salud conozca más al detalle su calidad de vida y prácticas realizadas, lo cual lo lleve a dar un diagnóstico más certero, y permita conocer de manera clara los aspectos importantes de su paciente.

La metodología utilizada para la realización de éstos talleres será la misma para ambos actores, solamente se darán en escenarios diferentes, aprovechando encuentros realizados por la organización, lo cual no cause ningún traumatismo durante la realización del trabajo médico, la organización determinará su tiempo y duración, asimismo como las personas encargadas de capacitar a los profesionales de la salud frente a temáticas comunicativas.

Por parte de los pacientes, se establece realizar talleres dentro de las reuniones ya programadas por el ente de salud, en las cuales abordan temas como cuidado de su enfermedad, control y prácticas y dietas saludables. De esta forma lograr incluir durante estos encuentros ya establecidos charlas frente a temas comunicativos importantes, que involucren temas relevantes como la comunicación, la empatía con sus médicos y la adherencia a su tratamiento, buscando así el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Estos talleres se realizan con el fin de capacitar tanto a los pacientes como a los médicos y promover prácticas comunicativas más amenas, donde la interacción y el dialogo puedan garantizar que se brinde un servicio de calidad a sus pacientes y permita conocer desde ellos las debilidades que tiene el centro de salud, para determinar la creación de nuevas estrategias que permitan seguir mejorando como organización.

Finalmente, el resultado de estos aspectos estratégicos a intervenir servirá a la organización como diagnóstico para conocer e implementar un plan de acción desde el área de comunicaciones, para trabajar y fortalecer en cada uno de los procesos de comunicación establecidos y diseñados por la entidad.

16. Glosario

Médico:

Profesional que asiste habitualmente a una persona o a una familia para prevenir y curar las enfermedades que no requieren atención del especialista, o para remitir a este al paciente si fuera necesario.

Paciente:

Proviene del latín *patiēns* (“padecer”, “sufrir”), *paciente* es un adjetivo que hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de saber esperar).

El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

Medicina:

El término *medicina* proviene del latín *medicina* y hace referencia a la ciencia que permite prevenir y curar las enfermedades del cuerpo humano. *Medicina* también se utiliza como sinónimo de medicamento (del latín *medicamentum*), que es la sustancia que permite prevenir, aliviar o curar las enfermedades o sus secuelas.

La medicina, junto a la farmacia, la enfermería y otras disciplinas, forman el grupo de las ciencias de la salud, dedicadas al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Enfermedad Crónica:

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

Diabetes:

La Diabetes es una enfermedad producida por la presencia de altos niveles de azúcares en la sangre. Básicamente la diabetes se reproduce en el organismo a causa de la falta de una hormona segregada por el páncreas llamada Insulina, también por la resistencia que pueda prestar el cuerpo a dicha hormona. La glucosa, es un compuesto que contienen las comidas y sirve de combustible para el organismo, a su vez la insulina contrarresta los excesos de glucosa en la sangre, administrando sus nutrientes y proteínas a las células de los músculos, la grasa y el hígado, manteniendo así un equilibrio óptimo en la sangre y todo el cuerpo.

E.S.E: la empresa social del estado es una entidad prestadora de servicios de salud, que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud está encargada de prestar servicios en los respectivos niveles de atención como beneficiarios y subsidiados

E.P.S:

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio (POS) a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la Ley 100/93.

17. Referencias

- Nieves Felipe. (2006) *Conceptos de Comunicación*
- Aguada Juan Miguel (2004) *Introducción A Las Teorías De La Información Y Comunicación*
- Rizo Marta (2011) *El Intercambio Simbólico Y La Escuela De Palo Alto. Hacia Un Nuevo Concepto De Comunicación.*
- Kaplún Gabriel (2007) *La Comunicación Como Producción De Vínculos Y Sentidos. Ibid.*
- Alcalay Rina (1.999) *La Comunicación Para La Salud Como Disciplina En Las Universidades Estadounidenses*
- Mosquera Mario (2003) *Comunicación En Salud. Conceptos, Teorías Y Experiencias. Organización Panamericana de la Salud.*
- Philippa Moore (2010) *La Comunicación Médico-Paciente. ¿Cuáles Son Las Habilidades Efectivas?*
- Ezekiel J. Emmanuel (1.999), Linda L. Emanuel. *Cuatro Modelos De La Relación Médico- Paciente.*
- Pérez Amely (2003) *La Relación Médico-Paciente En El Sistema Nacional De Salud.*
- Silva Héctor (2006) *La Relación Médico Paciente. Revista Cubana De Salud Pública.*
- Pizzolante Italo. (2003). *La Geometría de la Comunicación Empresarial.*
- Vigotsky Lev (1.934) *Pensamiento Y Lenguaje. Paidos Ibérica.*

- Eco U, Volli U (1.970) *Introducción A La Paralingüística Y La Cinésica.*
- Capriotti Paul (1.999) *Comunicación Corporativa Una Estrategia De Éxito A Corto Plazo. Reporte C Y D, Capacitación Y Desarrollo.*
- Rizo Marta (2.006) *La Interacción Y La Comunicación Desde Los Enfoques De La Psicología Social Y La Sociología Fenomenológica.*
- Capriotti Paul. (2008). *Branding Corporativo.*
- Múnera Pablo (2.003) *Una Mirada Corporativa. Asociación Iberoamericana De Comunicación Estratégica.*
- Gasperin Roberto (2.005) *Comunicación Y Relaciones Humanas.*
- Donoso Claudia Andrea (2014) *La Empatía En La Relación Médico-Paciente Como Manifestación Del Respeto Por La Dignidad De La Persona.*
- Bartoli Annie (1992) *La Organización Comunicante Y La Comunicación Organizada.*
- Cófreces Pedro. (1990 - 2010). *La Comunicación En La Relación Médico - Paciente.*
- Mira Joaquín José (2.000) *La Satisfacción Del Paciente Como Una Medida Del Resultado De La Atención Sanitaria.*
- Díaz Reyna Rosa Giselle. (2.016) *Habilidades Comunicativas En La Entrevista Clínica De Médicos Residentes De Oncología Del Iren Norte- Trujillo.*
- Rodríguez María (2008) *Relación Médico - Paciente.*

- Mastache Villalobos Patricia (2011) *Tesis. Percepción De La Comunicación En La Relación Médico Paciente Por Los Médicos Pasantes En Servicio Social De La Universidad Autónoma De Querétaro*
- Bohórquez Francisco (2004) *El Diálogo Como Mediador De La Relación Médico - Paciente. Vol.1*
- Moya Jovel Erika Tatiana, Solomon Ariza Claudia Roció. (2005) *Estudio Descriptivo Sobre La Calidad De La Relación Médico Paciente En El Servicio Hospitalario Del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E De Neiva: Perspectiva De Los Pacientes.*
- BRIONES, Guillermo. (1996) *Metodología De La Investigación En Las Ciencias Sociales. Programa De Especialización En Teoría, Métodos Y Técnicas De Investigación Social.*
- Mbanya Jean Claude. *Plan Mundial Contra La Diabetes 2011 – 202.*
[Www.Idf.Org](http://www.idf.org)
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Tomo 2 Guías De Promoción De La Salud Y Prevención De Enfermedades En Salud Pública. 2007 Programa De Apoyo A La Reforma De Salud.*
- Toral Santiago. (2011). *Comunicación la Escuela de Frankfurt.*

18. Anexos