

# **Humanizar en salud a través del diseño de servicios en comunicaciones**

**María Alejandra Sierra Pérez**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Artes

Maestría en Diseño

Bogotá, Colombia

2022

# **Humanizar en salud a través del diseño de servicios en comunicaciones**

**María Alejandra Sierra Pérez**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título  
de:

**Magíster en Diseño**

Director(a):

Ph. D. Humberto Antonio Muñoz

Línea de investigación:

Fenomenología

Grupo de investigación:

Tecnología, Experiencia, Inclusión y Diseño (TEI-D)

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Artes

Maestría en Diseño

Bogotá, Colombia

2022

## *Dedicatoria*

*Dedicada a los que sueñan revolucionar los sistemas de salud. La humanización nace desde todas las personas.*

# Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, que fueron un apoyo y una guía para construir y avanzar en esta investigación. A mi director de tesis, Humberto Antonio Muñoz, quien estuvo al tanto de mi avance y me orientó durante todo el planteamiento, la ejecución y los resultados. A la doctora Silvia Cristina Peña y al doctor Roberto Amador, quienes me inspiraron para abordar el tema de la humanización. También, a Jonathan García, director de Comunicaciones, por toda su ayuda para realizar la fase del trabajo de campo, sus directrices y expresar su interés por ver los resultados de la investigación, para implementar y llevar a la realidad la propuesta, de esta manera no solo quedará en un documento, sino que será llevado a la práctica. Al Hospital Universitario Nacional, por permitirme proponer mejoras en su programa de humanización y desarrollar el proyecto en su totalidad. Por último, a todos los usuarios del servicio, que de alguna manera contribuyeron a la toma de decisiones y a la creación de nuevas ideas para humanizar a través del diseño de servicios en comunicaciones. ¡Gracias!



# Resumen

## **Humanizar en salud a través del diseño de servicios en comunicaciones**

Las instituciones de salud se desarrollan en contextos cambiantes y, a la vez, deben responder por garantizar una atención de calidad en la prestación de los servicios humanizados. Por eso, este trabajo de investigación tiene como objetivo general proponer un modelo de humanización en el Hospital Universitario Nacional (HUN), tomando como base el diseño de servicios en comunicaciones, que se desarrolla a partir de los siguientes objetivos específicos: establecer los enfoques de la humanización y del diseño de servicios aplicado en comunicaciones para la creación del modelo; construir un modelo de humanización apoyado en la cocreación con usuarios, y proponer mejoras en el programa de humanización del HUN con su aplicación en la consulta externa.

La investigación corresponde a un estudio de tipo cualitativo con un enfoque fenomenológico y propositivo mediante la aplicación metodológica del diseño de servicios y herramientas como los mapas de viaje, el prototipado y la cocreación, a partir de la identificación de usuarios; el contexto del HUN y los fundamentos teóricos de la teoría de la complejidad; los conceptos del diseño de servicios en comunicaciones, y la humanización en salud.

Se generaron tres fases de desarrollo, donde inicialmente se trianguló la información teórica complementándola con la práctica y se construyó un modelo preliminar, el cual se implementó en el servicio de consulta externa a partir de los enfoques cultural, relacional, tecnológico y proyectual, para conseguir una versión final del modelo de humanización del programa. Con esto se aporta al conocimiento del diseño de servicios en comunicaciones y en su aplicación, en la humanización de los servicios de salud desde una visión sistémica de la realidad.

**Palabras clave:** Diseño de servicios, comunicaciones, humanización, servicios de salud, visión sistémica.

---

# Abstract

## Humanizing healthcare through service design in communications

Health institutions are developed in changing contexts. They must ensure the quality of care within the framework of providing humanized services. Thus, in this research the overall objective is to create a humanization model proposal at Hospital Universitario Nacional (HUN) based on the service design in communications, developed from three specific objectives: to establish the approaches of humanization and service design applied in communications; to build a humanization model advocated by co-creation with users; to propose improvements in HUN's humanization program applied on the outpatient department.

The research is a qualitative study with a phenomenological approach, proposed by service design methodological application and tools such as journey mapping, prototyping and co-creation, based on the identification of users, the HUN context, and the theory of complexity. In addition, theoretical concepts such as service design in communications and humanization in health.

On the other hand, it presents a methodology created in three phases including the triangulation of research findings to generate a preliminary model, which is applied in the outpatient department from cultural, relational, technological, and projective approaches to assess a final version of the humanization model. In conclusion, it contributes to creating knowledge of service design in communications and its application in the humanization of health services from a systemic vision of reality.

**Keywords:** Service design, communications, humanization, health services, systemic approach.

# Contenido

	<b>Pág.</b>
<b>Capítulo 1</b> .....	<b>15</b>
<b>Planteamiento del problema</b> .....	<b>15</b>
1.1 Problemática.....	15
1.2 Objetivos.....	19
1.2.1 Objetivo general.....	19
1.2.2 Objetivos específicos .....	19
1.3 Fundamentos teóricos .....	20
1.3.1 Acerca del HUN .....	20
1.4 Fundamentos conceptuales .....	23
1.4.1 La complejidad del contexto hospitalario desde el sistema .....	23
1.4.2 Investigación en diseño de servicios en comunicaciones.....	25
1.4.3 Aspectos básicos del diseño de servicios en comunicaciones.....	27
1.4.4 El significado de la humanización en salud.....	31
1.4.5 Modelos de humanización en salud y diseño .....	32
1.4.6 Revisión bibliográfica integradora: conceptos básicos y enfoques .....	37
1.5 Contexto legal .....	43
1.6 Consideraciones éticas de la investigación.....	50
<b>Capítulo 2</b> .....	<b>51</b>
<b>Metodología</b> .....	<b>51</b>
2.1 Tipo de investigación.....	51
2.2. Diseño metodológico .....	52
2.2.1 Metodología del diseño de servicios.....	52
2.2.2 Metodología para desarrollo del modelo: fases .....	55
2.3 Población y muestra.....	57
2.4 Instrumentos de recolección de información.....	58
<b>Capítulo 3</b> .....	<b>59</b>
<b>Desarrollo metodológico</b> .....	<b>59</b>
3.1 Fase 1.....	61
3.1.1 Planeación de entrevistas y primera recolección en campo.....	61
3.1.2 Descripción de perspectivas del servicio según los usuarios .....	62
3.1.3 Triangulación y creación de la primera versión del modelo.....	73
3.2 Fase 2.....	92
3.2.1 Planeación de las sesiones de cocreación .....	92
3.2.2 Descripción de los resultados de la cocreación.....	95
3.2.3 Refinamiento del modelo .....	110
3.3 Fase 3.....	121
3.3.1 Del modelo a la ejecución .....	121

---

3.3.2	Planeación de la implementación .....	130
3.3.3	Resultados de la implementación .....	131
3.3.4	Definición final del modelo de humanización propuesto para el servicio de consulta externa .....	136
<b>Capítulo 4</b>	.....	<b>142</b>
<b>Hallazgos y conclusiones</b>	.....	<b>142</b>
4.1	Transformación del modelo .....	142
4.2	Recomendaciones de la ejecución .....	146
4.3	Conclusiones .....	148
<b>Referencias</b>	.....	<b>152</b>

---

# Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1.1.....	21
Figura 1.2.....	24
Figura 1.3.....	30
Figura 1.4.....	38
Figura 2.1.....	53
Figura 2.2.....	53
Figura 2.3.....	56
Figura 3.1.....	75
Figura 3.2.....	76
Figura 3.3.....	77
Figura 3.4.....	78
Figura 3.5.....	79
Figura 3.6.....	80
Figura 3.7.....	81
Figura 3.8.....	83
Figura 3.9.....	84
Figura 3.10.....	86
Figura 3.11.....	87
Figura 3.12.....	89
Figura 3.13.....	90
Figura 3.14.....	91
Figura 3.15.....	92
Figura 3.16.....	93
Figura 3.17.....	93

---

Figura 3.18.....	97
Figura 3.19.....	100
Figura 3.20.....	102
Figura 3.21.....	103
Figura 3.22.....	105
Figura 3.23.....	106
Figura 3.24.....	108
Figura 3.25.....	109
Figura 3.26.....	111
Figura 3.27.....	112
Figura 3.28.....	113
Figura 3.29.....	114
Figura 3.30.....	115
Figura 3.31.....	116
Figura 3.32.....	117
Figura 3.33.....	119
Figura 3.34.....	120
Figura 3.35.....	121
Figura 3.36.....	122
Figura 3.37.....	126
Figura 3.38.....	127
Figura 3.39.....	127
Figura 3.40.....	128
Figura 3.41.....	137
Figura 3.42.....	138
Figura 3.43.....	139
Figura 3.44.....	140
Figura 3.45.....	141

---

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1.1.....	42
Tabla 3.1.....	60
Tabla 3.2.....	62
Tabla 3.3.....	69
Tabla 3.4.....	94
Tabla 3.5 .....	130
Tabla 3.6.....	132
Tabla 4.1.....	143

# Introducción

Actualmente los sistemas de salud tienen retos que van más allá de la asistencia sanitaria. Deben generar soluciones que estén alineadas a las necesidades para lograr la humanización de todos los actores que forman parte del servicio y así fortalecer la calidad en la atención. Para el Hospital Universitario Nacional esto es indispensable, ya que es un eje fundamental para asegurar la calidad de la atención, la creación de valores, la excelencia, la sostenibilidad y la responsabilidad social.

Se ha venido trabajando un programa de humanización con el nombre *En nuestro hospital tú no eres 1+*, dirigido por el director del Departamento de Cuidado Crítico, Jairo Antonio Pérez Cely. Con este programa se busca implementar estrategias que lleven al hospital a brindar la mejor calidez humana a los pacientes, sus familias, instituciones, docentes, investigadores, personas en formación y comunidad en general. Aunque con el paso de los años el programa ha ido creciendo, quienes lo dirigen han demostrado un fuerte interés por fortalecerlo, para mejorar la calidad de la atención del servicio del Hospital, y se han dado cuenta de que es necesario impactar de manera más profunda en los servicios y en sus usuarios desde otras disciplinas. Esto representa una gran oportunidad de investigación para el diseño y para el HUN.

Desde el punto de vista del diseño de servicios se presenta una gran pertinencia para analizar la humanización desde una perspectiva diferente a la de las ciencias y conocer el sentir de quienes forman parte de la prestación del servicio (médicos, administrativos, personal de limpieza, personal de alimentos, guardias de seguridad, entre otros) a través del prototipado, de tal manera que se puedan proponer mejoras y soluciones para el programa desde el ámbito de la creatividad articulada con la reconfiguración proyectual. Además, puede contribuir para proyectar experiencias significativas, memorables, efectivas e innovadoras. De esta manera, se hace cargo de la construcción de un modelo de humanización para el hospital y para que se vigoricen los altos estándares de calidad y comunicación con los usuarios, concentrado en la triple meta: alcanzar mejores desenlaces en salud y mayor bienestar; satisfacer las expectativas de pacientes, familias y comunidades, y lograrlo con la mayor eficiencia posible.



---

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general proponer un modelo de humanización en el Hospital Universitario Nacional a partir del diseño de servicios en comunicaciones.

Corresponde con un estudio de tipo cualitativo con un enfoque fenomenológico y propositivo mediante la aplicación metodológica del diseño de servicios y herramientas como los mapas de viaje, el prototipado y la cocreación, a partir de la identificación de usuarios; el contexto del HUN y los fundamentos teóricos de la teoría de la complejidad; los conceptos del diseño de servicios en comunicaciones, y la humanización en salud.

Establece enfoques culturales, relacionales, tecnológicos y proyectuales, derivados de la revisión bibliográfica y de desarrollos conceptuales de diferentes autores que integran el diseño y la humanización en un contexto de servicios de salud. En este orden de ideas, toma el enfoque de la investigación acción, en donde hay un proceso creativo con la comunidad y se parte de la teoría para contrastarla con la realidad, donde el diseño identifica el sentido propio de su perfeccionamiento y asertividad en sus intervenciones.

En el capítulo 1 se establecen las bases teóricas para el modelo, teniendo en cuenta que la investigación tiene una visión sistémica, que permite el alcance a toda la institución, con impacto en la calidad de la prestación de los servicios para generar conocimiento que aporta al diseño de servicios, a las instituciones de salud y al campo de conocimiento de la humanización en salud.

Posteriormente, se realiza una revisión bibliográfica integradora desde la triangulación de fuentes relacionadas con el diseño de servicios, la humanización en salud y el contexto del HUN. Se exploran diferentes investigaciones en humanización desde el diseño y se presentan los conceptos principales y los enfoques del modelo, que se originan según los elementos comunes que exponen diversos autores en el campo. En el capítulo 2 se plantea la metodología de la investigación que nace desde el diseño de servicios a partir de tres fases. El desarrollo de cada fase aporta en la aplicación de la teoría a la realidad de la humanización en el HUN.

El capítulo 3 describe en gran profundidad el proceso que se llevó a cabo. La fase 1 comprende la revisión bibliográfica integradora presentada en el capítulo 1. Por tanto, en este capítulo se presenta un primer acercamiento al contexto HUN (entrevistas semiestructuradas) para complementar la información obtenida y crear la primera

---

versión del modelo. En la fase 2 se expone el modelo propuesto a través del prototipado en cocreación con los usuarios del HUN para generar ideas y mejorarlo. Asimismo, se exponen los cambios que tuvo por cada enfoque. Por último, en la fase 3 se desarrolla una propuesta que nace de la cocreación, del modelo llevado al servicio de consulta externa y la comunicación. Como un complemento a esto, para realizar y ejecutar esta propuesta surge un componente de diseño en comunicaciones basado en la señalética. Por tanto, se explica la versión final y los cambios en el modelo de acuerdo con su aplicación en el servicio.

Durante el desarrollo de este capítulo se exponen figuras que ayudan al lector a entender el modelo de humanización propuesto desde la visión sistémica de manera gráfica. Si se requiere ver a detalle la información y cada parte de los diagramas en escala real, se recomienda consultar el anexo 6 y descargarlo en el computador en PDF. Esto permitirá una mayor visibilidad de los textos y aumentar la escala al gusto del lector. La extensión de este capítulo se da según la metodología de investigación y a la explicación minuciosa del modelo para cada fase.

En el capítulo 4 se presentan los hallazgos según los cambios que tuvo el modelo en las tres fases de la investigación. Incluyendo la situación de salud generada por la pandemia de COVID-19, lo cual llevó a una adaptación permanente del modelo respecto a la realidad. También, la gestión de permisos con el comité de ética del HUN y el área de investigación para ejecutar el proyecto y la capacitación en diferentes aspectos desde lo ético y la humanización al ser un proyecto en el área de la salud. Por lo tanto, se agradece al HUN por abrir sus puertas para realizar el proyecto, disponer al personal interno y externo para colaborar y por los permisos entregados para la intervención de la propuesta sobre la planta física.

Finalmente, a manera de conclusiones, en la investigación se obtiene conocimiento para generar un modelo de humanización a través del diseño de servicios en comunicaciones desde el desarrollo teórico y el trabajo de campo apoyado en la cocreación. Se da a conocer como el diseño puede intervenir el área de la salud para que a partir de lo interdisciplinar se generen mejoras y se fortalezca la humanización. Del mismo modo, reúne las bases para crear modelos desde el usuario para mejorar la calidad y la atención en salud, que pueden ser implementados en diferentes servicios dentro de los sistemas de salud.

# Capítulo 1

## Planteamiento del problema

**El servicio necesita más contacto humano.**

**Lou Downe, *Good services***

### 1.1 Problemática

Las entidades prestadoras de servicios de salud tienen diferentes conjuntos de deberes, objetivos y demás partes interesadas que deben satisfacer. Uno de los más grandes retos de los sistemas de salud es generar soluciones que estén alineadas con las necesidades para lograr la humanización de todos los individuos que intervienen en el momento de prestación de servicios (Mehta, 2018). El concepto de *humanización*

---

“sintetiza todas las acciones, medidas y comportamientos que se deben producir para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de un establecimiento de salud” (Cedrés de Bello, 2000, p. 1). Este término ha sido mencionado en varias ocasiones como un requisito para estas entidades, ya que se alinea directamente con los estándares de calidad que deben tener.

Con el paso de los años, la humanización se ha redireccionado en asumir que el usuario no es solamente el paciente, sino cada persona que interactúa con el espacio físico y con la organización (Ortega, 2019). Además, cuando se habla de humanización, es importante resaltar las destrezas comunicativas, que finalmente se vuelven competencias para desarrollar empatía, cuidado, aceptación incondicional y compasión en el servicio médico.

Ahora bien, los servicios de salud se relacionan directamente con la humanización desde los estándares de calidad. En Colombia, el Ministerio de Salud (2016a), dentro del desarrollo del Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud hasta el 2021, propone como principio orientador la humanización y la define como:

Fundamento esencial del Sistema de Salud. Esto implica [...] plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general. (p. 10)

Con eso se convierte la dignidad humana en el propósito central de la atención en salud. Asimismo, reconoce la importancia de “gestionar el conocimiento con un enfoque de aprendizaje e innovación para orientar la toma de decisiones y la definición de políticas en materia de calidad y humanización” (p. 6). Por otro lado, menciona que uno de los principales problemas de calidad es “el enfoque del mejoramiento continuo centrado en los agentes del sistema y no en las personas, lo cual ha generado algunas prácticas deshumanizantes” (p. 9).

De acuerdo con los estudios nacionales de calidad de la atención en salud que se han realizado por el Ministerio de Salud (2016a; 2019), la percepción de calidad que tienen los ciudadanos desde la perspectiva de la experiencia considera los tiempos de

---

espera, asignación de citas y realización de trámites, que son las principales razones de insatisfacción. También, en el estudio del 2019, la población encuestada que asiste al servicio hospitalario lo hace porque tiene alguna enfermedad, accidente o problema odontológico y el 80.4 % lo usa para el servicio de consulta externa, situaciones de las personas que requieren de atención humanizada para resolver sus necesidades.

Para el Hospital Universitario Nacional (HUN), ubicado en Bogotá, Colombia, en la calle 44 número 59-75, ofrecer un servicio humanizado es uno de los principios fundamentales, que está alineado con los valores y con la satisfacción de las necesidades de sus pacientes. Se ha venido trabajando un programa dirigido por el Grupo de Humanización del HUN, que está integrado por las escuelas de Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Nutrición, junto con las facultades de Farmacia, Enfermería, Odontología y Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia. A su vez, se orienta a promover una cultura de humanización en salud, buena comunicación y empatía para una convivencia más armoniosa en el entorno hospitalario (Agencia de Noticias UN, 2017). Aunque con el paso de los años el programa ha ido creciendo, quienes lo dirigen presentan un fuerte interés por fortalecerlo, para mejorar la calidad de la atención del servicio del Hospital, ya que consideran la importancia de la evolución del enfoque del programa en relación con los cambios del hospital.

Los miembros del grupo de humanización a pesar de que saben que el programa funciona, se han dado cuenta de las dinámicas cambiantes del entorno, la estructura y las necesidades de los usuarios en el servicio de salud. Partiendo de esto, consideran necesario ver el programa desde una perspectiva más amplia, que integre diferentes elementos y a los actores que influyen para la prestación de un servicio humanizado. Además, piensan que el impacto desde otras disciplinas sería de mucha ayuda para vigorizar lo que han venido construyendo. A partir del análisis de esta necesidad, se identifica que se debe partir de un modelo, no de una acción suelta, que integre diferentes elementos en el que se visualice y explique mejor la realidad del hospital desde una visión sistémica, que aporte para fortalecer la calidad de la atención y la humanización. Esto representa una gran oportunidad de investigación para el diseño y para el HUN.

Además, se podría establecer un vínculo para innovar desde otros campos, todo con un mismo propósito: cumplir con los estándares de acreditación y de calidad del servicio

---

dentro del espacio hospitalario con la humanización como elemento transversal en la prestación de los servicios. Por esto, el enfoque de humanización implica no solo visualizar la influencia del servicio con los pacientes, sino de todos los agentes que forman parte del momento de la prestación del servicio (médicos, administrativos, personal de limpieza, personal de alimentos, guardias de seguridad, entre otros) (Thumboo *et al.*, 2019). Asimismo, Naar *et al.* describen lo siguiente:

Algunos de los mayores desafíos en los sistemas de salud surgen no por falta de buena intención, sino más bien por la complejidad de alinear los intereses de *stakeholders* que están aislados o en competencia. El diseño desempeña un papel especialmente importante en la atención médica, ya que da cuenta de las necesidades de las partes interesadas del sistema múltiple, enfoca los desafíos existentes e inspira soluciones basadas en las experiencias vividas de las personas. (2018, p. 3)

Esto le permitirá al hospital avanzar conforme a las tendencias y construir una propuesta con impacto real (Clemensen, 2007). Para esta transformación, el Ministerio de Salud (2018) en el informe de gestión de calidad de la atención de 2018 menciona esto:

En lo que atañe a las tecnologías en salud, hay que tener en cuenta que las expectativas y las demandas de la población colombiana son cada vez mayores. La gente es más consciente de sus derechos, reclama acceso a más tecnologías en salud (servicios, medicamentos y dispositivos), mejor calidad, así como servicios complementarios que inicialmente no han sido concebidos dentro del sistema. (p. 8)

En las últimas décadas, el diseño de servicios ha sido una forma de responder a los problemas que se presentan en los servicios de salud, brindando un resultado con mejoras en el servicio o en los productos utilizados. Los procesos de diseño empático, iterativo y comunicativo han creado soluciones alineadas con la humanización, que funcionan para todos los involucrados, tal como lo han mencionado Naar *et al.* (2018), en casos de estudio exitosos desde el servicio centrado en el usuario. Esto representa un elemento fundamental para la humanización en salud, ya que aparecen incógnitas

---

que el diseño, desde el ámbito investigativo y la comunicación, entienden y ayudan a actuar para aportar en los valores, la atención y la formación del personal de salud.

A partir de esto, surge la pregunta **¿cómo el diseño de servicios en comunicaciones puede contribuir a construir un modelo de humanización en el HUN?**

Teniendo en cuenta la necesidad de los miembros el HUN que conforman el grupo de humanización y lo que ya han construido sobre el programa, se plantea cómo se elabora una propuesta de modelo de humanización a través del diseño de servicios en comunicaciones, que contemple el punto de vista de los involucrados para la reconstrucción de un escenario que vigore la prestación de un servicio humanizado en HUN para fortalecer y optimizar el programa de humanización actual. Así, este se establezca para asegurar altos estándares de calidad y mejorar la experiencia y la comunicación con los usuarios, concentrado en la triple meta: “alcanzar mejores desenlaces en salud y mayor bienestar; satisfacer las expectativas de pacientes, familias y comunidades; y, lograrlo con mayor eficiencia en el uso de los recursos (Ministerio de Salud, 2018, p.9)”

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

- Proponer un modelo de humanización para el Hospital Universitario Nacional a partir del diseño de servicios en comunicaciones.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Establecer los enfoques de la humanización y del diseño de servicios aplicado en comunicaciones para la creación del modelo.
- Construir un modelo de humanización apoyado en la cocreación con usuarios.

- Proponer mejoras en el programa de humanización del HUN a partir de la aplicación del modelo en el servicio de consulta externa.

## 1.3 Fundamentos teóricos

### 1.3.1 Acerca del HUN

El Hospital Universitario Nacional de Colombia (Corporación Salud UN, 2020) es una corporación autónoma que presta servicios de salud y, a su vez, contribuye a la docencia e investigación médica. En 2012, el profesor Ignacio Mantilla y el profesor Juan Carlos García Pérez concibieron la Corporación Salud UN, que administra el HUN desde sus inicios. En la propuesta hecha al Ministerio de Salud y Protección Social para su creación se propusieron mecanismos para conservar la cultura organizacional, que involucra en gran medida el concepto de *humanización* y su importancia para el HUN. Dentro de estos mecanismos se plantearon talleres de reflexión, capacitación, creación de herramientas de rendimiento y evaluación y la apropiación de principios y virtudes del HUN (Calderón y Sánchez, 2017).

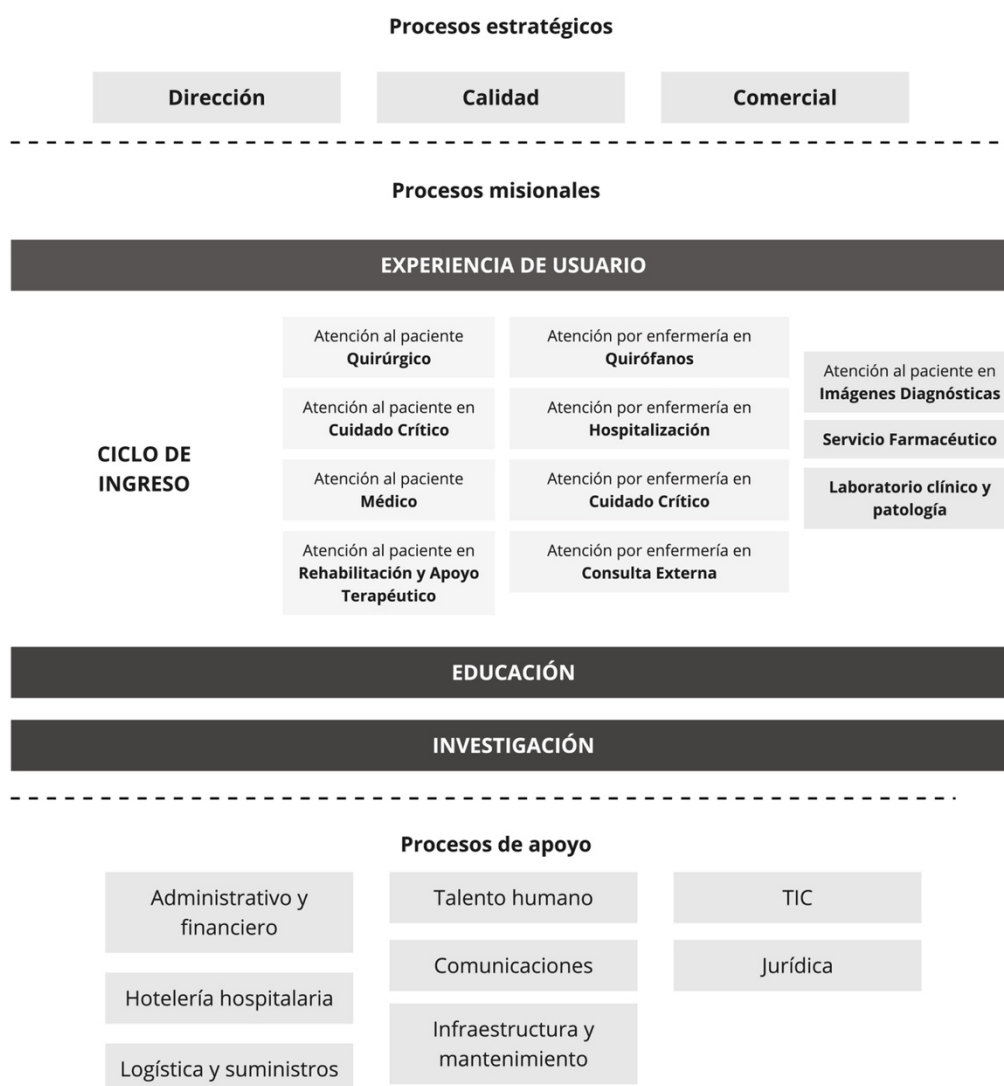
Dentro de su misión se establece la formación de profesionales competentes y socialmente responsables a través de un grupo interdisciplinario. Además, como eje fundamental, el HUN se compromete con la humanización en todo su actuar. Por otro lado, según Corporación Salud UN el HUN (2018) afirma lo siguiente:

La sinergia entre el conocimiento científico de la Universidad Nacional de Colombia y el enfoque de excelencia y humanización del servicio que tendrá la Corporación Salud UN garantiza contar con un Hospital Universitario de altos estándares de calidad, cuyo objetivo es ofrecer soluciones a todos los problemas de salud, incluyendo aquellos que requieran un alto nivel de complejidad. (p. 2)

La visión del HUN define que será una entidad acreditada y reconocida como hospital universitario en el país para el 2025. También se hace hincapié en la generación de conocimiento y el fortalecimiento del proceso de atención y formación académica que responde a las necesidades de salud de la población colombiana. Es una entidad relativamente reciente porque nació en el 2012, con el nombre de *Corporación Universidad Nacional de Colombia Ciencia, Innovación y Tecnología en Salud*



(CUNCITS). Desde ese momento, ha fomentado el desarrollo de 23 grupos de investigación reconocidos por Colciencias y ha sido nombrado centro de formación oficial de la Universidad Nacional de Colombia en investigación y prestación de servicios de salud. El HUN actualmente cuenta con 26 procesos: 3 estratégicos, 15 misionales y 8 de apoyo. En este orden de ideas, la figura 1.1 representa un resumen de los procesos estratégicos planteados para el HUN.



**Figura 1.1.** Procesos estratégicos planteados para la atención médica y el apoyo en el HUN.

**Fuente:** elaboración propia con base en (García, 2022).

- El programa de humanización del HUN

El programa de humanización del HUN se llama *En nuestro hospital tú no eres 1+*. Está dirigido por el director del Departamento de Cuidado Crítico, Jairo Antonio Pérez Cely. Está respaldado por un grupo de humanización (creado desde el 2016) del que hacen parte diferentes docentes de la Universidad Nacional y personal del hospital que trabajan en pro de crear nuevas estrategias para que se brinde la mejor calidez humana a los pacientes, sus familias, instituciones, docentes, investigadores, personas en formación y comunidad en general. El programa ha sacado varias iniciativas sobre la atención en salud, que se han centrado principalmente en los pacientes. Así como en los servicios de hospitalización y la unidad de cuidado crítico. Entre estas iniciativas se destaca “En nuestro hospital tú no eres 1+” “Lecturas que acompañan”, “Lúdicas para sanar”, y “Visitas remotas”, que hacen al grupo tener un importante reconocimiento en el país. El grupo quiere fortalecer el programa y agrandar su estrategia para que no sólo se impacte desde el área de las ciencias de la salud si no también, desde otras disciplinas.

Para esto, es importante analizar la humanización en el HUN más allá de lo que entrega el programa. Hay que evaluarlo incluyendo los diferentes servicios que tiene el HUN y cómo el programa está involucrando a los actores que comprende el sistema de manera holística. Asimismo, es necesario incluir las condiciones dignas para el trabajador de la salud y verlo como un cambio cultural sobre el programa de humanización, como señala el profesor Galván (Agencia de Noticias UN, 2021).

Paralelamente, en la Universidad Nacional de Colombia, la Facultad de Medicina ofrece una asignatura electiva para aquellos estudiantes que quieran conocer más a fondo sobre la humanización, sus características y la estrategia dentro del HUN. A esta clase se acudió como asistente, lo que permitió entender mucho más a fondo la humanización desde la salud.

Siguiendo esta línea, la visión de la humanización desde un modelo, es congruente con lo que busca el grupo de humanización. Es primordial construir inicialmente un modelo actual que comprenda lo relacionado con el programa de humanización y así proponer mejoras. De acuerdo con la revisión teórica de fuentes secundarias sobre el programa, no hay una gran variedad de fuentes que expliquen cómo está conformado y

---

a que le apunta, por lo que surge la necesidad de complementar esta información con entrevistas a expertos del HUN que conozcan del tema y que hagan parte del grupo.

Además, durante la pandemia, el programa sufrió varios cambios y esto hizo que las líneas y sus objetivos cambiaran. La información descrita en las entrevistas se explica a profundidad en el capítulo 3 dentro de la explicación del desarrollo de la fase 1 y fase 2 de la investigación.

## **1.4 Fundamentos conceptuales**

La presente investigación se fundamenta en diversos conceptos derivados de teorías, modelos y aplicaciones, que permiten la integración de la humanización, el diseño de servicios y la comunicación. De esta forma, aborda la teoría de la complejidad para la comprensión del HUN, su organización, estructura y funcionamiento desde la visión sistémica.

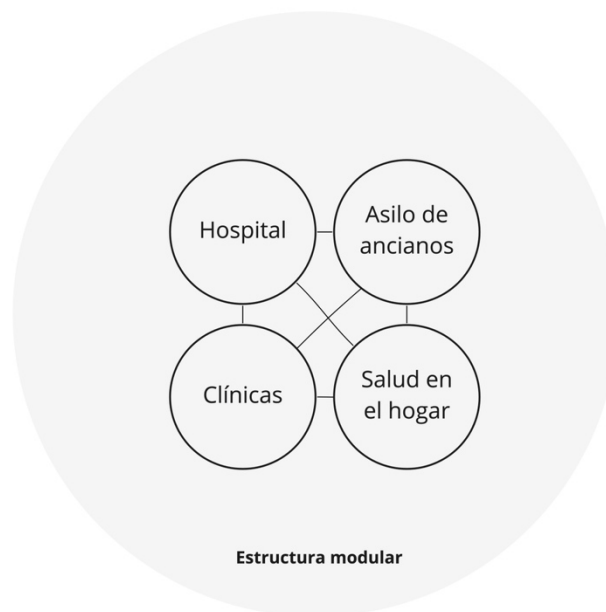
### **1.4.1 La complejidad del contexto hospitalario desde el sistema**

Para construir un modelo de humanización del HUN, es necesario entender el funcionamiento de la organización y las relaciones que se desenvuelven entre todos los actores que son partícipes en el momento de la prestación del servicio. De ahí, Eduardo Maldonado (como se citó en Carvajal, 2016) hace hincapié en la complejidad de la salud, que está continuamente en un estado dinámico y adaptativo. Teniendo esto en cuenta, Carvajal menciona que la teoría general de sistemas permite lo siguiente:

Analizar e interpretar los problemas desde otra perspectiva y generar herramientas o modelos que aplicados a la realidad puedan mitigar las dificultades hoy existentes, en beneficio de la salud de los pacientes, la calidad del cuidado y los sistemas de salud. (2016, p. 13)

Esta teoría permite abordar el problema de investigación y desarrollar la propuesta del modelo.

La teoría de la complejidad facilita comprender y visualizar la estructura, la función y el proceso relacionado con el contexto de las instituciones de salud y la prestación de los servicios; por tanto, se debe contemplar el servicio enfocado en salud desde el ámbito modular y multidimensional, el cual puede ser planteado de la siguiente manera (figura 1.2):



**Figura 1.2.** Estructura modular.

**Fuente:** elaboración propia con base en (Gharajedaghi, 2012).

Una visión sistémica desde el diseño también constituye una valoración de los sistemas complejos como redes dinámicas donde intervienen varios actores y diferentes variables que interactúan de forma permanente dentro del servicio. Esto, desde el punto de vista de la humanización y del diseño de servicios en comunicaciones, responde oportunamente porque conduce a entender de manera holística las relaciones que se dan entre agentes que están interconectados y que evolucionan dinámicamente en el tiempo, lo que produce un modelo donde “el contexto en el que estas organizaciones operan sea un contribuyente importante para el logro de los desenlaces esperados” (Carvajal, 2016, p. 11).

A partir de la metodología de los sistemas blandos, desarrollada por Peter Checkland, reconocido por sus investigaciones de análisis de sistemas, se propone una forma para enfrentar problemas no estructurados en sistemas de actividades humanas (Osorio,

---

2007, p. 92). Estudiar las situaciones que se muestran en la actividad humana de una manera sistémica puede realizarse en cinco pasos, que se presentan a continuación: (no necesariamente deben seguirse de manera secuencial)

1. Introducir y presentar la situación problema
2. Definir la raíz de los sistemas pertinentes
3. Crear modelos conceptuales
4. Comparar los modelos conceptuales con la situación problema expresada
5. Definir los cambios deseables y viables

De esta manera, es notoria la intervención de las personas y el aspecto humano, que, desde la perspectiva de Checkland (2001), funciona como una manera general para llevar a cabo una actividad al no necesitar que los seres humanos individuales se comporten como autómatas racionales. Requiere que se integren en el contexto general de las organizaciones, las estructuras y la relaciones entre los diferentes actores que posibilitan la prestación de los servicios.

### **1.4.2 Investigación en diseño de servicios en comunicaciones**

El campo de la investigación en diseño de servicios no es un tema nuevo, es un concepto que ha ido evolucionando y, con este, miles de maneras en las que se puede incursionar en la investigación. Teniendo claro el uso de la visión sistémica para esta investigación y la importancia de relacionarlo con el diseño de servicios, a continuación se trata la investigación en diseño de servicios.

Muchos pensarían que se inició con uno de los pioneros más importantes del campo: Stefan Moritz. Desde el 2001, Moritz es considerado como el creador de la metodología de diseño de servicios y, dentro de su conceptualización (que se aplica actualmente en la mayoría de las empresas), la fase de investigación es un momento del proceso de diseño que se divide en cuatro fases: definir el alcance; recolectar información; visualizar y analizar la información, y sintetizar lo encontrado para avanzar en el proyecto (Stickdorn y Schneider, 2011). Sin embargo, este tipo de investigación responde a una fase del proceso de diseño de servicios que no busca obtener conocimiento en diseño, sino que se realiza para encontrar percepciones de usuarios y así mejorar el servicio.

---

El tipo de investigación en diseño de servicios que se debe comprender en mayor medida y que es la razón de este estudio, se ha dado desde épocas más tempranas de una manera diferente (Stickdorn y Schneider, 2011). En un inicio, se habló de *diseño de servicios* por primera vez desde el ámbito de los procesos, desde el *marketing* y desde otras disciplinas en las que más adelante diversos representantes de otras áreas se interesaron en el campo. Frayling (1993, como se citó en Stickdorn y Schneider, 2011), en relación con lo anterior, expresó lo siguiente:

Uno de los mayores desafíos para el diseño de servicios como investigación es establecer su estructura; para encontrar y desarrollar teorías y métodos que hacen criticable la investigación. Diseño de servicios necesita encontrar formas de estructurar y presentar el conocimiento en una forma que permita a los investigadores utilizar el conocimiento [...]. Además, se necesitan estructuras para garantizar que en las etapas iniciales los investigadores están capacitados en los fundamentos base y las disciplinas [...] para desarrollar estrategias sobre diseño, investigación en diseño, así como la investigación a través del diseño. (p. 314)

Por otro lado, Blomkvist *et al.* (2010) se refirieron al diseño de servicios como un enfoque que parecía centrarse menos en distinguir el diseño de servicios de otras disciplinas y más sobre la integración de perspectivas. De ahí nacieron dos enfoques principales. Por un lado, ampliar el alcance del diseño de servicios e integrar prácticas e ideas de campos ajenos al diseño, como *marketing*, liderazgo e Ingeniería. Por otro lado, desafiar y explorar los supuestos básicos en el diseño de servicios y los métodos heredados de otras disciplinas del diseño y así profundizar el conocimiento en y sobre el diseño de servicios. Estos mismos autores se refirieron a la investigación en diseño de servicios como una metodología enfocada en establecer una estructura y en encontrar y desarrollar teorías y métodos que hicieran a la investigación criticable (Stickdorn y Schneider, 2011).

En este orden de ideas, cada servicio de salud es diferente y, de acuerdo con el contexto en el que se encuentra, se pueden crear estrategias comunicativas, bien sea en persona, desde los sistemas de información y desde la tecnología, para establecer empatía y confianza según la estructura de los modelos de la organización. La información debe adaptarse al grado de conocimiento del usuario, utilizando herramientas que expliquen el proceso y que permitan establecer un puente para un nuevo tipo de relación basado en las emociones, la claridad y la comprensión.

---

La comunicación es uno de los ejes principales de la humanización y el diseño, porque hay elementos del servicio que podrían ser considerados como mensajes que afectan directamente la interacción de los usuarios del servicio de salud, ya sean médicos, pacientes, administrativos, etc. Todo lo que se expresa de forma verbal o no verbal sirve para conectarse con las personas y para crear un servicio humanizado. Por todo esto, la comunicación en diseño de servicios va más allá de una simple información, porque en el proceso de acompañamiento se debe contemplar también el respeto y la comprensión. Además, “la información en sí misma se describe como el resultado de la interacción humana que tiene un significado específico para las personas seleccionadas dentro de una comunidad en particular” (Debrah *et al.*, 2017).

Asimismo, se busca proponer el modelo desde una triangulación, que encierre, en primer lugar, la humanización vista desde la salud y el diseño, en segundo lugar, el diseño de servicios en comunicaciones apoyado en otras disciplinas de diseño, que sean fundamentales para profundizar en la obtención de conocimiento, que, a su vez, sea transdisciplinar y, en tercer lugar, en la vida en el HUN, teniendo en cuenta el punto de vista de los actores involucrados en el servicio.

### **1.4.3 Aspectos básicos del diseño de servicios en comunicaciones**

- Definiciones

Para comenzar a introducir este tema, es pertinente definir el diseño de servicios desde sus inicios, de acuerdo con Stefan Moritz:

El diseño de servicios tiene que ver con hacer del servicio entregado útil, usable eficiente, efectivo y deseable. Dicho de otra manera, el diseño de servicios es la actividad de planificar y organizar: personas, infraestructura, comunicación y materiales que componen un servicio, para mejorar su calidad, la interacción entre el proveedor, las personas usuarias y la experiencia de estas. (2005, p. 7)

---

Si bien es cierto que el uso del diseño de servicios es relativamente reciente, ha sido visto como una plataforma multidisciplinar de experiencia y ha tenido grandes avances conceptuales más recientes. Figueroa *et al.* (2017) expresan lo siguiente:

Es una subdisciplina del diseño que busca generar valor tanto para las personas que requieren el servicio como para quienes lo proveen. Es capaz de proyectar experiencias significativas a través de propuestas útiles, deseables y memorables para las personas, y eficientes y efectivas para las organizaciones, haciéndose cargo del desarrollo estratégico (propuesta de valor, concepto y sistema) y del desarrollo operativo del servicio. (p. 13)

Adicionalmente, estos autores reconocen que los servicios, a diferencia de los productos, son “intangibles, heterogéneos, inseparables (de sus proveedores) y perecibles” (p. 10). De igual forma, Stickdorn y Schneider (2011) lo definen como “elegir los puntos de contacto más relevantes para la prestación del servicio y diseñar una experiencia de cliente coherente en todos estos puntos de contacto” (p. 131) y presentan los principios fundamentales que lo conforman: cocreativo, holístico, secuencial, evidenciado y centrado en el usuario. Este último principio es uno de los más importantes, dado que comprende al usuario como el eje fundamental, un actor principal, que construye su propio recorrido a través del servicio y, en el caso de los servicios de salud, donde la humanización interviene.

En este sentido, el marco de esta investigación es centrarse en los procesos de comunicación por medio del diseño de servicios, considerando que al entregar y enviar información entre actores, puede haber un impacto positivo o negativo en el receptor según lo que diga el mensaje, “la información en sí misma se describe como el resultado de la interacción humana que tiene un significado específico para las personas seleccionadas dentro de una comunidad en particular” (Debrah *et al.*, 2017, p. S2121). Siguiendo este contexto, según Bartlett *et al.*, (2019), no hay que dejar de lado el lenguaje universal del paciente (UPL, por su sigla en inglés), que es “un conjunto de herramientas y recursos que proporcionan orientación para comunicarse” (p. 70), bien sea según el canal sensorial o el medio tecnológico.

A partir de lo anterior, Szebeko plantea una fórmula para desarrollar estrategias desde la comunicación y el diseño para ayudar a apoyar los servicios de salud:



1. “Involucrar y motivar a los pacientes para que lideren su camino de atención.
2. Fomentar la participación del usuario
3. Crear bucles de retroalimentación que permitan mejorar el servicio
4. Capacitar al personal para desarrollar e implementar conjuntamente estas soluciones”. (2005, p. 43)

- Herramientas

### **Journey maps (mapas de viaje)**

En diseño de servicios, elaborar *Journey maps* permite visualizar cada una de las etapas del servicio (entendiendo que es intangible), en las que hay interacción de una manera más clara y práctica, que todos los usuarios pueden comprender. Desde allí, se establecen los puntos de contacto, que son los que permiten crear asociaciones y vínculos entre los involucrados en la prestación del servicio, lo cual se da a través de la comunicación. Además, normalmente presentan conflictos que aluden a la existencia de un problema posterior de carácter sistémico o estratégico (Stickdorn y Schneider, 2011; Figueroa *et al.*, 2017). Los puntos de contacto responden en parte a la visualización de los momentos de verdad en el ciclo de servicio desde la humanización.

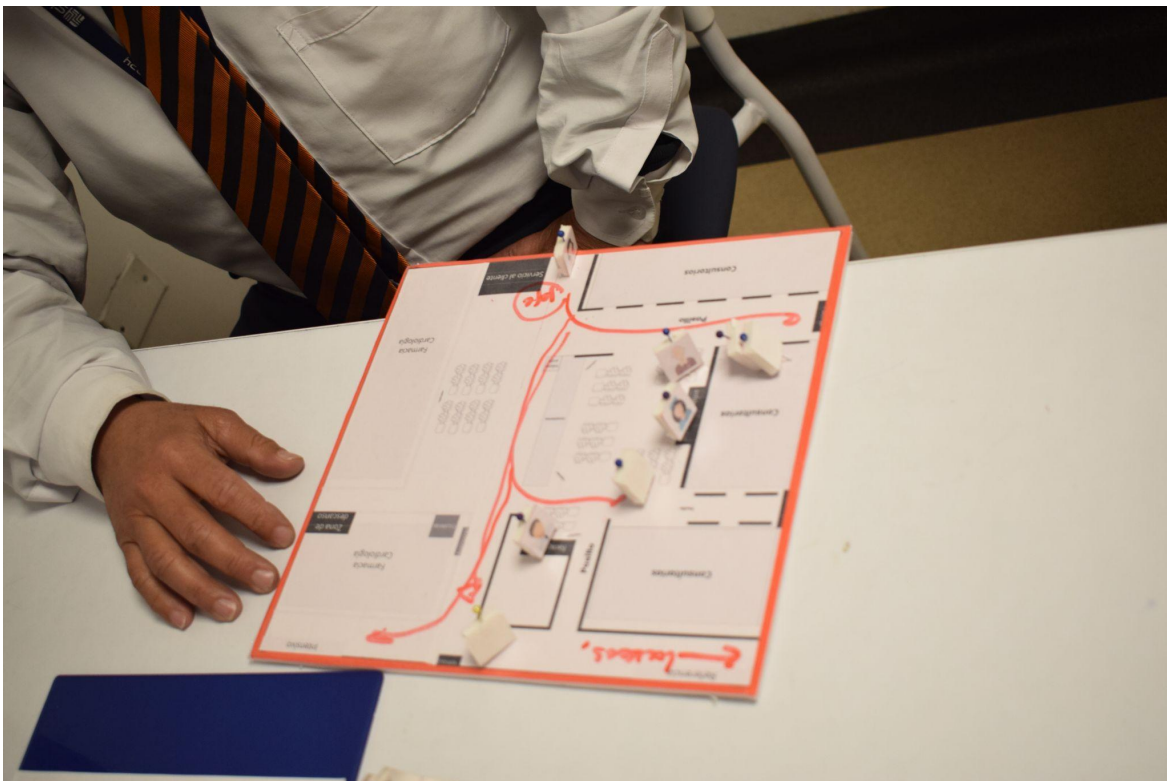
Este concepto de *Journey maps*, según Szebeko (2005, p. 46), refiere que “El concepto es altamente adaptable y considera el involucrado como una herramienta que simplemente acelera la recopilación de información, permitiendo así a los pacientes y usuarios de servicios acceder a información en vivo y en evolución”.

Los *Journey maps* son realizados por el diseñador como una forma para exponer de manera clara el servicio; después, estos pueden ser visualizados por los usuarios para tener una retroalimentación.

El mapeo de viajes es bastante ubicuo en el mundo de los negocios, pero aún es relativamente nuevo en el mundo de la atención médica. El concepto es bastante simple: mapear toda la experiencia del paciente, desde su primera interacción con el sistema de salud hasta la experiencia que se extiende más allá de las paredes del hospital, mucho después de recibir el tratamiento (Waugh, 2019).

## Prototipado

Para probar resultados y planear y procesar mapas se utiliza el prototipado. “Es una manera de testear nuevas ideas del servicio, puntos de contacto específicos o interacciones” (Design Council, s.f, p. 20). Lo que busca el prototipado es encontrar las verdaderas necesidades de los usuarios, cómo se pueden abordar y cuáles son los beneficios de lo planteado. Es una forma más creativa de testear productos y servicios haciendo más motivante y fácil para el usuario exponer sus ideas y dar su punto de vista. Por esta razón, no existe una manera correcta de hacer prototipado, ya que depende de lo que se busca testear. A menudo se utilizan maquetas físicas (figura 1.3), historias y algunos elementos de juego de rol para recrear la experiencia del servicio.



**Figura 1.3.** Ejemplo de prototipado de un plano del servicio médico para el diseño de servicios.

**Fuente:** elaboración propia.

## Cocreación

La cocreación es el principio más importante del diseño de servicios en comunicaciones para esta investigación. “El co es una referencia a colaborativo enfrentando el papel tradicional del diseñador como creador solista de nuevas ideas”

---

(Willesen, 2018, p. 10). Como se ha mencionado anteriormente, diversos autores presentan la cocreación como una parte fundamental del diseño relacionado con los servicios, ya que es la manera para entender más fácilmente los deseos y aspiraciones de los usuarios (Debrah *et al.*, 2017). El diseño de servicios sugiere incluir a los usuarios en algunas de las etapas del proyecto, para testear e incluir la opinión de quienes forman parte de la prestación del servicio. Sin embargo, las decisiones finales son determinadas por el diseñador y, durante el proceso, él es quien articula en gran parte el resultado esperado (Figueroa *et al.*, 2017). El valor de colaborar en las primeras etapas es permitirles a las partes interesadas definir los desafíos por abordar y comprender cómo es la relación de los usuarios con el entorno. Esto le permite al diseñador tomar buenas decisiones y desarrollar resultados exitosos (Bartlett *et al.*, 2019).

#### **1.4.4 El significado de la humanización en salud**

Entendiendo que el foco de esta investigación es fortalecer la humanización que se presta en el hospital, se define como “un desarrollo basado en la resiliencia y construcción de valores en pro de experiencias positivas, comportamientos saludables y soporte social” (Amador, 2017, p. 304). El Ministerio de Salud (2016a) sostiene que la humanización es necesaria en todas las entidades prestadoras de servicios de salud y las convoca para mejorar todos los factores que intervienen dentro del servicio, tanto los avances tecnológicos como los de comunicación, entre colaboradores y usuarios. De ahí, plantea su trascendencia, ya que menciona que la humanización busca incorporar la sensibilidad hacia el ser humano por encima de cualquier otro elemento, personalizando la asistencia y respondiendo desde el trabajo a la dignidad de la persona.

Por otro lado, cuando se habla en términos de *humanización*, se menciona constantemente la relevancia de prestarle atención no solo a los pacientes, sino también a los propios profesionales de salud y a la transformación cultural mediante ideas lúdicas e innovadoras, que produzcan un cambio que perdure. Además, se plantea que el usuario está en el centro de cada decisión de diseño, no solo como un productor de requerimientos funcionales, sino como una expresión de los valores humanos que se deben considerar (Cedrés de Bello, 2000, p. 1). De igual forma, León y González (2018) explican que si para la humanización no se exploran nuevas metodologías, “la atención

---

de salud se deshumaniza, y las políticas de salud se dirigen a usuarios y clientes cada vez más empoderados, pero dependientes de los gerentes de sistemas de salud” (p. 8).

En el HUN se tienen en cuenta los elementos que refiere el profesor Amador (2017), quién menciona que “la propuesta de humanización en la Universidad Nacional en salud quiere hacer evidente el bienestar generado a partir de las relaciones de sus propios protagonistas durante el proceso de aprendizaje” (p. 311), lo cual reafirma la importancia de todos los actores en la prestación de servicios; de esta forma, integra los requerimientos de la estructura, el proceso y los usuarios.

### **1.4.5 Modelos de humanización en salud y diseño**

En humanización, el sistema de atención se ocupa de las personas cuando son más vulnerables y esto implica los aspectos más sensibles de su vida. “El diseño, por lo tanto, debe realizarse con cuidado porque las instituciones sociales, una vez creadas, no se pueden deshacer fácilmente. Por tanto, el sistema de cuidados debe representar un marco integral” (Gharajedaghi, 2012, p. 252).

Los modelos representan una estructura conceptual que simbolizan una realidad; en este estudio fue necesario realizar una búsqueda de modelos de humanización. Se revisaron nueve fuentes principales, de las que se analizaron diferentes perspectivas que tuvieran relación con el diseño y la manera en la que se buscaba implementarlo. De esas nueve fuentes, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios para elegir cuatro modelos que serían de apoyo para empezar con la construcción del modelo del HUN:

- Ser investigaciones con la temática de humanización y diseño implícita.
- Comprender contextos en ambientes sanitarios y servicios de salud.
- Proponer conceptos clave para la humanización en salud.
- Estar registrado a partir de 2016.

A continuación, se presentan los modelos que integran humanización y diseño, que son considerados como el punto de partida para el proceso de construcción de la propuesta del modelo para el HUN.

- Diseño humanista en organizaciones (Mannen y MacAllister, 2017)

---

Mannen y MacAllister se centran en “cómo las organizaciones pueden utilizar el diseño humanista, una práctica que apoya la gestión humanista, creando un espacio que señala la promoción de la dignidad humana” (p. 221). El enfoque de este modelo se enfoca en mejorar las condiciones de los ambientes sanitarios, destacar el valor de los usuarios para desarrollar el potencial humano y considerar una experiencia personal más holística del espacio físico para la planificación y el diseño. También, se basa en el diseño centrado en la salud, desarrollado por un grupo de líderes y diseñadores de la salud, que se unieron con el propósito de “hacer entornos hospitalarios más seguros y saludables” (p. 226). Asimismo, mencionan la tecnología para entender las cualidades del espacio físico alrededor de ellos y las interacciones humanas desde la escucha de los pacientes y sus necesidades.

Dentro de las estrategias que exponen para construir un ambiente humano y brindar atención de alta calidad, se dirigen al diseño como un potencial analizador colectivo de lo objetivo y lo subjetivo del hospital. Asimismo, como un evaluador de interacción humana entre el paciente y el régimen de tratamiento médico, que al final genera significado en toda la experiencia durante la visita en el hospital. En consecuencia, hablan de “la convergencia del enfoque operacional cambiante en la atención médica con la necesidad de entornos de apoyo para proporcionar un compromiso significativo entre el paciente y el proveedor de atención, que ha proporcionado una plataforma perfecta para una transformación completa y holística de la experiencia del paciente, incluyendo el entorno físico en el que ocurre esta experiencia” (p. 228).

Los autores toman como eje la dignidad y desarrollan más a profundidad el diseño de un espacio físico para crear un ambiente creativo y técnico que impacta en vivencias funcionales y emocionales de quienes están dentro del espacio. Asimismo, consideran un pensamiento de diseño transformativo a partir del marco de entorno de curación óptimo (OHE, por su sigla en inglés), en el que se revisan cuatro ambientes hospitalarios: el interno, que se basa en el personal e individual; el interpersonal, que se centra en las relaciones y las organizaciones; el conductual, que está fundado desde las acciones que promuevan un estilo vida saludable y un cuidado integrador, y, por último, el externo, que está relacionado con los espacios y la resiliencia ecológica.

Para terminar, a través de la formulación de valores y de creación de cultura y la proyección, los autores explican la gran capacidad que tiene el diseño para fortalecer la misión de una organización y para “ser capaz de satisfacer las necesidades de todos

---

los aspectos de un ser humano (cuerpo, mente y espíritu), lo que se considera un resultado exitoso” (p. 228).

- Humanizando los ambientes hospitalarios (Bates, 2018)

Dentro de la investigación de Bates (2018) se utiliza un término que involucra estos dos conceptos relacionados con los servicios de salud: *el diseño hospitalario humanista*. Parte del ser humano como objetivo de diseño en el entorno sanitario donde se definen ciertas características consideradas para humanizar un espacio “y la forma en que el término se usa a menudo como un paraguas para incluir cualquier cosa que haga que un hospital sea menos ‘inhóspito’” (p. 7). Aunque Bates hace un acercamiento desde lo arquitectónico y el diseño de espacios, hay varias características claves que utiliza para hablar de humanizar, que sirven para esta investigación. Estas características se originan desde el lenguaje humanista, en el que se define un enfoque de atención médica, las relaciones entre los profesionales de la salud y las comunidades. También, dentro de estas se menciona la relevancia de crear modelos holísticos de atención de la salud, incluidos los entornos sanitarios, el ambiente general del hospital y el valor de los espacios de reflexión, alegres y de distracción para los pacientes. Otra característica nombrada es la estimulación visual dentro de las salas y las relaciones de sujeto a objeto, donde entra en primera mano el diseño de servicios relacionado con los espacios y las tecnologías. Otro enfoque importante que se debe tener en cuenta es la preocupación por comunicar, crear educación y ser parte de un cambio cultural más amplio, con la circulación de ideas entre los actores y profesionales.

Paralelamente, la necesidad a la que se refiere Bates de *rehumanizar* los hospitales “se basaba en un sentido de pérdida, en términos de la aparente falta de voz cada vez mayor de los pacientes y la falta de visibilidad como individuos y comunidades, en la atención médica moderna” (p. 10). De ahí, expresa que lo humano es tanto colectivo como individual, por lo que se centra en las relaciones sociales y los aspectos *humanos* del diseño para abordar las necesidades del personal y los visitantes. No obstante, refiere a los pacientes como “el foco principal de preocupación sobre la deshumanización” (p. 7).

---

Dentro del paraguas de Bates sobre las características de diseño en el espacio hospitalario para considerar lo humano, menciona lo no institucional como un espacio que toma lo humanístico como la idea de escala humana, modelando los espacios hospitalarios. En segundo lugar, considera lo humano como lo no tecnológico, operado a través de la tecnología y los paisajes sensoriales naturales en el entorno sanitario. Finalmente, en el artículo se considera al ser humano como lo no biomédico, que “aborda las necesidades emocionales y holísticas de los pacientes” (p. 11).

- Los puntos claves para la humanización en salud (Busch *et al.*, 2019)

Este modelo es holístico y su perspectiva está dirigida desde el análisis del entorno, la dignidad, la individualidad, la humanidad y la comunicación verbal y no verbal. Busch *et al.* (2019) lo construyen desde lo particular a lo general. En primer lugar, sostienen la atención centrada en el paciente, que se basa en lo que él necesita y sus preferencias de acuerdo con su condición médica; el elemento clave para su atención es “el respeto por la dignidad, la singularidad, la individualidad y la humanidad que apunta a la comprensión de que cada paciente es una persona única con sus propios valores, expectativas y experiencias de vida” (p. 470). En segundo lugar, en la atención centrada en la persona, se explica que hay una historia individual, se promueve la prevención y el tratamiento de la enfermedad según lo que el paciente ha vivido. En tercer lugar, en la humanización del cuidado que se centra en todos los *stakeholders* que forman parte del proceso, en sus interacciones y en poder “humanizar el sistema de salud en general al enfocarse en los aspectos relacionales, organizacionales y estructurales de la atención médica, involucrando todas las tareas y procedimientos médicos” (p. 462). Si bien hay una fuerte mención del enfoque centrado en el paciente, también se refiere la necesidad de considerar “otras partes interesadas involucradas en el proceso de atención (es decir, pacientes, cuidadores de pacientes, proveedores de atención médica y formuladores de políticas)” (p. 462).

Por otra parte, dentro de los aspectos que se señalan para la humanización de la salud, están los relacionales, que influyen directamente en la relación personal entre los pacientes, sus cuidadores y los que entregan la atención médica; los organizacionales, que incluyen todos los elementos esenciales relacionados con el ambiente laboral, el trabajo en equipo, la comunicación vertical y horizontal y el soporte organizacional para pacientes y trabajadores en salud, y los estructurales, en los que se referencia en su

---

mayoría el diseño para abarcar los elementos asociados a la estructura de las instituciones de salud, el entorno de trabajo y la humanización de la atención.

Igualmente, se indican características desde la humanización de acuerdo con cada uno de los aspectos anteriormente descritos:

- Respeto por la dignidad
- Singularidad
- Individualidad
- Humanidad del paciente
- Empatía hacia los pacientes
- Vinculación de relaciones
- Enfoque holístico
- Respeto por la autonomía del paciente
- Participación del paciente
- Comunicación verbal y no verbal
- Condiciones de trabajo adecuada
- Capacitación adecuada
- Trabajo en equipo
- Empatía

**Características estructurales:**

- Recursos humanos y materiales
- Estructura física adecuada
- Estancia hospitalaria adecuada

**Características del proveedor de la atención médica:**

- imparcialidad/equidad hacia los pacientes
- Apoyo psicológico

Por otro lado, se menciona la importancia de considerar un pensamiento futuro para la creación de un ambiente de humanización que perdure, y así crear un enfoque empático y respetuoso, en el que se tengan suficientes recursos humanos y materiales, para establecer relaciones significativas y mutuamente beneficiosas. Además, “se justifican estudios futuros que examinen completamente las estrategias de implementación de la atención humanizada y prueben su efectividad” (p. 461), por lo



---

que aquí el diseño es una alternativa para convertirse en un potencializador y un agente crucial de la humanización para los ambientes hospitalarios.

- Entrenamiento humanista a través del baile en hospitales (Lisboa *et al.*, 2021)

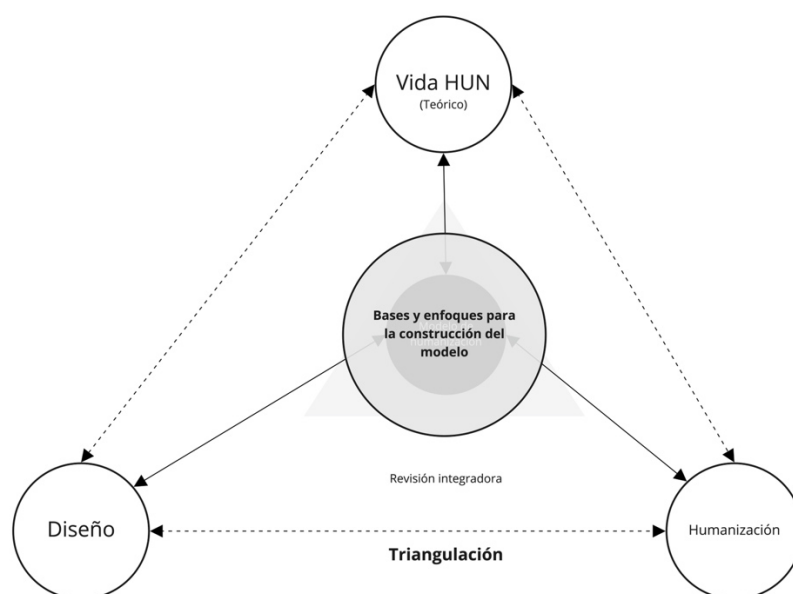
Este modelo se realiza a partir de tres narrativas de humanización: lo afectivo, el cuidado y el baile. Se desarrolla partiendo de investigación-acción cualitativa, en la que se busca evaluar un modelo educativo sobre intervenciones de baile desde diferentes actores (pacientes, médicos, empleados). De ahí, se evalúa su incidencia, ejecución, observación y replanteamiento. Lo interesante de este modelo es la planificación que tiene, ya que lo formulan varias personas del sistema de salud con un objetivo en común: llevar a cabo una presentación de baile que cause impacto y que desde la narrativa genere significado. Por ejemplo, desde lo afectivo, esta narrativa les ayuda a los participantes a cambiar su estado de ánimo y a reaccionar según la manera planificada a partir de la comunicación, la empatía, el cambio de paradigma y la creación de diferentes tipos de sentimientos.

Además, se menciona que “la danza en el hospital les hizo reflexionar sobre la humanización, el cuidado humanizado y la percepción del aprendizaje por empatía (p. 7)”, por lo que recalcan que es valioso revisar estrategias para enseñar y aprender la humanización, en este caso se utiliza la danza, pero el estudio de Lisboa *et al.* 2021 señala la importancia de encontrar una manera de evangelizar la humanización, de pensarla no solo cómo un requisito para cada trabajador, sino también que a futuro se pueda adoctrinar para generar resultados sostenibles en los usuarios de los hospitales. Así pues, nace otro de los enfoques para el modelo, la prospectiva que incluye una parte de creación de educación y otra de prospectiva para la humanización en el HUN.

#### **1.4.6 Revisión bibliográfica integradora: conceptos básicos y enfoques**

Siguiendo los fundamentos teóricos descritos anteriormente para la construcción del modelo, también fue necesario analizar los planteamientos desde diferentes fuentes teóricas sobre el diseño de servicios y su contribución a la humanización. Desde esta perspectiva, se realiza una revisión integradora a través de una triangulación entre la información presentada del HUN, la humanización y el diseño para establecer las bases y enfoques del modelo de humanización, como se muestra en la figura 1.4.

Blomkvist *et al.*, como se citó en Stickdorn y Schneider (2011), exploraron métodos y nociones básicas en otras áreas de estudio para distinguir el diseño de servicios desde otras perspectivas, como el diseño de servicios en comunicaciones y partir de allí para comprender la fundamentación teórica principal y así construir un modelo de humanización. Definir los aportes del diseño y sus bases fue primordial para entender la perspectiva que se tomaría en relación con el fortalecimiento del modelo de humanización del HUN.



**Figura 1.4.** Triangulación teórica.

**Fuente:** elaboración propia.

Estas bases ayudarían a establecer vertientes significativas que el diseño de servicios en comunicaciones maneja para contribuir con la formulación de nuevas estrategias, metodologías de apoyo y enfoques esenciales, que estuvieran implícitos en el modelo y que facilitan la interacción y relaciones de los usuarios.

Para diversos autores como Manzini (1993); Erlhoff *et al.* (1997); Mager (2004); Moritz (2005); Maffei *et al.* (2005), y Sierra (2021), las bases en común del diseño de servicios son aquellas que toman a los individuos como centro, donde se construyen fuertes lazos entre actores, interviene en la empatía y en la creación de diferentes

---

emociones para fortalecer las relaciones entre los individuos. Esto por lo que el principal eje del modelo se centró en entender las relaciones entre los usuarios dentro del HUN.

Friedman *et al.* (2002) proponen la idea de considerar la humanización desde la ética, que se desarrolla a través de los valores en tres perspectivas diferentes: la posición desde los valores individuales (posición encarnada), los valores sociales (posición exógena) y los valores del usuario tecnológico (posición de interacción) y así hacer que el diseñador se vuelva más consciente de su compromiso para “crear condiciones esenciales por las cuales los humanos viven y prosperan” (p. 1196). También, fomentan los siguientes 12 valores: bienestar humano, propiedad, privacidad, usabilidad universal, responsabilidad, tranquilidad, sostenibilidad ambiental, libertad de prejuicios, confianza, autonomía e identidad. Por otro lado, no es un secreto que la empatía es uno de los principios fundamentales para la humanización y está directamente relacionada con la creación de valor.

La empatía es un valor principal imbuido en un grupo axiológico más amplio, en el que el eje central consiste en la compasión, el universalismo, el reconocimiento de la persona y su dignidad, la benevolencia y una relación positiva entre el médico y el paciente” (Sueiras *et al.*, 2017, p. 9).

Este concepto también tiene una fuerte incidencia dentro del diseño de servicios y las comunicaciones, pues la manera cómo se comprende actúa como un gran diferenciador, que permite acercarse y comprender mejor las experiencias de los usuarios (Figueroa *et al.*, 2017). Tal como lo manifiestan Debrah *et al.*:

Los usuarios pueden capturar y registrar sus experiencias en su vida cotidiana, ya sea a través de medios verbales o visuales, lo que hace posible crear un diálogo entre usuarios y diseñadores. De esta manera, se reconocen las actitudes y creencias de los usuarios hacia un producto o servicio. (2017, p. S2123)

---

Beltagui *et al.* (2016) aseguran que “El concepto de valor es fundamental para la comprensión del servicio y la experiencia” (p. 753). Cuando se considera que, en la comunicación, establecer vínculos es esencial para humanizar, se entiende que se crean a partir de diferentes acciones como escuchar, observar e, incluso, estar en silencio, ya que la comunicación de estos no son solamente palabras, es ver más allá de lo que quiere el paciente.

La interacción relacionada con la significación para la creación de valor “agrega una perspectiva más analítica y con claridad conceptual” (Lipkin, 2016, p. 698). León y González (2018) y Sierra (2021) proclaman que hace falta empatía en los servicios médicos, lo que supone otro desafío, puesto que la empatía, más que ser algo aprendido, es una cualidad que se debe preservar, por lo que es necesario enseñar a reflexionar sobre las propias emociones, trabajarlas y educarlas. Siguiendo estas definiciones y lo mencionado en la explicación de los modelos existentes, se establecen los primeros dos enfoques: uno cultural, que entienda el empoderamiento y la forma de crear una cultura de humanización, y uno relacional, en el que se comprenda la empatía y la atención para la creación de valor para la humanización.

También, como se ha dicho anteriormente, algunos de los autores señalan el uso de la tecnología como un medio que podría llegar a articularse para mejorar la calidad de los servicios hospitalarios y usarla incorporando su potencial humanizador. Es tan poderosa que moldea la sociedad y la cultura (Bowles, 2020, p. 2) desde el espacio físico e incluso surgen oportunidades para mejorar la comunicación. Si bien la tecnología puede ser a menudo considerada una fuente crucial de deshumanización, el hecho de desafiar esta idea, reconocer su poder y prevalencia implica llevar a mejorar el servicio para que se aplique congruentemente como un medio de humanización no como un limitante (Bates, 2018; Sierra, 2021). Los modelos de atención en salud son el resultado de la unión de tecnologías y acciones en pro de los servicios médicos. Estos son sistemas complejos y dinámicos en los que se pueden establecer límites flexibles y adaptables (Sturmberg *et al.*, 2012). Adicionalmente, Knight (2021) declara que debe existir una conexión entre el medio ambiente en la salud y las capacidades tecnológicas, los datos interoperables y la inteligencia artificial, para asegurar la humanización en un ambiente sanitario. Por esta razón, se estableció la tecnología como el siguiente enfoque crucial para involucrar elementos del espacio físico y la comunicación para la construcción del modelo.

---

El último enfoque que se definió es uno fundamental, que debe alinearse con los demás y del cual hablan autores como Busch *et al.* (2019), Lisboa *et al.* (2021) y Knight (2021), se refiere a la prospectiva y a lo proyectual de la humanización. Knight (2021) expresa que se trata de activar a los usuarios y obtener resultados que lleguen a las personas que tengan una permanencia prolongada y que también se reduzca al mínimo de desperdicios en salud, guardando y alineando la parte económica, ambiental y lo social. Considerando este punto de vista, diversos autores como Blomkvist *et al.* (2010), Palumbo *et al.* (2017), Bates (2018), Grenha *et al.*, (2019), Russo *et al.*, (2019), Sierra (2021) y Knight (2021) mencionan algunas tendencias que se deben contemplar para los servicios de salud en los próximos años y que deben aparecer en el enfoque proyectual, de las cuáles se destacan las siguientes:

- Involucrar a los usuarios para el cambio
- Mantener un cuidado personalizado y preciso
- Predecir y prevenir la enfermedad
- Transformar lo digital en humano
- Crear nuevos ambientes de valor en salud

Knight (2021) también señala otro de los enfoques anteriormente descritos: habla de una cultura y educación para todos sobre las dinámicas de la salud y la vida. De igual modo, expresa la necesidad de traer profesionales bien formados al contexto sanitario y evaluar el cuidado de salud desde la sostenibilidad, lo individual, el mejoramiento en la calidad de la atención y lo humano, transformando el equipo de manera significativa, porque al final se convierte en una red de soporte natural para los pacientes.

Otro concepto clave es la *visión sistémica*, que se alinea con el diseño de servicios y la manera de construir modelos de humanización complejos llevados a la atención en salud. Beirão *et al.* (2017) sustentan que el cuidado de la salud podría ser investigado teniendo en cuenta el ecosistema de servicios, apegándose a un enfoque complejo del sistema adaptativo. Esto permite entender las relaciones, diferenciar componentes y ver cómo estos pueden emerger. Además, sirve para crear un marco multidimensional que permita visualizar la estructura, la función y el proceso relacionado con el contexto en el que se encuentra (Gharajedaghi, 2012). Por lo tanto, se establece partir de ahí para construir un modelo que aumente la apropiación de valor, que afecte directamente dentro de los procesos la estructura organizacional, la cultura, los valores y las normas

del servicio (Stickdorn y Schneider, 2011). Meadows (2015) sostiene que “un sistema debe constar de tres tipos de cosas: elementos, interconexiones y una función o propósito” (p. 11); por esto, lo primero que se debería hacer para construir un modelo basado en un sistema es detectar los elementos y “empezar a buscar las interconexiones, las relaciones que mantienen unidos los elementos” (p. 13). La mayoría de esas interconexiones nacen del flujo de información, que mantiene unido al sistema y contribuye a entender cómo funciona, por lo que aquí el foco en la comunicación de usuarios es la base para construir el modelo del HUN. Meadows también presenta la importancia de observar cómo se comporta el sistema: no solo es suficiente intervenir el sistema basado en la teoría, sino también, antes que cualquier cosa, observarlo, entenderlo y preguntarles a las personas que están día a día en este qué es lo que está pasando realmente.

La tabla 1.1 resume los elementos teóricos considerados para el desarrollo del modelo y recoge los diferentes enfoques expuestos por diversos autores para construir la primera aproximación teórica. Para esto, fue necesario complementar la información con entrevistas a usuarios en el trabajo de campo para entender el contexto HUN (el desarrollo del trabajo de campo se explica en el capítulo 3).

**Tabla 1.1.** Enfoques y bases del diseño para la construcción del modelo.

<b>Autores</b>	Blomkvist <i>et al.</i> , como se citó en Stickdorn y Schneider, 2011; Sierra, 2021.	Sueiras <i>et al.</i> , 2017; Figueroa <i>et al.</i> , 2017; Debrah <i>et al.</i> , 2017; Beltagui <i>et al.</i> , 2016; Lipkin, 2016; León y González, 2018; Sierra, 2021.	Bates, 2018; Bowles, 2020; Sierra, 2021; Knight, 2021.	Blomkvist <i>et al.</i> , 2010; Palumbo <i>et al.</i> , 2017; Bates, 2018; Grenha <i>et al.</i> , 2019; Russo <i>et al.</i> , 2019; Busch <i>et al.</i> , 2019; Lisboa <i>et al.</i> , 2021; Knight, 2021; Sierra, 2021.
<b>Enfoque</b>	<b>Cultural</b>	<b>Relacional</b>	<b>Tecnológico</b>	<b>Proyectual</b>
<b>Elementos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación de una cultura de humanización</li> <li>• Empoderamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empático</li> <li>• Atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejoramiento del espacio físico</li> <li>• Uso de recursos comunicativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostenibilidad</li> <li>• Mejoramiento en la calidad de la atención</li> </ul>
<b>Características</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevas estrategias, metodologías de apoyo y enfoques esenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatía como valor en los servicios médicos.</li> <li>• Comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de la tecnología como fuente crucial de humanización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendencias a futuro.</li> <li>• Involucrar a los usuarios para el</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura y educación</li> <li>• Involucrar a los usuarios</li> </ul>	como vinculante para humanizar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conexión entre medio ambiente en salud y conexión con capacidades tecnológicas</li> </ul>	cambio <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado personalizado y preciso</li> <li>• Predecir y prevenir la enfermedad.</li> <li>• Lo digital humano</li> <li>• Nuevos ambientes de valor en salud</li> </ul>
<b>Bases</b>	<p><b>Visión sistémica</b> Un modelo que apropie el valor y que afecte directamente dentro de los procesos, la estructura organizacional, la cultura, los valores y las normas del servicio.</p> <p>Interconexión, elementos, función y propósito a partir de la realidad del sistema</p> <p><b>Bases comunes del diseño:</b> toman a los individuos como centro, con quienes se construyen fuertes lazos entre actores, que impliquen intervenir en la empatía, en la comunicación y en la creación de diferentes emociones para fortalecer las relaciones entre los individuos</p> <p><b>Valor como base del diseño:</b> requiere identificar los elementos que constituyen la humanización como valores inherentes.</p>			

**Fuente:** elaboración propia.

## 1.5 Contexto legal

- Propuesta de política nacional de humanización en salud

En el marco de la propuesta de la política nacional de humanización (Ministerio de Salud, 2020) se define que:

Busca instaurar la humanización como principio transversal en las diferentes políticas nacionales, territoriales e institucionales, tanto privadas, públicas como mixtas, constituyéndose así en un imperativo del Sector Salud. Ello implica centrar los esfuerzos en el ser humano, fortalecer la relación empatía entre los agentes del sector, otros sectores relacionados y la ciudadanía, cualificar la experiencia de interacción entre las personas y el sector salud, de tal manera que se favorezca el surgimiento de una cultura de humanización, el goce

---

efectivo del derecho a la salud y la consolidación de la protección de la vida y de la dignidad de las personas. (p. 13)

De acuerdo con esta propuesta, el diseño podría contribuir a vigorizar la experiencia de interacción de las personas y favorecer la creación de una cultura de humanización para la transformación y la creación de un entorno saludable<sup>1</sup>. Además, el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) demuestra que hay un interés por mejorar la experiencia de las personas en los sectores sanitarios “mediante la generación de escenarios que propicien la participación ciudadana en la construcción de la Política Pública y la inclusión de las personas en las soluciones conducentes a la disminución de brechas en el cumplimiento de las normas vigentes” (p. 14), tal como se define la humanización en esta investigación. De igual manera, la propuesta se enfoca en el fortalecimiento del relacionamiento interpersonal entre individuos y familia, teniendo en cuenta, así mismo, el ambiente y el uso de la tecnología en coherencia con lo establecido por el Ministerio de Salud (2020), el cual propone directrices que incluyen acciones, procesos y gestión, desde el enfoque sistémico (p. 22).

Dentro de la política se mencionan diferentes valores para la humanización que son los siguientes:

- Confianza
- Cooperación
- Solidaridad
- Honestidad
- Dignidad humana
- Equidad
- Autonomía
- Beneficencia
- Responsabilidad

---

<sup>1</sup> "Los escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen" (Mesa Técnica Nacional de Entorno Saludables de la CONASA, 2015, como se citó en Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, p. 22)



---

Al mismo tiempo, se menciona hacia dónde se dirige la humanización. En primer lugar, al fortalecimiento de vínculos humanos y lazos de confianza, que permite mejorar las prácticas diarias de salud y avanzar con la cobertura, el acceso y la equidad. En segundo lugar, a mejorar la experiencia de las personas en el sector de salud colombiano, acompañado de crear nuevas propuestas capaces de afianzar la cultura colaborativa de la humanización, esto se traduce en avances valiosos para el crecimiento de la expectativa de vida, enfatizando en los objetivos del milenio y en el cumplimiento de las metas del sector de salud, que impactan directamente en temas de calidad, mantenimiento, condiciones laborales y transversalidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

- Ley n.º 100, 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993, 23 de diciembre)

Esta ley atiende al cumplimiento de los planes y los programas del Estado para que se desarrollen modelos para la sociedad, que proporcionen una cobertura integral de las contingencias y los problemas que nacen dentro de los servicios de salud.

- Ley n.º 1438, 2011 (Congreso de la República, 2011, 19 de enero)

Esta ley tiene como objeto fortalecer el sistema general de seguridad social dentro del artículo 3. Entre los principios en salud se establece que deben “atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”.

- Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad en Salud 2016-2021

Basado en la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud (2016a) sugiere las condiciones “frente al mejoramiento de la calidad en la atención y la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso de todos los agentes del sistema” (p. 5). De ahí se establece como principio orientador la humanización, lo que implica “centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general” (p. 11).

Con la finalidad de mejorar mediante la excelencia el sistema de salud de la población, dentro del plan se mencionan principios fundamentales para tener en cuenta como la articulación para crear relaciones entre las instancias claves mediante una red de trabajo y el empoderamiento para generar “cambios beneficiosos alrededor del mejoramiento de la calidad y la humanización” (p. 13).

- Ley n.º 1122 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007, 9 de enero)

La prestación de servicios de salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y se centra en garantizar el acceso y la calidad de los servicios. Su prioridad es la siguiente:

El mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud. (p. 1)

- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, Decreto 1011 de 2006 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006, 2 abril)

El Ministerio de Salud establece un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos, procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Las acciones desarrolladas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud.

- Requerimientos de señalización y colorimetría

### **Resolución 04445 de 1996 (Ministerio de Salud, 1996)**

Son las normas de cumplimiento de las edificaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para garantizar que se proteja la salud de sus trabajadores y de los usuarios. Se presentan los requisitos para la construcción, el diseño y ubicación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, entre estos la señalización. Las instituciones deberán adecuarse y señalizarse de acuerdo con los requerimientos de accesibilidad, escaleras, rampas y ascensores. El artículo 28, enfocado en señalización, dice que:

La señalización será definida según las necesidades y características particulares de cada institución prestadora de servicios de salud, teniendo en cuenta los siguientes colores indicativos de cada servicio:

- Servicios de Dirección y Administración: Violeta
- Servicios de Consulta Externa: Naranja
- Servicios de Urgencias: Rojo
- Servicios de apoyo a las actividades de Diagnóstico y Tratamiento: Amarillo
- Servicios Quirúrgicos, Obstétricos y de esterilización: Verde
- Servicios de Hospitalización: Azul
- Servicios Generales: Café

deberá ser colocada en áreas de circulación con el fin de que los usuarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud identifiquen los diferentes servicios. (p. 11)

El servicio de consulta externa por la definición de la norma “es el espacio físico destinado a la atención del paciente ambulatorio; se relaciona fundamentalmente con el acceso de público y con los servicios de atención farmacéutica de laboratorio clínico e imagenología” (pp. 12 y 13).

- Resolución 2132 de 2021 (Ministerio de Salud, 2021)

Se establecen criterios para el diseño y construcción de edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud. Dentro de la resolución se vuelven a mencionar los requerimientos de colorimetría estipulados en la resolución 1996 y se explica que debe ser instalada en las circulaciones y en los ambientes para que los usuarios identifiquen

---

los diferentes servicios. Adicionalmente, expone que “Se debe instalar en cada uno de los pisos, planos indicativos de señalización con las rutas de evacuación, residuos hospitalarios y salidas de emergencia, y cumplir la normativa en cuanto a seguridad en el trabajo”(p. 18). De igual forma, en el plan de emergencia se destaca que “es de carácter obligatorio el uso de la señalización de información y de emergencia en ambientes, circulaciones y accesos, utilizando material refractivo, gráfico, táctil, señales acústicas y de fotoluminiscencia (p. 18).

En la resolución también se explica lo contemplado en señalización en piso, pero se menciona únicamente la delimitación de zonas en los ambientes y áreas clasificadas como no restringidos, semirrestringidos y restringidos. Adicionalmente, se establece la demarcación en piso entre ambientes permanente, con material lavable y resistente al tráfico pesado.

- Norma Técnica Colombiana 6047 (Icontec Internacional, 2020)

Estipula los requisitos de accesibilidad de diseño universal y señalización al medio físico destinado al servicio al ciudadano de acuerdo con la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, adoptada en Colombia en 2009. También, establece las especificaciones para la construcción y adecuación de espacios físicos para entidades de administración pública y entes privados. De la misma forma, menciona las referencias normativas a documentos de accesibilidad como la NTC 4139 de accesibilidad al medio físico con símbolos gráficos, NTC 5610 señalización táctil, ISO 3864-1, símbolos gráficos, colores y principios de diseño para señales seguras, ISO 9999, de productos de ayuda para personas con discapacidad y la ISO/TR 22422, en la que se documentan datos ergonómicos y guías para la aplicación de las normativas de accesibilidad en productos y servicios para personas mayores y personas con discapacidad.

A continuación, se presenta la normatividad de acuerdo con el contraste visual para facilitar la orientación y garantizar la información y comunicación de los peligros potenciales:

Se debe proporcionar una diferencia mínima en el  $VRL^2$  en relación con la exigencia visual. Para áreas de superficies grandes (paredes, pisos, puertas, cielorrasos), los

---

<sup>2</sup> “El valor de reflectancia de luminancia o valor Y del CIE (Comisión internacional de electrotecnia) se expresa en una escala de 0-100, con un valor de 0 puntos para el negro puro y 100 puntos para el blanco puro” (Icontec Internacional, 2020, p. 100).

---

elementos y componentes para facilitar la orientación deben tener una escala de  $\geq 30$  puntos y para peligros potenciales, rotulado y alto contraste de  $\geq 60$  puntos. Asimismo, expone que “se deberían usar diferentes colores para la identificación de puertas, diferentes pisos o departamentos en una edificación para ayudar a las personas con discapacidad cognitiva” (p. 101). Los pisos deberían marcarse con números grandes y visibles también en la escalera, para ayudar a la evacuación y el ascensor en cada nivel.

Ahora bien, también se declaran los requisitos para los tableros de información y los objetos de inclusión y accesibilidad, tales como símbolos táctiles, señalización braille, información audible y mapas y planos de piso táctiles. Los símbolos táctiles deben tener un contorno en relieve elevado, similar al de las letras táctiles, la altura preferida de esta información realzada está entre 1200 mm y 1600 mm:

Las señales a una altura inferior se deben montar en ángulo horizontal, preferiblemente 20 a 45 grados. En las señales con múltiples líneas de texto y caracteres, se debe alinear horizontalmente un localizador braille semicircular con la primera línea de texto braille, deben ser realizadas en forma de tope, agradables al tacto y se deben colocar a 8 mm por debajo de la línea inferior del texto y justificar a la izquierda. (p. 120)

Los mapas táctiles o los planos de piso solo deben incluir información esencial. Dentro de las obligaciones de normativas se declara que deben estar colocados “en un ángulo de 20 a 30 grados en relación con la horizontal para facilitar su lectura y el borde inferior debe estar a una altura mínima de 900 mm” (p. 121). El mapa debe tener una iluminación entre 350 lux y 450 lux y debe quedar orientado en la edificación. La tipografía de señales debe utilizar una fuente de fácil lectura y la altura de las letras depende de la distancia: se recomienda una altura de 20 mm y 30 mm por cada metro de distancia de observación y no debe ser inferior a 15 mm. Deben iniciar en mayúscula, continuar en minúscula y las palabras no se deben colocar demasiado cerca unas de otras.

Los símbolos iconográficos que se utilizaron para la propuesta fueron los establecidos para la atención al ciudadano según las normas ISO 7001, ISO 7010, ISO 3864-1 e ISO 3864-2 descritos según Icontec Internacional (2020).

## **1.6 Consideraciones éticas de la investigación**

Por tratarse de una investigación que involucra uso de datos personales, se ha previsto la realización del consentimiento informado previa revisión y aprobación del comité de ética del HUN (anexo 1). Por lo tanto, se da cumplimiento a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, relacionada con la voluntariedad de participar en la investigación previa presentación del objetivo y uso de la información y con la Ley 1581 de 2012 o Ley de *Habeas data*, protección de datos de los participantes y que serán utilizados únicamente con fines académicos. Adicionalmente, se da cumplimiento con las normas de bioseguridad dispuestas por el sistema de salud colombiano en relación con la situación sanitaria mundial por COVID-19.

## **Capítulo 2**

### **Metodología**

#### **La difusión de la humanización como idea.**

**Victoria Bates, 2018**

##### **2.1 Tipo de investigación**

La investigación tiene un enfoque cualitativo fenomenológico. Este enfoque se basa en la descripción y el análisis de las experiencias subjetivas de los usuarios, teniendo en cuenta sus puntos de vista y sus comentarios frente a diferentes escenarios expuestos durante las fases propuestas en el Hospital Universitario Nacional. De acuerdo con esta metodología, en esta investigación es necesario describir específicamente que se hace en cada una de las fases, los cambios que tiene el modelo

para cada enfoque de humanización y explicar cuál es el punto de vista de los usuarios por separado para llegar a conocer posibles puntos en común.

El alcance es de tipo propositivo, de esta manera, se buscará describir y entender las acciones de los usuarios explicadas por ellos mismos, su comportamiento y la manera en la que usan el servicio, que, derivado del análisis, se plantean mejoras en el programa de humanización.

## **2.2. Diseño metodológico**

### **2.2.1 Metodología del diseño de servicios**

La presente investigación fundamenta la elaboración del modelo en el diseño de servicios, por tanto, es necesario precisar a continuación la metodología acorde con lo descrito por diferentes autores; así mismo, se enfatiza en la comunicación, dado que es fundamental en el desarrollo de interacción comunicativa, para el fortalecimiento del modelo de humanización del HUN.

Stefan Moritz (2005) menciona que el diseño de servicios ayuda a encontrar oportunidades, producir ideas y resolver problemas para generar soluciones implementables. Provee especificaciones significativas, guías y estrategias para mejorar y crear servicios buscando maneras creativas para expresar percepciones, estructuras complejas y procesos, conectando lo que desea el usuario y la organización (figura 2.1).

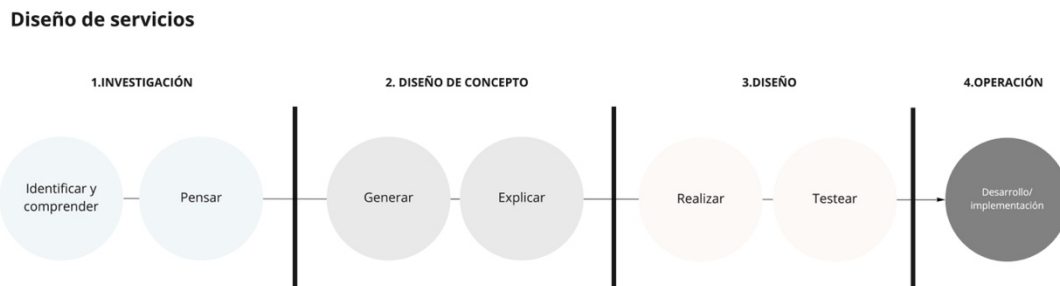




**Figura 2.1.** Descripción general del diseño de servicios.

**Fuente:** adaptado de (Moritz, 2005).

Existen diferentes formas de abordar el diseño de servicios, ya que siempre dependerá del caso de estudio al que esté expuesto. Para el diseño de servicios en comunicaciones aplicada en la presente investigación se contemplan algunas etapas esenciales que el diseñador debe conocer al momento de comenzar (Moritz, 2005; Katzan, 2011; Design Council, s.f.; Figueroa *et al*, 2017), como se explica en la figura 2.2.



**Figura 2.2.** Etapas del diseño de servicios.

**Fuente:** adaptado de (Moritz, 2005).

- *Identificar y comprender:* en esta primera etapa, la actividad del diseñador está dirigida a entender profundamente a los usuarios y a la organización. Se realiza un levantamiento de información a partir de fuentes primarias y secundarias en

las que se averigua sobre las limitaciones y los recursos. Además, se exploran las posibilidades que quiere el cliente y cuáles son sus necesidades.

- *Pensar*: analizar la información recolectada es importante para definir la dirección del proyecto. En esta etapa es recomendable que solo intervenga el diseñador, puesto que define los problemas y oportunidades expuestas en la etapa anterior. También se definen marcos estratégicos de abordaje del servicio considerando a los usuarios principales, a los *stakeholders* y a la organización.
- *Generar*: una vez se haya realizado el análisis, es momento de generar ideas innovadoras y establecer conceptos cruciales para la experiencia en el servicio. Todo es acerca de la creatividad y es un primer acercamiento al diseño de cada uno de los momentos del servicio: debe ser detallado, fácil de entender y se deben diseñar productos y espacios acordes con las estrategias planteadas.
- *Explicar*: en esta etapa se explican las diferentes ideas, conceptos y procesos que nacieron de la etapa anterior. Se da una visión general de diferentes posibilidades en el servicio atendiendo tendencias futuras. Al recolectar todas las ideas y propuestas se debe realizar una selección que combine conceptos e identifique segmentos que son cruciales para el servicio.
- *Realizar*: después de todas las etapas anteriores es momento de desarrollar, especificar e implementar una propuesta que involucre todo lo analizado y relevante expuesto por los usuarios, los expertos y el diseñador. La implementación de esta propuesta implica un testeado previo con los actores principales. Comúnmente para este tipo de testeos se utiliza el prototipado. Es necesario conocer qué aspectos específicos se quieren testear para así reducir tiempos de evaluación.
- *Testear*: esta etapa en el diseño de servicios se ejecuta por medio del prototipado y protocolos de prueba en lugares externos e internos. Puede ser realizada en laboratorios, cuartos o incluso en el contexto real. Los protocolos se llevan a cabo una vez se haya determinado qué, cómo, cuándo y dónde se quiere testear. Además, es crucial tener un contexto general del servicio.

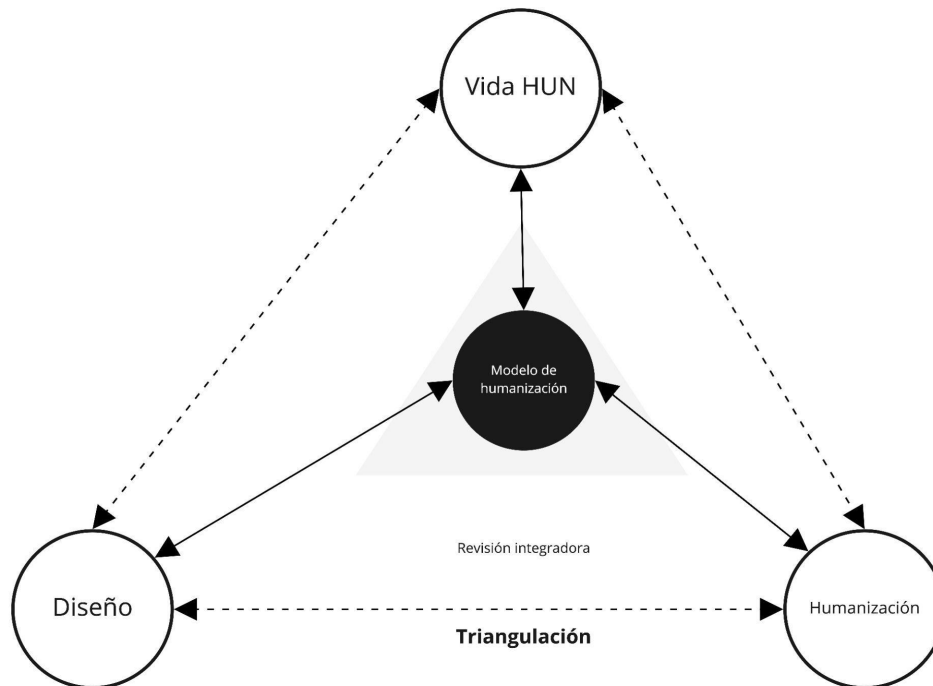
## 2.2.2 Metodología para desarrollo del modelo: fases

De acuerdo con las definiciones dadas por el diseño de servicios, la visión sistémica y la construcción de modelos de humanización, la presente investigación tiene formuladas tres fases:

- Fase 1: modelo teórico

Se crea el modelo de humanización teórico, a través de una revisión bibliográfica integradora, en la que se obtiene la información del diseño, la humanización y la vida en el HUN (figura 2.3). Esta indagación se presenta en el capítulo 1.

Además, se revisan los modelos de humanización desde el diseño y las diferentes dimensiones comúnmente utilizadas en el momento de creación de modelos de humanización en los servicios de salud para su formulación. Después, para profundizar en la información obtenida sobre la vida en el HUN y tener un contexto general, se examina fuentes bibliográficas que traten de la humanización en el HUN y se completa con entrevistas tipo semiestructuradas a los usuarios del servicio y a algunos expertos en la administración de la humanización en el HUN. Con los testimonios de cada grupo de usuarios se construye de un modelo preliminar, que, después en la fase 2, sería reformulado de acuerdo con los espacios de cocreación con los usuarios del servicio de consulta externa. Asimismo, se desarrolla el *Journey map* para entender las etapas de la experiencia actual de los actores en el servicio de consulta externa y un mapa de recorridos de los pacientes para comprender sus movimientos dentro de la planta física del HUN.



**Figura 2.3.** Triangulación fase 1.

**Fuente:** elaboración propia.

- Fase 2: reestructuración del modelo de humanización.

Para utilizar el enfoque de humanización y el diseño de servicios en comunicaciones como se ha dicho anteriormente, se vinculan a los usuarios del servicio a la formulación del modelo. En esta etapa se llevan a cabo espacios de cocreación y entrevistas a expertos para reformular el modelo previo y proponer mejoras en consulta externa con todos los usuarios que intervienen en el servicio. La mirada de los usuarios mejora el entendimiento de lo que posiblemente se podría proponer para poner en práctica el modelo y, con su criterio, llegar al empoderamiento y la apropiación de ciertas características de humanización que sobresalen dentro del modelo inicial propuesto.

- Fase 3: prototipado y validación inicial del modelo de humanización.

Esta etapa permite la evolución del modelo en una propuesta de implementación inicial dentro del servicio de consulta externa. Al reunir ciertas características del servicio y la información entregada en las sesiones de cocreación, se construye una propuesta

alineada con la definición de la fase 2. Después, se implementa y se efectúa un diagnóstico que permite hacer una definición final del modelo y dejar recomendaciones sobre las mejoras del programa de humanización y su ejecución continua para el futuro en el HUN.

## 2.3 Población y muestra

*Población:* usuarios internos y externos del servicio de consulta externa del Hospital Universitario Nacional (HUN).

*Muestra:* intencional con usuarios internos y externos<sup>3</sup> voluntarios, del servicio de consulta externa del Hospital Universitario Nacional.

Criterios de inclusión:

- Personas del hospital universitario nacional, personal interno y externo que tienen contacto directo con el área de consulta externa.
- *Usuarios internos:* trabajadores del HUN del servicio de consulta externa que participan en la atención de pacientes que aceptan participar voluntariamente.
- *Usuarios externos:* pacientes y acompañantes que solicitan la atención de consulta externa del HUN y que aceptan participar voluntariamente.

Criterios de exclusión: Usuarios internos o externos del HUN que no acepten participar voluntariamente y que no cumplan los criterios de inclusión.

---

<sup>3</sup> Personas que están interactuando constantemente dentro del espacio y usan los servicios del Hospital Universitario Nacional. Los usuarios internos son aquellos que trabajan dentro del hospital, para esta investigación se definieron perfiles para el personal de salud, personal administrativo directo que tiene primer contacto con pacientes, personal administrativo indirecto que forma parte del personal de planeación, profesores, personal de planta física (que incluye aseo, seguridad y bienestar) y estudiantes. Los usuarios externos se definen como los pacientes, familiares, las EPS y organismos externos que aportan a los servicios del HUN.

## 2.4 Instrumentos de recolección de información

Los instrumentos empleados en la recolección de información son los siguientes:

- Protocolos de visitas.
- Formato de entrevistas semiestructuradas fase 1.
- Formato de sesiones de cocreación y entrevistas a expertos fase 2.
- Grabación y video de visitas.
- Consentimiento informado.
- User personas<sup>4</sup>.
- Journey maps.
- Diagrama de recorridos de consulta externa.
- Gráficos del modelo de humanización.
- Prototipo para la fase de ejecución de la propuesta.
- Prototipo para las sesiones de cocreación.

---

<sup>4</sup> Es una herramienta que se utiliza en diversas disciplinas del diseño para caracterizar y representar un usuario, generalmente se crean personajes ficticios que nacen de una investigación previa con los usuarios reales.

## **Capítulo 3**

### **Desarrollo metodológico**

**Expone tu modelo allá afuera,  
donde lo puedan ver.**

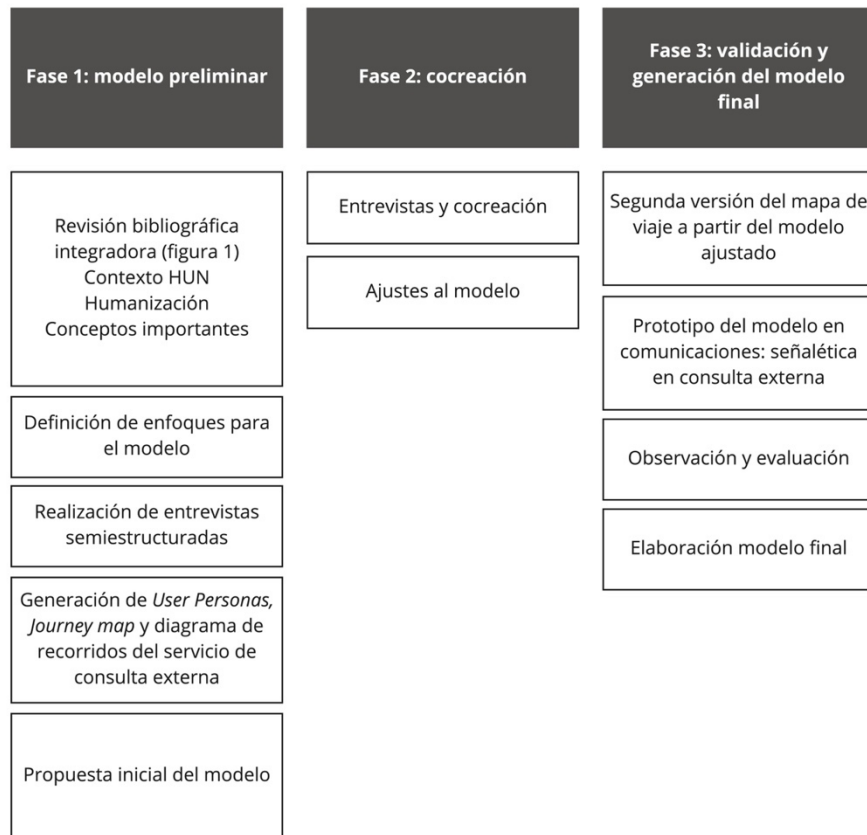
**Donella Meadows, 2015**

#### **3.1 Introducción**

En este capítulo se presenta el desarrollo de cada una de las fases descritas en el capítulo 2, las actividades acordes con el diseño de servicios y el detalle de la recolección de información, que se resumen en la tabla 3.1.

**Tabla 3.1.** Fases del desarrollo metodológico.

**Metodología de la investigación**



**Fuente:** elaboración propia.



---

## 3.1 Fase 1

### 3.1.1 Planeación de entrevistas y primera recolección en campo

Para la fase 1 de la investigación y la primera formulación del modelo sistémico del Hospital Universitario Nacional (HUN) inicia con una revisión bibliográfica integradora que fue presentada en el capítulo uno. Paralelamente, fue indispensable complementar esta información con fuentes primarias (entrevistas semiestructuradas) para comprender el sistema, más a profundidad el programa de humanización y el comportamiento de los actores del HUN. De ahí, construir un modelo de humanización actual basado en el programa, para proponer uno ideal que tuviera una mirada holística y sistémica del hospital. De esta manera, para la primera recolección de datos en campo se entrevistaron a los diferentes actores internos y externos del HUN. Para esto se elaboró un protocolo (anexo 2) y un consentimiento informado (anexo 1), que cada usuario debía firmar antes de responder las preguntas que se le harían. A continuación, se presentan los principales datos del protocolo en la recolección de información.

- *Tipo:* entrevistas semiestructuradas
- *Fechas:* 24 de febrero de 2021, 2 de marzo de 2021.
- *Objetivo:* entender los diferentes contextos y opiniones de los usuarios internos y externos del HUN.
- *Herramientas:* consentimiento informado, hoja de información de la investigación, grabación de voz y formato de preguntas.
- *Usuarios:* la segmentación y la cantidad de usuarios se desarrolló a partir de los diferentes tipos de usuarios presentes en el HUN, como se muestra en la tabla 3.2 (los nombres de los usuarios permanecen en anonimato por confidencialidad de los participantes):

**Tabla 3.2.** Definición de participantes para entrevistas.

<b>Tipo de usuarios</b>	<b>Número de usuarios</b>	<b>Tiempo de entrevista x usuario (minutos)</b>
Pacientes	4	10
Familiares de pacientes	4	10
Personal de salud	1	10
Personal administrativo	4	10
Proveedores (personal de seguridad, aseo o servicios de cafetería)	1	5
Estudiantes	3	5
Personal de gestión HUN (jefe de comunicaciones del hospital)	1	60
Personal de gestión HUN (experiencia de usuario)	1	60

**Fuente:** elaboración propia.

### **3.1.2 Descripción de perspectivas del servicio según los usuarios**

De acuerdo con las entrevistas, cada perfil de usuarios comunicó su perspectiva dependiendo de su contexto y su experiencia. A cada tipo de usuario se le hicieron

---

preguntas diferentes relacionadas con su vida diaria y conocimientos del programa de humanización.

### **Pacientes y acompañantes**

Para ser atendidos en el HUN los pacientes mencionaron que llegaron por su EPS y pidieron una cita médica vía telefónica. El proceso para llegar al área de facturación a algunos les parecía difícil, pero a otros fácil dependiendo de su perfil y si estaban acompañados. El familiar está en la mayor parte del proceso; sin embargo, no pueden ingresar al consultorio médico con él.

Para los pacientes, la experiencia actual es positiva, ya que relacionan el servicio del médico como una de las etapas más importantes. De ahí, quienes ya habían ingresado al HUN, manifestaron tener una relación cercana con su médico especialista y mencionaron cosas como “Yo siempre vengo al Hospital Universitario porque mi cardiólogo me trata bien”, “El doctor R, Á es excelente, siempre me atiende muy bien”. Todos los pacientes entrevistados expresaron que el HUN presta una buena atención y lo perciben como “ágil y amable” (Paciente, comunicación personal, 24 de febrero de 2021)<sup>5</sup>. Los pacientes entrevistados fueron de rangos de edad diferentes y algunos señalaron que se debía fortalecer la señalética. Incluso, dependiendo de su antigüedad visitando el hospital, comentaban sobre la ubicación en este: “La primera vez que vine al hospital no sabía cómo encontrar facturación, pero ahora que ya he venido, no me pierdo tanto” (Paciente, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). Entre pacientes y acompañantes, las perspectivas eran muy similares, esto se podía evidenciar porque ambos están en constante comunicación e interacción con el servicio y se ayudan entre sí. Otro paciente que ya tenía más de 10 años de experiencia visitando el hospital, mencionaba la necesidad de mejorar la línea de atención, ya que se le dificultaba pedir una cita médica: “Me dijeron que me iban a llamar, pero nunca lo hicieron”. “En la línea se demoran mucho en responder” (Paciente, comunicación personal, 24 de febrero de 2021).

Pacientes que entraban por primera vez al servicio manifestaron que hasta ahora no habían tenido ningún inconveniente y que para llegar a los servicios preguntaban en la

---

<sup>5</sup> Se presenta el tipo de usuario general en las citas de las entrevistas para proteger la identidad de los entrevistados.

---

entrada. Los pacientes mencionaron la importancia de tener una buena comunicación con todas las personas que los atendían, ya que para ellos era necesario entender que pasaba internamente, que les estaban medicando y cuál era su diagnóstico. También, querían una comunicación clara, para conocer por qué se demoraban en atenderlos o por qué debían realizar diferentes diligencias para llegar a que los viera el médico. “Si tuviera que mencionar algo para mejorar... creo que sea que desde el inicio me digan hacia dónde debo ir sin tener que preguntarle a alguien” (paciente, comunicación personal, 24 de febrero de 2021).

En cuanto al programa de humanización, algunos dijeron no conocer nada sobre la humanización; no obstante, lo veían como algo implícito en el buen trato de los usuarios internos del servicio.

### **Personal de salud**

Según los tiempos del personal de salud, se entrevistó a un médico de consulta externa, quien explicó su proceso al llegar al hospital y su forma de trabajo. Algunas veces, el médico necesita de un especialista y un estudiante dependiendo del caso del paciente, es decir, estos tres tipos de usuarios están en constante comunicación. Por otro lado, el médico sube las historias clínicas a una plataforma en la red del hospital y así entrega el diagnóstico y toma decisiones sobre quién debe ver al paciente.

Sobre la cantidad de pacientes que ve al día, el médico mencionaba los espacios para tomarse un receso como necesarios. Manifestó que tomar recesos era difícil la mayor parte del tiempo y que prefería salir del consultorio una vez terminaba su turno de la mañana. Al ser un médico con una antigüedad mayor de 3 años, expresó lo feliz que se sentía perteneciendo al HUN, las buenas relaciones con su equipo de trabajo y consideró importante mencionar las vías de acceso: “hay unos consultorios que quedan demasiado retirados y a veces los usuarios se pierden” (médico, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). De igual manera, estaba interesado en la información relacionada con seguridad, pues manifestó que “hay muchas personas que entran a hacer fechorías, necesitamos más acceso a cámaras” (médico, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). Y para comunicarse, refirió que era importante evaluar cómo llamaban los médicos a los pacientes en el momento de su cita, ya que actualmente tiene que hacerlo saliendo del consultorio y diciendo el nombre del paciente en voz alta.

---

Sobre el programa de humanización, dijo que conocía poco sobre el programa, pero que antes de empezar a trabajar, en la inducción, le informaron sobre el programa de humanización y los procedimientos para tener una mejor comunicación con los pacientes.

### **Personal administrativo**

Fue interesante conocer el punto de vista del personal, dependiendo de su nivel de antigüedad como empleados del HUN. Los que tenían más antigüedad mencionaron más cosas por fortalecer el servicio, como la señalética, los guías orientadores y el área de bienestar para los empleados. Asimismo, muchos comunicaban que los pacientes para llegar a ser atendidos se perdían y preguntaban sobre los servicios: “Hay pacientes que vienen a facturación y se demoran tanto en llegar acá que se quejan por los tiempos de atención” (personal de imágenes diagnósticas, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). Además, indicaron que el área de facturación en algunos servicios del HUN se encontraba en diferentes lugares, por lo que no era un área general a la que todos los pacientes llegaban y esto hace que su desplazamiento sea más difícil.

Otro usuario interno de los entrevistados expresó que le “gustaría que hubiera más beneficios por pertenecer al HUN, cómo el día del niño para su hijo, reconocimiento de buen empleado e incluso mejorar la zona de bienestar” (personal de facturación, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). Por lo general, todos los empleados manifestaron que el HUN representa estabilidad, seguridad y tranquilidad para ello, puesto que se nota la responsabilidad que tiene hacia sus trabajadores y se sienten cómodos al ser parte de la organización. De la misma forma, hubo un fuerte énfasis en la comunicación que se brinda y en los procesos que desempeñan en caso de que un paciente tenga un mal trato con ellos y viceversa. Hablaron de sus capacitaciones sobre el buen trato; sin embargo, manifestaron no conocer mucho sobre el programa de humanización que se está realizando en el hospital; para ellos está implícito en las capacitaciones que se les da antes de entrar a trabajar en el HUN.

### **Proveedores**

Se entrevistó a un guardia de seguridad que estaba supervisando la zona de ingreso al hospital: “Muchos pacientes llegan a preguntarme dónde queda cada servicio y yo les

---

ayudo, pero esa no es mi función” (personal de seguridad, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). Igualmente, explicó su forma de trabajar y lo que hace diariamente. Un guardia de seguridad en su mayoría tiene un contacto directo con los pacientes e indirecto con el personal interno del hospital, está pendiente de todo lo que pasa dentro del servicio e incluso supervisa ciertos comportamientos que podrían ser extraños ligados a seguridad. Así mismo, manifestó que trabajar en el hospital le ha dado una oportunidad muy grande de trabajo y que se siente satisfecho. Al ser proveedor, su empresa es la que se encarga de ciertos beneficios, pero por lo general está contento con lo que hace y el poder ayudar a los usuarios. Un guardia también tiene un intercomunicador que suena constantemente y se conecta con la otra red del personal de seguridad dentro del hospital. Hay un jefe de zona y este es el que da órdenes y gestiona la organización y la entrada de otros proveedores que entran al HUN. Si llega una camilla, el guardia es quién avisa a quienes están en la zona para moverlos: “normalmente tengo mucho trabajo, me estoy moviendo constantemente por el hospital” (personal de seguridad, comunicación personal, 24 de febrero de 2021).

De acuerdo con el programa de humanización, el proveedor es al que menos se le han hecho inducciones sobre el tema, por lo que se entiende que es un empleado externo al hospital. Sin embargo, el buen trato y el relacionamiento con usuarios no pasa desapercibido e, indirectamente, juega una parte crucial dentro del trabajo diario que tiene: “No conozco ningún programa de humanización, pero doy lo mejor de mí para ayudar a quién lo necesita” (personal de seguridad, comunicación personal, 24 de febrero de 2021).

## **Estudiantes**

Hay muchos tipos de estudiantes en el hospital: está el residente, el estudiante interno, el estudiante de farmacia, el estudiante de enfermería, el que está haciendo investigación, etc. Dependiendo del perfil del estudiante, se notará la relación cercana entre el programa de humanización y el HUN. La situación sanitaria actual (COVID-19) a inicios de 2021 obligó a que la mayoría de los estudiantes que antes iban al hospital se quedaran en casa, por lo que se pudo entrevistar a algunos que acababan de volver y otros que habían conocido el hospital desde hace algunas semanas rotando por el servicio de terapia ocupacional. Ellos mencionaron la complejidad de adaptarse al contexto hospitalario y que al inicio fue difícil conocer información sobre el hospital. De igual manera, comentaron que diariamente tienen mucho contacto con los médicos y los

---

pacientes.

En cuanto al fortalecimiento, los estudiantes manifestaron lo difícil que fue para ellos ingresar los primeros días, el hecho de no saber para dónde ir y con quién hablar: “Ya he venido varias semanas, pero si alguien me pregunta dónde queda tal servicio, muy seguramente me pierdo con él” (estudiante, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). “Hay áreas restringidas, en las que me iba a meter y estaban bloqueadas, no sabía cuáles eran” (estudiante, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). Otro de sus comentarios apuntaba a la cantidad de personas que atendían los servicios antes y después de la pandemia. Según ellos, el haber reducido esa cantidad, significó más trabajo y que algunos médicos tuvieran más dificultades. Otro limitante fueron los espacios de aprendizaje reducidos y la cantidad de visitas al hospital que hacían en comparación con las de antes: “¡A mí el hospital me gusta mucho! Cómo es de uno, uno lo siente más propio y siento que tengo que cuidarlo más” (estudiante, comunicación personal, 24 de febrero de 2021).

Los estudiantes son quienes tienen un acercamiento más grande con el programa de humanización. Algunos de ellos refirieron que la clase de humanización electiva que se ofrece en la Universidad Nacional de Colombia y estar en constante aprendizaje les facilita entender el programa de humanización: “Yo alcancé a ver la materia, la clase nos enseñó a dar el servicio de la forma más humana posible, respetando la seguridad y lo que quiere el paciente” (estudiante, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). Otro estudiante dijo que “la humanización implica que la persona, aunque esté en estado de vulnerabilidad, cuente con todos los aspectos de su vida y que la enfermedad no se vuelva un límite para él” (estudiante, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). Adicionalmente, otro estudiante comentó lo siguiente: “algo que me dejó marcado es que el paciente tiene nombre y, aunque uno al inicio no está muy acostumbrado a verlo, ahora me centro más en recordar que no solamente es una patología, que ahí hay una persona” (estudiante, comunicación personal, 24 de febrero de 2021). Dentro de sus respuestas también sobresalió el aspecto de la humanización ligado a la familia, porque consideraban que el familiar es como otro paciente, que, aunque no está enfermo, siente lo mismo que él.

Además, hubo una mención hacia la accesibilidad y la inclusión para tener preparados a los empleados y a los estudiantes.

---

Una vez le hice una actividad a una paciente de 105 años y ella no podía hablar, la intenté hacer guiada porque la paciente no te respondía, fue difícil, al final ella respondió más de forma visual y motora que hablando, pero eso me hizo pensar en lo importante que es estar preparados para tener espacios con este tipo de pacientes. (Estudiante, comunicación personal, 24 de febrero de 2021)

### **Jonathan García Jiménez (director de comunicaciones del HUN)**

El director de comunicaciones del HUN explicó un contexto general de cómo se manejan las comunicaciones y la señalización. Fue muy interesante su punto de vista porque, a pesar de los comentarios previos realizados por los diferentes tipos de actores en las entrevistas, comentó que la señalización se había actualizado hacía poco y que se habían cambiado aproximadamente 317 señales. Además, manifestó que hospital maneja distintas formas de comunicación:

- Comités
- Mensajería de texto
- Extensión telefónica
- Correo electrónico
- Comunicación verbal
- Comunicación no verbal
- Eventos
- Redes sociales (Instagram y Facebook)
- Periódico
- *Wallpaper/Screensaver*
- Intranet
- Comunicación corporativa
- Cartelera internas
- Pantallas sala de espera
- Noticiero HUN

También, habló de la caracterización de los pacientes en consulta externa en la que, en total, para inicios del 2021, se realizaron 44 232 egresos. Los rangos de edad de estos pacientes corresponden con la siguiente información:

**Tabla 3.3.** Rangos de edad egresos consulta externa.



Rango de edad	Porcentaje de egresos
0-19	2.0 %
20-39	25.1 %
40-59	36.2 %
60+	36.7 %

**Fuente:** elaboración propia con base en la información suministrada por el HUN<sup>6</sup>.

De acuerdo con estos datos, la mayoría de los pacientes que entraron en consulta externa tenían entre 40-60 años. Esto demuestra que el HUN, en su mayoría, tiene pacientes del segmento adulto mayor. Dentro del plan estratégico de comunicaciones, el director del hospital conoce de primera mano el programa de humanización y también forma parte de una de sus líneas de conocimiento. Habló un poco de las diferentes iniciativas que se llevaron a cabo, de la política de humanización y de estrategias que se han hecho en el hospital sobre la comunicación y el diseño, como manual de identidad visual, un proyecto de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) y El HUN Habla. Todas estas han sido iniciativas que han salido para mejorar las comunicaciones dentro y fuera del hospital. El director expresó la importancia de la humanización y del programa de comunicaciones; además, conoce la oportunidad que traería entregar nuevas propuestas para el programa de humanización y para el modelo apoyado en diseño y en los usuarios. Asimismo, mencionó un poco la relación con terceros del HUN, como el servicio de aseo, de vigilancia (seguridad), lavandería de ropas y acompañamiento a familiar funerario.

### **Mónica García Veloza (experiencia de usuario HUN)**

El área de experiencia de usuario del HUN se encarga de verificar toda la satisfacción de los pacientes que atiende el hospital. Normalmente, una vez se ha atendido a un paciente en alguno de los servicios, se desarrolla una encuesta posterior por teléfono

<sup>6</sup> La información estadística de usuarios corresponde a la propiedad intelectual del HUN, por lo cual no se detalla en este documento.

---

entre 3 y 4 días después con los auxiliares de atención al usuario. Los indicadores para medir la satisfacción del usuario son los siguientes:

- Accesibilidad
- Oportunidad
- Humanización (te llamo por el nombre)
- *Confort*
- Expectativas

Mónica habló de los procesos misionales del HUN, desde las áreas de experiencia de usuario, los programas de atención especial (cuidado crítico, hospitalización, cirugía, ambulatoria, radiología e imágenes diagnósticas, servicio farmacéutico, patología y laboratorio clínico, rehabilitación y desarrollo humano), la educación y gestión del conocimiento y el área de investigación e innovación. Además, explicó que el área de experiencia estaba dividida y sostuvo que el HUN “tiene como premisa ser un hospital de puertas abiertas” (M. García, experiencia de usuario del HUN, comunicación personal, 2 de marzo de 2021).

También explicó que desarrollaban encuestas de satisfacción de usuarios (en consulta externa, en la UCI, en hospitalización, imágenes diagnósticas y otros servicios relacionados) gestión PQRS, divulgación, pertenencias y correo electrónico.

Además, enfatizó en las siguientes etapas del servicio de consulta externa:

- Programación agendas médicas, procedimientos e imágenes diagnósticas.
- Asignación, cancelación y/o reprogramación de citas de manera presencial y los canales digitales.
- Confirmaciones de citas.
- Teleasistencia-teleconsulta.

De igual forma, presentó los resultados de encuestas de satisfacción en consulta externa obtenidos en marzo de 2021. De esos resultados se destacó que el 99 % de los usuarios encuestados respondió que sí recomendaría el servicio del HUN, y de la satisfacción por indicadores, los resultados obtenidos estaban calificados por cada indicador, teniendo en cuenta que el ponderado general de los cinco indicadores fue una calificación del 89 % sobre 100 %.

---

Sobre aspectos del programa de humanización, el área de experiencia está muy familiarizada, incluso el HUN tiene un convenio con un tercero que realiza un acompañamiento funerario con un psicólogo, enfocado en la humanización del servicio exequial y en grupos de ayuda mutua. Asimismo, expresó lo siguiente:

Hace poco se hizo una adecuación en el espacio físico teniendo en cuenta los cadáveres que fueron resultado de la pandemia y, aunque antes se hacía un reconocimiento, ahora debido a la cantidad era muy difícil realizar el proceso para todos. En eso el grupo de humanización intervino y decidió hacer un reconocimiento de una manera mucho más cercana, acogedora, no tan fría ni tenebrosa. (M. García, experiencia de usuario del HUN, comunicación personal, 2 de marzo de 2021)

Además, habló de algunos talleres que se realizan a pacientes como el de *Cuidado al cuidador* y *Tu hogar es el mejor lugar*.

### **Puntos en común**

Para entender los resultados más relevantes, se analizó la información a través de la división de los grupos de actores. Según los comentarios y los *insights* se pudo determinar que el servicio del hospital es bueno y, en general, los usuarios están satisfechos. Sin embargo, el programa de humanización es muy poco conocido y hay pocas áreas que lo reconocen en el hospital. Este programa únicamente tiene alcance en hospitalización y en la UCI, pero los usuarios están motivados a aprender un poco más de las estrategias que se podrían emplear para que el servicio sea más humano. Otro de los hallazgos relevantes corresponde con una característica principal en la que el hospital se destaca: la amabilidad, el ambiente laboral y el buen trato en el momento de la comunicación verbal de los usuarios externos e internos. Es un pilar que está muy arraigado en el hospital y dentro de su cultura está presente dentro del sistema. Por otro lado, el hospital inconscientemente es reconocido por la humanización de sus empleados, por lo que el fortalecimiento debería darse hacia los equipos, las relaciones y las herramientas de apoyo más allá del trato personal usuario interno-usuario externo. De igual manera, hay presencia de algunas nociones de humanización desde los proveedores, los médicos, los pacientes y los administrativos. De ahí, se aborda el trato cordial, amable, enfocado hacia el diálogo y se da a entender que todos los usuarios se benefician unos a otros y no hay uno más importante.

---

Uno de los problemas presentados por distintos usuarios del HUN está relacionado con las orientaciones y las comunicaciones durante el recorrido de los pacientes por el hospital: “Creo que es necesario un guía orientador” (comunicación personal, 24 de febrero de 2021). dijo uno de los trabajadores que forman parte de facturación en consulta externa. Asimismo, otro de los usuarios internos indicó que “muchos pacientes se pierden y no encuentran su camino, le tienen que preguntar a todo el mundo” (comunicación personal, 24 de febrero de 2021). Esto muy a menudo se vuelve un problema, ya que, aunque los pacientes tienen señalización y algunos ya conocen a dónde deben ir, los nuevos se pierden e incluso pueden llegar a quejarse de que llegaron a un lugar que al inicio les dijeron que era el correcto.

“Me gustaría tener más opciones de bienestar” (comunicación personal, 24 de febrero de 2021), expresó el personal administrativo. Por lo general, aunque haya un buen trato y muchas veces la atención se centre en el paciente, los trabajadores internos del hospital quieren formar parte de algo, se preocupan por el bienestar de otros, más sobre los pacientes que atienden diariamente, quieren ser recompensados y sentir que la humanización también está enfocada en sus necesidades.

Ahora bien, hablando del servicio de consulta externa, de acuerdo con las encuestas de satisfacción, los resultados son muy positivos. Desde los diferentes indicadores se obtienen buenas calificaciones, incluyendo el de humanización. Esto se alinea con las respuestas a las preguntas realizadas por los pacientes, ya que ellos mismos mencionaron estar satisfechos con el servicio, sentirse escuchados y ser tratados con amabilidad y respeto. Sin embargo, la mención de mejoras en las comunicaciones sigue siendo contemplada por varias personas y la mayoría de los usuarios sienten gran preocupación por las direcciones para llegar al área de facturación y a los consultorios médicos de consulta externa.

---

### 3.1.3 Triangulación y creación de la primera versión del modelo

Según Meadows (2015), “Cuando dibujamos diagramas estructurales y luego escribimos ecuaciones, nos vemos obligados a hacer visibles nuestras suposiciones y a expresarlas con rigor”; por esto, este modelo se representará de manera gráfica. La aproximación sistémica fue la primera ventana para llegar a un modelo articulado, que tuviera en cuenta la mayoría de las áreas relacionadas dentro del hospital. Esto fue fundamental para continuar con la implementación dentro del área de consulta externa.

De igual forma, Meadows (2015) señala que “los sistemas sociales son las manifestaciones externas de los patrones de pensamiento cultural y de las profundas necesidades, emociones, fortalezas y debilidades humanas” (p. 167). Por esto, el hecho de utilizar una herramienta gráfica para plantear las relaciones entre los actores y sus necesidades desde la humanización permitiría comprender desde la teoría de la complejidad al sistema hospitalario del HUN.

#### **Herramientas de diseño para comprender el contexto (User personas, *Journey map* y mapa de recorridos)**

En primer lugar, después de realizar las entrevistas y analizar los resultados fue necesario plantear User personas<sup>7</sup> (anexo 3) para entender el perfil de cada uno de los usuarios y así, construir el modelo. Después se definió un primer *Journey map* o mapa de viaje (anexo 4) para entender las relaciones del servicio de consulta externa a manera de interacciones. Como resultado, los primeros puntos críticos que sobresalen son durante el ingreso al HUN y la comunicación para pedir una cita. Los actores principalmente tienen sentimientos negativos cuándo están programando sus citas y cuando llegan por la entrada principal para ubicarse.

---

<sup>7</sup> Se crea un perfil ficticio según las entrevistas realizadas en la fase 1, en las que se explican los intereses, características, necesidades y objetivos de los usuarios.

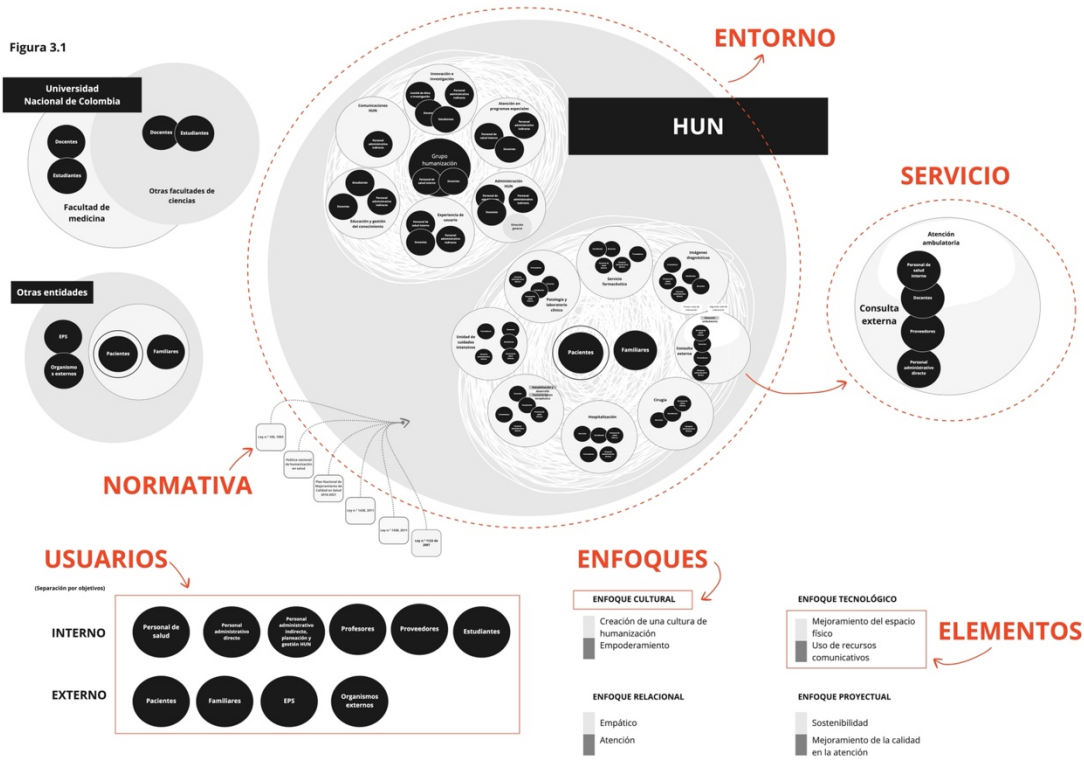
---

Asimismo, el *Journey map* contempla que acciones del programa de humanización intervienen en el servicio. El programa no ha desarrollado acciones específicas en pro del servicio de consulta externa, lo que sobresale del programa es la iniciativa de la campaña por el buen trato, que está implícita en algunas de las etapas de la experiencia cuándo diferentes actores internos se relacionan con los pacientes y familiares. Por otro lado, para entender la ubicación de los actores, se desarrolló un mapa de recorridos (anexo 5). Como se ve en el anexo, el mapa permitió tener una definición inicial de los diferentes lugares de la planta física de los que hace parte el servicio de consulta externa. Así como el recorrido paso a paso según lo que hace un paciente para asistir a una cita y dónde se encuentran quienes hacen parte de la atención.

### **Explicación inicial del modelo**

Antes de iniciar la presentación y explicación del modelo propuesto de humanización que se realizó en la fase 1 de acuerdo con la triangulación desde lo teórico y las entrevistas en campo, es necesario explicar cómo está conformado (figura 3.1). En primer lugar, está el enfoque, que se definió anteriormente en la fase teórica. Después, dentro del enfoque, está el elemento que es una idea importante para la humanización y reúne varias de las características desde el punto de vista del diseño y la salud en la humanización.

Hay un círculo gris que ejemplifica el entorno del HUN y está conformado por los servicios que forman parte de este. Luego, se establece el tipo de usuarios que forman parte de ese servicio en un círculo negro. Para ampliar la visualización de las imágenes gráficas del modelo, se puede recurrir al anexo 6 y se recomienda al lector descargar los anexos en PDF.



**Figura 3.1.** Explicación de las partes del modelo: el enfoque, el elemento, los usuarios y los servicios (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

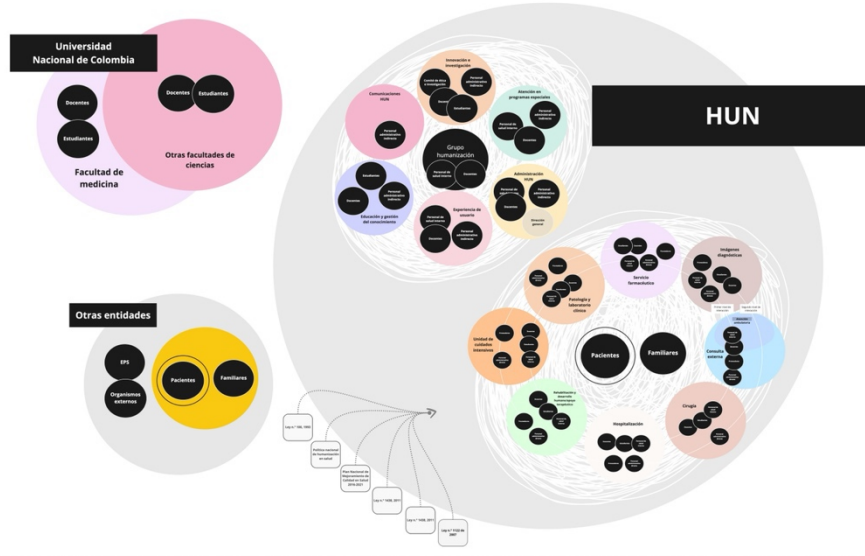
- Relacionamiento actual de los usuarios en el HUN

Para iniciar, se llegó a la conclusión de diagramar el funcionamiento y las relaciones entre áreas del HUN (figura 3.2) y, partiendo de allí, integrar los enfoques de humanización descritos en el marco teórico. Es así como se presenta la construcción inicial del modelo en la fase 1. Esta representa las relaciones que existen actualmente entre los actores del HUN y su eje principal es el paciente y los diferentes servicios presentes. Asimismo, están otros agentes como la Universidad Nacional de Colombia, que interviene directamente con el HUN y otras entidades que remiten sus pacientes, como las EPS.

Figura 3.2

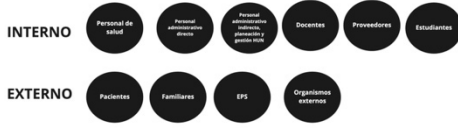
**DEFINICIÓN DE RELACIONES MODELO ACTUAL HUN**

En este diagrama se presenta la primera construcción del modelo actual. Esta fue la base para ubicar los actores dentro del ecosistema y entender cómo se está comportando la humanización en el HUN. Por esta razón, se muestran los diferentes actores y su forma de relacionarse dentro de los servicios.



**USUARIOS**

(Separación por objetivos)



**Figura 3.2.** Definición de actores y relaciones modelo actual. Se presentan en cada uno de los servicios dentro del entorno del HUN (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

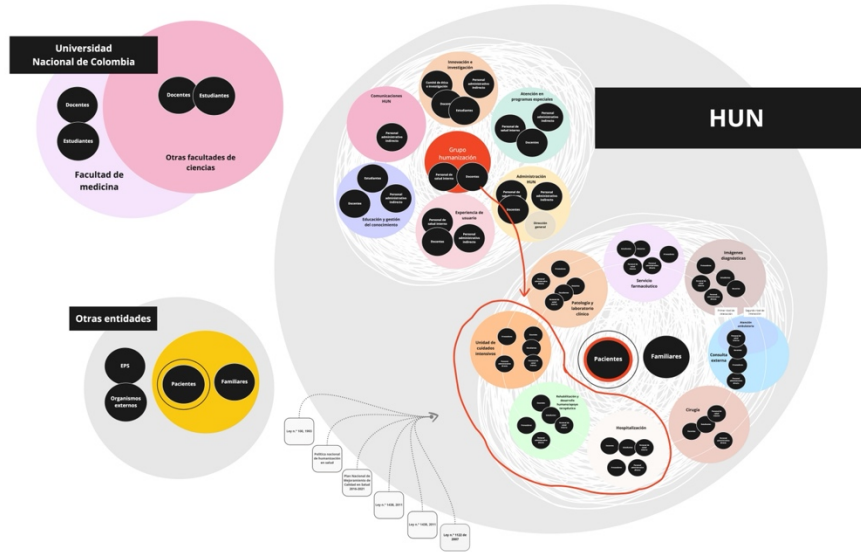
- Humanización actual

Actualmente, el programa de humanización se enfoca en tres servicios principales: la Unidad de Cuidados Intensivos, el Apoyo Terapéutico y la Hospitalización, como se ve en la figura 3.4 con líneas de color rojo. La humanización es promovida por la Universidad Nacional de Colombia, el personal administrativo del HUN y el personal de salud. No hay tanta inclusión de otros actores dentro de este programa, por lo que se orienta únicamente en el sistema de salud y las ciencias médicas. Asimismo, el programa, aunque está planteado para todos los usuarios, realmente las iniciativas tienen un enfoque hacia el paciente y él es el eje principal del programa.



Figura 3.3  
**MODELO ACTUAL DE HUMANIZACIÓN HUN**

En este diagrama se presenta el modelo actual de humanización en color rojo para el ecosistema HUN. Basado en el programa de humanización, que es ejecutado por el grupo de humanización hasta quién es el centro, que en este caso es el paciente. Los servicios que impacta son: rehabilitación y desarrollo terapéutico, la unidad de cuidados intensivos y hospitalización.



**USUARIOS**

(Separación por objetivos)



**Figura 3.3.** Creación del modelo de humanización actual en consulta externa, incorporando el enfoque actual que tiene el programa de humanización. (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

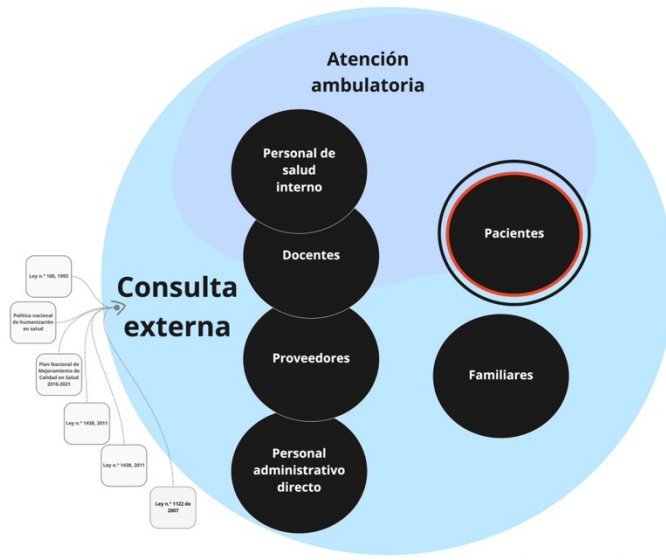
**Fuente:** elaboración propia.

En la figura 3.4 se representan en el modelo de humanización actual, las relaciones en consulta externa y su eje principal. El actor principal es el paciente. La humanización para otros no ha sido explorada en gran medida dentro de este servicio. Hay una parte que es la atención ambulatoria, pero la mayoría de las consultas se llevan a cabo directamente en la planta física, donde hay actores que son fundamentales para el servicio como los proveedores, el personal administrativo directo, los docentes y el personal de salud interno del servicio.

Figura 3.4

**DEFINICIÓN DE RELACIONES Y HUMANIZACIÓN MODELO ACTUAL CONSULTA EXTERNA**

En este diagrama se presenta un acercamiento de las relaciones que hay en el servicio de consulta externa. La humanización sólo se centra en el paciente y los actores trabajan en pro de sus necesidades. Asimismo, el programa no tiene como prioridad este servicio.



**USUARIOS**  
(Separación por ámbitos)



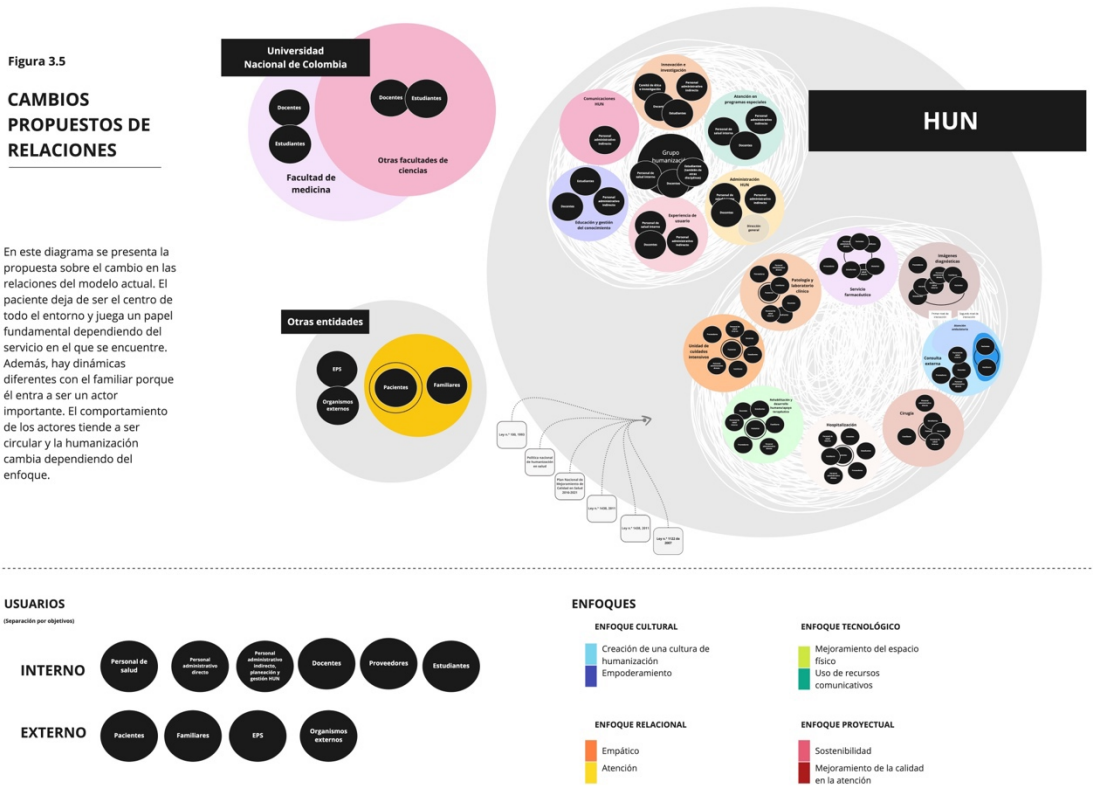
**Figura 3.4.** Definición de actores y relaciones actuales que se presentan en el servicio de consulta externa (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

- Cambios propuestos en la humanización

Los entornos deberían estar conformados por diferentes centros dependiendo del servicio. Aunque el paciente es muy valioso porque es hacia quien se centra toda la atención y la producción del servicio, se requiere potencializar las relaciones entre otros actores, para que generen un entorno más dinámico y empático y así crear relaciones duraderas, que impacten directamente a los pacientes, por lo que tomar este punto de vista puede significar una gran mejora para la humanización.

Considerando las relaciones del sistema actual del HUN, el personal de salud en cuidado crítico también merece un protagonismo. Aunque actualmente la humanización esté en su mayor parte centrada en el paciente, manejar el estrés y las relaciones del personal va a ser que la experiencia sea mejor. Por lo tanto, en la figura 3.5 se propone que el paciente deje de ser el centro del HUN y que ahora todos los usuarios, dependiendo del servicio en el que se encuentren, desempeñen un papel fundamental en el que el paciente puede ser tanto el centro, dependiendo del eje del servicio, como que otros actores intervengan más profundamente llegando a volverse incluso igual de importantes.



**Figura 3.5.** Cambios propuestos de relaciones en el modelo de humanización actual (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

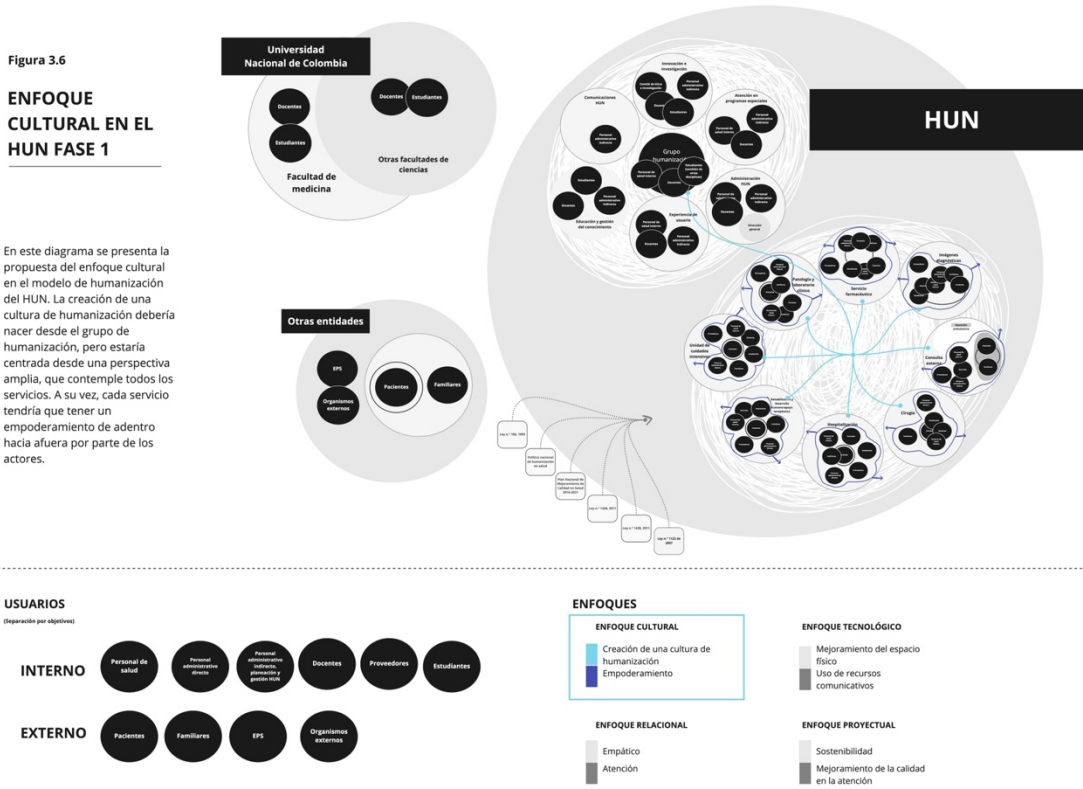
- Enfoque cultural

**Creación de una cultura de humanización**

El primer elemento del enfoque es la creación de una cultura de humanización, que se efectúa desde los usuarios de acuerdo con su relacionamiento en cada servicio del HUN. También, el grupo de humanización es fundamental para promover esta cultura, por lo que en la figura 3.6 se puede observar cómo la cultura nace desde el grupo hacia el centro del entorno hospitalario y así hacia cada actor que crea conocimientos, ideas, tradiciones y costumbres en torno a la humanización.

**Empoderamiento**

Este elemento nace por sí solo, pero para que lo haga es necesario tener el enfoque cultural afianzado. El empoderamiento crece desde las personas hacia afuera, por esto, en la figura 3.6, se puede ver que las líneas se crean desde las personas hacia los servicios y así tienen una apropiación de lo que es la humanización y su importancia.



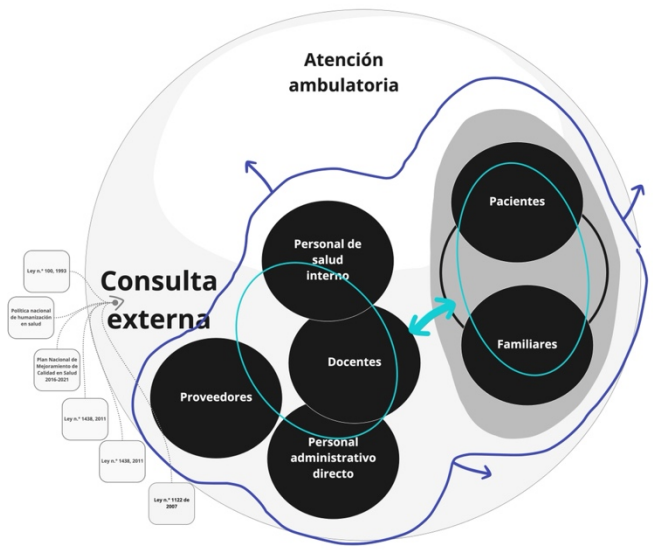
**Figura 3.6.** Enfoque cultural de humanización propuesto en el modelo del HUN (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

El enfoque cultural en consulta externa debe sostenerse a través de una iniciativa del Grupo de Humanización para que el programa sea conocido y todos los actores creen consciencia de que forman parte de él. Igualmente, la cultura se construye entre las personas, es decir, es necesario una comunicación entre todos para que se desarrolle y las personas conozcan el programa. En la figura 3.7 se puede ver cómo diferentes actores se interconectan entre sí para crear cultura y fortalecer el servicio desde el empoderamiento hacia afuera, donde se llega a impactar otros ejes de asistencia.

**Figura 3.7**  
**ENFOQUE CULTURAL EN CONSULTA EXTERNA FASE 1**

En este diagrama se presenta la propuesta del enfoque cultural en el modelo de humanización en consulta externa. Una vez el grupo de humanización impacte dentro del servicio, la creación de la cultura de humanización debería ser desde los usuarios internos hacia los externos y viceversa. Ahí, se crea el empoderamiento de adentro hacia afuera por parte de los actores.



**USUARIOS**  
(separación por objetivos)



**ENFOQUES**



**Figura 3.7.** Enfoque cultural de humanización propuesto en el modelo de consulta externa (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

- Enfoque relacional

**Empático**

El elemento empático se debe dar con todos y para todos. En la figura 3.8 hay tres formas de ver el enfoque empático: el primero, desde las diferentes áreas o servicios

---

del hospital, donde se relacionan diferentes usuarios. El segundo, desde el relacionamiento entre estas áreas, sea por el bien común, una necesidad o un complemento, ya que las áreas del hospital se soportan entre sí dependiendo de lo que necesite el paciente. Y, el tercero, el enfoque empático, desde lo externo, donde hay un relacionamiento directo con otras organizaciones y la Universidad Nacional de Colombia. En ningún momento hay que perder el significado de este enfoque y debe ser apoyado por el HUN, pues es uno de los enfoques más importantes cuando se contempla la humanización.

### **Atención**

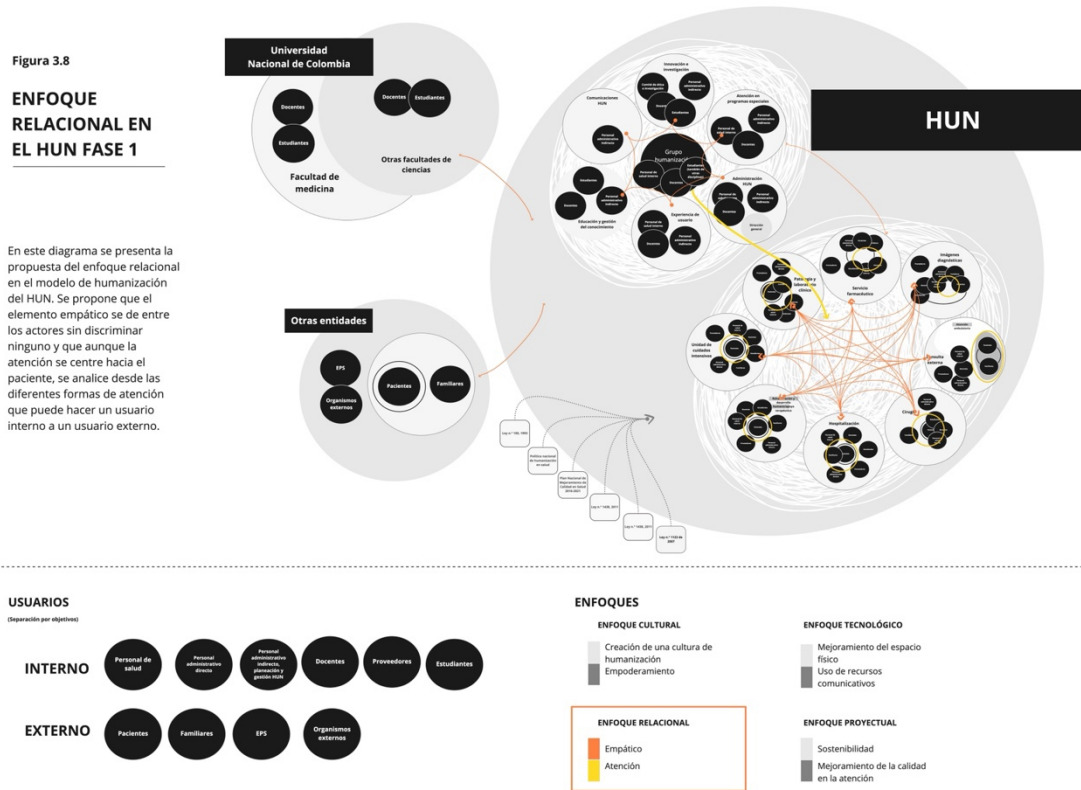
Este elemento se desenvuelve desde los usuarios internos hacia los usuarios externos del hospital. Se desarrolla de una manera más profunda en cada uno de los servicios del HUN, por lo que podría no ser igual para todos. Paralelamente se contempla el relacionamiento que tiene cada usuario más allá de la atención entre áreas, ya que la atención está centrada en particular en el apoyo y la solución de una necesidad sobre el paciente. Sin embargo, en algunos casos el paciente no es el único centro de atención, también lo es el acompañante, que en cierto modo es cercano al paciente.

Muchas veces tiene una función fundamental y es una de las personas que va a estar con el paciente la mayoría del tiempo, por lo que su satisfacción también va a incidir dentro de la calificación y el mejoramiento de la experiencia de un servicio. Por esto, es necesario revisar quiénes son los actores ejes en cada servicio de acuerdo con el elemento de atención (figura 3.8).

Figura 3.8

**ENFOQUE RELACIONAL EN EL HUN FASE 1**

En este diagrama se presenta la propuesta del enfoque relacional en el modelo de humanización del HUN. Se propone que el elemento empático se de entre los actores sin discriminar ninguno y que aunque la atención se centre hacia el paciente, se analice desde las diferentes formas de atención que puede hacer un usuario interno a un usuario externo.



**Figura 3.8.** Enfoque relacional de humanización propuesto en el modelo del HUN (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

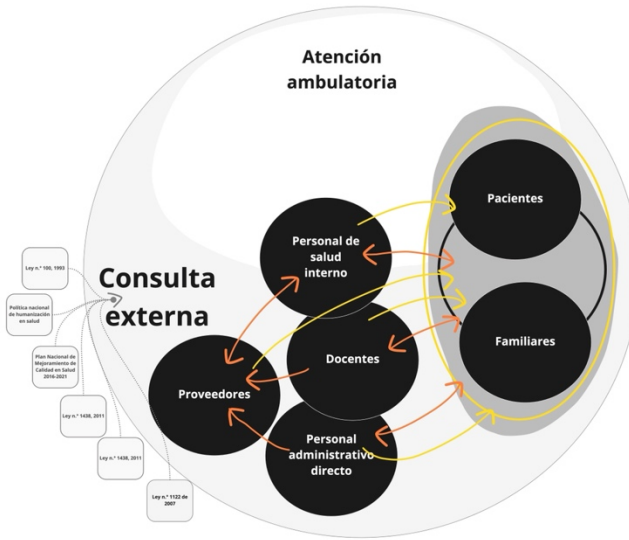
Dentro del elemento empático, cómo se explicó anteriormente, todos los actores se relacionan entre sí de cierta manera, aunque el nivel de interacción varía dependiendo del perfil de usuario. No obstante, se debe ser empático con todos sin excepción. En la figura 3.9, que presenta una visión sobre el servicio de consulta externa, se puede ver el relacionamiento de docentes, personal de salud interno, personal administrativo directo (que puede ser personal de facturación, atención al público u órdenes diagnósticas), proveedores, pacientes y familiares, que interactúan y se relacionan de manera empática entre sí.

Por otro lado, la atención en consulta externa se centra en dos actores: pacientes y familiares. Si bien es importante tener en cuenta al paciente, el familiar es fundamental para garantizar la calidad de la atención que va a entregar el usuario interno. El personal de salud y los docentes tienen una interacción más cercana con el paciente, pero en algún momento pueden llegar a interactuar con el familiar. Al mismo tiempo, el personal administrativo y los proveedores están directamente relacionados con los pacientes y familiares.



**Figura 3.9**  
**ENFOQUE RELACIONAL EN CONSULTA EXTERNA FASE 1**

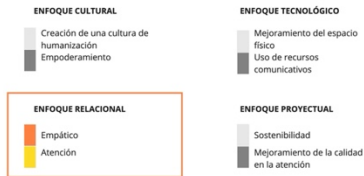
En este diagrama se presenta la propuesta del enfoque relacional en el modelo de humanización en consulta externa. Acá se presenta la mirada empática anteriormente mencionada teniendo en cuenta el servicio y las relaciones entre los usuarios que hacen parte de él. Además, que la atención no sea sólo hacia el paciente sino también hacia el familiar.



**USUARIOS**  
(Separación por objetivos)



**ENFOQUES**



**Figura 3.9.** Enfoque relacional de humanización propuesto en el modelo de consulta externa. (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

- Enfoque tecnológico

**Mejoramiento del espacio físico**

El enfoque tecnológico está caracterizado por ser en su mayoría de innovación, de arquitectura, de productos que intervienen dentro del espacio, que llegan a ser elementos cruciales para prestar una buena atención. El espacio físico comprende todos los posibles recursos físicos que un usuario utiliza o con el que un usuario llega a interactuar mientras está en el HUN y el entorno. En la figura 3.10 se observa que el entorno está coloreado de color verde y a algunos usuarios los acompaña siempre un elemento que utilizan para su trabajo o como un apoyo para vivir su experiencia. En el HUN, los elementos pueden variar dependiendo de la especialidad o el servicio del que se esté hablando, pero hay algunos recursos comunicativos que son de uso colectivo, por lo que la siguiente parte de este enfoque

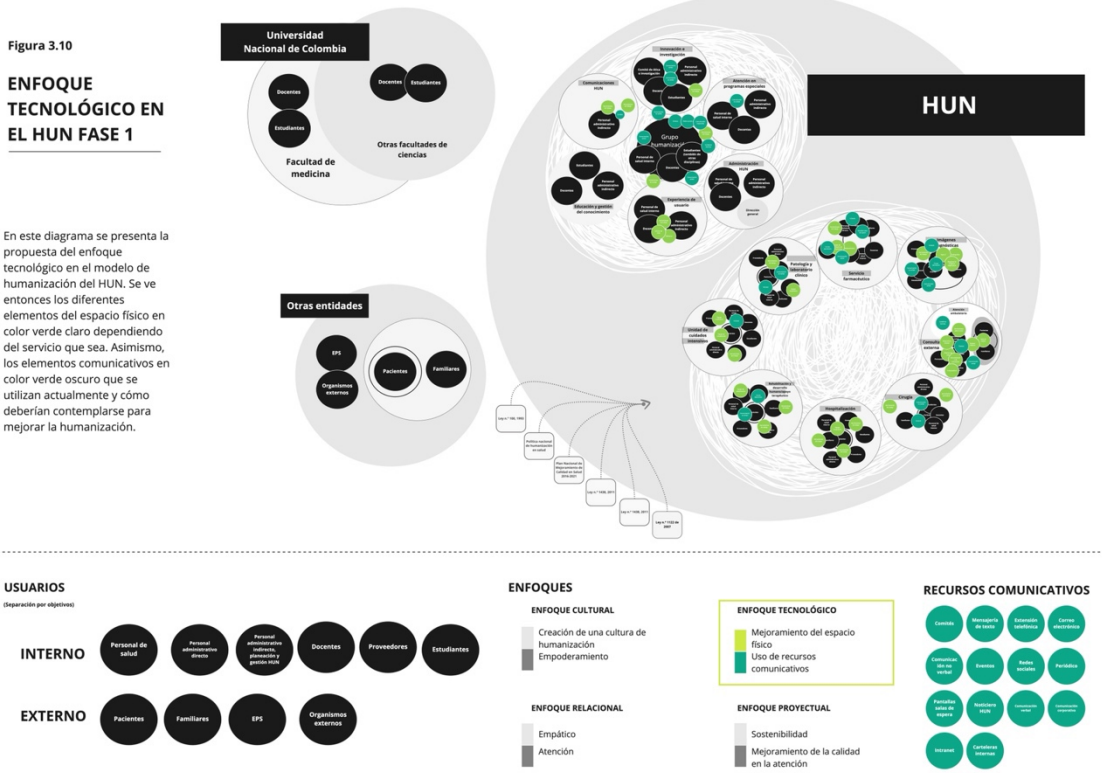


---

se centrará en el tipo de recursos comunicativos que se utilizan dentro de las diferentes áreas del modelo de humanización del HUN.

### **Uso de recursos comunicativos**

Está basado en lo que tiene hoy el HUN para comunicarse y como eso se comporta para generar humanización entre los diferentes actores. En la figura 3.10 se puede ver la cantidad de recursos comunicativos que se utilizan dependiendo del servicio que se presenta y que la comunicación se gestiona a través de una administración y planeación del área de comunicaciones del HUN. A hoy el enfoque funciona de esta manera y no es una desventaja. Al contrario, tener un área que se encarga estratégicamente de las comunicaciones en todos los servicios es muy positivo porque se piensa de manera sistémica y eso es lo que busca el enfoque de comunicaciones desde la humanización. Sería más difícil que se pensara en humanización en comunicaciones desde cada servicio, porque no habría sinergia entre partes y tampoco se tendría consistencia de lo que se comunica. Además, hay muchas más formas de utilizar el enfoque de comunicación con otras estrategias para que la comunicación se soporte en el eje relacional y en el mejoramiento del espacio físico. Pero hay que tener siempre en cuenta que una comunicación humana significa tener bien informado al usuario, darle la información que necesita y hacerlo de la manera más empática, clara y cercana posible.



**Figura 3.10.** Enfoque tecnológico de humanización propuesto en el modelo del HUN (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

El servicio de consulta externa usa la mayoría de los recursos comunicativos del hospital (figura 3.11). La mayoría de estos recursos se concentran aquí por la comunicación entre clientes internos, para clientes externos y entre sí. Allí, hay un primer contacto de comunicación desde clientes externos, que está rodeada por mensajería de texto, correo electrónico, redes sociales y extensión telefónica, en la cual se informa al cliente de su cita y se le brindan los datos primordiales de su visita al hospital. Después, se presentan las comunicaciones durante la visita, que se orientan directamente al usuario externo, como son la señalética, las pantallas de espera, las carteleras internas y la comunicación corporativa. Adicionalmente, está la comunicación entre usuarios internos, como son las plataformas de información de los pacientes y estudiantes, las cuales son primordiales para el trabajo de estos actores. Por último, están los comités y eventos, que se dirigen al personal de salud interno y los docentes, aunque algunos pacientes pueden participar en este recurso de comunicación.

El espacio físico de consulta externa en su mayoría está en el primer piso. Principalmente está mapeado el equipo que se necesita para atender al usuario, los espacios de entretenimiento y las herramientas de trabajo, que forman parte de diferentes grupos y que son utilizados por distintos usuarios.

Figura 3.11

**ENFOQUE TECNOLÓGICO EN EL HUN FASE 1**

En este diagrama se presenta la propuesta del enfoque tecnológico en el modelo de humanización en consulta externa. Se exponen los principales elementos del espacio físico en color verde claro que son utilizados en este servicio y los elementos comunicativos en color verde oscuro, más cerca del actor que afecta. Tener en cuenta estos elementos para la humanización es muy importante, porque cada uno puede llegar a afectar el programa de diferentes formas.



**Figura 3.11.** Enfoque tecnológico propuesto en el modelo de consulta externa (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

- Enfoque proyectual

**Sostenibilidad**

Este enfoque busca que el modelo perdure en el tiempo; no importa qué tecnologías y que nuevos usuarios entren dentro del sistema, este deberá estar preparado para el cambio. El enfoque de sostenibilidad no puede existir sin los demás. Este muy seguramente es el elemento que más depende del desarrollo de los otros porque toma lo individual y lo colectivo para que en la humanización se proporcionen mejores resultados, se cree valor y se perdure con el transcurso del tiempo desde lo social,

---

económico y ambiental. Asimismo, se agregaron en el modelo las tendencias que se deben contemplar presentadas en la parte teórica: involucrar a los usuarios para el cambio, cuidado personalizado y preciso, predecir y prevenir la enfermedad, lo digital humano y nuevos ambientes de valor en salud, que también se relacionan con los otros enfoques.

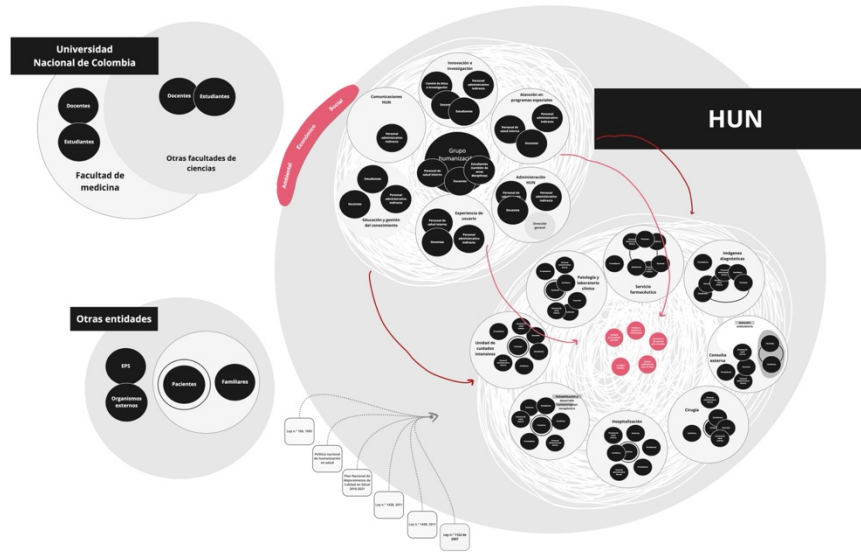
### **Mejoramiento de la calidad de la atención**

El elemento de mejoramiento de la calidad de la atención es probablemente el que más les interesa a los hospitales porque allí se verá reflejado el trabajo de diseño y de los actores al cumplir su función. En la figura 3.12 se puede ver como ese mejoramiento impacta al cliente externo, representándolo con una estrella punteada que lo rodea, porque al final él será el principal impactado y quién mostrará los resultados de ese mejoramiento. Sin embargo, para esa atención es necesario incurrir en su relacionamiento con los demás actores y los otros enfoques que se han mencionado anteriormente. El mejoramiento es el resultado del esfuerzo efectuado en los anteriores enfoques, por lo que el área de bienestar del HUN tiene que estar al pendiente y revisar ese desempeño desde cada uno de los pacientes y acompañantes, como se ve en la figura 3.12.

Figura 3.12

**ENFOQUE PROYECTUAL EN EL HUN FASE 1**

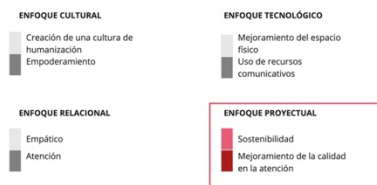
En este diagrama se presenta la propuesta del enfoque proyectual en el modelo de humanización del HUN. Se ve como se debe hacer incapié en algunas tendencias en humanización que harán al servicio ser sostenible desde la parte social, ambiental y económica. A su vez, se ve un incremento en el mejoramiento de la calidad de la atención por mantener vigentes estas vertientes.



**USUARIOS**  
(Separación por objetivos)



**ENFOQUES**



**Figura 3.12.** Enfoque proyectual de humanización propuesto en el modelo del HUN (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

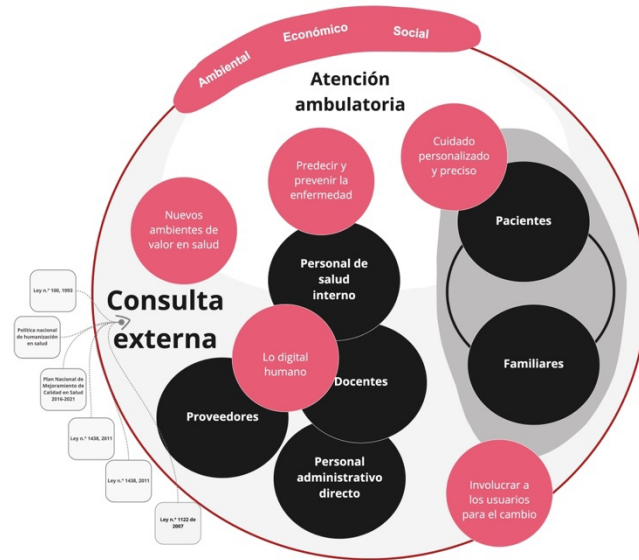
En consulta externa se presenta el elemento de sostenibilidad. En este caso, en la figura 3.13, se agregaron las tendencias mencionadas en la figura 3.12 para ver su relación. Hay dos tendencias que están directamente relacionadas con los pacientes: predecir y prevenir la enfermedad y el cuidado personalizado y preciso. Por otra parte, lo digital humano tiene que ver con todos los actores porque irrumpe dentro de los equipos de trabajo, el entretenimiento de cada uno y la creación de valor en los nuevos ambientes de salud, que al final son más cómodos, amenos y humanos.

Por otro lado, en el elemento de mejoramiento de la calidad de la atención tiene como resultado una buena retroalimentación de pacientes y familiares por igual, porque en consulta externa ambos juegan un papel fundamental en el servicio (figura 3.13).

Figura 3.13

**ENFOQUE PROYECTUAL EN CONSULTA EXTERNA FASE 1**

En este diagrama se presentan las tendencias que se proponen para el modelo proyectual de humanización, que nacen de la revisión teórica. Son fundamentales para mejorar la calidad de la atención y cumplir con la normativa a la que le apunta el plan nacional de Humanización en salud.



**USUARIOS**

(Separación por objetivo)

**INTERNO**



**EXTERNO**



**ENFOQUES**

**ENFOQUE CULTURAL**

Creación de una cultura de humanización  
Empoderamiento

**ENFOQUE RELACIONAL**

Empático  
Atención

**ENFOQUE TECNOLÓGICO**

Mejoramiento del espacio físico  
Uso de recursos comunicativos

**ENFOQUE PROYECTUAL**

Sostenibilidad  
Mejoramiento de la calidad en la atención

**Figura 3.13.** Enfoque proyectual de humanización propuesto en el modelo de consulta externa (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

- Aplicación en diseño de servicios

Después de tener el modelo completo en consulta externa, se evaluó cómo impacta el diseño para cada uno de los enfoques. De acuerdo con cada definición, el diseño de servicios puede llegar a ser muy útil para apoyar los procesos de humanización y fortalecerla desde su disciplina a partir de un enfoque estratégico, proyectual y de desarrollo. Existen múltiples oportunidades para que el diseño de servicios se vuelva un agente relevante para la humanización e incluso puede llegar a ser un catalizador necesario porque puede transformar su metodología y se puede proponer dependiendo de la necesidad que se tenga. Es un agente de cambio y de conocimiento profundo de los usuarios porque se basa en lo que quieren, sienten, necesitan y expresan.

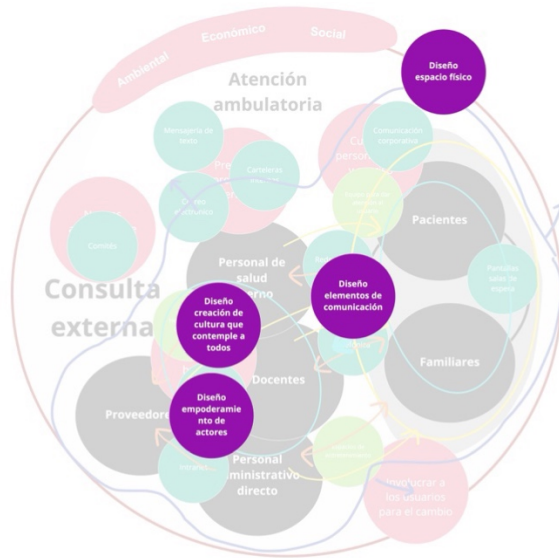
Por esta razón, como se ve en la figura 3.14, en consulta externa el diseño de servicios interviene para crear tendencias, evaluar lo digital-humano, predecir la enfermedad, mejorar el entorno y fomentar valor en la parte comunicativa según el recurso que sea necesario. También se puede ver cómo, dependiendo de dónde esté, involucra a los usuarios para el cambio y para mejorar los equipos de comunicación, que son tan importantes para el relacionamiento y el enfoque tecnológico.

El aspecto más significativo es que a través de su metodología contempla lo que es necesario para los usuarios, lo que se debe cambiar ahora y lo que se puede dejar para después, porque prioriza las iniciativas de humanización según la opinión de los usuarios, ya que lo humano tiene un enfoque inicial desde los usuarios y sus relaciones.

Figura 3.14

**CAMINOS DE INTERVENCIÓN EN DISEÑO SOBRE EL MODELO FASE 1**

En este diagrama se presentan los posibles caminos de intervención en diseño que fueron resultado del journey map de los usuarios y de acuerdo a los enfoques presentados. En su mayoría los caminos pueden ser esencialmente para el enfoque cultural y tecnológico, que permiten fortalecer el modelo de humanización desde varios puntos.



**USUARIOS**

(Separación por actores)

**INTERNO**



**EXTERNO**



**Figura 3.14.** Caminos de intervención en diseño propuestos sobre el modelo de humanización en consulta externa, que contempla todos los enfoques (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.



## 3.2 Fase 2

### 3.2.1 Planeación de las sesiones de cocreación

Para estas sesiones se elaboró un prototipo simplificado del mapa del HUN del servicio de consulta externa, del piso 1 y piso 2 (figura 3.15 y 3.16). Esto con el fin de que los actores se ubicaran y plantearan mejoras y explicaran su paso por consulta externa (3.17). Lo importante fue entender su perspectiva sobre el modelo de humanización planteado con ejemplos llevados a la vida real, crear con ellos diferentes formas de fortalecer ese modelo de humanización y empezar a pintar algunas ideas para que desde el diseño de servicios y el modelo propuesto se pudiera ejecutar y evaluar el impacto.



**Figura 3.15.** Prototipo utilizado para las sesiones: plano del servicio de consulta externa en el primer piso y mapeo de actores.

**Fuente:** elaboración propia.





**Figura 3.16.** Ubicación del mapeo de actores en el prototipo.

**Fuente:** elaboración propia.



**Figura 3.17.** Área principal de consulta externa en el HUN: entrega de diagnóstico.

**Fuente:** elaboración propia.

Siguiendo el planteamiento anterior de las entrevistas de la fase 1, se desarrolló un protocolo (anexo 7) y un consentimiento informado (anexo 1). Además de las sesiones de cocreación, fue necesario entrevistar a dos expertos del programa de humanización del HUN. Por motivos de caracterización de usuarios, facilidad de reclutamiento y con el acompañamiento del grupo de humanización se definió que las sesiones se llevaran a cabo con pacientes adultos mayores, pues es la población más recurrente en el servicio de consulta externa. Los siguientes datos principales son los determinados para la recolección de información:

- *Tipo:* sesión de cocreación moderada y entrevista (a expertos)
- *Fechas:* 21 de enero de 2022, 24 de enero de 2022.
- *Objetivo:* evaluar el modelo propuesto de humanización del HUN y plantear mejoras.
- *Herramientas:* consentimiento informado, hoja de información de la investigación, prototipo, marcadores, pólits, grabación de voz, cámara y formato de preguntas.
- *Usuarios:* la segmentación y la cantidad de usuarios se realizó a partir de los User Personas (anexo 3), planteados en la etapa previa. En la tabla 3.4 se presenta la definición de los participantes para las sesiones de cocreación de la fase dos.

**Tabla 3.4.** Definición de participantes para la segunda fase de la investigación.

<b>Tipo de usuarios</b>	<b>Número de usuarios</b>	<b>Edad</b>	<b>Tipo de sesión</b>
Promotora de una de la línea de calidez humana del programa de humanización	1	N/A	Entrevista
Director del programa de	1	N/A	Entrevista

humanización			
Pacientes adulto mayor	5	50-80 años	Sesión de cocreación
Familiares de pacientes adulto mayor	2	N/A	Sesión de cocreación
Personal de salud	3	N/A	Sesión de cocreación
Personal administrativo	2	N/A	Sesión de cocreación
Personal de seguridad	2	N/A	Sesión de cocreación
Personal de aseo	1	N/A	Sesión de cocreación

**Fuente:** elaboración propia.

### 3.2.2 Descripción de los resultados de la cocreación

Posterior al 2021, a inicios del 2022, el hospital sufrió distintos cambios. La pandemia generó que muchos de los elementos que estaban establecidos en el HUN se replantearan y el Hospital se volvió un referente del cambio y del tratamiento del COVID-19. Igualmente, se llevaron a cabo varias estrategias de divulgación y cambios en los convenios. Más de la mayoría de los pacientes del hospital eran de Bogotá; sin embargo,

---

la población se expandió y hubo un cambio significativo en la cantidad de pacientes remitidos por otras EPS y hospitales, por lo que hubo más cobertura de todo el país. Por esta razón, fue necesario entrevistar a expertos que explicaran el cambio y la transformación que tuvo el HUN y la humanización para el 2022. Entre ellos, se destaca a Jairo Pérez, director del programa, quien fue reconocido por su trayectoria como fundador del hospital, docente y médico de la Unidad de Cuidados Intensivos del HUN. También, Ingrid Janny Guzmán, una de las personas activas en la línea de conocimiento de Calidez Humana del Grupo de Humanización, que dio su aporte y punto de vista sobre la investigación y la humanización en el HUN.

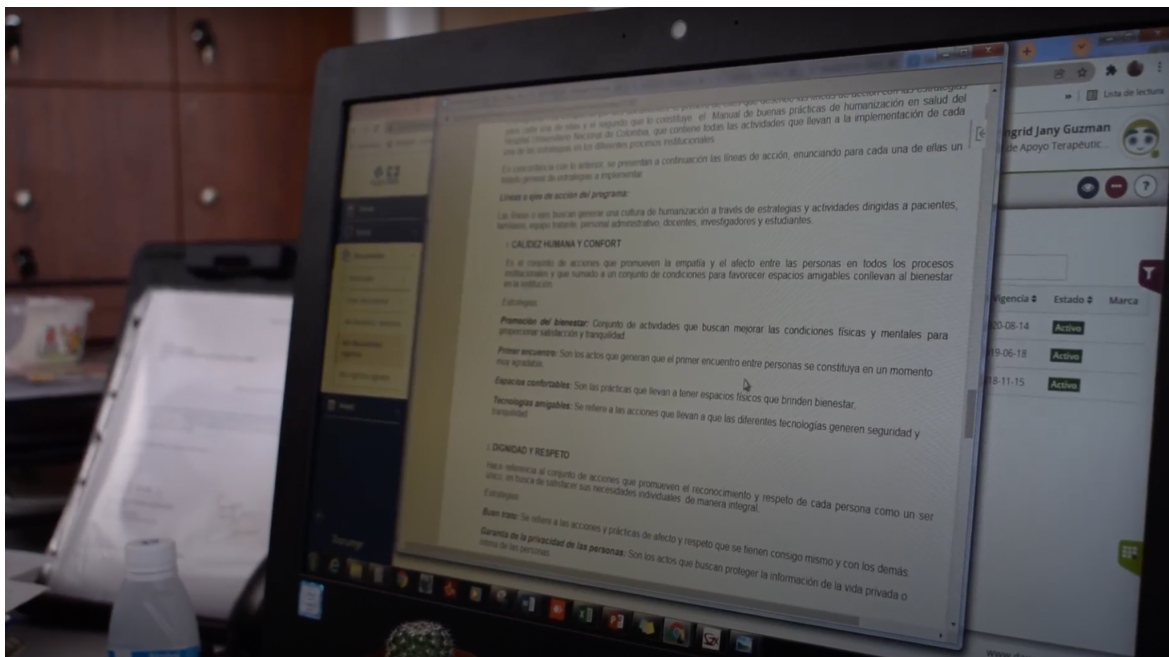
A continuación, se presenta la descripción de la información recolectada del perfil del usuario. Algunos nombres no se divulgarán teniendo en cuenta el consentimiento informado y la privacidad de los participantes.

### **Ingrid Janny Guzmán (Línea de calidez humana)**

Ingrid explicó que el grupo de humanización se reúne una vez al mes para hablar sobre los diferentes temas que impactan en el servicio del hospital. Los promotores del programa forman parte de una de las líneas de conocimiento y, de acuerdo con esto, implementan estrategias para mejorar la humanización. Asimismo, presentó la plataforma en dónde se consolidan todos los registros y lo que se hace dentro del hospital (figura 3.18), entre estos el planteamiento y el cambio del programa de humanización en el HUN. En el programa hay cinco líneas:

1. *Calidez humana*: se enfoca en el buen trato y en ofrecer indicaciones útiles del servicio. También, en hacer inducción a los nuevos trabajadores para que conozcan el hospital y se sientan cómodos desde el primer día. Asimismo, explicó la importancia de considerar al adulto mayor y a un tipo de cliente más rural, que estaba empezando a emerger con los cambios del hospital: “El adulto mayor es el que necesita más ayuda, más intervención porque son quienes se pierden y son la mayor parte de nuestros pacientes”.
2. *Confort*: en esta línea están los espacios cómodos y las tecnologías amigables, como las salas de espera o donde están los familiares o acompañantes que llegan a esperar a que salga el paciente. La línea se orienta a que estas zonas sean seguras, den tranquilidad y la parte arquitectónica reciba el mantenimiento adecuado.

3. *Dignidad y respeto*: Ingrid enfatizó en los derechos y deberes de los usuarios, de respetar su autonomía, ser solidarios y compasivos. Habló del programa Yo no soy uno más, que se implementó en el HUN para llamar a la gente por su nombre propio.
4. *Comunicación*: la línea de comunicación que dirige Jonathan García se basa en la comunicación con colaboradores, pacientes, familiares y cuidadores de manera asertiva. Se encamina a ofrecer la información correcta, en las necesidades de comunicación y la información que se les da a las personas para saber qué es lo que tienen que hacer y hacia dónde tienen que ir dentro del servicio.



**Figura 3.18.** Plataforma de del HUN con la explicación de las líneas del programa, esta información no es de acceso al público.

**Fuente:** elaboración propia.

### **Jairo Pérez (director del programa de humanización)**

La entrevista con el doctor Jairo Pérez fue muy valiosa para esta fase de la investigación, ya que él es quién está actualizado en las iniciativas que se le han hecho al programa, de los cambios que ha tenido y su necesidad por fortalecerlo. Jairo declaró

---

que, a raíz de la pandemia, se crearon más iniciativas de humanización, pues la cantidad de pacientes se incrementó, se abrieron nuevos contratos y la virtualidad implicó crear programas para establecer relaciones entre pacientes y familiares desde su casa. Los estudiantes también disminuyeron su tiempo en el hospital, pero ahora usan nuevos recursos de aprendizaje, lo que condujo a la mejora y que quedaron después de la pandemia: “En medio de la tragedia se volvió una oportunidad de impacto nacional” (J. Pérez, director del Grupo de Humanización del HUN, comunicación personal, 21 de marzo de 2022). “Es lo que yo siempre he insistido, esto tiene que ser para todos y ojalá el servicio llegue a donde menos acceso hay, como la educación en la Universidad Nacional” (J. Pérez, director del Grupo de Humanización del HUN, comunicación personal, 21 de marzo de 2022).

En medio de la pandemia, el HUN también tuvo varios problemas por la cantidad de pacientes que tenía. El servicio estaba más vacío y eso preocupaba mucho porque para nadie es un secreto que los pacientes y el personal son los que mantienen el servicio a flote. Sin embargo, el haber habilitado varios pisos en el HUN para pacientes COVID-19 fue una estrategia de expansión y de crecimiento más que de pérdida.

Por otro lado, fue de profundo interés el planteamiento del modelo de humanización sobre el área de consulta externa, puesto que es el proceso que más sobresale dentro de los servicios que entrega el HUN. Jairo comentó que “se tiende a subvalorar la consulta externa desde el punto de vista de sufrimiento y dolor” y que revisarlo desde el diseño era “buenísimo, además por la cantidad de procesos que finalmente llevarían a evaluar esa insatisfacción porque cuando uno habla de humanización es ver que está fallando” (J. Pérez, director del Grupo de Humanización del HUN, comunicación personal, 21 de marzo de 2022).

Ahora bien, también enseñó qué es lo que hace el programa de humanización y a que le apunta. Además, dio varios ejemplos significativos de la implementación de actividades y de la importancia dentro de los servicios: “La humanización es ver como trato de ayudar a los pacientes y a la familia” (J. Pérez, director del Grupo de Humanización del HUN, comunicación personal, 21 de marzo de 2022). Esto desde el punto de vista ético tiene mucho que ver para respetar la autonomía de los pacientes y actuar como mediadores para crear un soporte dentro de las relaciones entre actores. El doctor declaró los diferentes actores que se tienen en cuenta dentro del programa de humanización, que son el paciente, la familia, los estudiantes y los trabajadores del HUN.

---

El común denominador son las estrategias que se crean para los usuarios: “el programa tiene que responder a todo el mundo y no puede ser exclusivo, tiene que cambiar” (J. Pérez, director del Grupo de Humanización del HUN, comunicación personal, 21 de marzo de 2022). Otro comentario sobre la investigación en diseño y la humanización fue el siguiente:

Me parece importante que estés pensando en cómo diseñar una cosa bien estructurada, pero tienes que tener en cuenta todas las variables, porque a veces caemos en el error. Las personas no atienden mal porque quieren atender mal, lo hacen por alguna razón. (J. Pérez, director del Grupo de Humanización del HUN, comunicación personal, 21 de marzo de 2022)

Por eso es tan primordial entender qué hay detrás de cada usuario que está prestando o recibiendo atención, ponerse en sus zapatos y entender su identidad. El doctor también destacó el programa Yo no soy uno más (figura 3.19) y El jardín de flores y mencionó que la identidad no es solo el nombre, es reconocer a la persona y respetarla.

La humanización en el HUN tiene una plataforma estratégica (misión y visión), un manual de buenas prácticas y una política de humanización que se define así:

Proceso centrado en las personas, todos los que tienen que ver con el proceso de atención promoviendo y brindando trato digno, calidez humana y solidaridad de manera auténtica a pacientes, sus familias, colaboradores, docentes, investigadores, personal en formación y comunidad en general. También la dignidad humana y la compasión son pilares del actuar del programa. (J. Pérez, director del Grupo de Humanización del HUN, comunicación personal, 21 de marzo de 2022)





**Figura 3.19.** Doctor Jairo Pérez presentando una de las iniciativas más importantes del grupo de humanización “No soy 1+”.

**Fuente:** elaboración propia.

De ahí nacen las líneas que se aplican a todos los procesos asistenciales, administrativos, educativos, investigativos, de proyección social, ambientales y de construcción del buen vivir. Las líneas de humanización definidas por el doctor Jairo son las siguientes:

- *Calidez humana:* está línea se enfoca en la promoción del bienestar y los actos de primer encuentro para que constituyan un momento agradable.
- *Confort:* espacios confortables que brindan bienestar y tecnologías amigables que generen seguridad y tranquilidad.
- *Dignidad y respeto:* conjunto de acciones que promueven el reconocimiento y respeto de cada persona como un ser único, en busca de satisfacer sus necesidades individuales de forma integral. Aquí está el buen trato, la garantía de privacidad de las personas, la promoción de los derechos y deberes, la autonomía, el respeto al cuerpo humano y la protección de la confidencialidad.
- *Comunicación:* contiene todas las estrategias que promueven el intercambio de información a través de signos, símbolos, claves, significados, datos, información, vivencias, experiencias y estados emocionales. De ahí nacen



diferentes estados de la comunicación: consigo mismo, entre colaboradores, la información que se le proporciona al paciente, a la familia, al personal en formación, al equipo tratante, las malas noticias y la orientación y señalización amigable.

- *Compasión*: son las acciones dirigidas a fortalecer habilidades para hacer propio el dolor y sufrimiento del otro. Esta línea es de soporte a las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales, en cuidados al final de la vida, en el manejo integral del dolor y en la promoción de cuidados paliativos.
- *Solidaridad*: engloban las acciones que promueven ayuda mutua, el trabajo en equipo y la adopción de formas de comportamiento. Este se enfoca en acompañar a personas en situaciones difíciles, en educación, satisfacción de necesidades, participación de los familiares en cuidados, voluntariado y la cultura de donación de órganos.

### **Cocreación con pacientes**

En general, de acuerdo con las características de humanización, los pacientes ven indirectamente la aplicación del programa en el HUN. Sin embargo, hay muchos aspectos del espacio que sugirieron que se debían cambiar al utilizar el prototipo (figura 3.20). Uno de ellos habló de los espacios de espera, que les gustaría que fueran más entretenidos, más dinámicos y que les permitiera tener una estancia más agradable, ya que "el paciente tiene la razón para todo, si viene es porque está enfermo" (paciente, comunicación personal, 21 de enero de 2022). Ese estado de vulnerabilidad conlleva que los pacientes quieran estar en espacios más coloridos, que las instalaciones estén en buen estado e incluso que quieran saber un poco más de la información médica que se les entrega mientras esperan su diagnóstico. Mencionó lo siguiente:

"Me gustaría que, en estas pantallas, más allá de los turnos, me den información del hospital o de tips médicos que se pueden utilizar y poner en práctica, que es diálisis, qué es cardiología cosas así que no conozco, pero me gustaría saber de una manera más entretenida." (Paciente, comunicación personal, 21 de enero de 2022).

Muchos pacientes están conformes con los espacios por el estado en que se encuentran y por la atención que se les brinda durante todo su proceso en consulta externa: "Me fui muy enamorada del hospital, y sobre todo de la atención que mi médico

me dio” (paciente, comunicación personal, 21 de enero de 2022). Por otro lado, también se comentó que, en algunas ocasiones, las vías de señalización para ubicarse dentro de las zonas eran difíciles de entender y esto complicaba encontrar el lugar hacia dónde deberían ir.



**Figura 3.20.** Cocreación con pacientes, explicación de su recorrido por el servicio de consulta externa.

**Fuente:** elaboración propia.

### **Cocreación con acompañantes**

Muchos acompañantes llegan incluso a tener más interacciones con el contexto hospitalario que los mismos pacientes. En algunos casos, en el HUN había más gente que no eran familiares de los pacientes y que solo estaban allí para acompañar y servir de apoyo, por lo que el término *familiares* ya no aplicaba. Ellos deben esperar más de 1 hora mientras la persona sale de la cita, y esto hace que en la cocreación exijan más sobre los espacios de espera y de atención: "Tal vez mientras espero, me gustaría hacer algo y que la sala de espera no fuera un lugar solo para sentarse" (acompañante, comunicación personal, 21 de enero de 2022). Otros familiares refirieron la importancia de tener un guía en la entrada del hospital, pues ellos muchas veces son quienes se comunican con el personal administrativo, pero ellos, al estar ocupados, no les responden.

Además, su proceso, cómo mostraban en el prototipo, se enfoca más en el desplazamiento y espera, ya que no pueden entrar al consultorio para la atención del médico: "Me parecería buenísimo que acá hubiera un guía que me atienda, o algo que me diga que tengo que hacer, porque mi familiar es nuevo en el hospital, no es complicado, pero hace falta mejorar" (acompañante, comunicación personal, 24 de enero de 2022). Además, al no sentirse como algo incómodo, dentro de su proceso para encontrar la especialidad de su familiar todos indicaron la necesidad de hablar con alguien porque era difícil seguir las indicaciones presentadas en el contexto por sí mismos (paciente y acompañante). Por otro lado, para los acompañantes, las características de humanización se siguen viendo de forma implícita durante toda la atención en el área de consulta externa: dicen no conocer el programa, pero eso no influye para una perspectiva negativa del servicio.



**Figura 3.21.** Resultado del prototipo con los trazos de cocreación con acompañantes, sus comentarios frente a las mejoras y el recorrido realizado por consulta externa.

**Fuente:** elaboración propia.

### Cocreación con personal de salud

El personal de salud indicó estar de acuerdo con el programa de humanización y

---

haber tenido una capacitación previa. Aunque conocen parte del enfoque de humanización, todavía consideran que falta reforzar la información que se les da ya que solo se capacita una vez cuando entran a trabajar en el hospital. Uno de los médicos mencionó lo siguiente:

En el programa intervienen muchas áreas, no solo de la salud para hacer más cercano del hospital a los usuarios, no solo a los que trabajan, sino a las personas que vienen a internarse o los que vienen por consulta externa para que sea más amena su estancia, ya sea larga o corta. (Personal de salud, comunicación personal, 24 de enero de 2022).

También refirieron una característica que los impacta directamente: la interdisciplinar, ya que es enriquecedora, aporta para su profesión y genera un modelo de relacionamiento holístico con el personal. El personal de salud, a diferencia de los pacientes, señalaron la necesidad de brindar un trato más humano a los pacientes, dirigirse por su nombre y tenerlos presente, pues muchos de ellos no tenían suficiente información sobre el programa y a algunos les faltaba más humanización en el trato. Otro de sus comentarios fue que a veces la humanización era difícil de seguir por las diversas dinámicas entre médicos, por los tiempos y los programas que se enseñan en la formación profesional.

De los puntos de mejora señalados en la cocreación con el prototipo, en primer lugar, se mencionó la señalización:

Ese si es un problema, muchos pacientes refieren que no está bien señalizado, sobre todo la parte de consulta externa y fisioterapia. Mucha gente llega aquí preguntando por fisioterapia. Los fisiatras atienden en los consultorios del lado, pero como puedes ver solo hay números de consultorios y no dice fisioterapia. Como las órdenes siempre dicen medicina física y rehabilitación, siempre llegan aquí. (Personal de salud, comunicación personal, 24 de enero de 2022).

Dijeron que era preciso conocer las áreas básicas como los baños, las cafeterías y las áreas de facturación, ya que había muchos lugares que pasan desapercibidos, pero tienen mucho valor para los usuarios y para los médicos: “Que todos sepan donde son las áreas porque a veces le preguntan a uno, por ejemplo, dónde están los baños, te lo juro que yo todavía no sé. Los descubrí, pero porque lo necesitaba” (personal de salud,

comunicación personal, 24 de enero de 2022).

Por otro lado, explicaron que trabajar en la señalización no solo ayudaría a los pacientes, sino a los médicos; asimismo, requieren que sea algo más ameno, más interactivo y más humano, que pueda guiar fácilmente y que las letras sean más grandes, por el tipo de pacientes que se atienden constantemente: “acá en el mapa pondría señalización, pero no solo visual, no solo flechas, que fuera algo más gráfico, más humano o algo que pueda guiar más fácilmente” (personal de salud, 24 de enero de 2022) (figura 3.22). Otro de los puntos mencionados fue las sillas de la sala de espera de los pacientes y los espacios verdes, que en este momento no están en uso:

Hay muchos espacios que se podrían hacer verdes, como un jardín Zen. Utilizar estas peceras que hay en medio de los pasillos, estos espacios de luz que uno ve en el mapa, se pueden hacer verdes, más amenos, que no sea de concreto. (Personal de salud, comunicación personal, 24 de enero de 2022).



**Figura 3.22.** Ejemplo de uno de los momentos de cocreación con el personal de salud.

**Fuente:** elaboración propia.



### Cocreación con el personal administrativo

Para el personal administrativo lo primordial es la interacción entre varios de los usuarios (figura 3.23). Ellos son quienes hablan y se relacionan con diferentes tipos de usuarios en el HUN. Puede ser el personal de seguridad, de aseo, de salud, pacientes y acompañantes. Esto hace que el buen trato sea su principal preocupación desde humanización y la guía hacia otros desde distintas formas. Asimismo, se enfocaron en la mejora de los espacios de bienestar, ya que en este momento el único que hay es al aire libre, pero cuando el personal está en su momento de descanso, las palomas entran.

También se refirieron a la orientación y la división de los consultorios: "Tener a alguien acá en la puerta y que oriente a las personas, siempre debería haber alguien" (personal de imágenes diagnósticas, comunicación personal, 24 de enero de 2022). Mostraron su preocupación por la señalización del espacio, ya que a ellos los afecta directamente y mencionaron que una señalización más consciente y visible mejoraría la satisfacción.



**Figura 3.23.** Ejemplo de uno de los momentos de cocreación con el personal de entrega de diagnóstico.

---

**Fuente:** elaboración propia.

### **Cocreación con el personal de seguridad**

Los guardias de seguridad, al estar moviéndose constantemente por todos los pisos y supervisando diferentes áreas, fueron quienes más dijeron y propusieron (figura 3.24). Fue muy interesante realizar la sesión con este perfil de usuarios, ya que mostraron un fuerte interés por los pacientes, una perspectiva desde diferentes lugares y una mirada holística de lo que pasa en el servicio de consulta externa. Mencionaron los problemas que tienen la mayoría de las pacientes al ubicarse, al encontrar los consultorios y al interactuar con el digiturno: “Hay personas que, con el digiturno, no saben dónde está el módulo. Si uno no está ahí pendiente de lo que tienen que oprimir o cómo sale la flechita, se pierden demasiado” (personal de seguridad, comunicación personal, 21 de enero de 2022). También explicaron la importancia de comunicar las cosas de una manera más humana y entender a los pacientes con edades más avanzadas, quienes necesitan más ayuda y asistencia.

De igual forma, se refirieron a los baños y a los servicios básicos que están dirigidos a todos los pacientes y manifestaron lo siguiente: “Aquí podría haber más señalización, donde quedan los baños” (personal de seguridad, comunicación personal, 21 de enero de 2022). Sugirieron el lugar ideal para ubicar señalización visible, que sería la entrada. De igual manera, comentaron que se debería dar más libertad a todos los usuarios del servicio y ofrecer espacios más cómodos y de bienestar. Declararon también el impacto que tendría agregar más colores porque les permitiría a los pacientes “que cambien su estado de ánimo y el ambiente que a veces es muy serio al ser un hospital”. Asimismo, indicaron lo siguiente: “nosotros estamos para servirle, pero falta mucho para los clientes, un área para ellos, que tengan más libertad y más ubicación entre ellos” (personal de seguridad, comunicación personal, 21 de enero de 2022). Otra de sus propuestas se centró en poner a una persona funcionaria del hospital que esté pendiente de lo que tenga que ver con información de consulta externa, atención al usuario, alguien fijo en el piso para darle información, pero que conozca la ubicación de todos los servicios y, si es posible, de todos los procesos que se efectúan en consulta externa.



**Figura 3.24.** Ejemplo de uno de los momentos de cocreación con el personal de seguridad, comentando sobre el servicio en el prototipo.

**Fuente:** elaboración propia.

### **Cocreación con el personal de limpieza y aseo**

Por último, el personal de limpieza, que muchas veces no tiene la oportunidad de opinar sobre aspectos del hospital, declaró que no conocía el programa de humanización, pero lo relacionó con el buen trato y con su bienestar. Al mismo tiempo, expuso que la responsabilidad y la cultura de limpieza de todos los usuarios era primordial porque era ayudarse entre todos para preservar el hospital: “Decirle al familiar o el paciente que tenga más consciencia con el aseo, dejan reguero, nunca se va a ver nuestro aseo si ellos no ayudan” (personal de limpieza, comunicación personal, 24 de enero de 2022).

El personal de aseo es el que está antes, durante y después de todas las jornadas. También, el que se desplaza por los pisos y diferentes lugares, que muchos de los usuarios probablemente nunca conocerán. La personalidad, la atención y la compasión fueron las características más mencionadas por el personal: “La actitud de uno, como



trata a las personas, el respeto que se da” (personal de limpieza, comunicación personal, 24 de enero de 2022). Sin embargo, aunque también hay un desconocimiento desde el programa, piensan que la humanización está comprendida dentro de todo el trato hacia ellos como proveedores y hacia los demás usuarios (figura 3.25).



**Figura 3.25.** Ejemplo de uno de los momentos de cocreación con el personal de aseo.

**Fuente:** elaboración propia.

### **Puntos en común de la cocreación**

En general, la humanización se seguía percibiendo implícitamente dentro del hospital. Había una fuerte mención a la necesidad de tener una buena comunicación y un relacionamiento más humano entre todos los actores, pero la opinión que más predominó fue la de la señalización, que fuera más humana, dinámica, gráfica y amena. Además, que se dirigiera no solo según la normativa hospitalaria, sino hacía todos los que verdaderamente interactúan con el servicio diariamente, todos los usuarios de consulta externa. Adicionalmente, en las sesiones de cocreación, fueron muy frecuentes propuestas sobre un guía en la entrada, hacer las letras de la señalización más grandes y accesibles y tener un servicio más inclusivo. También, la actividad que se realizó con

---

el prototipo estuvo en gran parte enfocada hacia la comunicación y al relacionamiento, por lo que muchos de los participantes, sin importar su perfil, sus creencias y su entorno individual, se sintieron libres de añadir, crear y comentar diferentes propuestas para fortalecer el modelo de humanización del HUN.

### 3.2.3 Refinamiento del modelo

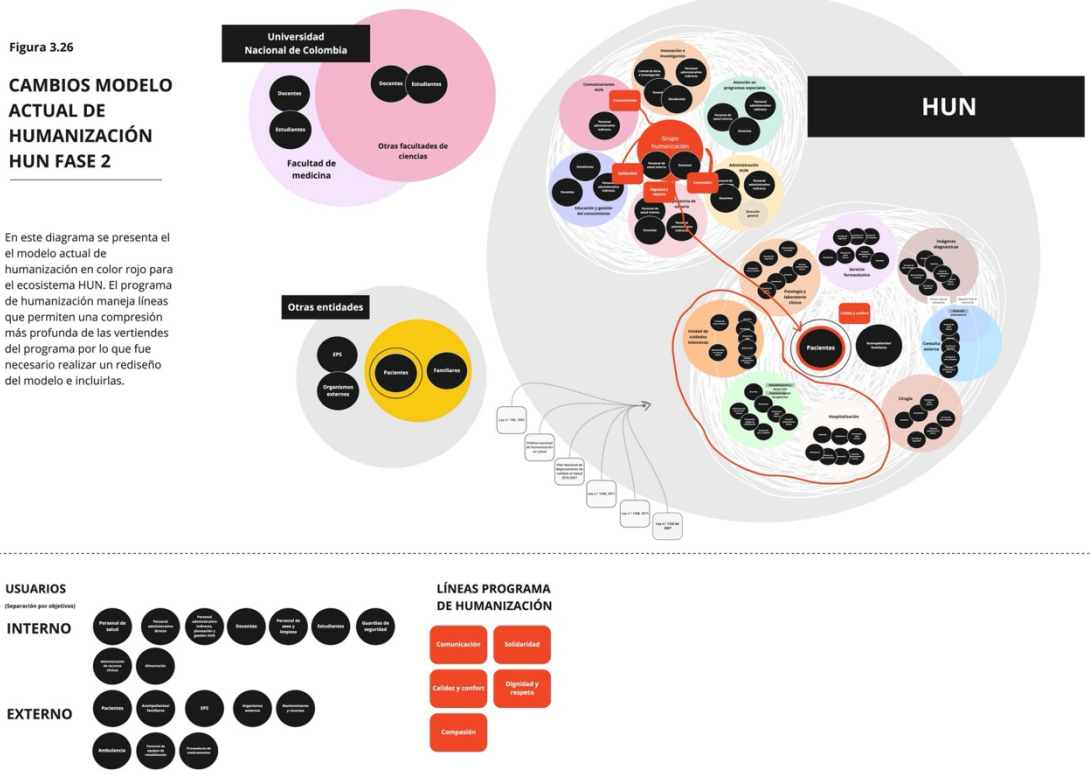
- Relacionamiento actual de los usuarios en el HUN

Durante la fase 2, el hospital tuvo muchos cambios, entre estos el programa de humanización. El director del programa de humanización dio su punto de vista y complementó lo que es ahora el programa de humanización en el HUN; fue indispensable cambiar la información del modelo actual que se tenía de la fase 1 e integrar las diferentes líneas de humanización existentes: calidez humana y confort, dignidad y respeto, compasión, comunicación y solidaridad. Asimismo, se analizaron las relaciones que tiene el grupo de humanización desde estas líneas, pero todavía tienen más impacto en la unidad de cuidados intensivos, apoyo terapéutico y hospitalización, de acuerdo con las iniciativas que ha tenido el programa en los últimos años y la explicación que entregó el director del programa de humanización.

Sin embargo, se conoce que el programa prevé impactar a más servicios y por eso es trascendental revisar en cada uno cómo se ve la humanización y proponer desde el impacto que tendrá a futuro el modelo examinando los diferentes enfoques de humanización planteados en la fase 1. Se puede ver también que la línea de comunicaciones contempla la humanización en el entorno hospitalario, pero esto es más porque se evalúa desde el área de comunicaciones y no desde un servicio específico. Por otro lado, se presenta la presencia que hay en consulta externa de estas líneas, que se conoce hoy debido al enfoque de esta investigación, pero sería importante revisar la presencia de las líneas en cada servicio. Por esto, la presencia de las líneas en los otros servicios del modelo actual de humanización no se presenta en la figura 3.26.

Los cambios que se produjeron fueron la mejora en la división de actores, que anteriormente eran denominados *familiares*, pero que también pueden ser *acompañantes*, y lo mismo para cada uno de los proveedores, que tienen diferentes

puntos de vista según lo que ofrecen, por lo que deben ser vistos por separado. Es así como se agregan las líneas del programa y se crea un nombre para cada tipo de proveedor, algunos desaparecen y otros nuevos entran a ser parte del modelo.



**Figura 3.26.** Cambios en el modelo de humanización actual que se construyó en la fase 1, incorporando las líneas del programa de humanización presentadas en 2022 (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

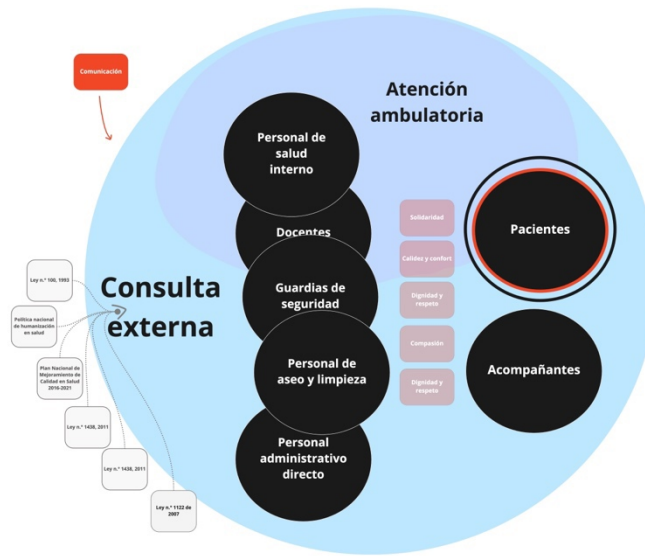
**Fuente:** elaboración propia.

Los cambios que tuvo el modelo inicial de consulta externa (figura 3.27) fueron similares a los anteriores, el cambio del nombre de *familiar* a *acompañante*, la visualización de los proveedores de consulta externa por separado servicios de limpieza y los guardias de seguridad dentro del esquema por sus diferentes puntos de vista. De igual manera, de acuerdo con los comentarios en las sesiones de cocreación, las características de las líneas de atención se ven implícitas en la atención y el servicio, pero no son conocidas. Por esta razón, las líneas se encuentran en un color más tenue porque todavía no tienen un impacto tan grande dentro del servicio y desde el programa se enfoca en el personal de salud interno y los pacientes. Sin embargo, esto no indica que no haya humanización para los otros actores, ya que ellos hacen humanización de forma inconsciente y por la formación que se les da en el hospital.

Figura 3.27

**CAMBIOS MODELO ACTUAL DE HUMANIZACIÓN CONSULTA EXTERNA FASE 2**

En este diagrama se presenta el el modelo actual de humanización en color rojo para consulta externa. Las líneas del programa de humanización están implícitas. Sin embargo, el grupo de humanización no se enfoca directamente sobre este servicio por lo que se presentan de un color rojo más tenue. La única línea que tiene una presencia más fuerte es la de comunicación.



**USUARIOS**  
*(Organización por departamentos)*

**INTERNO**



**EXTERNO**



**LÍNEAS PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN**



**Figura 3.27.** Cambios en el modelo de humanización actual en consulta externa incorporando las líneas del programa de humanización, presentadas en 2022 (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

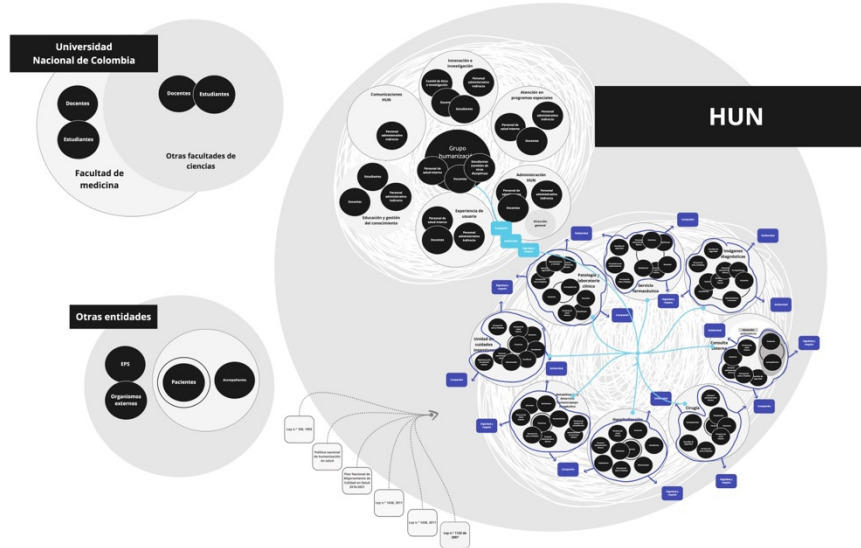
- Enfoque cultural

Para el enfoque cultural hay tres líneas del programa de humanización que se relacionan. Dignidad y respeto, compasión y solidaridad. Fue necesario rediseñar el modelo (figura 3.28) incluyendo las líneas del programa de humanización, por lo que la creación de cultura y el empoderamiento se apoya del grupo de humanización con estas tres partes del programa de humanización. Igualmente, se refinaron las relaciones que surgen teniendo en cuenta la reorganización de actores.

Figura 3.28

**ENFOQUE CULTURAL EN EL HUN FASE 2**

En este diagrama se presenta la propuesta del enfoque cultural en el modelo de humanización del HUN. Esencialmente hubo un cambio en la manera en que los usuarios se dividían y se agregaron más grupos de interés. Adicionalmente, las líneas del programa de humanización hacen presencia en cada uno de los elementos descritos.



**Figura 3.28.** Cambios en el modelo de humanización propuesto, derivados de la cocreación de la fase 2 sobre el enfoque cultural en el HUN (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

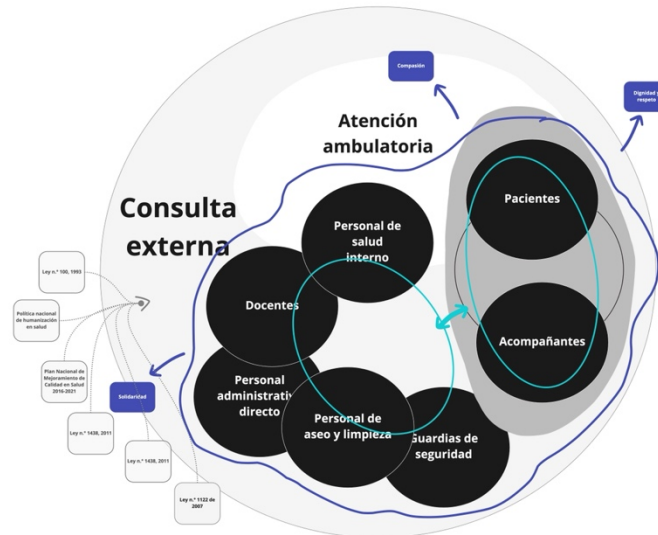
**Fuente:** elaboración propia.

En el modelo de consulta externa, además de los cambios anteriormente descritos, se agregaron las líneas de humanización, mencionadas por el director del programa. Se reubicaron hacia afuera en el empoderamiento porque humanizar es difundir y compartir compasión, solidaridad, dignidad y respeto. De eso se trata la creación de cultura y el empoderamiento de los usuarios, como se muestra en la figura 3.29.

Figura 3.29

**ENFOQUE CULTURAL EN CONSULTA EXTERNA FASE 2**

En este diagrama se presentan los cambios de la propuesta del enfoque cultural en el modelo de humanización de consulta externa. En general los resultados de la cocreación no llevaron a realizar cambios grandes, únicamente se incluyeron las líneas de humanización.



**Figura 3.29.** Cambios en el modelo de humanización propuesto, derivados de la cocreación de la fase 2 sobre el enfoque cultural en consulta externa (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

- Enfoque relacional

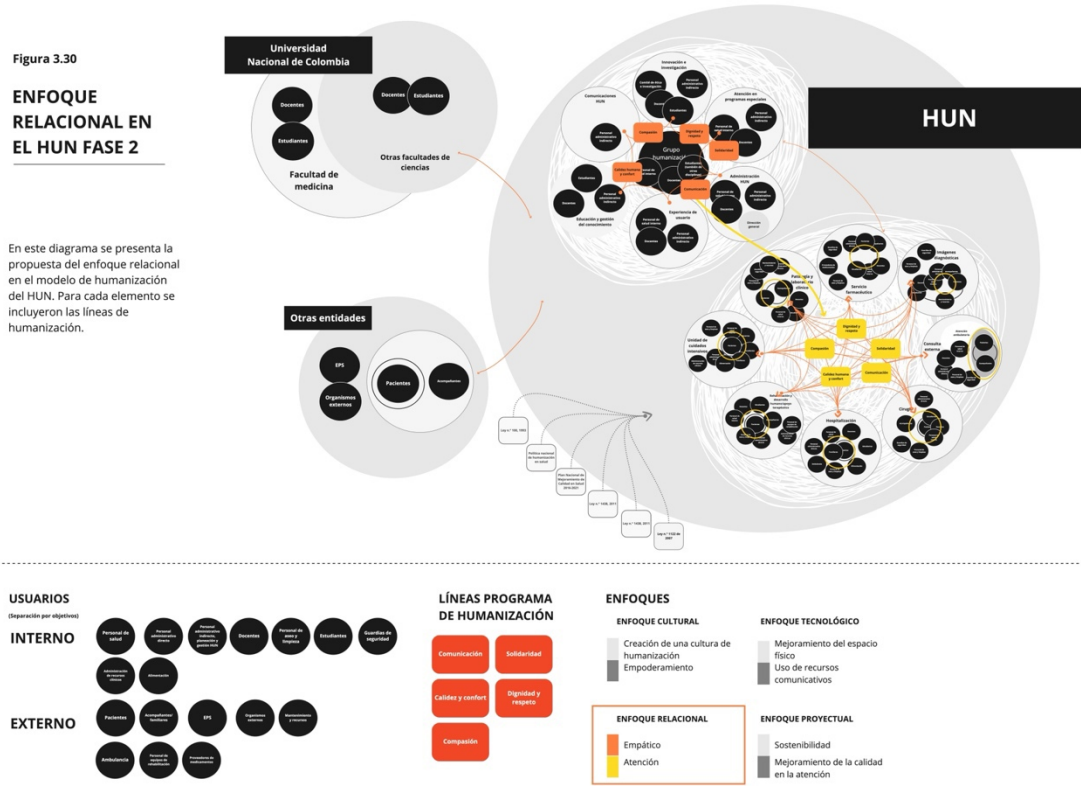
Los cambios que sufrió el modelo desde el enfoque relacional fueron ajustar detalles del relacionamiento con proveedores y agregar todas las líneas de humanización. Este enfoque necesita de las cinco líneas del programa porque se basa plenamente en las personas y en sus interacciones. El elemento empático actúa desde el bienestar, en todo el entorno del HUN, a diferencia del elemento de atención, que se ubica en el centro del sistema para concentrarse en los actores principales que reciben atención en cada servicio, los cuales siguen siendo los pacientes y los acompañantes, como se describe en la figura 3.30.



Figura 3.30

**ENFOQUE RELACIONAL EN EL HUN FASE 2**

En este diagrama se presenta la propuesta del enfoque relacional en el modelo de humanización del HUN. Para cada elemento se incluyeron las líneas de humanización.



**Figura 3.30.** Cambios en el modelo de humanización propuesto, derivados de la cocreación de la fase 2 sobre el enfoque relacional en el HUN (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

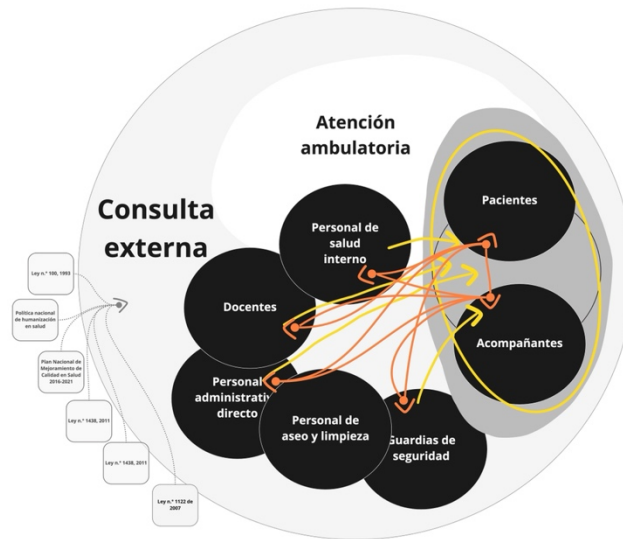
**Fuente:** elaboración propia.

En consulta externa, el modelo (figura 3.31) se definió de forma similar a como estaba, considerando que todas las líneas del programa de humanización intervienen. Se agregaron las interacciones que tienen los guardias de seguridad y el personal de servicio de aseo y limpieza con los otros actores. Así mismo, se añadió el elemento de atención desde el guardia de seguridad porque él forma parte de esa experiencia que hoy un paciente o acompañante vive, sea para ubicarse, preguntar sobre algo específico e incluso para sentirse seguro en el espacio.

Figura 3.30

**ENFOQUE RELACIONAL EN CONSULTA EXTERNA FASE 2**

En este diagrama se presentan los cambios de la propuesta del enfoque relacional en el modelo de humanización de consulta externa. Fue crucial incluir al personal de limpieza y de seguridad por separado porque son proveedores diferentes, al igual que los acompañantes porque en el servicio de consulta externa pueden ser más que familiares. Al separar a los proveedores, se hizo una redistribución del elemento de relacionamiento empático.



**Figura 3.31.** Cambios en el modelo de humanización propuesto, derivados de la cocreación de la fase 2 sobre el enfoque relacional en consulta externa (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

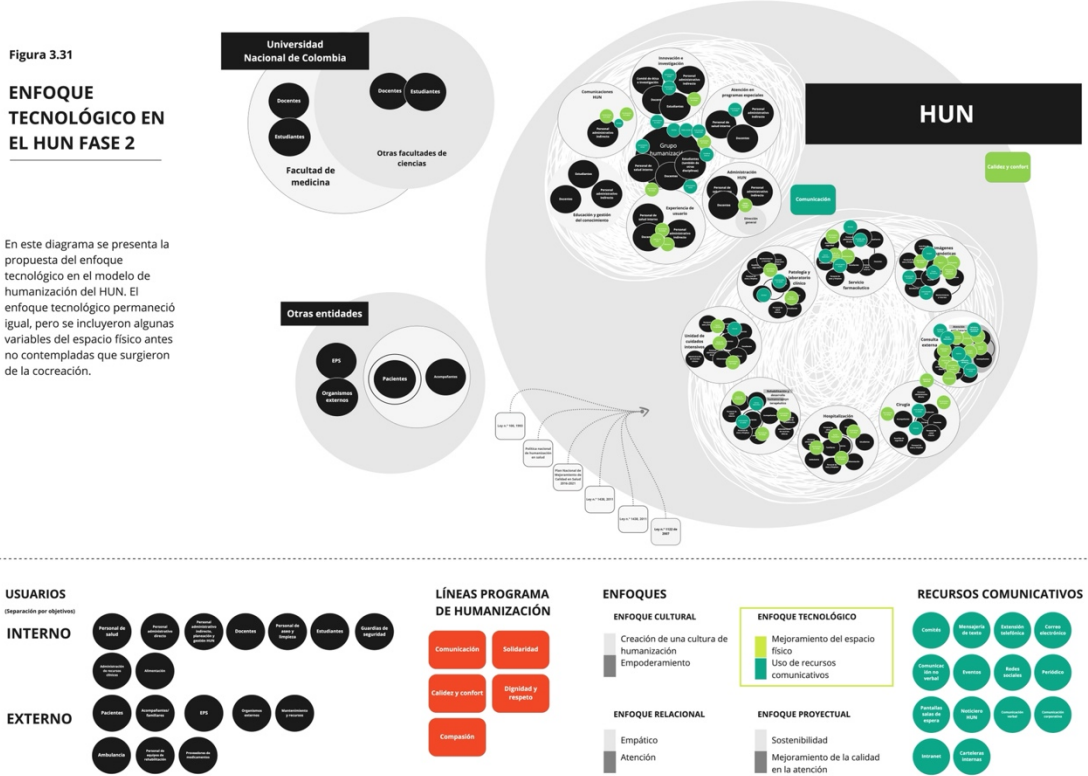
**Fuente:** elaboración propia.

- Enfoque tecnológico

El mejoramiento del espacio físico está directamente relacionado con la línea del programa de humanización de calidez y confort. De allí, surgió un gran cambio al mostrar la unión de esta línea con los objetos tecnológicos presentados en la propuesta anterior. El enfoque comunicativo, por otro lado, tiene una fuerte línea del programa de humanización base, que es la de comunicación. De esta manera, todas las estrategias y los métodos de comunicación se definen, por lo que hay una toma de decisiones más holística, que contempla todos los servicios que están en el hospital; por esta razón, las variables comunicativas comentadas en la fase 1 tampoco cambiaron.



Al no conocer cómo es el comportamiento de la comunicación y confort dentro de los otros servicios, la información presentada para este enfoque permaneció igual a como estaba en la fase 1. Se conocen en términos generales las relaciones que se presentan. No obstante, haciendo la prueba con el servicio de consulta externa, hay varias cosas interesantes que se derivaron de los espacios de cocreación para el modelo. Los usuarios hicieron énfasis en tener una comunicación más clara para conocer el uso de las herramientas que tienen a su disposición como el digiturno, junto con los mensajes entregados en las órdenes diagnósticas. De igual manera, mencionaron el uso de recursos alternos como el celular para mantenerlos informados y que la planta física más allá de ser un lugar para la atención en salud, se vuelva un espacio para sentirse cómodo y que sea un apoyo para el paciente que está en estado de vulnerabilidad. La inclusión de estas miradas para el enfoque se puede ver en la figura 3.32.



**Figura 3.32.** Cambios en el modelo de humanización propuesto, derivados de la cocreación de la fase 2 sobre el enfoque tecnológico en el HUN (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

---

Es primordial poner un nombre y una cara a la información general que entrega el modelo de humanización del HUN (figura 3.33). Las sesiones de cocreación ayudaron para este fin porque, al definir la experiencia de los distintos tipos de usuarios, se pudieron empezar a contemplar los objetos y las partes del espacio físico que eran significativas.

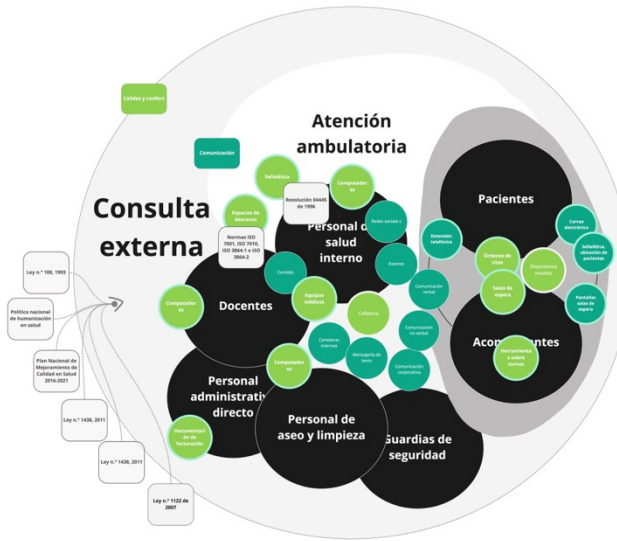
Los usuarios dieron la oportunidad de presentar esas herramientas, que tocan el enfoque tecnológico y el de comunicaciones durante su proceso en consulta externa, muy seguramente para evaluarlas dentro de las oportunidades de diseño que estaban definiéndose en la fase 1 y para entender cuál era la más crucial por impactar.

De ahí, desde el elemento tecnológico, empiezan a aparecer objetos considerables (están resaltados y tienen a su alrededor una línea color verde menta), como espacios de descanso; equipos médicos para las citas médicas; computadores, que son el recurso que utiliza el personal administrativo y el médico para brindar atención; señalética, y la toma de turnos. Desde el elemento comunicativo, hay herramientas que resaltan, de las que los usuarios se refieren más, como las pantallas en salas de espera, la extensión telefónica, la señalética y el correo electrónico, además de la comunicación verbal y no verbal. Todo esto necesita de un proceso de humanización y que los usuarios tomaron en cuenta en este proceso, por lo que empieza a representar una conveniencia para el diseño de servicios en la investigación, con los que la propuesta empezará a tomar forma y se orientará en las comunicaciones.

Figura 3.32

**ENFOQUE TECNOLÓGICO EN CONSULTA EXTERNA FASE 2**

En este diagrama se presentan los cambios de la propuesta del enfoque tecnológico en el modelo de humanización de consulta externa. Se incluyeron variables del elemento del espacio físico antes no contempladas, que son resultado de la cocreación y que más adelante serán una oportunidad para intervenir desde el diseño.



**Figura 3.33.** Cambios en el modelo de humanización propuesto, derivados de la cocreación de la fase 2 sobre el enfoque tecnológico en consulta externa (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

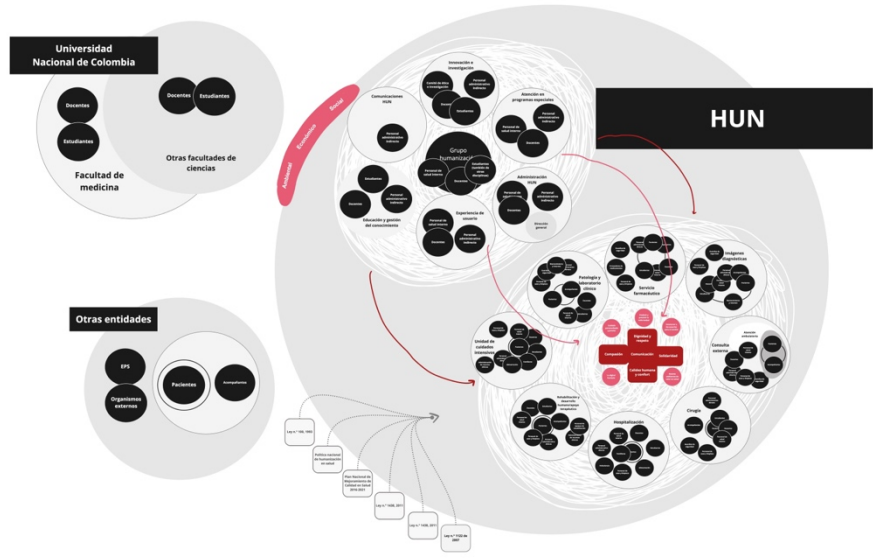
- Enfoque proyectual

No hubo mayores cambios presentados en el enfoque proyectual (figura 3.30) de consulta externa porque como este enfoque se basa en el futuro, la información suministrada en la fase anterior se basaba de manera prospectiva y sobre esto no hubo muchas opiniones en las sesiones de cocreación con usuarios. El único cambio que se evidenció fue el de la adición de las líneas de humanización para cada elemento. Todas las líneas deben abordar el enfoque proyectual, pues de eso se trata su calidad a futuro. En la figura 3.34 se muestra como al inicio aparecen las líneas de humanización en la sostenibilidad y después en la siguiente figura, en la calidad de la atención, porque estos dos elementos se relacionan y se comportan a la vez en el entorno. Uno no puede existir sin el otro.

Figura 3.33

**ENFOQUE PROYECTUAL EN EL HUN FASE 2**

En este diagrama se presenta la propuesta del enfoque proyectual en el modelo de humanización del HUN. Se incluyeron las líneas del programa de humanización sobre las tendencias presentadas en la fase 1.



**Figura 3.34.** Cambios en el modelo de humanización propuesto, derivados de la cocreación de la fase 2 sobre el enfoque proyectual en el HUN (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

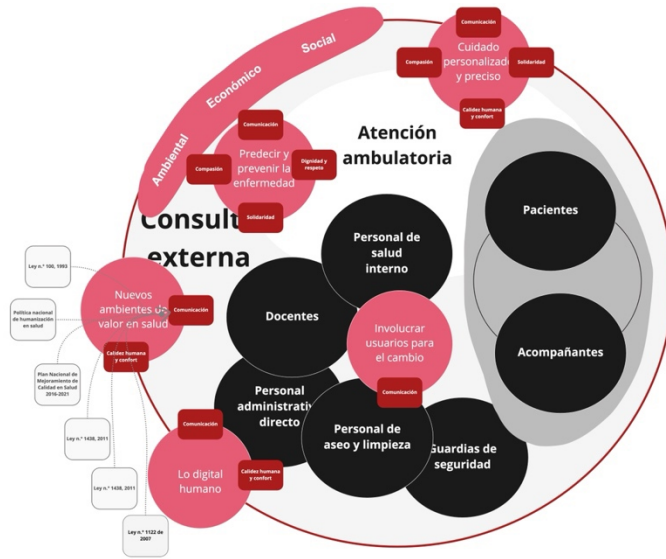
**Fuente:** elaboración propia.

Este enfoque en consulta externa se mantuvo igual, como se mencionó anteriormente (figura 3.35). Se agregaron las líneas de humanización y su comportamiento dependiendo de la tendencia. Se puede ver que la línea de comunicación está presente para las cinco tendencias, todo esto se rescató en las sesiones de cocreación, ya que impacta directamente a todo el sistema.

Figura 3.34

**ENFOQUE PROYECTUAL EN CONSULTA EXTERNA FASE 2**

En este diagrama se presentan los cambios de la propuesta del enfoque proyectual en el modelo de humanización de consulta externa. Como el enfoque es prospectivo, los cambios fueron menores teniendo en cuenta el relacionamiento entre actores y la inclusión de las líneas del programa de humanización.



**Figura 3.35.** Cambios en el modelo de humanización propuesto, derivados de la cocreación de la fase 2 sobre el enfoque proyectual en consulta externa (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

### 3.3 Fase 3

#### 3.3.1 Del modelo a la ejecución

- Definición de la propuesta

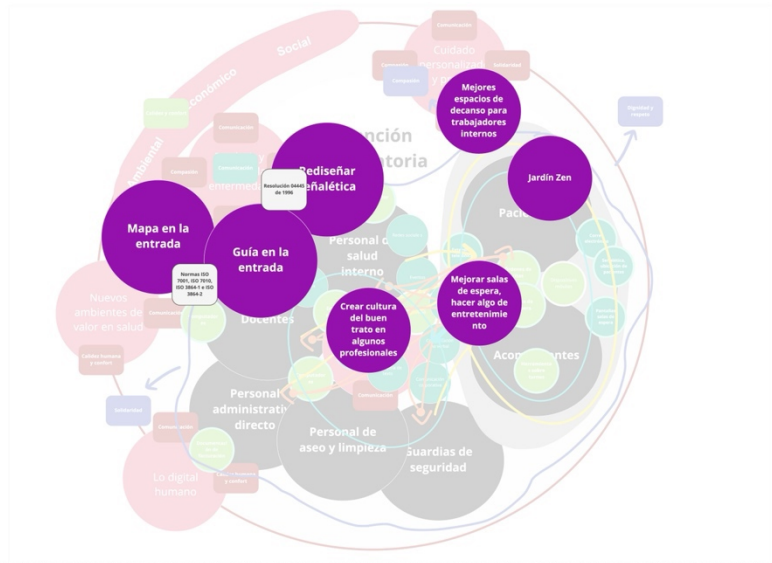
Después de analizar las sesiones de cocreación y evaluar los puntos en común de cada uno de los actores, se elaboró un *Journey map* del servicio de consulta externa orientado en cada actor, sus interacciones y sus propuestas de acuerdo con el refinamiento del modelo en la fase 2 (anexo 8). Además, en la fase 3, esta definición tiene un significado muy grande para la investigación, ya que se extrajeron los enfoques de humanización y los ejes de intervención en diseño del modelo

propuesto para construir el *Journey map* como se ve en la figura 3.36. Esta fue una transformación y una proyección a la realidad del modelo construido basado en el diseño de servicios y su valor como disciplina dentro de la investigación.

Figura 3.36

**CAMINOS DE INTERVENCIÓN EN DISEÑO SOBRE EL MODELO FASE 2**

En este diagrama se presentan los caminos de intervención en diseño, que son resultado de la cocreación y a los que ya se les pudo poner el nombre de una solución. Los que más destacan son "mapa en la entrada", "guía en la entrada" y "rediseñar señalética".



**USUARIOS**

(Separación por actores)

**INTERNO**



**EXTERNO**



**Figura 3.36.** Caminos de intervención en diseño propuestos sobre el modelo de humanización en consulta externa que contempla todos los enfoques, derivados de la cocreación fase 2 (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

En el *Journey map* (anexo 9) y en el modelo (figura 3.36) se puede ver cómo en cada punto de contacto del servicio puede llegar a intervenir más de un actor e incluso hay muchos objetos de interacción en cada etapa del servicio de consulta externa. Aunque se sabe que el servicio va más allá de un proceso paso a paso, este es el acercamiento más completo que contempla desde diferentes puntos las perspectivas de todos los actores. También, elaborar este *Journey map* permitió entender cuál era la propuesta que más impactaba el servicio de consulta externa y, como muchos de los usuarios mencionaron, fue la señalética. Fue muy interesante entender que, aunque inicialmente se creía que la señalética simplemente formaba parte de la primera etapa del servicio, realmente está presente constantemente, en toda la experiencia y es un pilar

---

fundamental para la humanización y el fortalecimiento de todas las dimensiones explicadas dentro del modelo propuesto.

Así pues, se tomó la decisión de intervenir la señalética porque tiene más incidencia en el servicio e implica el cambio y el fortalecimiento de la humanización desde diferentes perspectivas y en varias etapas del servicio de consulta externa. Asimismo, esta decisión se tomó debido al alcance de la ejecución, que fue llevar a cabo un acercamiento inicial de lo que podría llegar a convertirse la construcción del modelo a través del diseño de servicios para fortalecer la humanización en el HUN.

Con respecto a los problemas de la señalética que mencionaron los actores y las propuestas que nacieron de las sesiones de cocreación, se determinó que definitivamente había un problema con la ubicación dentro del servicio, con la información de las especialidades y la necesidad de tener un punto de referencia para saber a quién acudir y cómo llegar a las respectivas áreas. De ahí nació la propuesta de la creación de un mapa que se pudiera ubicar en la entrada del hospital, acompañado de guías de recorrido dinámicas, diferentes y más amenas. De igual manera, se definió construir una plancha con la presentación de los servicios que se pueden encontrar en cada piso, para conocer los servicios a los que se podría acceder en el hospital en el primer momento de la experiencia.

### **Percepción del área de comunicaciones del HUN**

Después de las sesiones de cocreación, en febrero de 2022 se llevó a cabo una reunión con Jonathan García, el director de comunicaciones del HUN. Su punto de vista fue crucial para presentar la propuesta, ya que en su mayor parte se desarrollaría el modelo enfocado en la señalización y en la ubicación de los usuarios dentro del primer piso del HUN. Jonathan García manifestó su interés por mejorar la señalización del hospital e incluso mencionó las diferentes estrategias que se estaban efectuando para este fin. Explicó la necesidad de trabajar sobre los puntos críticos del servicio y abarcar distintos clientes porque, según lo indicó, “la caracterización de la población el último año cambió, ahora los pacientes tienen más edad e incluso vienen de áreas más rurales”.

Entre las propuestas evaluadas por el área de comunicaciones se mencionó usar una pared del hospital para publicar los servicios que tiene cada piso (aunque aún no estaba implementada); mencionar otras dependencias, que actualmente no se tienen contempladas; incluir un mapa 3D para la página de internet del HUN para que los



---

pacientes ingresen y hagan una visita virtual, y ubicar señalizaciones de aires, aunque explicó que “no es suficiente para el tipo de clientes que tiene el hospital”. Igualmente, expresó su interés por proponer señalizaciones en el piso y techo en puntos críticos de convergencia de usuarios y manifestó lo siguiente:

El punto de facturación es una locura, los pacientes se pierden, no saben a dónde deben ir. El paciente puede ir a consulta externa o puede ir a otro servicio. Ahí realmente tienen que tomar una decisión. Ese punto es súper crítico.

Del mismo modo, explicó el cambio que se definió con la jefe de consulta externa sobre la enumeración de consultorios para que sea más metódico (este cambio tendría lugar en una semana y fue contemplado en la estructuración de la propuesta).

### **Encuestas de satisfacción de la señalética en el HUN**

De forma paralela, el área de comunicaciones elaboró una encuesta con los diferentes comentarios de señalización que se estaban difundiendo por los usuarios de consulta externa. Se envió vía correo electrónico a 128 pacientes que usaron el servicio durante ese último mes. El mayor rango de edad que respondió fueron pacientes entre 40 y 70 años, teniendo en cuenta el perfil de usuarios más frecuente del HUN. De los resultados más relevantes, se destaca la respuesta a la pregunta ¿alguna vez se ha sentido desubicado transitando por el Hospital?, ya que más de la mitad de las pacientes (57 %) respondieron que sí; el 42.2 %, que no, y el 0.8 %, que pocas veces. Otra pregunta fue ¿en qué piso se le dificulta ubicarse más al transitar por el Hospital? El 42.2 % de los pacientes respondió que el primer piso.

Este resultado se entiende porque el servicio de consulta externa es el que más se mueve y se encuentra en el primer piso. Por otro lado, de acuerdo con las nuevas propuestas de señalización del hospital, se preguntó lo siguiente: ¿le gustaría que hubiera otra opción que indicara la ubicación en el hospital, aparte de la señalización ya existente? El 73.4 % de las personas respondió que sí, lo que hace que se refuercen los comentarios derivados de las sesiones de cocreación y la definición de la propuesta de implementación. Asimismo, dentro de la encuesta hubo un espacio para sugerir otras opciones diferentes a las de la señalización: entre lo más comentado se resalta colocar un mapa en la entrada del hospital con la información de los pisos; un tablero indicativo; señalización para el ascensor, la cafetería y para pedir el turno; un instructivo para transitar; una pantalla para ubicar la ruta; también, enumerar los cubículos de atención; poner nombres coherentes con el sitio al que hay que ir y contar con una persona guía.



---

### Los 3 niveles de la propuesta

Siguiendo con la descripción de cada uno de los enfoques del modelo humanización: cultural, relacional, tecnológico y proyectual, es necesario contemplar cada uno de estos de una manera integral. La propuesta tiene tres niveles para considerar la humanización, que se presentan a continuación:

#### Nivel 1: físico

Para este nivel se hizo una propuesta para el adulto mayor. Se revisaron las diferentes formas en las que se podía presentar la señalética de una manera más amena, entretenida y fácil de entender. Además, como los adultos mayores no son afines a los canales digitales, el acercamiento a la señalética debía ser físico, de fácil lectura y acoplado a las características y necesidades de las personas de mayor edad. Posteriormente, para el desarrollo de la propuesta, se analizaron referentes de señalética de otros hospitales y se revisaron los trabajos anteriores de señalética del HUN junto con el manual de imagen corporativa del hospital (García, 2022). También, se indagó en la normatividad sobre señalética en servicios de salud en Colombia (capítulo 2). Después, se presentó al área de comunicaciones del HUN, fue refinada, aprobada y se pidió el permiso para intervenir la planta física. La propuesta tiene tres partes:

- *Plancha con información de pisos:* esto podría sonar muy básico, pero el hospital aún no lo tiene hoy. Los usuarios recalcaron que sería muy favorable para ellos tener un lugar donde consultar el servicio que buscan y ubicar el piso antes de la cita. Eso les ahorraría esfuerzo y tiempo al llegar al HUN. Por lo tanto, a nivel físico, fue importante presentar una plancha con la información de los pisos que se pidió en un inicio al director de comunicaciones del HUN. Esta propuesta ya había sido contemplada, pero nunca se implementó desde el área de comunicaciones, por lo que se retomó el trabajo y se completó la plancha para la ejecución de la propuesta. Este documento se puede ver con más detalle en el anexo 9, y en la imagen 3.37 se presenta la ubicación para la ejecución.



**Figura 3.37.** Plancha con la información de pisos, en la entrada principal del HUN durante el momento de ejecución de la propuesta.

**Fuente:** elaboración propia.

- *Mapa de recorridos en la entrada:* este mapa fue muy solicitado y muchos usuarios de diferentes perfiles lo mencionaron dentro de la cocreación. Explicaron que era necesario saber dónde quedaba cada servicio y humanizar un poco más ese proceso. Otros dijeron que era importante mapear los consultorios de consulta externa y los diferentes servicios que se presentan en este con letra grande y de manera clara. De ahí, se solicitó el mapa del piso 1 actual del HUN (figura 3.38), que está localizado según la normativa para presentar los accesos de emergencia y la ruta sanitaria del hospital. Como se observa, el mapa es de difícil lectura y no tiene un lenguaje de humanización para las personas, por lo que se partió de este para transformarlo y reconstruirlo para todos, para que estuviera ubicado en la entrada del primer piso del HUN. El mapa propuesto se puede visualizar en la figura 3.39 y se encuentra a detalle en el anexo 10 de esta investigación.



**Figura 3.38.** Mapa actual que se utiliza para presentar los accesos de emergencia y sanitarios en el piso 1 del HUN.

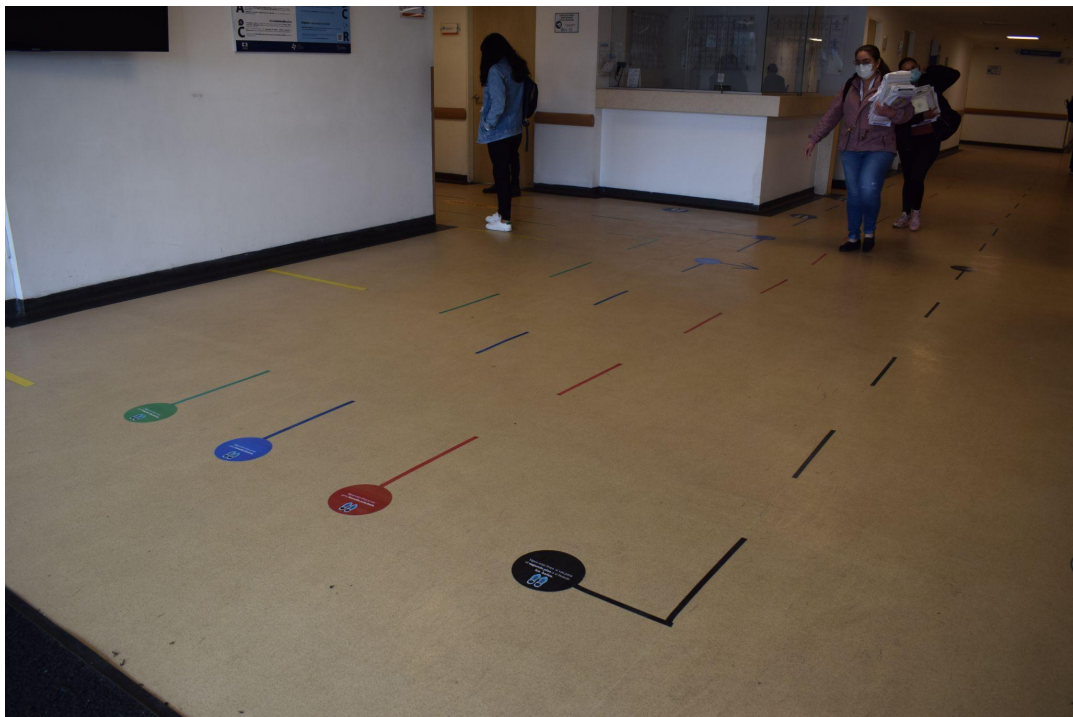
**Fuente:** elaboración propia.



**Figura 3.39.** Propuesta del mapa utilizado para presentar la información de los servicios en el piso 1 del HUN durante el momento de ejecución de la propuesta.

**Fuente:** elaboración propia.

- *Señalética en piso:* fue primordial plantear una forma más dinámica para que las personas se pudieran ubicar más fácilmente. Se desarrolló señalética en piso en el primer piso del hospital para que acompañara el mapa la propuesta en piso presentaba de manera gráfica los números de los consultorios y los servicios principales lejanos para encontrarlos más fácilmente. Así, un usuario que no necesariamente leyera el mapa podría ubicarse desde el punto de partida al llegar al hospital. Esto impactaría directamente sobre los enfoques de relacionamiento, cultural, tecnológico y proyectual, porque, al familiarizarse con esta forma de ubicación, todos los usuarios podrían usar esta propuesta y ayudar a otros. Además, como se tenía la hipótesis de que los adultos mayores en su mayoría caminaban mirando hacia el piso, sería una mejor manera para que entendieran su ubicación dentro del espacio y fuera visible. La imagen 3.40 muestra la señalética que se probó en piso durante la fase de ejecución de la propuesta.



**Figura 3.40.** Señalética en piso utilizada durante el momento de la ejecución de la propuesta que trazaba el acceso a los baños y servicios del HUN.

**Fuente:** elaboración propia.

---

**Nivel 2: tecnológico**

Este nivel se centra en los usuarios que son afines a la tecnología y, en particular, en el enfoque proyectual de humanización. Se recomienda digitalizar la información del nivel 1, para que los usuarios puedan ubicarse desde cualquier dispositivo en el sitio web del HUN y así utilizar el GPS desde cualquier lugar para encontrar un servicio específico dentro del HUN. La ventaja de utilizar un medio tecnológico es que, si hay cambios en la ubicación de los servicios del HUN, se pueden realizar más fácilmente sin impactar un bien físico, por lo que el producto tiene una gran permanencia en el tiempo, lo que impacta directamente en el enfoque de humanización proyectual. Asimismo, le apunta a otros tipos de clientes que no son solamente adultos mayores y a acompañantes más jóvenes de los pacientes de consulta externa, se forma un ecosistema más eficiente y con muchas oportunidades de intervención que no requieren de tanto desarrollo una vez esté funcionando. En un principio podría realizarse un acercamiento mínimo que no implique un desarrollo muy grande y después esta idea podría refinarse con el tiempo, esa es la ventaja de usar un medio digital. El nivel tecnológico apunta a las características de humanización para tener un mejor relacionamiento y atención en el servicio, además puede acompañar al usuario de manera continua, como en el nivel 1 de esta propuesta.

**Nivel 3: accesible**

Siguiendo los lineamientos de inclusión y las tendencias recientes de las organizaciones, para asegurar que la propuesta contemple los cuatro enfoques de humanización, es necesario hablar de un nivel accesible. Este apunta a grupos de usuarios más pequeños que muy seguramente también usan los servicios del hospital. Este nivel está sustentado en la Norma Técnica Colombiana 6047, que indica que toda la información de señalética la puede leer cualquier persona sin importar su condición. El nivel accesible debe contemplar el nivel 1 y 2, dónde se establezcan lineamientos de accesibilidad para los objetos físicos y los medios tecnológicos que tendrá el HUN. Para la señalética del nivel 1, se propone agregar braille en las dos planchas para informar sobre los pisos y el mapa de ubicación. También, hacer un plano háptico con relieves, para las personas en discapacidad visual, siguiendo directrices de accesibilidad. Un ejemplo es el mapa del jardín japonés en Buenos Aires, Argentina. Además, se propone que en el mapa se muestre el mejor camino para acceder al hospital y a los servicios



para personas en silla de ruedas o para quienes se les dificulta recorrer grandes distancias.

Cada nivel tiene su complejidad y para complementar el objetivo general de esta investigación, se llevó a cabo únicamente la ejecución y evaluación del nivel físico, cuyo impacto representa a la mayor parte de la población de pacientes en el HUN.

### 3.3.2 Planeación de la implementación

En la implementación se destinó un día completo para el montaje y la evaluación de la propuesta (comunicación personal, 11 de febrero de 2022). De acuerdo con la definición de la investigación, en esta fase se planeaba observar el comportamiento de los usuarios, tanto externos como internos del HUN. Se definió tomar registro, grabar y tomar notas de la observación en puntos específicos del servicio sobre los ejes de humanización del modelo transferidos al servicio de consulta externa. Al igual, se establecieron métricas de éxito (factores clave que definieron el éxito del proyecto y su implementación final) para identificar los diferentes tipos de valores y aportes a la humanización en el HUN.

Las métricas de éxito se instauraron para seguir mejorando el modelo de humanización. Se basaron en la definición de criterios desde humanización y verificación del éxito en diseño de servicios orientada en la aceptación, la popularidad y la acogida. Estos criterios fueron establecidos en su mayoría desde una mirada cualitativa, examinando los enfoques del modelo de humanización propuesto.

**Tabla 3.5.** Métricas de evaluación de la implementación.

<b>Métrica</b>	<b>Forma de evaluación</b>
Tasa de uso	¿Cuántos clientes se detuvieron a mirar alguno de los puntos de intervención durante el día de implementación?
Tiempo de uso	Si un usuario decide tomarse el tiempo para ver los puntos de intervención (mapa,

	información de pisos, señalética en piso), ¿cuánto tiempo se demora en usarlo?
Reacción con la primera interacción desde el enfoque cultural del modelo de humanización	¿Qué hace, qué ve y qué siente el usuario que lo usó?
Reacción con la primera interacción desde el enfoque relacional del modelo de humanización	¿Cómo se relaciona con otros a través de la propuesta de intervención? ¿Ayuda para realizar su trabajo o para resolver alguna necesidad?
Reacción con la primera interacción desde el enfoque tecnológico del modelo de humanización	¿Qué tan valiosa resulta la propuesta de intervención? ¿Qué tanta relevancia cree que aporta para la mejora desde el ámbito de adecuación del espacio físico?
Reacción con la primera interacción desde el enfoque proyectual del modelo de humanización	¿Cómo cree que mejora la calidad de la atención? ¿Qué tan sostenible lo ve en el tiempo?
Problemas e incidentes	¿Qué problemas e incidentes trae consigo la implementación de la propuesta?
Comentarios cualitativos de los clientes	Retroalimentación, preguntas y recomendaciones

**Fuente:** elaboración propia.

### 3.3.3 Resultados de la implementación

Se destaca el comportamiento de los usuarios durante la implementación de la propuesta. En primer lugar, durante su montaje se obtuvieron respuestas muy positivas

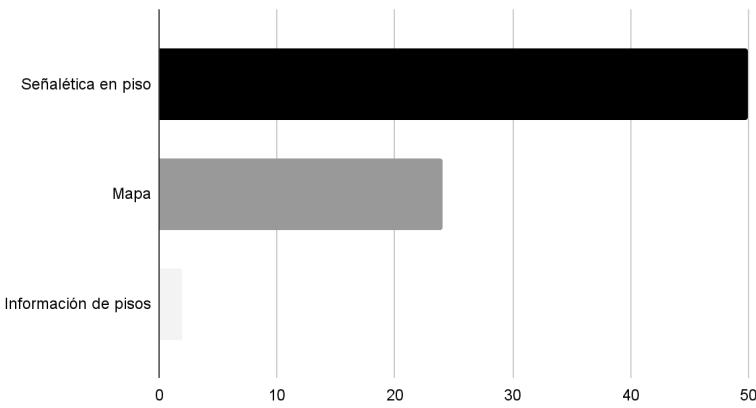
y comentarios desde diferentes perfiles de usuarios. Esta vez no fue necesario tener una entrevista con cada uno de ellos: se creó una cultura de evaluación y aporte en la que ellos mismos reaccionaron haciendo preguntas e intercambiando opiniones. De ahí, para esta parte del documento se presentarán los resultados a través de una puesta en común directa entregada por los diferentes perfiles de usuarios, que ya no está dividida según el perfil, sino que fue una especie de cocreación en conjunto, derivada de la implementación que se hizo sin que conocieran ni identificaran la finalidad de la investigación.

De todos los perfiles de usuarios, algunas personas se acercaron a dar su punto de vista y esto realmente ejemplifica una creación de una cultura a través de la señalética, la humanización y el diseño que no había sido evidenciada antes. Así mismo, el comportamiento por diferentes partes nunca se sintió negativo, de rechazo; al contrario, al sentir que tenían voz y voto dentro del proceso muchos querían conocer y preguntar sobre lo que se estaban aplicando en el HUN. Al respecto, alguien mencionó que “al HUN le hace falta más color y dinamismo durante los procesos de consulta externa”. En la figura 3.6 se presentan los hallazgos de las métricas establecidas.

**Tabla 3.6.** Resultados de la implementación.

<b>Métrica</b>	<b>Forma de evaluación</b>
Tasa de uso	A continuación, se presenta un gráfico de las interacciones percibidas durante la observación. Esto fue durante y después del montaje de la implementación. Sin embargo, en algunos momentos no se observó el servicio, por lo que estas cifras solo representan un valor aproximado.



	<p style="text-align: center;">Cantidad de interacciones en las horas de implementación</p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <caption>Data for Interaction Chart</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Cantidad de interacciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Señalética en piso</td> <td>48</td> </tr> <tr> <td>Mapa</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>Información de pisos</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Fuente:</b> elaboración propia.</p>	Categoría	Cantidad de interacciones	Señalética en piso	48	Mapa	24	Información de pisos	2
Categoría	Cantidad de interacciones								
Señalética en piso	48								
Mapa	24								
Información de pisos	2								
<p>Tiempo de uso</p>	<p>El tiempo promedio depende del tipo de señalética. En piso la mayoría se acercaba y no se demoraba más de 2 segundos en contemplar la información presentada. El mapa para ellos tenía más relevancia. Los usuarios internos se acercaron a revisar el mapa con más detenimiento que los usuarios externos. El tiempo fue relativo para cada usuario, por lo que no hay un promedio estándar. Sin embargo, algunos usuarios se acercaban a verlo por más de 5 minutos y otros por solo 10 segundos para encontrar el área que buscaban.</p>								
<p>Reacción con la primera interacción desde el enfoque cultural del modelo de humanización</p>	<p>Hay que crear una cultura en torno a la señalética. El hecho de que todos los usuarios del servicio sepan dónde está, se adapten y conozcan cómo funciona les va a ayudar para que los pacientes y ellos mismos también se ubiquen. Si todos conocen cómo funciona, para qué sirve y a qué hace referencia cada una, probablemente la utilizarán más y direccionarán a la gente a hacer consulta allí mismo. El traspaso de conocimiento para todos los usuarios, ya sea con una inducción o una formalización de la propuesta, es esencial para que ellos se apropien y usen el recurso.</p> <p>“Por el momento la gente está aprendiendo, cuando tengan más conocimiento de pronto ya saben por donde tienen que ubicarse, para donde tienen que coger si ellos miran. A veces pasan es corriendo y no miran donde está la marcación” (personal administrativo, comunicación personal, 11 de febrero de 2022).</p>								

<p>Reacción con la primera interacción desde el enfoque relacional del modelo de humanización</p>	<p>Una de las principales preguntas realizadas por los usuarios fue la siguiente: ¿para qué son esas líneas? Realmente muchos consideraron el mapa como una gran mejora a la señalética del hospital; también dijeron que era importante agregar más servicios que están en el primer piso, como el área de epidemiología y poner el mapa y la información de los pisos en el mismo lugar para no perderse. Uno de los médicos se acercó y preguntó que dónde estaba su servicio y que quería que apareciera allí mismo, ya que así podría guiar a sus pacientes y muchos se perdían cuando llegaban al hospital. La mayoría de los usuarios interactuaron más con la señalética en piso, pero muchos de ellos la pasaron de largo. Aunque la propuesta estaba definida de esta manera para que fuera más fácil de ver, este hallazgo es relevante porque los pacientes de mayor edad no ven la información, ya que no miran hacia el piso como se creía cuando se creó la propuesta, sino que miran hacia el frente. Por esto sería ideal ubicar la propuesta en paredes, con letras y símbolos mucho más grandes.</p> <p>“Ellos no miran abajo ni nada, eso van corriendo y pasando y no se fijan por donde, antes uno le toca colaborarle por donde tienen que ubicarse” (personal de seguridad, comunicación personal, 11 de febrero de 2022).</p>
<p>Reacción con la primera interacción desde el enfoque tecnológico del modelo de humanización</p>	<p>Los usuarios a pesar de algunos incidentes con la señalización en piso encontraron muy valiosa la propuesta e incluso mencionaron la importancia que tenía reforzar de esta manera la señalización. También comentaron que era primordial agregar otros servicios en el mapa y que los colores les hacían sentirse y ubicarse mejor en el HUN, por lo que aquí la humanización se fortalecía considerablemente.</p> <p>“Esto ha sido algo más bien muy productivo y es bueno porque aquí mucha gente llega y dice como que para donde cojo y me dicen que parece un laberinto, que no hay donde guiarse” (personal de seguridad, comunicación personal, 11 de febrero de 2022).</p>
<p>Reacción con la primera interacción desde el enfoque proyectual del modelo de humanización</p>	<p>Los usuarios vieron una gran mejora en la señalética; sin embargo, propusieron otras formas de elaborar la señalética en piso, ya que a algunos se pueden confundir. Mencionaron que, para el modelo, la duración en el tiempo tenía que contemplar la calidad de los materiales utilizados para ubicarlos en piso, pues muchas personas iban a pasar por ellos todos los días. También, como el HUN ha tenido tantos cambios durante la pandemia, refirieron que sería bueno proponer un material en el que el mapa se pueda modificar y cambiar fácilmente sin requerir un presupuesto elevado.</p>

	<p>“Un paciente se acercó a mí y me dijo que sería bueno no con líneas, pero sí con flechas, con pasos, huellas para que sea más ameno. Dicen que quieren que sea un poco más específico y un poco más interactivo o que no sea en el suelo. Puede ser en un lugar más visible, en las paredes, en el techo... En puntos dónde la mirada sí llega” (personal administrativo, comunicación personal, 11 de febrero de 2022).</p>
Problemas e incidentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aún debe intentar realizarse una señalización más grande.</li> <li>• Muchos recomiendan no pegar el mapa a la pared, que tenga un soporte y que esté justo frente a la entrada del primer piso, no a la derecha.</li> <li>• Si se va a colocar señalización en piso, es importante que esta quede derecha, pues, para efectos de la implementación en un día, fue difícil tomarse el tiempo de que quedara recta y uno de los pacientes se quejó de ello.</li> <li>• Hace falta prestarle atención a la experiencia con el digiturno, ya que este se desarrolló como uno de los puntos críticos dentro de la señalización.</li> <li>• Los círculos en el piso no eran legibles, la tipografía debía ser más grande.</li> <li>• Los puntos estratégicos deben aprovecharse más, ya que por la implementación solo se hizo en uno de ellos y esto fue un detonante para que aparecieran los comentarios sobre los aspectos por mejorar por parte de los usuarios.</li> </ul>
Comentarios cualitativos de los usuarios	<p>Los usuarios todavía necesitan acostumbrarse al cambio y tener más interacciones con la propuesta. Algunos pasaron de largo la información, otros la encontraron valiosa. En general se observó que había que reforzar los puntos de señalización y crear más puntos de atención y ubicación. También, hablaron de la necesidad de ubicar este tipo de información en el digiturno e informarles a los clientes desde antes una vez que lleguen al hospital qué es lo que deben hacer. Un guía también sería de mucha ayuda, ya que reforzaría aún más la señalización y mejoraría la experiencia. Aún hay muchas preguntas de los usuarios respecto a la señalética en piso. Si bien es una muy buena primera idea hacia lo que se quiere llegar, puede haber estrategias más amenas, que fortalezcan la humanización desde la señalética y que esté ubicada en un punto de visión accesible para todos los usuarios. Además, se debe cambiar la ubicación de la información, situarla junta y frente a las puertas, pues a menudo pasaba desapercibida por el lugar donde se encontraba.</p> <p>Algunas de los comentarios que más resaltaron fueron los siguientes:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Por el momento la gente no se ha dado cuenta, no sabe porque siempre que habían venido pasaban derecho y no había señalización. Por ahora hay que esperar si se dan cuenta las personas y así uno informa si la propuesta que ustedes hicieron si sirve” (personal de seguridad, comunicación personal, 11 de febrero de 2022).</li> <li>• “La mayoría de gente me daba comentarios muy interesados: ¿quién hizo esto aquí? Está muy chévere” (personal de salud, comunicación personal, 11 de febrero de 2022).</li> <li>• “Me parece muy chévere el mapa, lo estaba mirando porque me dio curiosidad ver que podía encontrar en el hospital, además quería saber dónde estaba la cafetería” (paciente, comunicación personal, 11 de febrero de 2022).</li> <li>• “El mapa ha causado curiosidad, ya he visto varias personas que paran a consultarlo. De hecho, hay personas que también me han preguntado sobre los consultorios y pues los he guiado al mapa. Les dije: ‘en el mapa están identificados los puntos desde la entrada’, entonces, para que no haya pérdida, se van guiando por los colores” (personal de seguridad, comunicación personal, 11 de febrero de 2022).</li> <li>• “Yo vi un señor que llegó y se ubicó en prioritaria por las líneas en el piso, le ayudó mucho” (Personal de limpieza, comunicación personal, 11 de febrero de 2022).</li> </ul>
--	---

**Fuente:** elaboración propia.

### 3.3.4 Definición final del modelo de humanización propuesto para el servicio de consulta externa

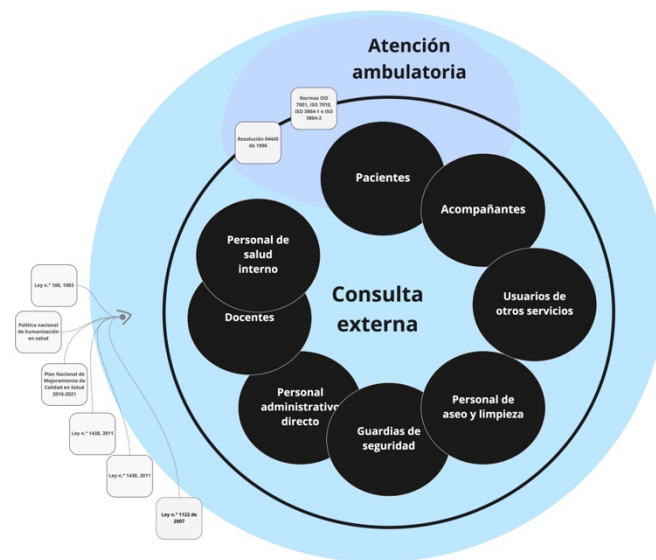
Gracias a la ejecución de la propuesta, el modelo en consulta externa cambió de acuerdo con la señalética, lo relacional y lo colaborativo. El paciente deja de ser el

centro, ahora todos están jugando un papel fundamental dentro del servicio a su manera. La organización de actores definida en esta fase se deriva de los resultados y el análisis según los enfoques de humanización propuestos. El comportamiento de los actores fue en pro del cambio, de la evolución y el hecho de ubicarlos a todos en un círculo por igual permite potenciar sus habilidades y construir en conjunto para que se mejoren todas las experiencias de manera integral en el servicio de consulta externa, como se puede ver en la figura 3.41.

Figura 3.41

**CAMBIOS UBICACIÓN DE USUARIOS FASE 3**

En este diagrama se presenta el modelo final de humanización en consulta externa después de la ejecución de la propuesta. Inicialmente fue necesario hacer una reorganización de actores porque todos deben ser contemplados por igual para mejorar la calidad, cumplir con la normatividad y fortalecer el servicio a futuro.



**USUARIOS**

(Separación por objetivos)

**INTERNO**



**EXTERNO**



**Figura 3.41.** Cambios en la ubicación de usuarios, sobre el modelo planteado del servicio de consulta externa derivados de la ejecución de la fase 3 (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

- Enfoque cultural

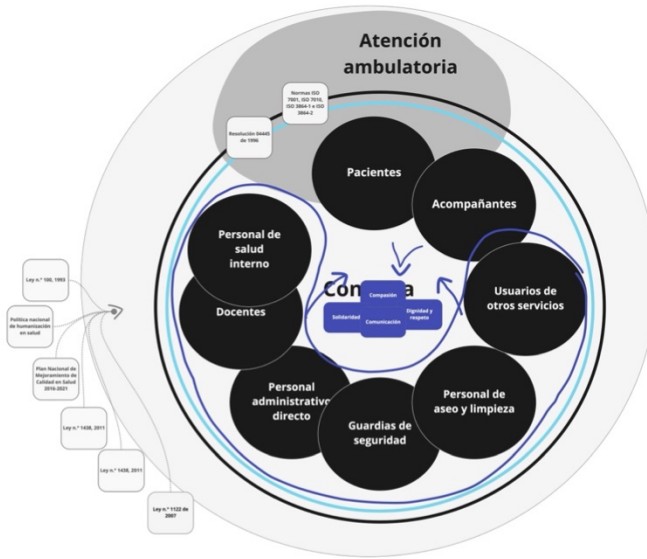
La propuesta presentó muchos resultados alrededor del modelo en consulta externa. Esto demuestra el cambio que se puede crear entre los diferentes actores dependiendo de la iniciativa que se haga y como la comunicación permite cambiar las dinámicas frente a las situaciones en el servicio. Por un lado, el eje que antes había en paciente y acompañante cambia, ahora todos son protagonistas, aunque siguen preocupándose

por el cliente externo. Esto logra que la cultura de humanización se genere para todos, pero que el empoderamiento sea inicialmente en los usuarios internos, porque ellos son los que proyectan hacia afuera la humanización para mejorar las experiencias de los pacientes y sus acompañantes (figura 3.42).

Figura 3.42

**ENFOQUE CULTURAL EN CONSULTA EXTERNA FASE 3**

En este diagrama se presenta el modelo final de humanización en consulta externa desde el enfoque cultural. Los actores internos contribuyen y son partícipes de la creación de una cultura de humanización y el empoderamiento, que afecta directamente para fortalecer la humanización hacia ellos mismos, los pacientes y sus acompañantes.



**Figura 3.42.** Cambios sobre el modelo planteado del servicio de consulta externa en el enfoque cultural, derivados de la ejecución de la fase 3 (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

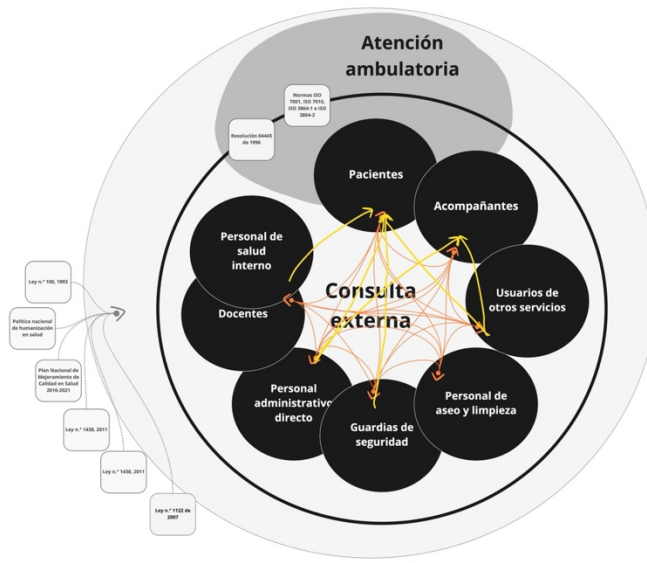
- Enfoque relacional

Los cambios que tuvo el modelo desde el enfoque relacional se dieron de acuerdo con el reposicionamiento de los actores. No obstante, sigue existiendo la empatía desde y hacia cada usuario sin importar quién sea, lo que interconecta a todos. El elemento de atención sigue viéndose reflejado hacia los pacientes y acompañantes, quienes reciben cuidado médico y asesoría durante su paso por el servicio de consulta externa (figura 3.43).

Figura 3.43

**ENFOQUE RELACIONAL EN CONSULTA EXTERNA FASE 3**

En este diagrama se presenta el modelo final de humanización en consulta externa desde el enfoque relacional. De acuerdo a los cambios en la organización de los usuarios sobre el modelo, el relacionamiento cambió a ser desde todos y para todos. La atención se mantiene desde los usuarios internos hacia los usuarios externos.



**Figura 3.43.** Cambios sobre el modelo planteado del servicio de consulta externa en el enfoque relacional, derivados de la ejecución de la fase 3 (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

- Enfoque tecnológico

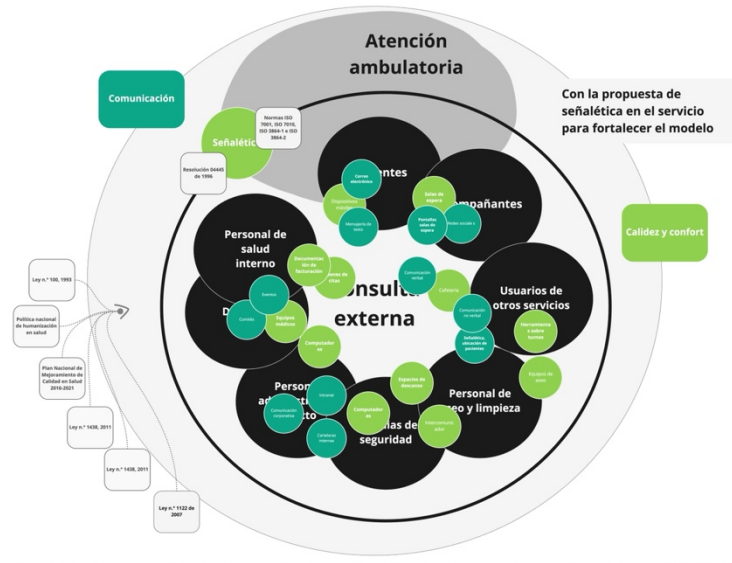
Desde el enfoque tecnológico, con la implementación, se pudo corroborar qué equipos tiene más cercanos cada usuario tales como el digiturno y el celular para los pacientes, los computadores e impresiones para el personal administrativo, los intercomunicadores para el personal de seguridad, las herramientas de aseo para el personal de limpieza y los equipos médicos y los computadores para el personal de salud. Además, se pudo entender el comportamiento, la tecnología y la comunicación según la iniciativa de señalética, donde incluso se podía llegar a impactar indirectamente esos equipos cercanos y a las relaciones entre los diferentes actores en el servicio.



Figura 3.44

**ENFOQUE TECNOLÓGICO EN CONSULTA EXTERNA FASE 3**

En este diagrama se presenta el modelo final de humanización en consulta externa desde el enfoque tecnológico. Los recursos comunicativos y del espacio físico siguen siendo los mismos, pero hay un énfasis espacial en la señalética, que fue el eje principal de intervención para la propuesta construida.



**Figura 3.44.** Cambios sobre el modelo planteado del servicio de consulta externa en el enfoque tecnológico, derivados de la ejecución de la fase 3 (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

- Enfoque proyectual

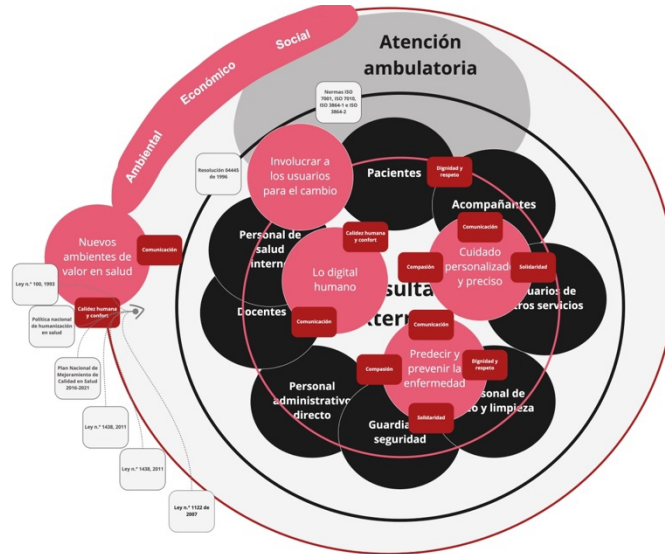
Las bases del enfoque proyectual siguieron siendo las mismas. La reorganización de los actores logró que el involucramiento fuera más holístico, porque todos los usuarios son los que generan el cambio. Esto debe estar acompañado de las diferentes líneas del programa de humanización y de las tendencias presentadas, pero ver el relacionamiento entre todos los actores durante la ejecución de la propuesta permitió entender lo importante que es que los actores tomen su papel y consideren ser parte del cambio. Esto hace que el elemento sostenible desde lo tecnológico y lo social se permea, al igual que el mejoramiento de la calidad de la atención, que debe cambiar con el tiempo. En este momento, el modelo se enfoca en la señalética porque era la iniciativa que más tenía impacto y la que era crucial



intervenir, pero muy seguramente en 1 año habrá otra iniciativa necesaria para mejorar la atención y para fortalecer la humanización; lo primordial es mantener estas relaciones, contemplar los enfoques y adecuarse al cambio, como se presenta en la figura 3.45.

Figura 3.45  
**ENFOQUE PROYECTUAL EN CONSULTA EXTERNA FASE 3**

En este diagrama se presenta el modelo final de humanización en consulta externa desde el enfoque proyectual. Con la reorganización de los actores, las tendencias pasaron a ser centro del modelo y se redistribuyeron de acuerdo al relacionamiento que se presentaba, porque el mejoramiento de la calidad de la atención incluye a todos y a las buenas dinámicas de humanización en la comunidad hospitalaria.



**Figura 3.45.** Cambios sobre el modelo planteado del servicio de consulta externa en el enfoque proyectual, derivados de la ejecución de la fase 3 (para mayor visibilidad de la figura ver anexo 6).

**Fuente:** elaboración propia.

## **Capítulo 4**

### **Hallazgos y conclusiones**

**La recepción del diseño es a través de los sentidos.**

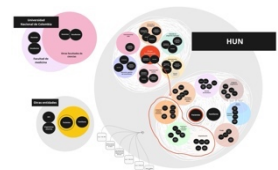


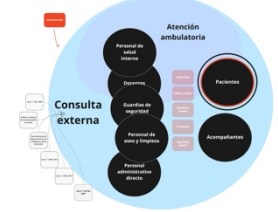
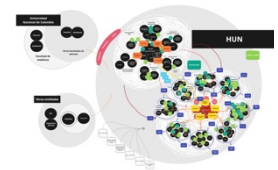

**Mannen y MacAllister, 2017**

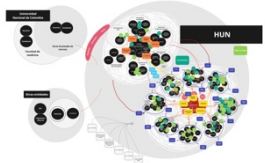

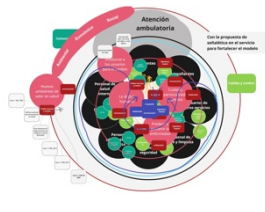
#### **4.1 Transformación del modelo**

Un modelo de humanización centrado en las personas desde el diseño de servicios en comunicaciones es un muy buen acercamiento para fortalecer el programa de humanización del HUN. En la tabla 4.1 se puede observar el avance del modelo al involucrar a los diferentes actores, llevándolo a ser más profundo, detallado y completo. Es provechoso ver cómo cambia el modelo de humanización desde lo actual a la fase 3, ya que es un avance significativo que contempla varios enfoques, servicios, posibles

formas de intervenir y crear iniciativas a futuro. El resultado final del modelo en la fase 3 expone cómo ver a los usuarios como un todo para que se potencialice la humanización y se fortalezca la satisfacción del servicio contemplándose como un pilar para aportar a la misión y a la creación de una cultura de humanización del HUN.

**Tabla 4.1.** Hallazgos (para mayor visibilidad de las figuras ver anexo 6).

Fases de cambio	HUN	Consulta externa	Principales cambios
<b>Enfoque actual de humanización fase 1 (figuras 3.3 y 3.4)</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión en UCI, hospitalización y apoyo terapéutico.</li> <li>• Enfocado en el paciente.</li> <li>• Relacionamiento desde líneas de interacción hacia el paciente.</li> </ul>
<b>Enfoque actual de humanización fase 2 (figuras 3.26 y 3.27)</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adición de líneas de humanización.</li> <li>• Visión en UCI, hospitalización y apoyo terapéutico.</li> <li>• Relacionamiento de líneas hacia el entorno HUN.</li> <li>• División de usuarios proveedores.</li> <li>• Cambio de nombre de familiares a acompañantes.</li> </ul>
<b>Fase 1 (figuras 3.46 y 3.47)</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionamiento todavía con un enfoque muy grande en pacientes.</li> <li>• Reorganización de actores por la inclusión de diversos tipos de proveedores en el sistema, por lo cual las relaciones cambian.</li> <li>• Se agrega como eje al paciente o a otros usuarios en cada servicio dependiendo de la necesidad.</li> </ul>

<p><b>Fase 2</b> (figuras 3.48 y 3.49)</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se agrega la relación con líneas del programa de humanización.</li> <li>• Se agregan las diferentes tecnologías que forman parte de consulta externa.</li> <li>• Se evalúan los métodos de comunicación en consulta externa.</li> <li>• Se proponen nuevas tecnologías y sinergias derivadas de la fase de cocreación.</li> </ul>
<p><b>Fase 3</b> (figura 3.50)</p>	<p>N/A</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ubica a todos los usuarios como centro.</li> <li>• El empoderamiento nace desde los usuarios internos a los usuarios externos.</li> <li>• El relacionamiento se ve desde todos para mejorar la humanización para todos los que forman parte del sistema.</li> <li>• La línea del programa de humanización de comunicaciones y la señalética pasan a ser protagonistas en el modelo.</li> </ul>

**Fuente:** elaboración propia.

- Limitaciones de la investigación

En este apartado se exponen los obstáculos durante el periodo en que se desarrolló la investigación 2020-2022. Las medidas de distanciamiento social debido al COVID-19 redujeron los tiempos para realizar el trabajo de campo y dificultó la participación y el reclutamiento de usuarios. Por lo tanto, se interactuó con menos usuarios en el HUN. También, durante las sesiones de cocreación se aplicaron medidas de bioseguridad y las metodologías de diseño de servicios en cocreación se ajustaron debido a este contexto, lo que hacía que el contacto físico y la inmersión de los usuarios en la sesión

---

fuera controlada y menor de lo que se esperaba. De igual forma, esto cambió las dinámicas en el HUN; por ejemplo, en las entrevistas algunos estudiantes mencionaron que su participación se había limitado y los médicos comentaron que su estrés emocional, el nivel de trabajo y el enfoque en atención sufrió una transformación considerable durante todo el 2020. Asimismo, las decisiones que se tomaron por parte de las áreas administrativas y el Grupo de Humanización al inicio de la pandemia, llevaron a que en la investigación se tuviera que reformular el modelo de humanización actual y el propuesto para el entorno del HUN, como se presentó en el capítulo 3 de la fase 1 a la fase 2.

Por otra parte, la gestión de los permisos para ejecutar la investigación en el HUN duró 1 año. Fue necesario cumplir con parámetros establecidos del proyecto definidos por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Universitario Nacional de Colombia, al igual que cumplir con los requisitos éticos derivados de la investigación en el área de la salud. Esto implicó que, para iniciar el trabajo de campo, fuera necesario presentar formalmente en un documento la contextualización del proyecto, el consentimiento informado, el presupuesto, el cronograma, los protocolos de entrevistas, las sesiones de cocreación y que se tuviera que reformular el cronograma de visitas que se elaboró durante la planeación de la investigación.

De igual forma, se realizó un diplomado en Humanización de los Servicios de Salud para abordar el tema de una manera más holística y para tener una mejor preparación para su desarrollo (se puede ver el soporte en el anexo 11). De igual manera, fue necesario contemplarlo dentro de los tiempos establecidos.

Para finalizar, la ejecución de la propuesta en el HUN se desarrolló 1 día entre semana y se evaluó su impacto. El compromiso con el hospital fue desmontarla ese mismo día y limpiar y desinfectar la planta física donde se había pegado la señalética en la noche. Esto podría haber llegado a afectar de alguna manera los resultados de la ejecución de la propuesta teniendo en cuenta que el tiempo fue muy corto.

---

## 4.2 Recomendaciones de la ejecución

De acuerdo con los resultados de la aplicación de la propuesta se presentan sugerencias resultado de las tres propuestas de señalización que se crearon en la fase 3.

### Señalética en piso

Aunque se evaluó el impacto de la señalética por más de 4 horas, con un tiempo más prolongado, al menos más de 1 semana, esta hubiera arrojado resultados más concretos de acuerdo con la implementación. Las ventajas de que se hiciera en el piso se concentran en la facilidad, el dinamismo y la mejora en la ubicación de ciertos servicios lejanos a la entrada principal, incluso en los baños y los ascensores, que son difíciles de encontrar. Además, agregar color y un elemento interactivo en la implementación permitió llevar a la indagación y a la apropiación de los espacios de consulta externa del HUN, lo que le apunta a algunos de los elementos. Adicionalmente, el cambio de los números de los consultorios que se hizo la semana previa también tuvo una fuerte implicación para esta implementación, ya que ayudó a ubicar mejor la numeración y el emplazamiento de los usuarios, más que todo de los pacientes. Sin embargo, también hubo comentarios negativos que llevaron a pensar si realmente esta propuesta era la mejor para señalar los lugares de consulta externa. Muchas de las personas que entraban no se percataron de los gráficos en el piso, por lo que continuaban teniendo problemas al ubicarse, también porque no estaba dentro de su rango de visión.

Para finalizar, la señalética en piso debe ser más visible, tener tipografía más grande y para poder implementarla es necesario localizar los puntos estratégicos desde todas las entradas, lugares más concurridos y las perspectivas de visualización desde diferentes puntos en el hospital, no únicamente la entrada principal, que fue en lo que se basó la propuesta. De igual manera, se debe capacitar al personal de servicio, ya que ellos darán un mejor uso de la señalética si conocen cómo funciona, y pueden instruir al personal externo a seguirlo para que se entienda mejor. Tanto así, que la señalética en piso no es descartable, pero no se recomienda implementar esta propuesta sin antes explorar formas más visibles de hacer dinámico el proceso como la señalética en aire cerca al punto de visión de las personas y ubicar en el digiturno un

---

instructivo de preguntas frecuentes, cómo sacar una cita, cómo pedir un turno e incluso cómo llegar a consulta externa utilizando los recursos disponibles de señalización.

### **Plancha de información de pisos**

Para algunos, la información de los pisos pasó desapercibida, por el lugar en dónde se encontraba. Pocos usuarios se acercaron a esta, lo que indica la importancia de ubicarla al lado del mapa, con un soporte que no sea la pared y en un lugar más visible. No obstante, se recomienda implementar esta propuesta teniendo en cuenta que es un complemento para tener informados a los usuarios, los materiales deben ser duraderos y, si es posible, que la información presentada se pueda cambiar fácilmente, pues se conoce que las ubicaciones pueden transformarse de acuerdo con los escenarios que se presentaron en los últimos años. Por otra parte, la información de pisos no solo debería quedar expuesta en las entradas del piso uno, también en el piso dos, tres, cuatro y agregar información general de lo que está en los otros edificios, ya que también hay gente que llega al edificio general y lo pregunta.

En general, sobre la plancha no se presentaron comentarios que llevaran a realizar ajustes específicos, puesto que los usuarios la perciben como útil, clara y con la información necesaria. No obstante, se hizo un cambio en los colores de los servicios (anexo 12) y se considera relevante llevar a cabo un piloto por un tiempo más prolongado para evaluar si hay otros detalles que requieren modificación.

### **Mapa a la entrada del HUN**

El mapa a la entrada de información de pisos tuvo un gran impacto en los usuarios internos del hospital. Muchos lo utilizaron para ubicarse ellos mismos y para conocer lo que podrían encontrar en otros lugares en caso de que un paciente les preguntara. Tal fue el impacto, que surgió la necesidad de especificar aún más los servicios dentro del mapa, lo que está en el edificio administrativo que está al lado del general y otros solicitaron incluir el mapa de los otros pisos del HUN. En cuanto a las observaciones, aún se debe refinar del mapa, algunos lugares y zonas y se podría adoptar para otras iniciativas, como los accesos de emergencia, que son obligatorios, y la ruta sanitaria. Por otro lado, se podría ubicar el mapa en puntos estratégicos en todas las entradas,

---

dónde los usuarios se pierden más fácilmente para encontrar algún servicio y, si se puede, que sea más grande, por el tipo de pacientes que entran al HUN. Se recomienda implementar el mapa considerando los ajustes presentados en la plancha gráfica del anexo 13 y evaluar qué otros servicios se podrían incluir dentro de este.

Queda entonces en consideración tomar los tres niveles de desarrollo de la propuesta, dado que es fundamental para asegurar el desempeño, la calidad del servicio y la permanencia en el tiempo apuntando a todos los enfoques del modelo de humanización.

### **4.3 Conclusiones**

Se elaboró la propuesta de un modelo de humanización a través del diseño de servicios en comunicaciones a partir del desarrollo de 3 fases. La primera, todo lo relacionado con las bases teóricas: el diseño de servicios en comunicaciones y la humanización desde la teoría de la complejidad basada en una visión sistémica para el HUN. Desde la teoría del diseño de servicios, este no solo se presenta como un producto intangible que se entrega. Se basa en comprender que más que el servicio, son todas las variables, condiciones, características, relaciones, los usuarios y el funcionamiento del entorno en el que participan para entregarlo.

Es por esto por lo que fue tan significativo abordarlo desde una visión sistémica, dónde todos, independientemente de su función, podrían llegar a afectar el servicio de alguna manera. De tal forma, el HUN se ve como un todo desde lo general hacia lo particular, incidiendo en puntos estratégicos para fortalecer la humanización mediante el diseño de servicios en comunicaciones.

La teoría de la complejidad permite integrar diferentes variables y analizarlas para que funcionen entre sí, ver relaciones y aprovechar los fundamentos iniciales para los sistemas. También, el enfoque centrado en los usuarios para la humanización permitió que la práctica de humanización no se volviera lineal y técnica. No obstante, es primordial actualizar la visión que aparece en el modelo desde cada servicio, se debería hacer una respectiva profundización para ver cuál es el elemento de humanización que



---

tiene más problemas dependiendo de la necesidad, porque todos los servicios son diferentes.

El foco de esta investigación fue la consulta externa. Esto permitió valorar de una manera interna este servicio, obtener más información sobre las variables y complementar el modelo que se estaba realizando de una manera más sistémica e integral. Esta metodología se podría replicar para fortalecer la humanización en cada uno de los servicios del HUN, dado que logra aplicar la teoría y los conceptos en la realidad de la humanización en la prestación de servicios. Asimismo, los elementos base podrían aplicarse para fortalecer la humanización en otros hospitales a nivel regional y nacional.

Ahora bien, a partir de la unión de los conceptos principales, se crearon los enfoques para la creación del modelo de humanización. Establecerlos permitió encontrar un horizonte, un camino que seguir y enriquecer la creación de un modelo apoyado en la metodología de diseño, también para el desarrollo y la innovación con los usuarios, que tienen voz, voto y están en constante interacción con el HUN. Los enfoques permitieron consolidar desde diferentes puntos una mejora para el programa existente de humanización, fortalecer la comunicación (en este caso señalética) con alcance al grupo de humanización y todos los usuarios que intervienen en la atención, favoreciendo a la vez los procesos de calidad del hospital.

La definición del modelo fundamentado en los enfoques cultural, relacional, tecnológico y proyectual llevó a proponer mejoras en el servicio de consulta externa, tomando los puntos más críticos en el servicio y contemplando más aristas desde la interdisciplinariedad. El diseño de servicios vio la humanización desde diferentes ámbitos y áreas que van más allá de las ciencias con énfasis en la comunicación.

La herramienta de cocreación con los usuarios permitió refinar el modelo de humanización, ya que fue un apoyo para integrar a los usuarios en cada una de las decisiones que se tomaron porque impacta sus dinámicas. Esto generó un ambiente cultural y de creación más empoderado frente al servicio, identificar necesidades y oportunidades de mejora para la humanización, así como una forma de obtener resultados en humanización actuales y futuros. Partiendo de esto, es imprescindible que se evalúe el impacto generado para todos los actores, no solo en los pacientes. Esto

---

permitirá fortalecer la humanización para todos con impacto en el servicio y la calidad en la atención médica.

Las herramientas del diseño de servicios como los mapas de viaje y el prototipado también lograron profundizar mejor en las etapas del servicio, llevar a la realidad los enfoques del modelo de humanización e inspirar a los participantes a crear iniciativas e ideas diferentes.

Posteriormente en la fase 3, el modelo fue ejecutado con el fin de tener un primer acercamiento a lo que sería su impacto desde el diseño de servicios en comunicaciones enfocado en humanización en salud. La aplicación permitió evaluar su desempeño, evidenciar su valor y generar un ambiente de relacionamiento entre usuarios, validando la aplicación teórica en la práctica.

Por lo tanto, la investigación en diseño de servicios desde la teoría de la complejidad para la humanización en salud es una gran oportunidad para apoyar las iniciativas del Grupo de Humanización en el HUN a partir de la comunicación. Muestra cómo se puede involucrar el diseño en relación con la humanización en ambientes hospitalarios, dónde incluso se pueden llegar a crear modelos de relacionamiento y ver la humanización desde el usuario para mejorar la calidad y la atención en salud. Además, se obtiene conocimiento desde un enfoque interdisciplinar que establece nuevas prácticas y alternativas para humanizar la salud y llegar a mejores resultados.

Además, permite determinar y elaborar un diagnóstico de necesidades, más allá de presentar iniciativas de humanización desde la realidad del HUN, que pueden funcionar, facilitando la toma de decisiones para priorizar e intervenir.

Entonces la importancia del diseño de servicios para abordar la humanización es que permite hacer un abordaje integral desde diferentes perspectivas: cultural, relacional, tecnológica y proyectual. Permite adelantarse a los escenarios futuros, proyectarse sobre las dinámicas cambiantes de la prestación de servicios en el sistema de salud y, al mismo tiempo, funciona como un eje interdisciplinar que se adapta a diferentes disciplinas desde una visión global de la humanización teniendo en cuenta diferentes usuarios, factores, procesos, elementos y relaciones. El diseñador actúa como un facilitador de las necesidades de los usuarios, de los objetivos del HUN. Paralelamente

---

da estructura y planeación para fortalecer el servicio de una manera estratégica, que impacta a todas las personas.

El trabajo realizado supera ampliamente los objetivos de la investigación. Tiene un desarrollo más avanzado de acuerdo con la necesidad de llevar el modelo a la realidad y a los compromisos con la comunidad de la salud, los usuarios y el HUN.

De igual forma, desde la investigación se propone evaluar este modelo implementado desde otros servicios, otras disciplinas, en otros contextos culturales y generar propuestas adicionales para la humanización, que puedan derivarse desde los enfoques presentados. Esto implicaría tener la perspectiva de diferentes tipos de usuarios que están en otros servicios, cuyos comportamientos son completamente diferentes a los de consulta externa. De igual forma, se podría contrastar la situación del HUN frente a otros modelos de otras instituciones de la ciudad y así comparar de manera profunda el modelo que se propone.

Por otra parte, sería interesante valorar la aplicación del modelo desde los otros niveles de la propuesta presentados en el capítulo 3: tecnológico y accesible. Además, se debe evaluar durante más tiempo para analizar el impacto en mayor medida.

Por último, las bases del modelo se explican en esta investigación, para saber cómo se conforma y cómo funciona. No obstante, dentro de los hallazgos, está claro que puede haber cambios en el comportamiento, en las interacciones de los usuarios y en sus necesidades dependiendo de las iniciativas que sean cruciales para fortalecer la humanización. De esta manera, hay que contemplar la preparación de la humanización para el futuro de forma dinámica, de cambio constante y que sea adaptable a variables externas al HUN, que puedan incidir en el servicio prestado.

---

## Referencias

- Agencia de Noticias UN. (2017). *Programa de Humanización, la mejor receta para la salud*.
- Agencia de Noticias UN. (2021). *Humanización en salud a ritmo de conciertos en el HUN*. <https://bit.ly/3aRAgEp>
- Amador, R. (2017). Humanismo UN en salud: Pensamiento con sentimiento: de las moléculas a la estética, la ética y la moral. En A. E. Díaz (Ed.), *La humanización de la salud* (pp. 303-321). Pontificia Universidad Javeriana.
- Bartlett, S., Dezii, C. y Sandt, K. (2019). The Universal Patient Language: A set of resources and tools to design patient communications that support better health literacy. *Information Services and Use*, 39(1-2), 69-78. <https://doi.org/hr6w>
- Bates, V. (2018). 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals. *Design for Health (Abingdon, England)*, 2(1), 5-19. <https://doi.org/hr6x>
- Beirão, G., Patrício, L. y Fisk, R. P. (2017). Value co creation in service ecosystems: Investigating health care at the micro, meso, and macro levels. *Journal of Service Management*, 28(2), 227-249. <https://doi.org/ghdh8r>
- Beltagui, A., Candi, M. y Riedel, J. (2016). 'Setting the stage for service experience: design strategies for functional services'. *Journal of Service Management. Emerald Group Publishing Ltd.*, 27(5), 751-772. <https://doi.org/gg25pp>
- Blomkvist, J., Holmlid, S. y Segelström, F. (2010). *Service Design Research: Yesterday, Today and Tomorrow*. <https://bit.ly/3s1ahjv>

- Bowles, C. (2020). *Future ethics*. NowNext.
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W. y Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *The patient*, 12(5), 461-474. <https://doi.org/ghkxdt>
- Calderón, C. y Sánchez, L. (2017). *Cultura organizacional en el Hospital Universitario Nacional de Colombia* [tesis maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio Institucional UN. <https://bit.ly/3s5dTRI>
- Carvajal, P. (2016). *Calidad de la atención en salud, una mirada desde la teoría de sistemas* [tesis de maestría, Universidad CES, Bogotá].
- Cedrés de Bello, S. (2000). Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 23(2), 93-97. <https://bit.ly/3Kziqls>
- Checkland, P. (2001). *Pensamiento de sistemas, práctica de sistemas*. México D.F, México, Editorial Limusa.
- Clemensen, J., Larsen, S. B., Kyng, M. y Kirkevold, M. (2007). Participatory design in health sciences: Using cooperative experimental methods in developing health services and computer technology. *Qualitative Health Research*, 17(1), 122-130. <https://doi.org/cg6rxc>
- Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). *Ley N.º 100: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial de la República de Colombia N.º 47 957. <https://bit.ly/3vz7AYt>
- Congreso de la República de Colombia. (2007, 9 de enero). *Ley N.º 1122: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial N.º 46 506. <https://bit.ly/3KEGSij>
- Congreso de la República de Colombia. (2011, 19 de enero). *Ley N.º 1438: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial N.º 41 148. <https://bit.ly/3kAEvW4>

- Corporación Salud UN (2020). *Quiénes somos*. HUN. <https://bit.ly/3vu7AJe>
- Corporación Salud UN. (2018). *Informe de gestión*. HUN. <https://bit.ly/3scagcy>
- Debrah, R. D., de la Harpe, R. y M'Rithaa, M. K. (2017). Design probes and toolkits for healthcare: Identifying information needs in African communities through service design. *The Design Journal*, 20(sup1), S2120-S2134. <https://doi.org/hr63>
- Design Council. (s.f.). *Design methods for developing services*. <https://bit.ly/3MEuro>
- Erlhoff, M., Mager, B. y Manzini, E. (1997). *Dienstleistung braucht Design – Professioneller Produkt- und Markenauftritt für Serviceanbieter*. Berlin, Germany: Hermann Luchterhand Verlag GmbH.
- Figuroa, B., Mollenhauer, K., Rico, M., Salvatierra, R. y Wuth, P. (2017). *Creando valor a través del diseño de servicios* (1.ª ed., pp. 10-22). Santiago: Pontificia Universidad Católica.
- Friedman, B. y Kahn, Jr. (2002). *Human values, ethics, and design*. 1177-1201.
- García, J. (2022). *Manual de identidad visual*. Hospital Universitario Nacional de Colombia.
- Gharajedaghi, J. (2012). Systems Thinking. En *Systems Thinking*. <https://doi.org/ggsbk3>
- Grenha Teixeira, J., Pinho, N. F. de y Patrício, L. (2019). Bringing service design to the development of health information systems: The case of the Portuguese national electronic health record. *International Journal of Medical Informatics*, 132. <https://doi.org/gmbbf9>
- Icontec Internacional. (2020). *Norma Técnica Colombiana 6047: Accesibilidad al medio físico. Espacios de servicio al ciudadano en la administración pública. Requisitos*. <https://bit.ly/3ONIVHb>
- Katzen, H. (2011). Essentials Of Service Design. *Journal of Service Science-Fall*, 4(2). <https://doi.org/hsdc>

- Knight, S. (2021). *Humanizing Healthcare: Hardwire Humanity into the Future of Health*.
- León, F. y González, P. (2018). *La Humanización de la Salud y el Humanismo Médico en Latinoamérica*. FELAIBE, SOBRAMFA y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile. Recuperado de: <https://bit.ly/3vXe9TF>
- Lipkin, M. (2016). Customer experience formation in today's service landscape'. *Journal of Service Management*, 27(5), 678-703. <https://doi.org/hsdf>
- Lisboa, A. B., Ciccone, M. R., Kadearu, M. y Rios, I.C. (2021). Humanistic training in Medicine through dancing in the hospital: students' perceptions. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 45(01). <https://doi.org/hsdg>
- Maffei, S., Mager, B. y Sangiorgi, D. (2005). *Innovation through Service Design. From Research and Theory to a Network of Practice. A Users' Driven Perspective*. Helsinki: Joining Forces.
- Mager, B. (2004). *Service design: A review*. Cologne: KISD.
- Mannen, D. y MacAllister, L. (2017). Dignity by Design: A Shift from Formalistic to Humanistic Design in Organizations. En M, Kostera y M. Pirson (eds), *Dignity and the Organization. Humanism in Business Series*. Londres: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/hsdh>
- Manzini, E. (1993). Il Design dei Servizi. La Progettazione del Prodotto-Servizio. *Design Management*, 4, 7-12.
- Meadows, D. (2015). *Thinking in Systems*. Chelsea Green Publishing.
- Mehta, Y. (2018). *Human-Centered Design SHARES Improve Patient Engagement with Human-Centered Design for Healthcare*. <https://bit.ly/3OSV916>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1996, 2 de diciembre). *Resolución número 04445 de 1996: Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas*. Bogotá. <https://bit.ly/3s4MLCd>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2006, 3 abril). *Decreto número 1011 DE 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá. <https://bit.ly/39wxVxO>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS)*. Bogotá. <https://bit.ly/38DWSXB>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Lineamientos Nacionales de Entornos*. <https://bit.ly/3MTq0cp>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Rendición de cuentas Informe de gestión 2018*. Bogotá. <https://bit.ly/3vX0Z9b>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Estudio nacional de evaluación de los servicios de las EPS- Régimen contributivo y subsidiado Colombia 2019*. Bogotá. <https://bit.ly/3s8MG07>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Propuesta de Política Nacional de Humanización en Salud*. Bogotá: <https://bit.ly/38DbXJ0>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Resolución número 2132 de 2021: Por la cual se establecen los criterios generales para el diseño y construcción de edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud*. Bogotá: <https://bit.ly/3MGTgTs>
- Moritz, S. (2005). *Practical Access to Service Design*. KISD.
- Naar, L., Zimmermann, A., Bobinet, K. y Sklar, A. (2018). The human-centered health system: transforming healthcare with design. <https://bit.ly/3OTLLKH>
- Ortega, R. (2019). La filosofía (y las humanidades) un eslabón indispensable en la humanización de la salud. *Revista de filosofía de las ciencias de la vida*, 27(51), 191-196.
- Osorio, J. (2007). *Introducción al pensamiento sistémico*. Cali: Universidad del Valle.
- Palumbo, R., Cosimato, S. y Tommasetti, A. (2017). Dream or reality? A recipe for sustainable and innovative health care ecosystems. *TQM Journal*, 29(6), 847-862. <https://doi.org/hsdj>



- Russo, G., Tartaglione, A. M. y Cavacece, Y. (2019). Empowering patients to co-create a sustainable healthcare value. *Sustainability (Switzerland)*, 11(5), 1315. <https://doi.org/ggt2>
- Sierra Pérez, M. A. (2021). Revisión de la literatura en diseño de servicios y experiencias para la humanización en hospitales. *ACTIO Journal of Technology in Design, Film Arts and Visual Communication*, 5(1), 46-61. <https://doi.org/hsg7>
- Stickdorn M. y Schneider J. (2011). *This Is Service Design Thinking*. John Wiley & Sons Inc.
- Sturmberg, J. P., O'Halloran, D. M. y Martin, C. M. (2012). Understanding health system reform - A complex adaptive systems perspective. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), 202-208. <https://doi.org/fzstzr>
- Sueiras, P., Romano-Betech, V., Vergil-Salgado, A., de Hoyos, A., Quintana-Vargas, S., Ruddick, W., Castro-Santana, A., Islas-Andrade, S., Altamirano-Bustamante, N. F. y Altamirano-Bustamante, M. M. (2017). Today's medical self and the other: Challenges and evolving solutions for enhanced humanization and quality of care. *PloS one*, 12(7), e0181514. <https://doi.org/gbqdzj>
- Szebeko, D. (2005). Co-designing for communications and services in the healthcare environment. *Journal of Public Mental Health*, 4(4), 42-47. <https://doi.org/ddncgs>
- Thumboo, J., Yoon, S., Wee, S., Yeam, C. T., Low, E. C. T. y Lee, C. E. (2019). Developing population health research priorities in Asian city state: Results from a multi-step participatory community engagement. *PLoS ONE*, 14(5). <https://doi.org/hsg9>
- Waugh, C. (2019). How Design Can Make Healthcare More Human [episodio de podcast]. En *ideou.com*. <https://bit.ly/3FaR3gl>
- Willesen, T. (2018). *Applying service design thinking to improve hospital innovation* [tesis maestría, Universidad de Aalborg]. Dinamarca: Aalborg University.