



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

**PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD
COMUNICACIÓN EN LA SALUD. PLAN DE COMUNICACIÓN
INTERNA Y EXTERNA APLICADO A LA SALUBRIDAD**

**PRESENTADA POR
FRANCO MARTÍNEZ MONGE**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN CIENCIAS
DE LA COMUNICACIÓN**

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN,
TURISMO Y PSICOLOGÍA**

ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

**PROYECTO DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD
Comunicación en la salud. Plan de comunicación interna
y externa aplicado a la salubridad.**

Monografía:

**Para obtener el título de Licenciado en Ciencias de la
Comunicación por trabajo de Suficiencia Profesional**

Presentado:

FRANCO MARTÍNEZ MONGE

**LIMA – PERÚ
2018**

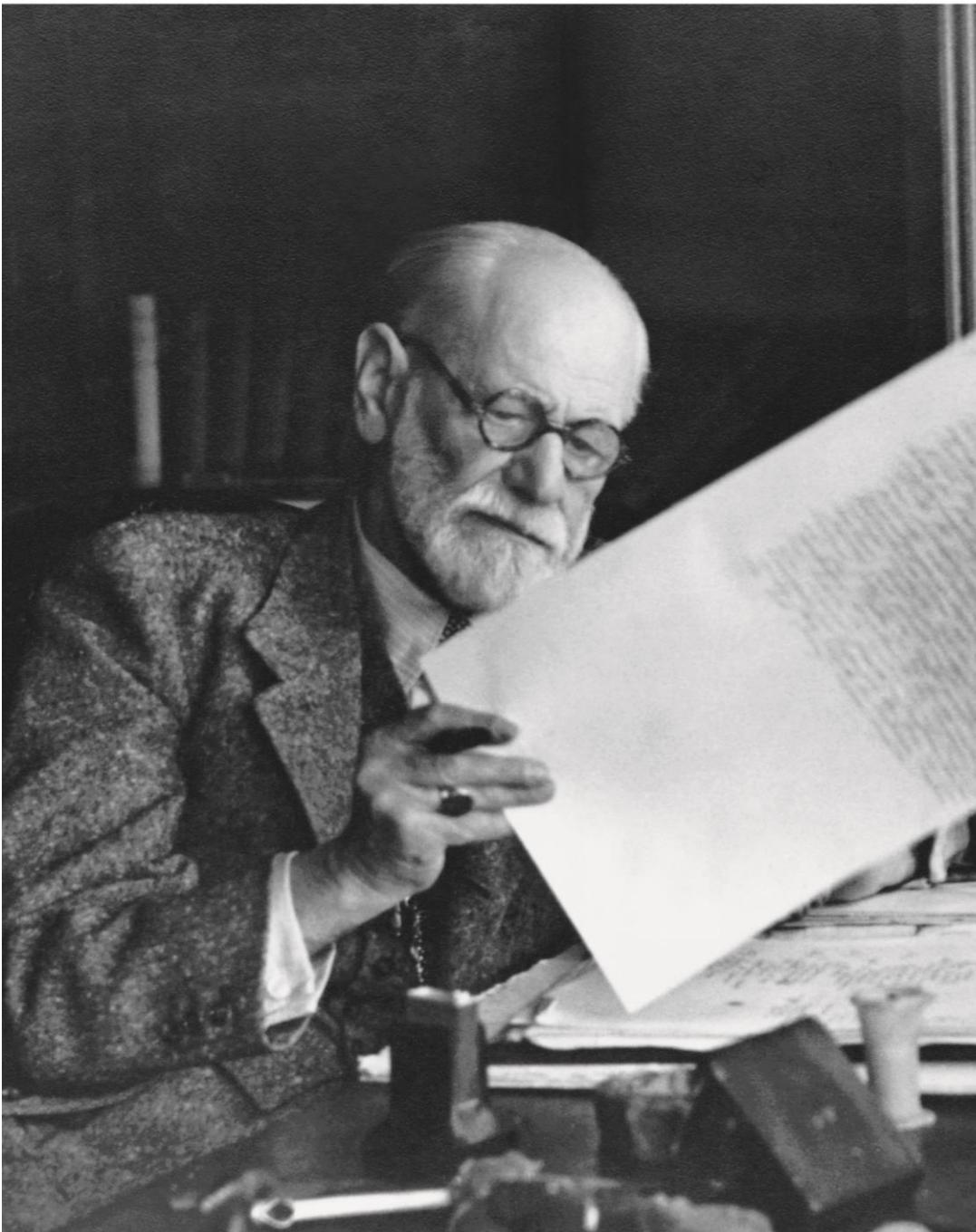




*A mis hijas, Camila y Mía
que me llenan de alegría
y amor la vida.
A mi cómplice de vida,
Fabiola que me inspira y
fortalece.*



*Agradecer a la
Universidad San Martín
de Porres y a cada uno
de sus profesores que
surgieron como mentores
para poder ingresar al
competitivo mundo de las
comunicaciones con
consejos, enseñanzas y
compartir sus
experiencias de vida.*



*“La ciencia moderna
aún no ha producido
un medicamento
tranquilizador tan eficaz
como lo son unas
pocas palabras
bondadosas”.*

Sigmund Freud

RESUMEN

A diario vemos en las noticias el caos que es atenderse en un hospital público. La problemática se inicia desde que el paciente con un malestar debe madrugar para hacer una cola para que le brinden una cita dentro de dos meses -siendo positivos -y con suerte un par de semanas después. Dentro de esa espera el paciente recibe mal trato, lo ignoran o sufre desatención de parte del personal de la salud, lo cual es la gota que rebalsa el vaso para tener una pésima experiencia en la búsqueda de uno de sus derechos universales: la salud.

La problemática de la deshumanización en la atención brindada por el personal de salud ha venido siendo enfocada en varios países desde diversos puntos de vista, sea desde la perspectiva del paciente y los familiares, quienes son los afectados directamente, o los del propio personal de salud que presta los servicios, quienes justifican sus limitantes, pero no se ha encontrado un estudio de las causas y de las posibles soluciones, menos en Perú.

Al hacer diversas visitas a los hospitales, buscando una hipótesis y analizando la atención profesional que se brinda en el mundo de la salud, se puede observar que solo podríamos rehumanizar los servicios brindados en salud con el compromiso directo de todas las áreas de los hospitales desde los administrativos y personal de seguridad (quien es el primer filtro para hacer pasar a los pacientes) hasta los doctores con quienes se debe promover actos y condiciones que tengan como base y objetivo principal el respeto de los derechos humanos, los cuales se afirman en la dignidad de cada persona enferma y para que su estancia en los hospitales nacionales no sea denigrante.

Este informe analítico y plan de comunicación destacan algunos de los factores que muestran la vulnerabilidad de la intimidad a la que son sometidos los pacientes en el proceso de búsqueda de salud, el cual hoy en día es deshumanizante.

Del mismo modo, analiza el papel de la comunicación interna en el contexto del Sistema Nacional de Salud de Perú, especialmente en los escenarios de la Atención Primaria y la Atención Especializada y cuál sería la estrategia ideal de comunicación para introducir en el Plan de Humanización en el Perú.

Se estudia la comunicación interna como parte de los procesos de comunicación en salud que buscan potenciar y hacer alcanzables los objetivos de las instituciones sanitarias tras iniciar el Proyecto de Humanización.

El análisis recoge los principales resultados encontrados hasta la fecha, y plantea cuáles deberían ser algunas de las líneas de acción en el ámbito de las comunicaciones en los escenarios del Sistema de Salud del Perú.

Los hallazgos advierten la necesidad de una política de comunicación interna que, entre otros asuntos, trabaje desde líneas como el papel de los líderes, la integración de los empleados, su identificación con lo que hacen, y la investigación de los procesos comunicativos.

Palabras clave: Comunicación interna, comunicación interna en salud, comunicación en salud, atención primaria, atención especializada.

INDICE

PORTADA	1
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
MOTIVACION.....	4
RESUMEN.....	5
INDICE.....	7
INTRODUCCION.....	9
CAPITULO 1 – MARCO TEORICO	12
HUMANIZAR LA SALUD PUBLICA	
Humanizar: significado y sentido.....	12
Humanizar, es mucho más	13
En búsqueda del sistema humanizado	14
Humanización bajo vulnerabilidad.....	15
ANTECEDENTES Y PROBLEMÁTICA.....	16
Bases teóricas.....	19
DENUNCIAS.....	20
PLAN DE HUMANIZACION.....	26
Objetivos.....	26
Orientación general del plan.....	27
Diagnóstico preliminar.....	28
RESULTADOS CONCRETOS Y EXIGENCIAS.....	29
PLAN PILOTO – COMPONENTES.....	34
INICIATIVAS COMO PROPUESTAS.....	36
PROGRAMAS DE HUMANIZACION A REPLICAR.....	40
COMUNICACIÓN EN LA SALUD.....	41
Salud desde la comunicación.....	42
La comunicación interna en salud.....	43
Sistema Nacional de Salud.....	47
Comunicación interna en atención primaria y atención especializada.....	47
Sobre el sector salud.....	49
APUNTES FINALES.....	51

CAPITULO 2 – EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	53
Ministerio de Salud.....	57
CAPITULO 3 – CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES – MENSAJE Y CAMBIO.....	62
EXPERIENCIA DE VIDA.....	63
CAPITULO 4 – FUENTES DE INFORMACION.....	64

INTRODUCCION

Al ver a un paciente en un hospital público, recordemos siempre que la enfermedad ya lo está tratando demasiado mal como para que tú también lo hagas. Bajo esta premisa se pretende trabajar el aspecto de humanizar la salud en el Perú en el proyecto de 'Humanización de la Salud'.

Humanizar es algo más que una palabra, hoy en día, es una meta a alcanzar como prioridad en el sector salud. El sector, que tiene su sede en la Avenida Salaverry, siempre intentó estar a la vanguardia tecnológica en los hospitales nacionales que estaban bajo su mandato. En muchos casos los hospitales tienen un mayor avance en maquinarias y modernidad que las clínicas privadas pero da igual el progreso, los avances tecnológicos o la falta de personal por las posibles y continuas huelgas del sector, si el trato al paciente no mejora en búsqueda de calidad de servicio.

Es por eso que los profesionales de las comunicaciones que estamos en el sector debemos promover estrategias comunicativas para volver a tener una buena relación en aspectos afectivos entre los doctores y sus pacientes. En pocas palabras tratar de que el sistema de salud deje de ser indiferentes con los pacientes y sus familiares frente a sus dolores y males y regresar a tener ese trato más humano, con gestos y campañas que les devuelvan la fe a los pacientes.

En 1991 se estrenó la película "The Doctor" de William Hurt. Podría gastarme líneas contando la película pero en resumen es que hoy los doctores y enfermeras están parados al lado de la cama que brinda el servicio, pero mañana igual que cualquier humano puede estar echado en la camilla, esperando recibir el servicio, y si es que no se hace nada al respecto, reclamarán el afecto, la atención, paciencia y dignidad que un día no supieron dar.

Este proyecto nació a raíz de una experiencia personal. Mi papá sufría de fibrosis pulmonar. Una enfermedad en la que los tejidos de los pulmones se van cicatrizando. La fibrosis pulmonar hace que el tejido se vuelva grueso y duro haciendo difícil la respiración e incluso haciendo que la sangre no reciba suficiente oxígeno.

El 27 de setiembre del 2017, mi padre mostraba los síntomas para presentar un posible ataque cardio respiratorio. Quise llevarlo a la Clínica Ricardo Palma pero me demoraba cerca de una hora por el tráfico de Jesús María a Javier Prado. Así que decidí por cercanía llevarlo al Hospital Rebagliatti en Jesús María. En esos momentos, trabajaba en el Ministerio de Salud y podía tener algunos accesos y "privilegios" para la atención.

Tras reiterativas llamadas no conseguí una ambulancia de los hospitales cercanos que tengan un balón de oxígeno para poder trasladar a mi padre. Recurrí a los bomberos y municipio sin tener una respuesta efectiva. Habían pasado cerca de 40 minutos y al ver que mi padre se iba debilitando y respirar con mayor complejidad, opté por llevarlo por mi cuenta al hospital, donde tras unas llamadas tenían todo listo para atenderlo. En el trayecto al hospital mi padre sufrió el paro cardio respiratorio en mis brazos.

Llegué y todo el personal estaba listo y dispuesto a ayudarme. Mientras atendían a mi padre en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) decenas de personas buscaban atención en Emergencia para sus familiares. Por primera vez, vi en persona la desesperación de la gente en búsqueda de salud.

El hecho de tener acceso a las zonas de Emergencia y UCI – por ser personal del Minsa- me dio la posibilidad de liberar 29 sillas de ruedas que estaban sin usarse en una zona donde los familiares y pacientes no tenían acceso hasta que les toque su turno. Afuera de emergencia la gente estaba herida, adolorida y en algunos casos sangrantes, no tenía en qué sentarse o cómo movilizarse por falta de sillas de ruedas. Ancianos enyesados, madres gestantes y personas con síntomas de un fuerte dolor, era el panorama. Todos parados, en búsqueda de una silla de ruedas y a la espera de su turno.

El ver la reacción de la gente no sólo me hizo diferente, sino que creó en mí la necesidad no sólo de ser humano sino de vivir humanamente con aquellos que se cruzaran en mi camino y extendieran su mano pidiendo cercanía o ayuda. Si bien no soy doctor, en ese momento podía darles un pequeño alivio y al ver mi reacción sacando sillas de ruedas, los enfermeros también comenzaron a hacerlo y apurar sus atenciones para que pasen los siguientes pacientes.

Estuve tres días cerca de 18 horas diarias tratando de ayudar a la gente que llegaba a atenderse. Al tercer día, lamentablemente, mi padre fallece y todo cambió para mí. Si bien los dos siguientes días no fui al hospital por el velorio y entierro de mi padre, regresé con cierta frecuencia a ver cómo se podía mejorar la atención en los hospitales. Ahí pude apreciar que el común denominador en el servicio de salud nacional es la falta de medicamentos, la demora en la atención y el trato inhumano que reciben los pacientes.

El hospital debe cambiar esa imagen de sitio oscuro y por el contrario debe adoptar la imagen de ser la luz de esperanza, de que todo pueda mejorar y que vendrá un alivio. Los hospitales deben brindar un mensaje esperanzador de tranquilidad y buen servicio. Quizás me pasó lo contrario que al médico de la película, yo estuve primero en el otro lado en la camilla o como

familiar desesperado pidiendo atención y eso, sumada a mi carrera de comunicador, me ayudó a crear la capacidad de saber escuchar, ser cercano y crear empatía.

En estos momentos miles de personas siguen luchando contra una enfermedad, enfrentando diversos obstáculos, y en muchos casos afrontando la depresión de estar en una cama sin un futuro visible. No podemos ponerle más obstáculos en ese difícil camino, por el contrario debemos aligerarles la carga.

Desde ese momento soy voluntario en diversos hospitales y sólo puedo decir que sin ser doctor he sido capaz de dar y transmitir la mitad de lo que un día me agradecieron estos pacientes. En realidad puedo sentirme más que agradecido con ellos.

Poder tener tranquilidad en un momento de desesperación y angustia, recibir esperanza, sentir un abrazo, ver que sean solidarios contigo y el momento que estás viviendo, recibir afecto, mantener la dignidad y vivir humanamente es mucho más de lo que cualquier paciente sueña al empezar una lucha contra alguna enfermedad en un hospital nacional.

Un paciente entra a un hospital (previa lucha para el ingreso y atención en la admisión) con un miedo natural por no saber cómo va la evolución de la enfermedad. Lo mínimo que se le puede brindar a esos pacientes es un trato digno, un trato humano, una sonrisa o un suspiro de esperanza.

Platón decía: “Sé amable, pues cada persona con la que te cruzas está librando una ardua batalla”.

No dudo que este proyecto de ‘Humanización de la salud’ ayudará a entender a los profesionales de la salud que todo paciente va a un hospital de una forma vulnerable porque lo aqueja un mal o una enfermedad y cada paciente es un luchador incansable que necesita de ayuda para estar bien y seguir adelante y para lograr eso necesita de profesionales que destaquen en la ética profesional porque es lo que mantendrá la dignidad del paciente.

Haz tu parte, no sólo seas humano, haz de tu rutina la humanidad hacia los demás.

Franco Martínez Monge
Paciente, comunicador, voluntario y humano

CAPITULO 1 – MARCO TEORICO

HUMANIZAR LA SALUD PUBLICA

Humanizar: significado y sentido

Según el Diccionario de la Lengua Española la palabra 'humanizar' es referida al acto de "hacer humano, familiar, afable a alguien o algo". "Es ablandarse, desenojarse, hacerse benigno".

Del mismo modo, el diccionario Oxford señala que 'humanizar' es "conferir carácter más humano (en sentido moral), hacerlo más amable o justo, menos rigurosos, etc".

"Humanizar requiere una actitud mental, afectiva y moral que obliga al profesional a repensar continuamente sus propios esquemas mentales y a remodelar costumbres de intervención para que se orienten al bien del enfermo". Spinsanti S. (1988). Humanizar la vida y la salud no es otra cosa que reconocernos y mostrarnos como personas en todo momento y lugar. Como menciona Sandro Spinsanti, la humanización es la actitud mental, afectiva y moral que debería obligar a los doctores y personal de salud en general a repensar continuamente los esquemas de servicio en pos de un trato digno a los pacientes.

No hay duda que cuando un paciente recurre a un hospital espera recibir no solo salud sino una atención 'humanizada'. La palabra humanizar es usada para señalar que algo debe ser bueno, ajustada a la condición humana y brinde dignidad a la persona. Cabe aclarar que hay diferencia entre ser humano que es un factor biológico, especie o condición y humanamente que es un comportamiento o actitud.

El proceso de humanización es una parte fundamental a nivel de calidad en la entrega de un servicio. Cuando una persona se enferma y comienza la lucha por recuperar su estado normal, su dignidad es amenazada de manera temporal, incluso después de haber superado la enfermedad. Cualquier ser humano que contrae una enfermedad saca a relucir la parte más frágil y vulnerable de su ser, por lo cual es realmente importante la actitud y buena disposición de los profesionales de la salud, quienes deben estar dispuestos a respetar a las personas y su dignidad como ser humano.



Foto: Internet

La presencia humana ante las personas con alguna enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: hablar, sonreír, mostrar calidez, oír, mostrarse sensible y comprensible a la situación que está viviendo la otra persona, brinda un respaldo que ninguna máquina tecnológica lo dará.

Una de las características que deberían tener los profesionales de la salud es el servicio y el trato humano, esta se pone de manifiesto especialmente por el compromiso hacia las personas vulnerables. Esta también se entiende como la capacidad de comprender a las personas, su interioridad, sus miedos, su mundo y su cultura. Se trata de dar y recibir, siempre con una predisposición hacia la apertura. Cuidar a una persona o ser, sin duda es una tarea ineludiblemente humana.

José Carlos Bermejo menciona que “quién tiene cualidad de humanidad mira, siente, ama y sueña de otra manera. La riqueza de humanidad transforma y cualifica la propia sensibilidad personal: no mira para poseer sino para compartir la mirada.” (Bermejo J. 2014)

Humanizar, es mucho más

Si bien un saludo de “buenos días” te muestra más humano y cercano, “humanizar” va más allá de ser cordial o cortés. Como señala José Carlos Bermejo, humanizar tiene un significado más profundo que algo superficial y el mismo acto implica numerosas situaciones y actitudes en diversas circunstancias.

Humanizamos desde que un paciente llega al hospital y aqueja algún fastidio, dolor o enfermedad, brindándole apoyo, ayuda y las facilidades de acceso. Esto lo tenemos que brindar porque antes que el dolor físico y corpóreo, el ser que está entrando por las puertas del hospital es una persona con emociones, sentimientos y probablemente muy vulnerable que en ese momento viene en búsqueda de ayuda. Son personas que tienen una familia y viven en una comunidad, al igual que todos. Sin embargo, cada persona es singular, única, que requieren respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas.

Cada ser humano que entra a un hospital es una persona capaz de decidir



Foto: Internet

y deseosa de participar. Y en caso no esté en condiciones de decidir, estará acompañado por un familiar e incluso así entre solo siempre hay que buscar lo mejor para la persona. Son personas con autonomía que cuidan de su vida, salud y bienestar. Personas que, como cualquiera, tienen problemas y dificultades.

Por eso el proceso de humanización, es mucho más que ser amable o brindar un saludo. El proceso de humanización es un compromiso constante y una responsabilidad de toda la cadena que brinda un servicio, en este caso de salud. Cadena que va desde la entrada con el personal de seguridad, admisión, caja, triaje, enfermeras, doctores y más. Este compromiso se construye día a día cuando proveemos los cuidados y la atención bajo la premisa 'tú eres un ser humano y necesitas un trato como ser humano'.

En búsqueda del sistema humanizado

Este proyecto apuesta por sustentar con evidencia la situación deshumanizada que vivimos actualmente, mejorar e innovar los aspectos y diversas áreas del sistema de salud humanizado. El tema de humanización se debe dar según el concepto y necesidad del individuo, paciente y sociedad que tengamos.

En tal sentido, uno de las primeras acciones bajo la mirada humanizadora del servicio de salud es brindar todo el conocimiento existente en los profesionales al servicio de las personas ofreciendo en primer lugar la sensibilidad y la ética en el acto del cuidado, resaltando y rescatando de este modo la dignidad humana.

En este sentido, es vital contar con una buena actitud de parte de los profesionales de la salud. Esta actitud va desde cómo se conversa con el paciente y sus familiares hasta tener una buena actitud y brindar las facilidades para alguien que busca salud.

Cuando hablamos del "paciente cama 20", sin querer, por descuido, apuro o costumbre, los profesionales de la salud muestran una falta de reconocimiento a la dignidad, singularidad y valor de sus pacientes. Al expresarse de esa forma de un paciente como si fuera un número, pasándolo de ser un ser autónomo a ser un número de una cama hemos despersonalizado la relación del cuidado. Cuando hablamos con un paciente y lo llamamos por su nombre, estamos reconociendo su singularidad, su dignidad y valor como persona. El ser no es un objeto o cosa. Es su sujeto.

Como señalaba la ex Ministra de Salud, Dra. Patricia García tras presentarle la idea de realizar un plan de humanización, el sistema de salud humanizado incluye tener profesionales no solo que sean capaces dentro de su profesión sino que estén dispuestos a estar al servicio de la persona, como arte de un sistema pensado y concebido para las personas. La



Foto: MINSA

humanización nace desde un ministerio porque se relaciona directamente con la gestión, con la concepción del sistema de salud y la mentalidad de las personas involucradas.

Ante lo mencionado por la ex Ministra de Salud, debo resaltar que la humanización no va por un cambio de procesos de atención o mecanismos sino tiene un mayor impacto por la actitud de los profesionales quienes son los que deben hacer el cambio.

Como se mencionó previamente la humanización es un compromiso personal y colectivo entre todos los agentes internos y externos del sistema de salud porque hay que lograr cambios en la realidad, las relaciones interpersonales, las conductas, uno mismo y en particular cuando los profesionales de la salud toman conciencia de la vulnerabilidad ajena y de la necesidad de ayuda a la cual recurren los pacientes.

Humanización bajo vulnerabilidad

Como se mencionó en el inicio, la humanización en el servicio de salud es especialmente vital cuando las personas por su condición enferma se encuentran frágiles y vulnerables.

La humanización se muestra en la relación que nace con la convivencia de los profesionales con los pacientes cuando se encuentran internados y la relación de confianza que se forma con sus respectivas familias intentando que ambos se sientan defendidos por ellos y no pierdan la esperanza ni la fe.

El convivir del profesional con el paciente y que el primero pueda presenciar el dolor y sufrimiento que mantienen día a día hace que los profesionales de la salud se cuestionen y sientan la condición de vulnerabilidad y finitud que tiene todo paciente al ingresar a un hospital.



Tras ver y vivir en este escenario, los profesionales de la salud adoptan cierta responsabilidad y brota el compromiso frente al paciente. Pero es importante recalcar que todos tenemos que ser parte de esto y tener parte de responsabilidad en la difícil y continua tarea de

aliviar el sufrimiento humano en cualquier magnitud para construir un Perú que fomente actitudes, conductas y acciones humanizantes.

El ser ajeno, el desentenderse o el no actuar como responsable de la vida frágil ajena es el origen de deshumanización y la base de un mal servicio en el sector salud.

La experiencia del encuentro directo con la vulnerabilidad, tanto propia como ajena, abre una nueva variable que es la impotencia, la cual desencadena en la compasión y la solidaridad, en el mejor de los escenarios. En el fondo, la vulnerabilidad de los pacientes enfermos y el malestar general cuando no sabemos afrontarlo estando cerca, comunicándolo o ayudándolo, nos interpela.

Parte del significado de “humanizar” es sin dudas el personalizar la asistencia y servicio sanitario. Detrás de cada enfermedad está la presencia de un ser humano que elabora personalmente su experiencia de enfermedad y la incorpora, de alguna manera, a su biografía como una experiencia mala, dura, de aprendizaje o humanizante.

ANTECEDENTES Y PROBLEMATICA

Si el sistema de salud pública del Perú fuese un paciente, es muy probable que reciba un diagnóstico negativo y poco alentador. Y es que cada mañana, los noticieros nos inundan de noticias negativas que ponen a los hospitales del Ministerio de Salud (Minsa) y del Seguro Social (Essalud) en el ojo de la tormenta.

Los factores más resaltantes para que esta mala atención sean más resaltantes son los largos tiempos de espera para conseguir una cita o para programar una cirugía, el frecuente maltrato a los usuarios, la falta de medicamentos y el maltrato en la atención a los pacientes.

Según la encuesta realizada por Susalud (Superintendencia Nacional de Salud), organismo que tiene como misión proteger los derechos en salud de todos los peruanos, en el 2016, los principales problemas presentados en la atención fueron:

- **Demora en la atención (42.7%)**
- **Falta de medicamentos (26.6%)**
- **Maltrato en la atención (21.6%)**
- **Pocos turnos para la atención (18.5%)**



Esta encuesta que se hace de forma sistemática anualmente, se ha convertido en un instrumento que muestra los puntos en los que hay que mejorar, lo que permitirá mejorar la gestión y, por lo tanto, satisfacer mejor las necesidades de los usuarios. Pero la percepción de los pacientes y profesionales es que no se hace nada con los resultados obtenidos con este instrumento.

En el Informe de Susalud 2016 se presentó una variable donde se mencionaba la percepción del paciente sobre si 'desde el año 2014 a la fecha, ¿considera usted que la atención de salud en el país?' donde más del 70% aseguran que no ha mejorado.

- **Está igual (58.6%)**
- **Ha empeorado (15.2%)**

Y sobre los puntos donde ha empeorado, resaltan:

- **Falta de servicios y especialidades (54.7%)**
- **El trato del personal de salud es malo (32.4%)**

- **Falta de hospitales o donde atenderse (32.3%)**
- **La entrega de medicamentos es incompleta (26.6%)**
- **Los trámites para la atención de salud son más engorrosos (22.7%)**
- **La calidad de los medicamentos es mala (19.2%)**
- **No se protege los derechos de los pacientes (15.6%)**
- **El seguro Integral de Salud ha empeorado (11.6%)**

Tras unas breves encuestas con los pacientes, familiares y personal de la salud por algunos de los hospitales más emblemáticos del país, estas cifras responden a que los pacientes se sienten desprotegidos ante eventuales negligencias, a pesar de que el Minsa y Essalud tienen instituciones creadas para defender al paciente. Es muy frecuente ver que los usuarios dejan de ir a determinada clínica privada si recibe un maltrato o daño, opción que no hay en el sector público.

Un informe de la Defensoría del Pueblo, del 2006, denunció que el problema más crítico era el acceso al área de emergencia: un 33% de los encuestados manifestó que la atención está condicionada a un pago previo cuando los servicios deberían ser gratuitos.

En caso de una emergencia, el 39% de los encuestados acude a una posta médica, el 29% opta por un hospital de Essalud y el 25% por uno del Minsa. ¿La razón? “La escasa presencia de establecimientos en zonas alejadas y la saturación de los hospitales de alta complejidad”, sostuvo Luz María Loo, presidenta de la Federación Peruana de Administradores de Salud para el Diario El Comercio.

Aunque el 11% de los entrevistados prefiere atenderse en un hospital del Sisol. La buena aceptación solo se da en Lima (46%). Sin embargo, que los pacientes no deban esperar semanas por una cita en estos locales no significa que la atención sea óptima. La calidad de atención en un hospital que



Foto: Internet

funciona en un container y no cumple con las normas técnicas de salud no puede ser buena.

Otra de las fallas halladas de los hospitales de la Solidaridad no cuenta con historias clínicas. Del mismo modo, exigen pruebas diagnósticas muchas veces innecesarias. Ante la falta de regulación del Estado se aprovechan de los convenios con Essalud, al final se termina facturando estos gastos al seguro.

Los expertos afirman que una mayor inversión del Estado puede revertir el descontento en la población. Uno de los aspectos importantes, que la anunciada reforma de la salud debe considerar, es la cobertura para enfermedades de alto costo. No es posible que se costee el tratamiento del cáncer y uno muera víctima de neumonía.

Bases teóricas

Tras tantos conceptos, juicios y significados podemos señalar que 'Humanizar' es hacer una realidad más digna, más humana, menos cruel, menos dura para las personas. En especial aquellas que por su condición de enferma son más vulnerables. Se considera la humanización como el respeto a la dignidad humana que se traduce en:

- ✓ Atención centrada en la persona.
- ✓ Cordialidad y respeto.
- ✓ Personalización de la atención.
- ✓ Calidad de trato.
- ✓ Información y comunicación continua.
- ✓ Brindar seguridad y confianza.
- ✓ Confort en los entornos.
- ✓ Cuidado en las situaciones especiales.
- ✓ Fomento de la autonomía de las personas.
- ✓ Atención integral y holística.
- ✓ Los profesionales como agentes de humanización.
- ✓ Dignidad y respeto de los derechos de las personas.
- ✓ Comprensión de las necesidades y expectativas de los pacientes.
- ✓ Tranquilidad y comunicación con los familiares.

DENUNCIAS

DENUNCIA 1 – RPP.pe (10 de Febrero del 2018)

“Familiares de menor de 10 años denunciaron falta de atención en centros médicos del Minsa”

<http://rpp.pe/lima/actualidad/familiares-de-menor-de-10-anos-denunciaron-falta-de-atencion-en-centros-medicos-del-minsa-noticia-1104377>

El pasado 10 de febrero unos familiares de un menor de 10 que sufrió un accidente hace el 2 de febrero en Huancayo denunciaron que en diferentes centros médicos pertenecientes al Ministerio de Salud se negaron a atender al menor a pesar de sus graves lesiones en la pelvis y pierna. Esta negativa de parte de los hospitales se debía a que el paciente que estaba siendo trasladado en una ambulancia de una clínica huancaína a la ciudad de Lima, no tenía referencia.

“Los médicos han dicho que nos lo llevemos a Huancayo porque acá no podemos hacer nada. Desde que hemos llegado a Lima a las 11 de la noche, nos hemos dirigido al Instituto del Niño de Breña y prácticamente nos han botado de ahí. También hemos ido al Hospital Dos de Mayo, hasta que hemos llegado al Instituto del Niño de San Borja”, declaró el hermano del niño, quien tenía en mano el historial clínico, placas e informe operatorio, mostrando el trato deshumano que se brinda en el servicio sanitario regido por una burocracia que se impone a la salud.

La directora general del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja se disculpó y mencionó que “El niño llegó a las 4:30 de la mañana, desde esa hora el jefe de la guardia ha estado solicitando la hoja de referencia. Sabemos que en el sistema de salud, lamentablemente, hay pacientes que no son atendidos por que no llegan a un centro de salud con la hoja de referencia o con previa coordinación”.

Por su parte, el Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña, iniciara investigaciones para determinar las razones por la que el niño no fue atendido cuando llegó de la ciudad de Huancayo. Después de 8 horas de una larga espera, los médicos finalmente atendieron al menor.

El ministro de Salud, Abel Salinas, se excusó señalando que los familiares habían optado por trasladarlo a un hospital sin coordinación previa tras firmar la alta voluntaria porque ya habían

agotado cobertura del SOAT. Salinas recomendó a los ciudadanos que las transferencias que no son de emergencias sean coordinadas para evitar “riesgos innecesarios”.

RPP NOTICIAS EDICIÓN NACIONAL

Rotafono

Familiares de menor de 10 años denunciaron falta de atención en centros médicos del Minsa

El niño llegó a Lima en una ambulancia desde Huancayo. Tras la denuncia de los familiares al Rotafono de RPP, fue atendido después de 8 horas de espera.

Redacción | 10 de febrero del 2018 - 9:56 AM | Valoración: ★ 3/5



Familiares de un menor de 10 años denunciaron falta de atención en el Hospital del Niño. |
Fotografía: ANDINA

(Rotafono RPP) Familiares de un menor de 10 que sufrió un accidente hace 8 días en Huancayo denunciaron que en diferentes centros médicos pertenecientes al **Ministerio de Salud** se negaron a atenderlo a pesar de sus graves lesiones en la pelvis y pierna. Según dijeron, esto le debió a que el paciente, que fue trasladado en la ambulancia de una clínica a la ciudad de Lima, no tenía referencia.

“Los médicos han dicho que nos lo llevemos a Huancayo porque acá no podemos hacer nada. Desde que hemos llegado a Lima a las 11 de la noche, nos hemos dirigido al Instituto del Niño de Breña y prácticamente nos han botado de ahí. También hemos ido al Hospital Dos de Mayo, hasta que hemos llegado al Instituto del Niño de San Borja”, declaró el hermano del niño.

“A pesar de que hemos traído con nosotros el historial clínico, placas e informe operatorio, nos han negado la atención en diferentes establecimientos de salud” Los familiares señalaron que los trabajadores del Instituto Nacional del Niño de San Borja los dejaron a su suerte en los pasillos del área de emergencia.

Respuesta y atención inmediata

Minutos después de que el caso se diera a conocer a través de *La Rotativa del Aire*, la doctora Zulema Tomas, directora general del **Instituto Nacional de Salud del Niño** de San Borja, se comunicó con *RPP Noticias* para disculparse e informar que tras la denuncia de los familiares, tomaron medidas para atender al niño.

“Sabemos que en el sistema de salud, lamentablemente, hay pacientes que no son atendidos por que no llegan a un centro de salud con la hoja de referencia o con previa coordinación.

“En efecto, el niño llegó a las 4:30 de la mañana, desde esa hora el jefe de la guardia ha estado solicitando la hoja de referencia”, dijo Torres. “La ley de emergencia es bien clara, yo sí quiero pedir las disculpas del caso. El niño ha sido atendido por una clínica y al ver que no se puede resolver el problema lo han enviado con los padres para recorrer diferentes hospitales de Lima”.

Habló el ministro

El ministro de Salud, Abel Salinas, informó luego a *RPP Noticias* que los familiares habían optado por trasladarlo a un hospital sin coordinación previa tras firmar la alta voluntaria porque ya habían agotado cobertura del SOAT.

“Si bien es cierto el sistema de referencia y contra referencia no fue el óptimo, el niño está estable y se le va a brindar toda la atención que corresponde. Esto va ameritar una investigación”, declaró en *Enfoque de los Sábados*. Salinas recomendó a los ciudadanos que las transferencias que no son de emergencias sean coordinadas para evitar “riesgos innecesarios”.



SUTARGET
Enlaces patrocinados

suarget
Paute en línea fácil
Tenga presencia en los portales premium del país
Perú

¿Necesitas estudiantes?
Impulsa tu negocio con una Página Web 24/7
Publicar.com/página-web

Destacadas en Actualidad

 Dos personas murieron en el choque y posterior explosión de un camión

 La inscripción virtual para la misa del papa Francisco en Lima comenzó este sábado

 Dictan 9 meses de prisión preventiva para presunto feminicida de Villa María del Triunfo

Más en Lima

 Una niña de 10 años murió en una piscina de Comas

 Denuncian nuevo caso de violación a una menor de 11 años en San Juan de Lurigancho

DENUNCIA 2 – La República (5 de Marzo del 2018)

EsSalud: denuncian que pacientes duermen en hospital para conseguir cita

<http://larepublica.pe/reportero-ciudadano/1206877-essalud-denuncian-que-pacientes-duermen-en-hospital-para-conseguir-cita>

Se realizó una denuncia del centro médico de EsSalud de la ciudad de Cañete donde publicaron fotos con pacientes que llevaban su colchón para pernoctar y poder obtener una cita de atención.

Los denunciantes señalaron que los pacientes hacen colas desde las 7 de la noche del día anterior para poder recoger sus citas a las 5 de la mañana aproximadamente y no perder un día de trabajo.

Estas demoras en atención y pocos cupos son debido a la falta de médicos, especialidades, infraestructura entre otros aspectos que se necesitan para cubrir la demanda de los asegurados.

EsSalud: denuncian que pacientes duermen en hospital para conseguir cita

Según **Paul Yactayo**, esta situación ocurre en el **centro médico de Cañete**.



5 Mar 2018 | 16:27 h



La foto corresponde a la noche de ayer, dentro del centro médico de EsSalud de la ciudad de Cañete.

Redacción:
Redacción LR

Por intermedio del **WhatsApp de La República** enviaron una fotografía donde se aprecia un **paciente** esperando sentado en una colchoneta dentro de las instalaciones de un **hospital**.

PUEDES VER: [Quejas por ascensores malogrados en centro de salud](#)

NOTICIAS RELACIONADAS

Pacientes con tuberculosis esperan operación en hospitales públicos desde el 2015



Pacientes esperan hasta 6 meses por una operación en Hospital de Arequipa



Quejas por ascensores malogrados en centro de salud



La foto corresponde a la noche de ayer, dentro del centro médico de **EsSalud** de la ciudad de **Cañete**, según el ciudadano **Paul Yactayo**.

El denunciante aseguró además que, los **pacientes** de este centro de salud deben hacer colas desde las 7 de la noche del día anterior para poder recoger sus **citas** a las 5 de la mañana aproximadamente.

Para el ciudadano que reportó este un problema, la **filas** de espera son constantes debido a la falta de **médicos**, especialidades, infraestructura entre otros aspectos que se necesitan para cubrir la demanda de los **asegurados**.

"Las personas enfermas hacen cola toda la noche y madrugada para ser atendidos, en vez de curarse salen peor", escribió **Yactayo** mediante el **WhatsApp de La República**.

Debido a la situación en la que deben esperar algunos pacientes, el ciudadano exige a las autoridades de **EsSalud** supervisar y tomar medidas para satisfacer las necesidades de este centro médico, en **Cañete**.

(Textos y fotos enviadas por **Paul Yactayo**, al **WhatsApp de La República** 941 000 000).

DENUNCIA 3 – Perú 21 (8 de Febrero del 2018)

Denuncian que hombre muere mientras esperaba ser atendido en hospital de Essalud

<https://peru21.pe/lima/essalud-denuncian-hombre-muere-haciendo-cola-hospital-video-395114>

José Raúl Merino Gallo (66), acudió al Hospital Marino Molina Scippa, perteneciente a la red de Essalud en el distrito de Carabaylo, por una dolencia que tenía en el pecho. Al momento de llegar al hospital, le dijeron que saque una cita para atenderlo. Sin embargo, por el fuerte dolor mostrado, los familiares rogaron que lo atiendan, pero no lo atendieron.

Es importante resaltar que un día antes, José Merino fue al hospital, donde se hizo un electrocardiograma. Los resultados indicaron que no tenía nada y podía irse normalmente.

De acuerdo con el doctor Enrique Mechato, subgerente de la red Sabogal de Essalud, el centro empieza a atender a partir de las 8 de la mañana y no cuenta con consultorios de emergencia ya que es un centro de primer nivel de atención. “Según lo que nos informa la directora del establecimiento, el señor Merino llegó cargado por otra persona a las 6:30 a.m. y la persona aseguró que lo había encontrado desmayado cerca del establecimiento y sin signos vitales”, dijo el médico, citado por El Comercio.

Perú 21

Inicio > Lima Último minuto Política Opinión Perú Mundo Cultura Espectáculos

Denuncian que hombre muere mientras esperaba ser atendido en hospital de Essalud [VIDEO]

José Raúl Merino Gallo tenía 66 años.

f Compartir t Compartir G+ Compartir +

ALERTA - CARABAYLO
CNA HOMBRE MUERE EN PUERTA DE HOSPITAL

(ATV)

REDACCIÓN PERÚ 21
08/02/2018 15:56h

Un hombre, de aproximadamente de 65 años, murió esta mañana en las instalaciones del **Hospital Marino Molina Scippa**, perteneciente a la red de **Essalud** en el distrito de **Carabaylo**.

El nombre del fallecido es **José Raúl Merino Gallo**, quien acudió al nosocomio por una dolencia que tenía en el pecho. “Tenía molestias en esa parte del cuerpo, por lo que decidimos llevarlo al hospital más cercano”, comentaron algunos familiares.

Unas de las sobrinas contó que al momento de llegar al hospital, le dijeron que **saque una cita para atenderlo**. Sin embargo, por el fuerte dolor que presentaba el hombre, los familiares rogaron a algún médico para que lo atiendan, pero nadie quiso hacerlo.

Es importante resaltar que un día antes, José Merino fue al hospital, donde se hizo un electrocardiograma. **Los resultados indicaron que no tenía nada y podía irse normalmente.**

LA VERSIÓN DE ESSALUD
De acuerdo con el doctor Enrique Mechato, subgerente de la red Sabogal de Essalud, el centro empieza a atender a partir de las 8 de la mañana y no cuenta con consultorios de emergencia ya que es un centro de primer nivel de atención. “Según lo que nos informa la directora del establecimiento, el señor Merino llegó cargado por otra persona a las 6:30 a.m. y la persona aseguró que lo había encontrado desmayado cerca del establecimiento y sin signos vitales”, dijo el médico, citado por El Comercio.

Mechato, resaltó que los médicos corroboraron la defunción del hombre.

DENUNCIA 4 - Perú 21 (27 de Febrero del 2018)

Mujer venezolana denuncia: "Estuve 3 semanas con el bebé muerto adentro"

<https://peru21.pe/lima/venezolana-llevo-bebe-muerto-adentro-3-semanas-acusa-discriminacion-hospital-397490>

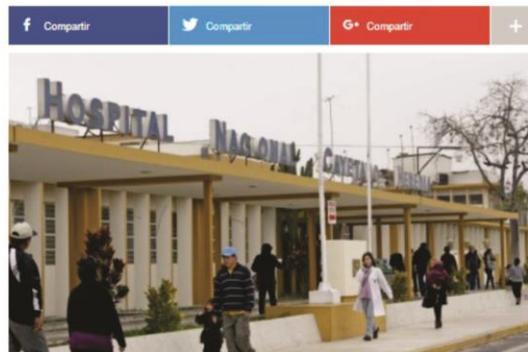
Una venezolana denunció haber sido víctima de discriminación en el hospital Cayetano Heredia, ubicado en San Martín de Porres, cuando no la quisieron atender por "no tener los papeles" solicitados.

"Tengo 12 semanas de embarazo, pero él (mi bebé) murió a las 9 semanas, llevo 3 semanas con el bebé muerto adentro. No me atendieron porque no soy peruana, porque no tengo los papeles. (La médico me dijo) que quién me mandó a embarazarme y quién me mandó a abortar", mencionó la ciudadana venezolana mostrando el lado más crudo de la deshumanización.



Mujer venezolana denuncia: "Estuve 3 semanas con el bebé muerto adentro" [VIDEO]

Hospital Cayetano Heredia no la quiso atender porque no tenía papeles. Ella acusa discriminación.



La discriminación de una médica habría impedido que la ciudadana venezolana sea atendida. (Andina)

La ciudadana venezolana Ana Bravo denunció haber sido víctima de discriminación en el [hospital Cayetano Heredia](#), ubicado en [San Martín de Porres](#), cuando no la quisieron atender luego de haber perdido a su bebé a las 9 semanas de gestación, por "no tener los papeles".

"Tengo 12 semanas de embarazo, pero él (mi bebé) murió a las 9 semanas, llevo 3 semanas con el bebé muerto adentro. No me atendieron porque no soy peruana, porque no tengo los papeles. (La médico me dijo) que **quién me mandó a embarazarme y quién me mandó a abortar**".

Según comentó, la médica le habría dicho que "el venezolano para ella, vino para acá a quitarle la comida al peruano y a quitarle su trabajo". Además señaló que **no recibió alimentos durante varios días** dado que le indicaron que en cualquier momento ingresaría al quirófano.

La operación de legrado fue realizada posteriormente. Ana Bravo ya recibió las disculpas de la médica que la atendió debido al maltrato del que fue víctima.

DENUNCIA 5 – El Comercio

HOSPITAL ALMENARA: A TRAVÉS DE REDES SOCIALES DENUNCIAN MALA ATENCIÓN A PACIENTES

<https://panamericana.pe/24horas/locales/235122-hospital-almenara-traves-redes-sociales-denuncian-mala-atencion-pacientes>

A través de las redes sociales se difundió una serie de fotos de un centro médico donde se atiende a un paciente en el suelo, la imagen según el reportaje sugiere que se trata de una persona en estado crítico y solo estaba recostada sobre una camilla. Se trata de la Unidad de Traumashock del emblemático hospital Guillermo Almenara.

En un segundo plano de la misma fotografía se puede ver a un segundo paciente también recostado en el piso. El director del nosocomio manifestó desconocer los detalles y circunstancias del caso pero negó que se encontrara sobre el suelo. "Estaba sobre una camilla de transporte", excusó el doctor.

HOSPITAL ALMENARA: A TRAVÉS DE REDES SOCIALES DENUNCIAN MALA ATENCIÓN A PACIENTES

Hace 4 meses

f t G+ w

Modo Cine



A través de las redes sociales se difundió una serie de fotos de un centro médico donde se atiende a un paciente en el suelo. la imagen sugiere que se trata de una persona en estado crítico y solo estaba recostada sobre una camilla. Se trata de la Unidad de Traumashock del emblemático **hospital Guillermo Almenara**.

La persona que se ve en las imágenes tiene 70 años y según explicó el director del hospital de la Red de **Essalud**, el doctor **Luis Bromley**, al adulto mayor se le estuvo aplicando el protocolo de reanimación cardio pulmonar pues presentaba una paro cardio respiratorio, se la había paralizado el corazón, el protocolo indica que en estos casos se debe emplear una superficie dura y a decir del médico la mejor superficie dura es el suelo.

Sin embargo, en un segundo plano de la misma fotografía se puede ver a un segundo paciente también recostado en el piso. El Galeno manifestó desconocer los detalles y circunstancias del segundo caso pero negó que se encontrara sobre el suelo. "Estaba sobre una camilla de transporte", aclaró el director.

En el 2015 el hospital Almenara fue catalogado con el máximo nivel otorgado por el ministerio de Salud. Sin embargo, a esta última denuncia se suman los problemas para la obtención de citas, además del informe de **Susalud** que lo ubica como uno de los establecimientos con más quejas este año.

Temas Relacionados: [Essalud](#) · [Hospital Guillermo Almenara](#) · [Luis Bromley](#) · [Susalud](#)

PLAN DE HUMANIZACION

Objetivos

- **Objetivo general**

Promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en los hospitales públicos del país.

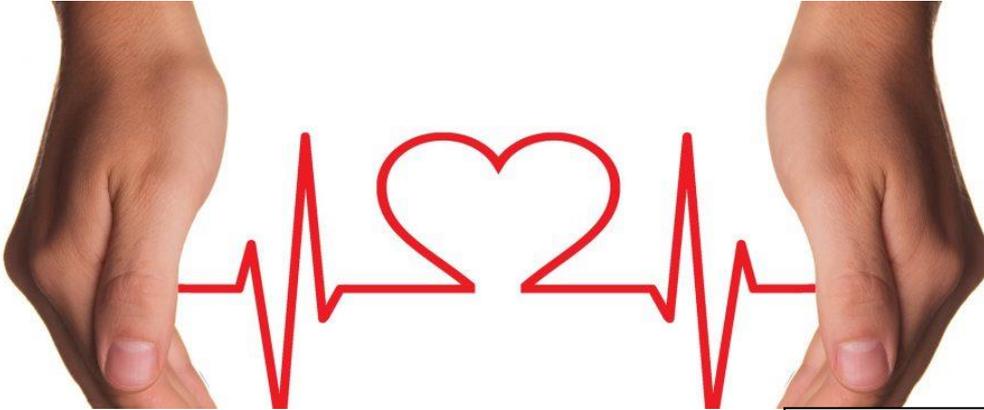


Foto: Internet

- **Objetivos específicos**

Identificar las expectativas, necesidades y demandas de los ciudadanos peruanos, usuarios o no del sistema de salud, en relación a la mejora en trato de humanización de la asistencia sanitaria. Conocer las opiniones, expectativas y demandas de los pacientes y usuarios de los centros sanitarios con respecto a la atención y el trato durante todo el proceso asistencial. Determinar cuáles serán los elementos de intervención para la implementación de la humanización de la salud.

- Obtener un diagnóstico de las expectativas y necesidades de los hospitales relacionadas con la humanización de la salud pública.
- Obtener un mapa de las iniciativas y experiencias existentes sobre humanización de la atención sanitaria.
- Identificar y conocer iniciativas de humanización en otras organizaciones sanitarias de nuestro entorno: internacionales, nacionales y locales.
- Formular la misión, visión y valores y la política de humanización de nuestra organización.
- Planificar y programar las actividades necesarias para el desarrollo del plan de humanización de la asistencia sanitaria.
- Crear una estructura organizativa para el desarrollo del plan en nuestra organización.
- Difusión y comunicación del plan.

- Desplegar e implementar las acciones propuestas.
- Seguimiento y evaluación del plan, la consecución de los objetivos, la ejecución de las actividades y las lecciones de aprendizaje y mejora.
- **Orientación general del plan**

El reto principal que describe este plan es cambiar el trato que vienen recibiendo los peruanos en los diversos hospitales de atención pública y volverla una atención humanizada, sentando las bases de un trabajo continuado en el tiempo con un enfoque metodológico de gestión de la calidad y trabajando la comunicación interna del servicio sanitario del Perú.

Este plan muestra el compromiso por añadir constantemente valor para los ciudadanos, comprendiendo, anticipando y satisfaciendo sus necesidades, expectativas y oportunidades.

Cabe resaltar que el Plan de Humanización de la Salud está basado en el Plan Humanizando la Salud implementado en España, Alemania y Reino Unido, imitando las buenas prácticas realizadas.

Para lograr cumplir el reto planteado, se pretende brindar respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes, manteniendo un diálogo con los pacientes y los familiares basados en la franqueza y transparencia para afrontar la problemática que tienen.

El primer paso para poder implementar el plan de humanización en nuestro país es necesario comprender las necesidades y expectativas que tienen los peruanos respecto a una atención humanizada. El plan pretende transformar estas



necesidades en obligaciones y compromisos para un servicio sanitario de calidad y humanizado. Compromiso que viene desde el Ministerio de Salud hasta los doctores y enfermeras que tienen el contacto directo con los pacientes.

Un punto clave a resaltar del proceso de este plan es la proactividad, la cual será una herramienta clave para poder obtener un éxito sostenido, que nos permita diseñar, comunicar, implementar, evaluar, aprender y mejorar de manera continua en su desarrollo.

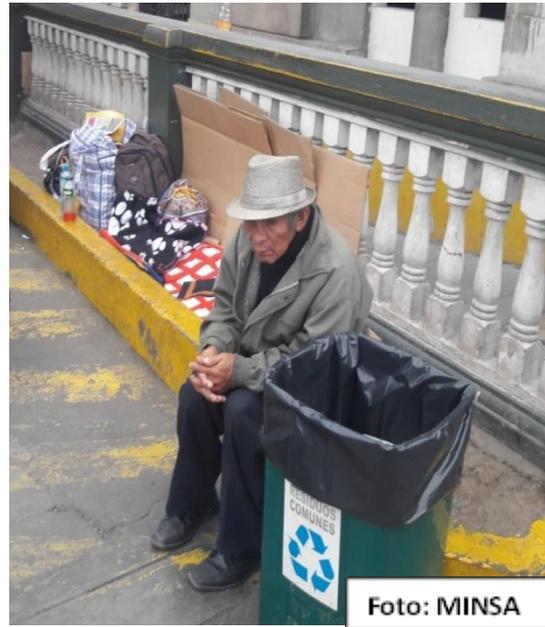
- **Diagnóstico preliminar**

Para realizar un diagnóstico previo sobre la atención y servicios que se brindan en los hospitales de salud pública se recogió información cualitativa de 3 hospitales en Lima Metropolitana (Santa Rosa, Dos de Mayo y Arzobispo Loayza) en los cuales serán elegidos para ser un piloto del Plan de Humanización.

Este levantamiento de información se realizó por intermedio de entrevistas y focus groups con directores/subdirectores (3), personal médico (12) y pacientes de diversas áreas (54) recurriendo a guías semi estructuradas obteniendo los siguientes resultados preliminares:

- Existe una falta de coordinación del personal sanitario (falta de historias médicas o falta de comunicación), las colas de espera, los retrasos en la atención y obtención de resultados así como la poca comunicación del diagnóstico a los usuarios como las principales causas de insatisfacción.
- Identifican al trato humano y personalizado, la empatía, la capacidad de respuesta, la calidad de la información recibida y el confort de las instalaciones como los aspectos altamente valorados en la atención.
- En el caso del personal médico, se observa insatisfacción por factores estructurales y porque son ellos quienes son finalmente culpados por la insatisfacción del paciente cuando, según mencionan, es la mala gestión la que determina la calidad (pérdida de historias médicas, falta de privacidad, falta de medicamentos, largas colas) o la mala actitud de personal técnico (enfermeras, administrativos de mayor edad, atención al cliente, personal de seguridad, etc).
- Se identifican en algunos casos, charlas motivaciones y de sensibilización hacia el trato humano lideradas por cada hospital. El liderazgo y apoyo del Ministerio de Salud es limitado.
- Desde el punto de vista del director, el médico requiere ser formado de manera distinta, enfatizando en el trato humano y en la empatía para que pueda comunicarse mejor (mayor claridad en diagnósticos y tratamientos). Del mismo modo recalca que el médico requiere ser reconocido por sus autoridades y buenas prácticas.

Don Pedro Manrique tiene 88 años y tiene tres días durmiendo en el Hospital 2 de Mayo y aún le quedaba un día más debido a que no lo orientaron bien y perdió su cita para que le hagan un descarte de glaucoma. La reprogramación de la cita se la dieron para 4 días después que perdió la cita debido a que se demoró 11 minutos en llegar a la consulta. Se queda a dormir en las instalaciones del hospital con sus bolsas, mochila y una cama de cartón porque viene de provincia y no tiene dónde quedarse a dormir.



RESULTADOS CONCRETOS Y EXIGENCIAS

- **No soy una enfermedad**

Los pacientes desean ser mirados y considerados como personas y sobretodo tratados como humanos. No desean ser catalogado o nombrados por alguna enfermedad que estén sufriendo (la de la hemorragia), por su número de historia, número de cama (la de la cama 36) o signos y síntomas (la embarazada).

Los pacientes desean ser tratados como personas únicas y que han sido afectados por alguna enfermedad, síntoma o un período de su vida. Exigen una atención médica en donde la persona, por lo menos, esté al mismo nivel de importancia que la patología detectada.

- **No todo es tecnología**

Puede haber muchos avances tecnológicos pero lo técnico no lo es todo. Hay que considerar la asistencia sanitaria de manera global e integral. Hay hospitales que destacan sólo por la tecnología y la alta calificación de sus profesionales pero si estos profesionales con grandes títulos no brindan una asistencia efectiva, segura, de calidad, cercana y digna, no habría atención humanizada.

Los servicios entregados deben ser de calidad en lo científico técnica pero este debe estar apoyado y



respaldado por una atención que cuide la dignidad de las personas, que tengan en cuenta el entorno y las condiciones sociales, que valoren las necesidades e inquietudes de los pacientes y los familiares. Es importante que el profesional de la salud valore y cuide el estado de ánimo del enfermo.

¿Qué es un trato humanizado para los pacientes?

Para los ciudadanos, recibir un servicio humanizado es que se pongan en su lugar, que les hablen con cariño, sinceridad, respeto y educación, sin hacerles daño u ofenderlos; que les dediquen el tiempo necesario, que no tengan que esperar inútilmente, que les abran las puertas, orientes y ayuden al entrar, que sepan de su proceso porque han leído previamente su historia, que su plan sea personalizado.

Los ciudadanos resaltan la calidez, la cercanía, diferenciando que la relación no tiene que ser de amigos sino profesional y empática.

- **Nueva asignatura: empatía**

Las universidades de Ciencias de la Salud te brindan muchas capacidades técnicas y podemos resaltar la importancia de la formación de los profesionales pero en las universidades estudiadas no entregan a sus alumnos (futuros profesionales de la salud) una formación en habilidades blandas que sean útiles con un fin de humanización de la asistencia como comunicación, empatía, escucha, gestión emocional, gestión del estrés y el control del miedo.

Es importante que en la formación universitaria de los grados de Ciencias de la Salud exista una asignatura llamada “empatía” o “comunicación para la salud”.

- **Responsabilidad compartida**

Tanto los profesionales de la salud como los ciudadanos consideran que es responsabilidad de todos el poder mejorar la humanización en los servicios sanitarios. Ahí deben intervenir no solo los pacientes, los familiares y los profesionales sino la institución y hasta el gobierno. Es por eso que desde los Ministerios de Salud y la Presidencia del Consejo de Ministros se desea impulsar este plan.

Los pacientes siempre van a solicitar más información ya que para los doctores hay información que es obvia, pero para los pacientes y familiares del paciente no, y los pacientes también solicitan habilidades para gestionar su salud y/o enfermedad.

Del mismo modo, los pacientes desean conocer más para poder usar adecuadamente el sistema sanitario. Buscan información clara, amigable y comprensible de todo el proceso, saber qué les van a hacer, no sentirse objetos de un protocolo, poder participar en las decisiones, etc.

- **Pacientes vulnerables**

Como se ha mencionado el tener una enfermedad te vuelve vulnerable y el estar hospitalizado te despoja de muchas características volviéndote una persona frágil, “inferior” y necesitada de ayuda y busca recuperar su salud. En esa situación, los pacientes necesitan sentirse aliviados y reconfortados pues se reconocen como seres vulnerables.

En los momentos cuando la vulnerabilidad se vuelve más grave tras una mala noticia es cuando más se agradece la calidez y los gestos humanos de los profesionales. El saber llegar a ellos, el brindarles el mensaje correcto y de la forma correcta, el tenerles paciencia y brindarles un respaldo de que todo



Foto: Internet

saldrá bien, es lo que los pacientes agradecen en esos momentos. Se ha llegado a una etapa donde más duele la frialdad de los doctores o las conductas no adecuadas, que la noticia en sí.

- **Profesionalismo reconocido**

Los pacientes admiten y reconocen que el gran valor de todo hospital o servicio de salud son los profesionales. Hay casos donde se ha evidenciado que los profesionales dan una magnífica asistencia humanizada. Sin embargo, la institución como conjunto y como sistema, no practica las mismas reglas.

Un hospital es una organización y como organización está compuesta por varios eslabones. Si uno se rompe, se rompe la cadena. Lo mismo pasa con el servicio de salud si una atención es mala, toda la experiencia termina siendo mala. No se trata de que unos profesionales actúen

adecuadamente, es necesario que lo hagan todos como equipo. Para ello, cada profesional tiene que estar comprometido.

Como en cualquier organización el buen clima se contagia. Por eso se sugiere que también se señale lo bueno y escribir agradecimientos y felicitaciones hacia los profesionales; puede que así, los que tiene que mejorar aprendan y sean conscientes de ello. Y los profesionales sepan que esa actitud es bien recibida por los pacientes.

Entre las debilidades del sistema es que no hay quien brinde información adecuada y que esta responsabilidad cae sobre los vigilantes de las instituciones quienes por su formación y desinformación no te brindan un buen servicio, iniciando de mala forma la estadía por el servicio de salud. El personal de seguridad quien es el primer filtro de información y el personal de limpieza que también es acudida para información, son parte del hospital.

- **Hospital: un mundo hostil**

El tener una enfermedad o un malestar que te supone internarte en un hospital supone dejar tu vida, tu familia, tu hogar y tu vida para insertarte en un sitio frío y hostil desde un primer impacto. Donde todo es ajeno y nada es cercano.

La infraestructura de los hospitales no son arregladas en algunos casos desde hace medio siglo. Se sugiere copiar la infraestructura y servicios de confort de las clínicas privadas.

Los baños deben tener un mayor cuidado, limpieza continua y en muchos casos abrir las llaves de agua.



Hay una solicitud de los internos que solicitan respeten sus espacios (espacios en el hospital). Solicitan no sea invadida sin tocar la puerta, que pregunten si pueden pasar y que no decidan sobre sus objetos personales o de higiene.

Del mismo modo, solicitan calidez en los espacios, cuidar de los olores y que las visitas de rutina no sean tan “policíacas” o “cuartelarias”. Solicitan ser escuchados por los profesionales y se les dedique más tiempo con más paciencia.

- **Te atiende un humano**

Los pacientes y las instituciones reconocen que los profesionales en muchas situaciones tienen una sobrecarga de trabajo, trabajan bajo una gran presión y continuo estrés.

Es necesario proveer de mayores recursos humanos y mayor inversión en el sector salud para que de esta forma los profesionales de la salud puedan brindar el tiempo necesario para una asistencia sanitaria de calidad.

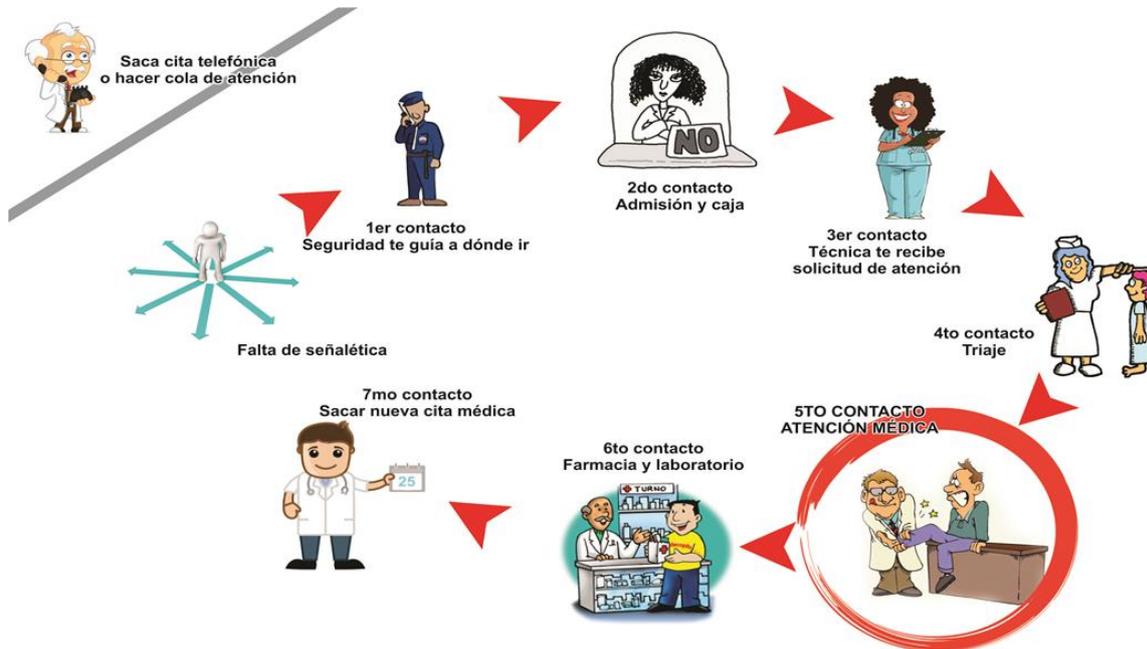
Finalmente recordar a todos los implicados que “el buen trato no cuesta”.

CONCLUSIONES

- Los ciudadanos reclaman ser mirados y considerados como personas, no como enfermedades, números de historias, número de cama o signos y síntomas.
- Pueden tener una tecnología de primera pero sin una asistencia efectiva, segura, de calidad, cercana y digna no habría atención humanizada.
- Importancia de la formación y capacitación de los profesionales en habilidades comunicativas y para la humanización de la asistencia. Debería existir una asignatura llamada “empatía” o “comunicación para la salud”.
- Tener una enfermedad y ser hospitalizado te convierte en una persona frágil y vulnerable. Más aún en los mayores de edad. Los pacientes necesitan sentirse aliviados y reconfortados.
- Una enfermedad, un ingreso hospitalario supone dejar tu vida, tu familia, tu hogar; interrumpir tu proyecto de vida. Un hospital es un sitio frío y hostil.
- Existen buenas prácticas profesionales con una magnífica asistencia humanizada. Sin embargo, la institución como conjunto y como sistema, no practica las mismas reglas. Haciendo mala la experiencia sanitaria.
- Sugieren más calidez en los espacios y sufrir menos rutinas “cuartelarias”. Les gustaría ser escuchados y que los profesionales le dediquen más tiempo.
- La infraestructura de los hospitales no son arregladas en algunos casos desde hace medio siglo. Se sugiere copiar la infraestructura y servicios de la hostelería y confort de las clínicas privadas.
- No desean sentir en el servicio de salud: frialdad, miedo, vergüenza, impotencia, sentirse un problema o una carga.
- Los profesionales también son humanos, están sobrecargados y trabajan bajo presión y estrés.

PLAN PILOTO – COMPONENTES

COMPONENTE 1: Desarrollo de lineamientos de atención que incluyan a toda la cadena de prestaciones donde se promueva la humanización.



Inputs: diagnóstico del proceso de atención, actores, roles y funciones y oportunidades

Output: Lineamientos de atención para a humanización de las prestaciones de salud

COMPONENTE 2: Campañas nacionales de sensibilización, capacitación y difusión

- Campaña de mensajes de texto (SMS) motivadores a médicos y directores de hospitales
- Mailing a médicos y directores de hospitales
- Kits de difusión para hospitales para difusión y desarrollo de talleres
- Campañas de difusión de lineamientos de humanización a nivel nacional
- Campaña #YoMeLlamo



COMPONENTE 3: Asistencia técnica a hospitales para la capacitación y promoción de lineamientos y medición de la calidad de las prestaciones de salud- plan piloto

Se realizará un piloto en 3 hospitales que cuenten ya con capacidad para el fortalecimiento.

- Desarrollo de un conjunto de talleres de sensibilización y capacitación de todos los actores. Taller especializado por cada actor.
- Desarrollo de kit de sensibilización.
- Acompañamiento en la definición del plan de humanización del hospital y diseño de campañas:
 - Fortalecer la comunicación e información
 - Difundir los derechos de los pacientes (Gratuidad del servicio y denuncia por cobros indebidos)
 - Implementar la práctica de la correcta identificación de los pacientes y los profesionales de la salud
 - Promover la limpieza de los servicios higiénicos
 - Campaña de valores (amabilidad, empatía, educación, respeto, etc)

Componente 4: Identificación, reconocimiento y sistematización de buenas prácticas en humanización (incentivos no monetarios)

Se planea iniciar dos campañas de reconocimiento:

- **Campaña Hospital Humano**

Campaña que pretende premiar al hospital que ejerza las mejoras prácticas para humanizar la atención sanitaria con un sello que le brinde la categoría de Hospital Humano.

Establecer un estándar de calidad dándole una certificación anual.

- **Premio de Buenas Practicas en Humanización**

Sirve para reconocer las aportaciones destacadas e innovadoras en materia humanización de la salud. Los premios sirven también como plataforma para compartir y promover las buenas prácticas en todos los hospitales. Generar una sana competencia entre hospitales para ser reconocidos.

Componente 5: INCLUIR PEQUEÑAS ACCIONES EN EMERGENCIA E INTERNAMIENTO

Realizar acciones rápidas como:

- Promover la privacidad de la atención
- Promover la Práctica “Llámame por mi nombre”
- Promover la identificación del paciente en cada cama
- Fomentar y Supervisar el uso de fotocheck institucional
- Capacitación del personal de seguridad y limpieza en un trato humanizado
- Difundir la importancia del cuidado de los servicios higiénicos
- Supervisar la permanente limpieza de los servicios higiénicos

INICIATIVAS COMO PROPUESTAS

En este capítulo se realiza una recopilación de iniciativas y posibles proyectos sobre humanización de la asistencia de salud en diversas partes del Perú y del mundo, lo cual podrá ser la base de nuevas iniciativas y además permitirá crear una futura Red de Experiencias de Humanización de la Asistencia en el Perú.

Esta Red de Experiencias incluirá aquellas que cumplan unos criterios de calidad determinados y posibilitará el acceso y conocimiento de las mismas a los profesionales e instituciones interesados en la mejora de la humanización asistencial.

- **Taller de danzaterapia**

Una de estas iniciativas, que llamó la atención debido a que esta enfermedad no es priorizada y tratada como se debe en el Perú, es el “Taller de danzaterapia para personas con Parkinson” que se realizan en el centro de salud Ciudad de San Pablo de Coslada de Madrid.

Este taller está dirigido principalmente a pacientes con enfermedad de Parkinson y opcionalmente a sus familiares y/o cuidadores. El taller pretende brindar la mejora de la función física, el equilibrio, el caminar, la disminución del riesgo de caídas y el estado anímico de los pacientes con Parkinson, a través de un programa de actividad física mediante sesiones de danzaterapia.

Este taller también brinda fuerza muscular, control sobre tu cuerpo, concentración, irrigación y dispersión a personas que no desean participar en actividades por su estado.

- **Agradecimiento institucional a las familias de donantes fallecidos**

En el marco de la estrategia de la implementación del plan de humanización de la salud, se ha propuesto incluir dentro del protocolo un agradecimiento institucional a los familiares de los fallecidos que se convirtieron en donantes de órganos, manifestarles las condolencias por la pérdida de su ser querido.

Este reconocimiento a la familia de los donantes se realiza dentro del entorno y proceso de donación, una vez culminado el mismo, contando con la autorización de los familiares y respetando su intimidad y la confidencialidad del donante si se desea.

- **Formación de los profesionales Informadores y de Atención al Paciente**

Se debe mejorar la capacitación de los profesionales de la salud que trabajan en las unidades donde haya atención al paciente, reforzar los puntos de información y las unidades de atención al usuario. Es donde empieza la atención a los pacientes y es donde el servicio debe de iniciar de una forma adecuada.

Se brindará talleres especializados para mejorar las habilidades para la comunicación afectiva y efectiva, gestionar los conflictos, mejorar la atención telefónica, gestionar las quejas, reclamaciones y felicitaciones e informar con efectividad y buen trato.

- **Guía de atención al duelo**

En el marco de la estrategia de la implementación del plan de humanización de la salud, se está enfocando un Plan de Personalización de la atención y parte de este plan es la 'Guía de Atención al Duelo' que pretende facilitar y acompañar a las familias con la información y trámites en relación a la defunción del paciente.

Se han registrado muchos casos de personas que brindan servicio de funerarias y que aprovechando el estado de shock y vulnerabilidad de los pacientes se aprovechan de la situación. De igual modo, es tedioso tener que realizar trámites administrativos tras la pérdida de un familiar. Es por eso que cada hospital dispondrá de un personal que atienda y ayude en este proceso administrativo para que la familia pueda vivir la pérdida emocionalmente sin la interferencia de la preocupación de las gestiones a realizar.

La 'Guía de Atención al Duelo' constará de una carpeta en cuyo interior va impresa una carta de condolencia, e integra los diversos documentos que pueden necesitarse según las circunstancias en las que se haya producido el fallecimiento:

- ✓ Certificado médico de defunción.
- ✓ Listado de empresas funerarias.
- ✓ Lista de velatorios.
- ✓ Indicaciones del centro hospitalario para reconocer donde deben acudir.
- ✓ Tratar en lo posible de tener lista de precios actualizados.

En caso de embriones o fetos:

- ✓ Boletín estadístico del parto.
- ✓ Declaración del parte de alumbramiento de criaturas abortivas.
- ✓ Voluntad de los padres respecto al destino de los restos.
- ✓ Otros documentos que el equipo médico considere necesarios para facilitar los trámites.

- **Decoración de las paredes de los centros sanitarios**

Con el objetivo de hacer que la decoración de las paredes de los centros sanitarios proyecte una imagen cálida, artística y humana, se va a convocar un concurso de pintura en el que podrán presentar sus cuadros aquellos ciudadanos que deseen participar en esta iniciativa.

Se pretende que todos los participantes donen sus obras por esta causa, que promoverá que las personas disfruten de las obras de arte expuestas en las paredes, evitando la imagen fría de los centros sanitarios.



En algunos hospitales ya se viene realizando esta iniciativa brindando mensajes de aliento y reconfortantes.

- **Taller en habilidades de comunicación para el personal de atención e información**

Se debe desarrollar talleres o programas para el desarrollo de habilidades de comunicación con los profesionales que realizan funciones de brindar información. Esta formación capacitará a profesionales que, a su vez, ejercerán de formadores de otros profesionales (formación de formadores), extendiendo sinérgicamente el efecto de la capacitación y realizar una cadena de buenas prácticas, construyendo una red de aprendizaje colaborativo.

- **Trabajo colaborativo con voluntariado**

Se pone en valor a las asociaciones como agentes activos útiles para llevar a cabo los objetivos que plantea el plan. Se informará a los ciudadanos sobre los servicios de apoyo asociativo voluntario como parte de ese proceso de humanización.

Este voluntariado puede no solo ser utilizado para diversas campañas sino cuando ocurran emergencias como la sufrida el verano pasado con el Fenómeno del Niño, donde faltó personal para ayudar y llevar salud a las zonas afectadas.

Del mismo modo, este voluntariado puede ayudar en fechas importantes como Navidad o Día del Niño llevando una alegría a los niños que no pasan por un buen momento anímico por su estado de salud.



Foto: Internet

PROGRAMAS DE HUMANIZACION A REPLICAR

En la actualidad, en los distintos centros y dispositivos sanitarios a nivel mundial, se están desarrollando programas, planes, iniciativas relacionadas con la humanización de la asistencia que pueden servir como punto de partida y mejorar las bases para aplicarlas al contexto local.

A continuación, se nombran algunas de las mismas:

- ✓ Programa para mejorar la relación y la comunicación con el paciente, haciendo uso de las habilidades sociales, de las habilidades de eficacia personal y de las habilidades comunicativas: por ejemplo, “Programa Empatía”, “Programa Trato & Tratamiento”, “Hospital Cordial”, entre otros.
- ✓ Programas para la mejora del confort y el bienestar en la hospitalización, como por ejemplo, el “Programa Morfeo” y “Hospital silencioso”.
- ✓ Programas de mejora de la restauración: menús de los pacientes, menús para acompañantes en situaciones especiales, cafeterías para el público y máquinas dispensadoras.
- ✓ Programas e iniciativas de ocio y entretenimiento, en colaboración con asociaciones, voluntariado y otros agentes y con la participación de los enfermos y sus familias: “Programa Entretenido”, musicoterapia, conciertos, visitas de personalidades, teatro, manualidades, bibliotecas móviles, medios audiovisuales. Planes de mejora y uso de jardines y huertos en los recintos hospitalarios.
- ✓ Planes de mejora de la limpieza y confort en zonas públicas: salas de espera y baños. Programas de mejora de la señalización, directorios y de la accesibilidad física y sensorial.
- ✓ Planes e iniciativas para mejorar la estructuras: pintura de las paredes, mobiliario...etc. Ampliación de plazas de estacionamiento.
- ✓ Programas para amenizar los tiempos de espera en las salas.
- ✓ Programas de humanización en las UCIs de adultos, pediátricas y neonatales.
- ✓ Mejoras en los folletos de información a los pacientes y/o familias. Mejoras de los puntos de información.
- ✓ Talleres de maquillaje y cuidados de la piel para pacientes con tratamiento oncológico.
- ✓ Actividades de relajación y gestión del estrés para los ciudadanos en los centros de salud.
- ✓ Programas de acompañamiento: “Programa En Compañía”.
- ✓ Humanización de la lactancia materna.
- ✓ Visita prenatal de mujeres embarazadas al hospital.

- ✓ Concursos de foto, dibujos, ideas, relatos en los que participan los pacientes, ciudadanos y profesionales.
- ✓ Mejora de la accesibilidad a las consultas en Atención Primaria.
- ✓ Actividades formativas enfocadas hacia la humanización: liderazgo, comunicación, confidencialidad, dar malas noticias, gestionar el estrés, gestionar los conflictos y las emociones, atención al público, atención telefónica.
- ✓ Reconocimientos a los niños por su valentía en las urgencias pediátricas, “diplomas al más valiente”.
- ✓ Mejoras en la gestión y respuesta de las quejas y reclamaciones.

COMUNICACIÓN EN LA SALUD

Algunos autores se han aproximado a la biología para establecer analogías con la comunicación en la organización. Almerana (2005) anota en la presentación de su obra: “no nos cabe ninguna duda de que el fenómeno comunicativo pueda calificarse como el sistema nervioso de la organización”.

Del mismo modo, Andrade (2005, p. 9) señala que “la comunicación es para la empresa el equivalente al sistema circulatorio del organismo animal o humano: permite que la sangre, que en este caso es la información, llegue a todos los rincones del cuerpo y les proporcione el oxígeno necesario para su sano funcionamiento y, por lo tanto, para la supervivencia misma del sistema. Si no hay una buena irrigación, sobrevendrán enfermedades que llevarán finalmente a la muerte”.

Sea el sistema nervioso o sea el sistema circulatorio, la cuestión es que la comunicación es imprescindible para la vida de cualquier organización. En el caso preciso de las instituciones que tienen por objetivo trabajar por y para la salud, no son la excepción, dado que, por los objetivos eminentemente sociales que ellas cumplen, la comunicación en todas sus formas- bien sea global, tanto interna como externa, ascendente, descendente y transversal- debe estar presente en cada momento, en cada situación y en cada proceso.

En algunos países como España, Inglaterra y Alemania la comunicación en salud se ha constituido en los últimos años en una parte especializada de la comunicación que busca apoyar los procesos de salud de individuos y comunidades desde todos sus escenarios: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Y dentro de este amplio espectro, la comunicación interna en las organizaciones de salud ha iniciado una labor vital e importante en búsqueda de la integración de miradas y un trabajo

conjunto multidisciplinario, en la formación de capacidades y habilidades en los profesionales de la salud y en la identificación de éstos con el trabajo que realizan, lo que se refleja en un mejor servicio brindado a los pacientes y los familiares.

En este capítulo se analiza el papel de la comunicación interna en el contexto del Sistema Nacional de Salud de Perú, especialmente en lo referido a la Atención Primaria y a la Atención Especializada, principales escenarios del mismo. El objetivo de este análisis es recoger los principales resultados de los estudios encontrados hasta la fecha, y plantear cuáles deberían ser algunas líneas de acción de la comunicación interna en los escenarios de Salud de Perú.

Salud desde la comunicación

Según Edilson Bustamante Ospina (2010) en su tesis 'Internal Communication in the Spain National Health System' menciona que la evolución del concepto de salud, y el paso de no considerarla como algo meramente biológico sino como una interacción biopsicosocial, llevó a replantear los esquemas desde los cuales se venía abordando el tema.

Frente a eso, la Organización Mundial de la Salud -OMS- buscó fortalecer los procesos de promoción de la salud y, dentro de ellos resaltar la comunicación como componente fundamental de la salud pública.

A pesar que la comunicación aparecía indirectamente y sin ser reconocida, a través de la Carta de Ottawa (OMS, 1986) es cuando la comunicación adquiere protagonismo en las actividades de salud y esta se da al introducir en este campo el concepto de promoción de la salud, y paralelo a él mencionan la implicación de nuevas miradas y actores como la comunicación.

La comunicación en la salud al principio se relacionaba con la información utilizada como instrumento de persuasión y manipulación (Calvo, 2006), pero con los años se ha logrado demostrar que la entrega de un mensaje por sí solo no basta para cambiar el comportamiento y hace falta llegar a un nivel más afectivo y emocional, donde las normas sociales refuercen el nuevo comportamiento (Castro, Coe y Waisbord, 2003).

Es así que la comunicación en la salud empieza a evolucionar. Y es en la última década, donde se brinda una visión más amplia de la comunicación en la salud entendida como una característica esencialmente humana y que se encuentra en estrecha relación con la producción social de sentidos, debido a que "la salud se entiende también como fenómeno social, una realidad presente en la vida cotidiana de los sujetos, una práctica social atravesada por procesos comunicacionales" (Díaz y Uranga, 2011, p. 115).

La comunicación en la salud muestra un carácter interdisciplinario por lo que es necesario ampliar el concepto y enfoque que se tiene sobre la misma para saber en dónde la comunicación debe y puede intervenir.

El cambio de enfoque de las comunicaciones en la salud no se centra en la capacidad de controlar o manipular las conductas de los individuos desde una entidad superior (estado o ministerio de salud), sino que sean los mismos individuos los que adquieran conocimientos y habilidades para adoptar decisiones más saludables. Pasamos del control al autocontrol, de la dependencia a la autonomía (Díaz y Uranga, 2011).

Frente a este nuevo enfoque y mirada integral, la comunicación en salud interviene en diversos campos de acción en los que tiene gran influencia, pero que en su totalidad dan cuenta del amplio espectro de su accionar e impacto. Entre ellos se destacan la educación para la salud (Albee, 1980), los grupos de ayuda mutua (Katz y Bender, 1976; Branckaerts, Gielen y Nulkers, 1986; Roca, 2000), el marketing social (Suárez, 2011; Grimaldi, 2000), el derecho en medios de comunicación (Wallack, 1994), la comunicación interpersonal y grupal (Costa, 2011; Taylor, 1995; Stewart, 1995; Levinson et al, 1997), el periodismo sanitario (Waisbord, 2010; Shih, Wijaya y Dominique, 2008; Reed, 2001), la comunicación de riesgo (Moreno y Peres, 2011; Obregón, Arroyave y Barrios, 2010), y la comunicación interna, la cual es desarrollada por diversos autores.

Como es visto en la literatura uno solo de estas especialidades no puede satisfacer la totalidad de las tareas asignadas a la comunicación en salud, pero el trabajo articulado desde cada uno de ellos brinda un panorama de la implicancia de trabajar desde la comunicación por el bienestar y la calidad de vida de individuos y comunidades.

Es así que la comunicación interna en escenarios de salud realiza sus propios aportes en la consecución de una mejor salud y calidad de vida de los profesionales de la salud y, por extensión, de los usuarios de estas instituciones. Un buen clima interno se refleja en el trabajo entregado y en la satisfacción de los usuarios.

La comunicación interna en salud

Para Somoza (1993,) la comunicación interna no es otra cosa que un proceso mediante el cual se gestionan recursos humanos procurando la transparencia y promoviendo el conocimiento de la situación actual y perspectivas futuras de la organización. Así, el autor enfoca a la comunicación interna como un elemento de motivación personal y, a la vez, como una fuente

de transmisión de la cultura que fomenta unidad en la organización y, mayores comportamientos productivos.

Por su parte, Berceruelo (2011, p. 29) define a la comunicación interna como aquella que “alude al enmarañado flujo de mensajes que nacen, se reproducen y circulan –en todas direcciones- en el seno de las organizaciones. Y se corresponde con aquella función gerencial que desarrolla la tarea de organizar y promover ese flujo de información que circula por los canales internos de la compañía y que contribuye a la obtención de resultados”.

Ambas posiciones enfatizan entonces en el valor de la comunicación interna para el logro de objetivos organizaciones pero sus beneficios trascienden el logro del resultado final pues, como se observa en la tabla a continuación extraída de Lebel y Lebel (1992), tiene efectos también en la calidad de los procesos que conducen a los resultados. Así, por ejemplo, la comunicación impacta en las personas que entregan el producto o servicio al motivarlos o crear mayor adhesión a la empresa o institución.

PARA LA EMPRESA	PARA LAS PERSONAS	PARA EL PRODUCTO O SERVICIO
Moviliza inteligencias	Sensibiliza - motiva	Un proyecto de empresa
Adhiere	Crea adhesión	Aumenta la coherencia
Saca beneficio	Mejora la calidad de vida	Mejora la calidad
Asegura la participación	Asegura la formación	Aumenta la productividad
Reúne los recursos	Desarrollo personal	Reduce los precios
Mejora los resultados	Valora la escucha	
Adapta la estructura de los objetivos		
Facilita una política realista		

Elaboración propia a partir de Lebel y Lebel (1992)

En base a lo anterior, es posible entonces sostener que la comunicación en una organización se relaciona positivamente con la satisfacción de los empleados y que, en la mayoría de los casos, esta influye también en la conducta de los mismos (Daly y Koprinek, 1982). Este mismo argumento lo recoge también Hernández (2008) quien reconoce que “un empleado satisfecho, leal y productivo no sólo necesita información adecuada para realizar su trabajo, sino una comunicación fluida y confiable que llene sus diferentes vacíos socioemocionales”.

Frente a ello, y ante el concepto cada vez más generalizado, respecto del rol clave de los empleados en una organización, el papel de la comunicación interna como vehículo para promover valores, creencias y actitudes se hace cada vez más importante.

De acuerdo con Ferrer (2000), la comunicación interna resulta tan crítica para una organización que el éxito de la misma termina dependiendo de la capacidad de comunicarse con los empleados. Bannel (1989) coincide al señalar que, en la batalla por la calidad, ésta sólo se consigue movilizand o esfuerzos de manera concertada y ello requiere información, sensibilización, transmisión de los datos y capacidades y la única forma de conseguirlo es mediante la comunicación.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante señalar que la comunicación interna acaba impactando también a la comunicación externa en tanto resulta clave para los servicios y productos que los empleados entregan. Por eso, en opinión de Bartoli (1992) una gestión eficiente y visionaria enfoca las comunicaciones internas y externas de manera complementaria.

En materia de salud, la comunicación ha ido evolucionando con el objetivo de que durante todo el proceso todo el equipo apunte hacia los mismos objetivos y sus acciones sean eficaces y eficientes.

Así, por ejemplo, la Carta de Ottawa de la OMS de 1986 enfatiza que los profesionales y el personal al servicio de la salud deben no sólo trabajar de manera coordinada entre las diferentes disciplinas sino que, además, deben ser sensibles a las necesidades de los individuos, creando vías de comunicación efectivas entre la sanidad y los sectores sociales, políticos y económicos para generar un cambio de actitud que ponga al paciente o a los individuos en el centro de los objetivos de la organización.

Bajo dicha perspectiva, la comunicación interna juega un rol no sólo como medio para asegurar el trabajo coordinado de los actores sino que, en opinión de la OMS, cumple un papel de mayor relevancia al permitir el “desarrollo de habilidades personales en los individuos, el desarrollo comunitario, la creación de ambientes que favorezcan la salud y la construcción de políticas públicas saludables”.

Al respecto, es importante señalar que la comunicación interna aplicada al sector salud ha sido poco estudiada al menos en relación a la comunicación externa. No obstante, en España, existen ciertos ejemplos que muestran cómo ésta, si es bien implementada, juega un rol preponderante en la mejora de resultados y en la atención de problemas comunes en la atención sanitaria.

En dicho marco, Belenes (1992), citado en Antoñanzas y Pérez Campanero (1992), propone varias estrategias relacionadas con la comunicación para la mejora de los resultados y la

mejora en la calidad de la atención sanitaria: i) el marketing aplicado a la salud; ii) la comunicación interna y la imagen corporativa; iii) la gestión y la planificación de los recursos humanos; y, iv) la orientación del servicio al usuario. De igual forma, Cross y Parker (2004) postulan que “los directivos en servicios de salud podrían mejorar los resultados de sus unidades, mediante la estimulación de habilidades y comportamientos en redes de atención, tanto entre sus subordinados como entre sus colegas”. Literatura más reciente de Ugarte (2011), por su parte, sugiere a la comunicación interna como mecanismo para atender la incertidumbre sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud y para impulsar cambios.

“Todo cambio cuenta con elementos de resistencia, y las reformas en los sistemas de salud no son una excepción. El uso del lenguaje como creador de nuevos significados que sustituyan a los herederos del pasado es un elemento fundamental para prestigiar e introducir el nuevo modelo en las mentes de los gestores, sanitarios y pacientes más refractarios”.

Bajo esa lógica, la comunicación interna aplicada al sector salud tiene un potencial enorme en la medida que moldea la imagen que se proyecta a los pacientes y permite trabajar en la motivación y satisfacción de los empleados del sector lo que, finalmente, impacta en la calidad del servicio mismo.

Dado que los empleados del sector salud están en contacto permanente con los usuarios, la comunicación efectiva, el trato adecuado y la información oportuna y completa entregada definen la calidad del servicio y, por tal motivo, resulta crucial garantizar profesionales motivados que trabajen a gusto sintiéndose parte de un equipo cohesionado y orgulloso de su institución (Costa, 2011).

En lo referido a la satisfacción laboral, investigaciones recientes demuestran cómo esta, en efecto, se traslada hasta la satisfacción del usuario final (Martín, Ruiz y Sánchez, 2005).

“La satisfacción de los trabajadores de los centros sanitarios constituye una parte esencial de la calidad de la atención prestada. La situación laboral guarda una estrecha relación con algunos aspectos del desempeño y una vinculación causa-efecto positiva entre el clima organizacional y las actitudes favorables o desfavorables del trabajador, por lo que hay un acuerdo general de que al medir la satisfacción laboral estamos comprobando la calidad de la organización de un centro y de los servicios que lo componen”.

Frente a ello, aun cuando el rol de las comunicación interna es todavía incipiente en el sector salud, este tiene cada vez mayor atención y, en España en particular, algunas organizaciones del sector han empezado a tenerla en cuenta (March, et. al 2011).

Así, el potencial es inmenso y está todavía poco explotado en el sector salud. Se requiere entonces una mayor atención al tema para procurar que las organizaciones prestadoras de salud exploten los beneficios que la comunicación interna pone a su disposición para mejorar la calidad de sus servicios y la experiencia de los usuarios.

Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se organiza a través de dos escenarios:

- Atención Primaria.
- Atención Especializada.

En la Atención Primaria se concentra la mayor parte de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social. Es en la Atención Primaria donde se acumula el 75% del servicio que se entrega en salud.

Por otro lado, la Atención Especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información hospitalaria brindada retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, podrían brindar una visión médica y terapéutica global.

Comunicación interna en atención primaria y atención especializada

Tal como se menciona en la literatura y en los párrafos anteriores, la comunicación interna en escenarios de salud no ha sido utilizada y no se le ha brindado la relevancia necesaria y los casos y estudios mostrados en Perú, muestran las necesidades urgentes de esta materia. Cabe resaltar que aunque son mínimos los casos de comunicación interna aplicada en las últimas décadas en el Perú, existen algunos estudios sobre Atención Primaria sobre la casi nula aplicada en la Atención Especializada.

El escaso panorama que ofrecen los estudios encontrados no nos pueden brindar información vital como para realizar un análisis. Es por eso que se buscaron estudios y casos aplicados de comunicación interna en España, en donde también es una materia nueva en salubridad y no se ha avanzado pero los casos encontrados dan claves sobre los principales asuntos que describen a la comunicación interna en los escenarios de salud de España. Se destacan los siguientes como los más reiterados y los de mayor importancia:

- La comunicación interna no es considerada una línea estratégica dentro de las organizaciones de salud, y por lo tanto no se invierte en planes o estrategias de actuación. Si bien la comunicación interna es bien valorada por los directivos, es una debilidad importante en la gestión de los organismos de salud (Inforpress Comunicación de Salud, 2004; March, Prieto y Gutiérrez, 2000).

- La carencia de un planteamiento estratégico de la comunicación y del rol de la comunicación interna en los escenarios de salud, determina la imagen negativa que el público interno tiene sobre su institución (Lingán, 2003).

- Hay un mayor grado de satisfacción con la comunicación interna en organismos pequeños donde es más accesible y transversal el contacto entre dirección y empleados (March, et al, 2002).

- La comunicación interna en los escenarios de salud es escasa y ocasional (Prieto y March, 1997; March et al. 2011).

- Existen buenas relaciones dentro de los servicios de salud en los que la comunicación y el ambiente con los compañeros es bueno (Pajares, March, y Gómez, 1998; Ballvé, et al, 2008).

- En diversos servicios de la salud, no se promueve la participación e inclusión de los empleados en las acciones y decisiones de la organización, manifiestan no sentirse escuchados (Prieto y March, 1997; Pajares, March, y Gómez, 1998; Ballvé, et al, 2008).

- Los profesionales de la salud tienen poca credibilidad en las directivas y perciben importantes desacuerdos entre los intereses de los directivos y los suyos propios. Los empleados valoran positivamente la comunicación con los niveles intermedios y superiores (ascendente y descendente), pero en la mayoría de los escenarios de salud no se fomenta (Pajares, March, y Gómez, 1998; March, Prieto y Gutiérrez, 2000; March et al. 2011).

- No se dan felicitaciones ni refuerzos positivos de ningún tipo (Pajares, March, y Gómez, 1998).

Inforpress Comunicación de Salud (2004) concluye el estudio realizado señalando:

En España la “comunicación interna cobra cada vez más importancia pero todavía se realiza de un modo informal, mediante el trato directo. No se suele invertir en planes o estrategias de actuación. Herramientas consolidadas en la mayoría de sectores, como revista o el portal del empleado, tienen todavía un uso incipiente en el entorno hospitalario” (p. 32).

Según estos estudios directos sobre el tema, se puede evidenciar la falta de una política coherente de comunicación interna en el sector salud de España, esto se ve reflejado en asuntos como el poco trabajo en equipo, la desinformación, los bajos niveles de participación de los empleados, las diferencias marcadas entre los distintos niveles y perfiles que trabajan en cada uno de los escenarios, la falta de estímulo y la falta de planes estratégicos de comunicación.

Sobre el sector salud

En un segundo estudio se analizó el sector salud de España y la influencia de la comunicación interna en las áreas de interés como cambios del sector salud, características de los empleados, y relación médico – paciente.

Sobre el primer campo en mención, la literatura hace énfasis sobre los cambios que ha sufrido el sector salud de España. De estos estudios se destacan los siguientes elementos de interés para la comunicación interna (Segura, 2006; Costa, 2011):

- La función directiva tiene más carácter de gestión que de liderazgo.
- Hay diversidad de metas que no siempre son compatibles entre administración y empleados.
- División comunicativa interna en función de grupos profesionales (por sectores, departamentos, especialidades).
- Preocupación de los empleados por los asuntos de su equipo o departamento, pero no por los objetivos generales de la organización.
- Cambios frecuentes de procedimientos, planes y programas que dan un mensaje de inseguridad y diversidad de puntos de vista.
- Cambios en la relación con los usuarios, con mayor protagonismo.

Sobre las características de los empleados en el sector salud, otros autores han apuntado con sus trabajos a desvelar las características propias de estos. Se destaca (Gómez, 2006; Errasti, 2000; Marqués, 2009):

- La política actual en cuanto a promoción, retribución y carrera profesional, no favorece la motivación laboral y se corre el riesgo de caer en la rutina.
- El personal sanitario no trabaja en equipo y falta mayor coordinación entre departamentos.

- La división del trabajo y la falta de interacción, hace que los empleados no establezcan redes de colaboración y ayuda.
- Falta difundir más el hábito de colaboración, de forma que pedir ayuda sea reconocido como un acto de prestigio.

Finalmente, algunos trabajos e investigaciones en España sobre la relación médico– paciente, dan apuntes sobre cómo y en qué espacios la comunicación interna podría influir (Cléries et al, 2003; Gómez, 2000; Centeno y Núñez, 1998):

- Existe una mayor conciencia por parte del ciudadano de que puede implicarse en la toma de decisiones.
- Mala información brindada o no entendida por los pacientes.
- Hay una pérdida de prestigio por parte de los profesionales sanitarios, por no saberse comunicar con sus pacientes.
- Ausencia de formación para la comunicación de malas noticias.

Las investigaciones mostradas ponen en evidencia que el sector sanitario de España muestra grandes deficiencias en la cultura corporativa y en el clima organizacional, lo cual repercute directamente en la calidad del servicio que brindan a los pacientes.

Estos servicios afectados pueden mostrarse en temas como la falta de trabajo en equipo, la falta de búsqueda de objetivos comunes, falta de motivación de los empleados y la falta de habilidades comunicativas para el desarrollo de las labores cotidianas.

APUNTES FINALES

Debido a que no se encontraron estudios relevantes de comunicación interna aplicados en la salud en Perú, se analizaron los pocos estudios de comunicación interna en los escenarios de salud de España. Observando que la comunicación interna es un gran reto para todo el sistema de salud, tanto para la Atención Primaria como para la Atención Especializada dado que estos reflejan que la comunicación interna es aún una tarea pendiente, pues se la reconoce como prioridad, sin embargo no se brinda la importancia que debiera.

Es necesario aplicar una política de comunicación interna que se enfoque en los trabajos como el papel de los líderes, la integración de los trabajadores, su identificación con lo que hacen en búsqueda de un mismo objetivo, y la misma investigación de los procesos comunicativos.

Analizando a grandes rasgos estos aspectos se evidencia:

- El papel de los líderes: Esto se muestra como uno un asunto de mayor relevancia ya que en casi todos los estudios se menciona el desentendimiento y el conflicto entre los intereses de empleados y administrativos. La manera en que los empleados perciben a la alta dirección influye en la satisfacción del trabajador (Goodman y Ruch, 1981) y la comunicación vertical influye en gran medida en el compromiso de los integrantes de una organización (Postmes, Tanis y De Wit, 2001).

Si a esto se le suma el hecho que la comunicación interna de la salud no sea adoptada como un asunto estratégico y, por otro lado, la ausencia de canales comunicativos genera desconfianza en el personal y el desvarío de los objetivos específicos.

Aunque en el ámbito de la salud no sea tomada en cuenta, la comunicación interna “es una función gerencial que promueve el flujo de información y que contribuye a la obtención de los resultados; por esto liderazgo y comunicación deben ser dos conceptos inseparables” (Berceruelo, 2011) para que estas acciones promuevan la interacción en la organización y eviten la creación de grupos aislados y negativos (Villafañe, 1999). La política de comunicación interna se convierte en el indicador del estilo de liderazgo que se desarrolle en una determinada organización (Costa, 2011).

Aunque en varios escenarios de salud se han encontrado buenas prácticas de relaciones laborales, existe una gran brecha en los procesos de integración los cuales se evidencian en los escasos procesos de integración, la poca participación y la nula colaboración entre las diversas áreas, lo cual dificulta al organismo ir bajo un mismo objetivo general o específico.

Se debe romper el estancamiento y el aislamiento de modo que el conocimiento y la información fluyan para devolver a los empleados su autonomía, poder de iniciativa y creación (Bannel, 1989), a través de la participación como un proyecto colectivo (Costa, 2011).

Cabe resaltar que los comportamientos organizativos y como se interrelacionan entre sí, es el reflejo de una estructura organizativa y, dependiendo de cómo se opere con ella, se pueden conseguir unos mejores o peores rendimientos laborales (Marqués, 2009).

Aunque en los estudios no se abordó el tema de la identificación del individuo con su centro laboral, los resultados reflejan el bajo nivel de identificación en el sector salud. Se evidencia que son los mismos trabajadores quienes tienen una mala imagen de las instituciones en donde trabajan, reclaman mejores condiciones, más información y formación permanente para cumplir con sus labores, mayores espacios de estímulo y reconocimiento, y que se les incluya en los procesos de participación que los integre como equipo y se sientan oídos.

Hay que recordar que los empleados son los primeros transmisores de la imagen de la organización (Ferrer, 2000) al tener un contacto permanente con los usuarios y la comunidad, donde promueven a su organización en lo cotidiano en el marco de sus contextos externos, personales y profesionales (Bartoli, 1992).

Para los sistemas de salud que se muestran en continuos cambios y dinámicas sociales complejas, la investigación de los procesos de comunicaciones debería ser una tarea continua y permanente, incluso aplicándose una política de comunicación interna. De esta manera se puede conocer el ambiente interno, averiguar dónde hay problemas, evaluarlos y proponer soluciones (Costa, 2011), de forma que las acciones que se emprendan estén sustentadas y tengan una coherencia con la realidad organizacional interna (Andrade, 2005).

Ante las acciones encontradas en el Perú y la deshumanización en la atención a los usuarios de los servicios de salud, es urgente que las organizaciones de salud implementen políticas eficaces y eficientes de comunicación interna que les ayude a paliar los problemas actuales, a gestionar las crisis presentes y las que se avecinan, y a devolverle al sector una confianza y una estabilidad interna que pueda proyectarse en mejores servicios para sus usuarios (personas y comunidades), y por ende en una mejor salud individual y colectiva respetando la dignidad y entendiendo a los pacientes con una comunicación asertiva, fin último y razón de ser de cualquier sistema de salud.

CAPITULO 2 – EXPERIENCIA PROFESIONAL

Yo inicié mis prácticas pre profesionales en Editora Perú. Ahí fui practicante tanto del diario 'El Peruano' como la agencia de prensa 'Andina de Comunicación'.

Ahí realicé diversas notas en diferentes rubros. Empecé en locales por un corto período y pasé rápidamente a ser parte del staff del suplemento que sacaría el diario 'El Peruano' sobre la Copa América Perú 2004 donde se hizo una edición especial que salió a diario durante el mes que duró del campeonato y el siguiente mes con un resumen con las mejores imágenes y un tercer mes llevado por el tema económico de impacto sobre Perú.

Tras esa etapa pasé a la sección política del diario donde pude entrevistar a ministros y personajes de la política de ese momento post fujimorismo. Recuerdo claramente la entrevista al ese entonces Ministro de Economía y hoy Presidente de la República, Pedro Pablo Kuczynski; el Premier del gobierno de Toledo, Carlos Ferrero Costa; al Vicepresidente de ese período, Raúl Diez Canseco Terry; a los entonces alcaldes de Lima y del Callao, Alberto Andrade y Alex Kouri, entre otros. Creo que fue la sección que más llamaba mi atención y donde me desenvolvía mejor, ya que me dieron grandes comisiones siendo aún practicante de redacción.

En paralelo escribía notas a diario de economía y sociales para la 'Agencia Andina' que era parte de Editora Perú. También era redactor *freelance* para la Revista Asia Sur, que recién se iniciaba su posicionamiento con un staff universitario y emprendedor.

Tras culminar mis prácticas, el director del periódico en ese entonces Horacio Barrios me ofrece pasar al área de investigación y me contratan como 'Especialista de Servicios Informativos', quienes proveíamos información a los editores de cada área y podíamos realizar notas de investigación o denuncias.

Hasta ese momento había realizado notas y entrevistas para las secciones de sociales, locales, economía, deportes y política. Me faltaba un rubro por probar: Entretenimiento. Era el 2005 y la periodista Magaly Medina era la reina del espectáculo llegando a tener una audiencia de 45 puntos de rating en horario estelar y llegando a picos de 55 y 58 puntos de rating, cifras solo comparadas con las logradas en la despedida del fallecido Augusto Ferrando y la selección peruana de fútbol. Fuera de un programa exitoso, la periodista junto a su ex esposo César Lengua tenían la revista más vendida del medio local. Solo superada por Somos pero era una revista gratuita y acompañada de El Comercio. Así que empecé a escribir en la revista Magaly Teve como encargado de internacionales y moda. Al poco tiempo me ofrecieron ser el Web Master de su recién lanzada página web para llegar al público internacional que la seguía por

miles. Siendo redactor de la revista local y editor de la web, asumí la edición de Magaly Teve Internacional, revistas que se venderían en Estados Unidos y Japón inicialmente. Luego llegarían a España, Italia, Canadá y Argentina. Unos años después, Magaly Medina me ofrece ser parte del staff del programa y encargarme del bloque internacional. Escándalos de Hollywood, alfombras rojas, conciertos internacionales y actores peruanos en el extranjero, eran el nuevo objetivo. El ritmo fue muy fuerte durante ese período porque eran muchas encargaturas en un programa a diario, una web que se actualizaba a diario, una revista semanal y una revista mensual. Pero todo tuvo un freno de golpe.

La repentina encarcelación de Magaly Medina y su productor Ney Guerrero, en octubre del 2008, por difamación contra el ahora capitán de la selección peruana, José Paolo Guerrero congelarían todo. Magaly era sentenciada a 5 meses de prisión efectiva y todo se volvía inestable.

En diciembre de ese año, el entonces Presidente Regional del Callao, Alex Kouri (quien lo había conocido en entrevistas previas) y el gerente de Recursos Naturales y Gestión del Medio Ambiente del Gobierno Regional del Callao, Javier Reymer (a quien conocí haciendo obras sociales) me ofrecieron ser parte de la gerencia en mención encargándome de la imagen interna y externa de la gerencia, realizar actividades y eventos políticos e iniciar campañas de responsabilidad social en coordinación con empresas del Callao y ONGs.

La propuesta me pareció agradable. Un nuevo reto en algo que no conocía. Lo acepté y así entré al sector público, en el cual este año cumpliré una década. Se hizo una gran labor y un buen equipo. Ordenamos los planes de responsabilidad social con varias empresas del Callao apuntando a diferentes necesidades del pueblo chalaco conforme a la línea empresarial.

Logramos realizar eventos político-sociales escudados en el tema medio ambiental. Actividades como una gran bicicleteada con más de 3 mil participantes, siembra de 1,500 árboles en las laderas del Río Rímac, limpieza de playas con más de mil voluntarios, formación de escuadrones de voluntariado, entre otros eventos masivos.

Es así que Alex Kouri me llama para ser su jefe de prensa en su campaña a la Alcaldía de Lima en el 2010. La campaña era un éxito, el candidato por 'Cambio Radical' encabezaba las encuestas por el sillón municipal con un 41% frente a Lourdes Flores Nano quien gozaba de un 18% de aprobación. Una mala inscripción sacaría de la contienda a Alex Kouri y a pesar que cuatro partidos políticos quisieron adoptarlo para que continúe su postulación, esta no se dio.

A comienzos del 2011, el elegido alcalde del Callao, Juan Sotomayor junto al ex Gerente General del Gobierno Regional del Callao y nombrado en ese momento Gerente General de Desarrollo Urbano, Fernando Gordillo me llamaron para formar parte de su equipo. La labor como Especialista en Comunicaciones consistía en mejorar la imagen interna y el clima laboral ya que se juntaban personal nuevo, personal saliente del Gobierno Regional del Callao y personal que se mantenía de la gestión anterior. En teoría todos del mismo partido político pero con diferentes líderes y diferentes objetivos, había que homologar y plantear los objetivos de la gestión con una comunicación eficaz. Fuera de eso, había que realizar la elaboración de planes de estrategia y de comunicación y continuar con las relaciones públicas con empresas privadas para ordenar la responsabilidad social en el Callao. Toda la gestión se realizó con éxito pudiendo el alcalde ser reelegido con un 48% de aprobación.

Ese mismo año que empezaba en la Municipalidad del Callao, se lanza la Revista J del Jockey Plaza que tenía como misión ser la más vendida del país para eso entre las metas estaban el ser la competencia directa de Cosas en sociales y Vogue Perú en moda. Comienzo a ser redactor de moda y espectáculos. La experiencia fue muy buena. Un poco más maduro y con otra visión, me reincorporaba a la prensa escrita y a la redacción.

Tuve la oportunidad de entrevistar a grandes personajes internacionales que pisaron tierra peruana como el tenor italiano, Andrea Bocelli; el modista italiano, Luciano Benetton; los cantantes Juan Luis Guerra, Marc Anthony, Carlos Vives, Katy Perry, Miguel Bose, etc. Íconos de la moda como las modelos Kate Moss y Gisele Bundchen, el fotógrafo peruano Mario Testino o la siempre elegante, Carolina Herrera.

En 2013, el boom inmobiliario estaba en la cúspide. Los terrenos en diversas zonas se rentabilizaron y triplicaron sus costos. Hubo una masiva construcción de edificios y la construcción pasó a ser el eje de la economía tras la paralización de la minería en el país. Caretas no quiso desaprovechar la oportunidad y saca el suplemento CasaMía. En la revista me encargué de la redacción sobre el mercado inmobiliario, diseño de interiores, arquitectura y entrevistas a arquitectos reconocidos. La redacción en las revistas era como personal externo pero participaba en los directorios.

Para la segunda gestión (2015) del alcalde Juan Sotomayor frente a la Municipalidad del Callao obtuve el cargo de Asesor de Comunicaciones y Políticas en la Gerencia General de Asesoría en Gestión Municipal. Ahí ejercía la asesoría en todas las gerencias municipales en acciones políticas, sociales y de comunicación y le reportaba directamente al alcalde.

Se trabajaron diversas políticas públicas como Callao Monumental, donde se rescató zonas monumentales –y abandonadas- del Callao como el Edificio Ronald o balcones republicanos gracias a la inversión privada y estas zonas fueron otorgados para la difusión del arte como cultura. Entre otras políticas y obras a destacar que se realizaron desde mi gerencia, puedo mencionar:

- Desayunos escolares nutricionales, se brinda desayunos escolares nutritivos en base a la pesca de los pescadores artesanales chalacos y la comida brindada por productores del Callao, con quienes se firmó un convenio.
- Puentes WiFi, en convenio con Claro se instaló WiFi en los puentes para que de esta forma se fomente el cruce peatonal por los puentes y no por las pistas.
- El bio huerto del barrio, donde los vecinos eran capacitados para que siembre en un terreno brindado por el municipio y ellos puedan consumir esos productos.
- Lucha contra el plomo, el Callao por ser sede de depósitos mineros sufre una contaminación por plomo que viene afectando a los niños de las zonas colindantes con los depósitos. Para mitigar los efectos del plomo en la sangre se realizaron diferentes actividades de forma continua como brindarle alimentos quelantes, reubicar sus casas fuera de las zonas de los depósitos y un continuo despistaje de salud.
- Zonas verdes y recreativas, se triplicaron las zonas verdes del Callao con parques y juegos para los menores.

Cuando estas políticas públicas acompañadas de impacto en medios masivos comienzan a tener acogida incluso ganan premios de buenas prácticas nacionales, la ambición política comienza a sobreponerse a la población. La prioridad que era la población se dejó de un lado y el beneficio político pasó a ocupar su lugar en importancia. Dejaste la calidad por la cantidad. El masificar todo no siempre es rentable si no se hace progresivamente. Es por eso que en Enero del 2017, decido dar un paso al costado.

Dos meses después, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) me contrata como Gerente Adjunto del Proyecto 'Redes de Vanguardia & Salud Oportuna' destacándome como Consultor Especialista en Comunicaciones y Relaciones Públicas para asesorar al Vice Ministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del MINSA, Pablo Lavado. Con él lideraríamos un equipo de consultores especialistas del BID en busca de generar las condiciones necesarias para que los establecimientos de salud de la Red Villa el Salvador (proyecto piloto) brinden la atención recuperativa, preventiva y de rehabilitación para la solución de sus problemas de salud de manera oportuna, efectiva y eficiente.

Entre las acciones a realizarse se pretendía, reducir las colas y tiempos de espera mediante la puesta en marcha de un sistema de citas telefónicas y el incremento de turnos de atención y horas médico disponibles para la consulta ambulatoria. Del mismo modo, se desea implementar procesos y procedimientos adecuados de gestión de la provisión y dispensación de medicamentos y exámenes auxiliares. También se pretendía implementar el sistema de referencia y contra referencia con los hospitales; organizar servicios que incrementen la capacidad resolutive: telemedicina y consulta ambulatoria de especialidades y desarrollar un modelo de centro de urgencias y emergencias de prioridad 3 y 4.

El proyecto fue presentado al Ministerio de Economía y Finanzas y a la Presidencia del Consejo de Ministros, quienes avalaron el préstamo del BID de cerca de 750 millones de soles para ejecutar un plan piloto en Lima, San Martín y Piura, iniciándose en julio del 2018.

Tras esa experiencia el Vice Ministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del MINSa, Pablo Lavado quiso atacar otro gran problema de la salud en el país, el mal trato o mala comunicación entre los doctores y los pacientes.

Es esta la experiencia que transmito en el trabajo de Suficiencia Profesional para obtener la Licenciatura de Ciencias de las Comunicación.

El objetivo de este proyecto es el diseñar e implementar efectivamente una estrategia para la humanización del servicio de salud en el Perú, teniendo como objetivo principal el promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en los hospitales públicos del país e identificación de acciones de rápida mejora en la atención ambulatoria en hospitales públicos del país.

Lamentablemente, dos semanas antes de la presentación del proyecto frente a la Presidencia del Consejo de Ministros se cambian los ministros y con ellos los vice ministros. Esta vez desde el PCM deseo poder anclar el proyecto y que el Ministerio de Salud ejecute un plan de comunicaciones internas dentro de los hospitales para que les devuelvan la dignidad a los pacientes que solicitan salud.

Ministerio de Salud

Tiene como misión el proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales.

Cabe mencionar que el MINSA tiene como finalidad el contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional. Del mismo modo, tiene que establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú.

Recordemos que el Ministerio de Salud viene desplegando valiosas iniciativas destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud. Estas iniciativas son producto del esfuerzo conjunto de directivos, funcionarios y trabajadores de todos los niveles del sistema de salud. En esta misma orientación se ubican los encomiables esfuerzos de diversas organizaciones de la sociedad civil por generar espacios de vigilancia social de la calidad en los servicios públicos de salud. Todas estas iniciativas, pese a su actual dispersión, expresan la enorme voluntad de los diferentes actores de la escena sanitaria por mejorar la calidad de la atención de la salud de la población peruana.

Cabe recordar que la baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales principalmente la mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil, las que, a diferencia de otros problemas de salud, requieren una adecuada capacidad resolutive y fundamentalmente intervenciones de calidad.

La calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país, el acceso a la atención institucional del parto no es suficiente, similar situación sucede frente a la mayoría de riesgos y daños a la salud que acontecen en un país, de allí la importancia de establecer una gestión de la calidad de la atención que dirija, opere y controle de manera sistémica los procesos destinados a mejorar la atención de la salud.

La gestión de la calidad implica la transformación de las organizaciones mediante el aprendizaje y la mejora permanente en respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios que constituyen el centro de su misión. Se trata de avanzar en la búsqueda de la excelencia en las organizaciones de salud. Para ello se requiere reforzar el liderazgo de las instancias directivas en el logro de la calidad, el trabajo en equipo, la gestión basada en procesos y la información relevante como sustento de las decisiones.

La gestión de la calidad constituye un reto para todo sistema de salud. Aun en los sistemas de salud que han logrado un adecuado desarrollo y cuentan con suficientes recursos, se

reconocen signos de creciente preocupación por la calidad de la atención brindada, debido a que los resultados alcanzados no son del todo satisfactorios ni confiables.

Es en este marco que el Plan de Humanización de Salud se desea aplicar para recuperar la confianza de los millones de asegurados, quienes demandaban atención oportuna, trato digno y afectividad.

Este proyecto desea impulsar la humanización de la atención en los hospitales públicos, así como capacitar a los colaboradores para que brinden un servicio oportuno y con calidez. Los resultados no solo pretenden dar calidad afectiva y comunicacional en el servicio sino que hay mejoras en niveles de costo y efectividad.

Los tiempos de espera en los hospitales para una cirugía se reducirán de 109 a 59 días, aumentar el porcentaje del presupuesto a un 12% en atender a nuestros adultos mayores y se invertirán más de 300 millones de soles en tratamientos de enfermedades de alto costo como el cáncer e insuficiencia renal, entre otras.

Estas iniciativas propuestas contribuyen en mejorar sustancialmente los indicadores de gestión, que contribuirán a que se reduzcan los niveles de insatisfacción. La humanización es un tema central que se desea plantear en la gestión, por ello incluso se pretende instaurar el Día de la Humanización en la Salud.

El Plan de Humanización fuera de incluir acciones que tengan un impacto sobre la población en términos de trato y atención digna, tiene un valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. El envejecimiento de la población, el desarrollo de la sanidad privada, la implantación de las nuevas tecnologías de la comunicación en el ámbito hospitalario y el impacto de internet como fuente de información médica son algunos de los aspectos que más influyen en el funcionamiento del sistema hospitalario actual.

En este contexto, cada vez más organizaciones hospitalarias comienzan a considerar a la comunicación interna y externa como una herramienta estratégica capaz de influir de forma positiva en el buen funcionamiento del hospital. De ahí, que cada vez más hospitales implanten departamentos de comunicación institucional, cuyo objetivo es la gestión de la imagen del hospital así como de las relaciones de dicha organización con sus stakeholders principales (pacientes, empleados, autoridades sanitarias, etc.). Dichas organizaciones adoptan una visión global del concepto de comunicación institucional en el que se da cabida a las actividades externas (comunicación con públicos externos como los pacientes, los periodistas, etc.) así como las actividades internas (comunicación con los empleados, etc.).

La comunicación institucional se centra especialmente en las relaciones externas del hospital, lo cual da lugar a iniciativas como las relaciones con los medios de comunicación (envío de comunicados, organización de ruedas de prensa, etc.), el desarrollo de una página web, la celebración de eventos externos (conferencias, cursos, etc.) e incluso la ejecución de ciertas labores de marketing (difusión de dípticos, campañas de publicidad, etc.).

CAPITULO 3: CONCLUSIONES

Durante toda mi vida profesional pude aplicar lo que aprendí en las aulas de la Universidad San Martín de Porras. Y cada etapa de mi vida profesional estuvo marcada por algún curso dictado en las aulas de la facultad.

Es así que cuando me inicié en la redacción, rescato los cursos de **REDACCION PERIODISTICA I, II, III y IV**. Si bien es cierto que en la cancha es donde más se aprende, sin una buena base, sin fundamentos, sin teoría y sin experiencias compartidas, la cancha te puede quedar muy grande.

El clásico inicio de redacción tenía que responderme el cómo, cuándo, dónde y por qué. Luego con el pasar de los años, como te enseñan en el **TALLER DE PERIODISMO ESCRITO**, adoptaría estilo particular y simplemente en las entrevistas fluía en responderte esas preguntas sin plantearlas directamente. Armaría mi pauta y prepararía mis entrevistas conforme te lo enseñan en el curso de **SEMINARIO DE LA INVESTIGACION**.

Luego en mi etapa por el Gobierno Regional del Callao y la Municipalidad del Callao aplico lo aprendido en el curso de **RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES** que me dio la base para armar los proyectos de responsabilidad social en diversas empresas del Callao, tratando de atacar las diversas necesidades de la población chalaca. De esta forma la responsabilidad social era llevada a diversas áreas de consumo como educación, salud, deporte, medio ambiente, etc. Ahí veías como tu consumidor reaccionaba frente a ciertos estímulos mientras que otros que no recibían esa ayuda social, no tenían esa misma respuesta. Ahí sacas las armas obtenidas en el curso **COMPORTAMIENTO DEL CONSUMIDOR** que me dio la pauta para el análisis frente a estos estímulos y saber más de sus necesidades y cómo llegar hacia ellas.

Del mismo modo, aplicar las **TECNICAS Y HERRAMIENTAS DE LAS RELACIONES PUBLICAS** para poder tener una buena relación con las más de 500 empresas que tienen sede en el Callao que junto a las ONGs para poder hacer un trabajo en conjunto hacia la población del callao como único beneficiario.

También utilizaría lo aprendido en **ESTRATEGIA DE LOS MEDIOS** para poder realizar la campaña al sillón municipal de Alex Kouri, posicionándolo, a pesar de ciertas miradas inquisidoras, en los medios de comunicación bajo el mensaje de experiencia comprobada. Del mismo modo, las obras y políticas realizadas en las diversas gestiones del Callao fueron reforzadas con el posicionamiento en los medios que brindaron un potencial social de impacto.

Pero un curso que ha sido transversal durante toda mi carrera y más en la etapa del Estado ha sido el de **ÉTICA Y DEONTOLOGÍA**. La importancia de la conducta, la moral y el comportamiento humano son vitales en la vida de cada uno, tanto profesional como personal. Cada persona debe ser formada con una base fundamental en la ética, saber respetar los derechos y valores de cada persona, tratarlas de igual manera a todas sin importar el estatus social que tenga. En mi paso por el Callao, conocí gente muy valiosa e inteligente, limitada por una sociedad que no la dejaba resaltar por su condición social. Del mismo modo, uno debe aprender y saber cuáles son tus principios y conforme a eso avalar conductas y en caso no estés de acuerdo con el accionar de tus jefes poder dar un paso al costado, así tengas un buen cargo o un buen sueldo.

RECOMENDACIONES – MENSAJE Y CAMBIO

- Es importante adecuar los mensajes y juegos a cada comunidad y cultura, evaluando constantemente la idoneidad de la metodología y los contenidos.
- Considerar que los cambios de actitud y comportamiento son procesos de largo plazo que requieren constancia y comprensión de las causas subyacentes y subjetivas que determinan el comportamiento humano.
- Involucrar en las actividades a todos los miembros de la familia, desde niños hasta adultos y adultos mayores para promover el diálogo intergeneracional y permear en todos los niveles etarios de la población objetivo ya que humanizar es para todos y nace de la persona.
- Tomar en cuenta que la sensibilización y capacitación es un tema importante dentro de los proyectos, que va funcionando con el tiempo, pero que es uno de varios factores que determinan la adopción, puesta en práctica y seguimiento de un cambio a largo plazo.

EXPERIENCIA DE VIDA

A los futuros comunicadores de la Universidad San Martín de Porres les puedo decir que seguro muchos aún no se definen bien dentro de la carrera, a mí me pasó. Seguro no saben si elegir periodismo, relaciones públicas o publicidad. No saben si elegir trabajar en medios o en corporaciones. Y es normal porque conforme pasen los años van a ir aclarando el panorama.

Aprovechen la etapa universitaria, llénense de información y experiencias. Pregunten todo lo que deban preguntar, así sea una pregunta tonta porque la pregunta más tonta inicia un buen debate.

Disfruta cada clase sin importar la nota. Disfruta de cada profesor, sacándole las experiencias vividas. Ellos están ahí por su background y experiencia en el rubro. Colabora con tus compañeros, no sabrás quién podrá ayudarte en un futuro.

No pienses que serás el mejor sino aprovechas cada minuto de dónde estás. No pienses que serás el mejor si no trabajas en ti. No pienses que serás el mejor, no lo pienses solo hazlo y la vida te ubicará. Haz un buen networking por donde vayas y siempre da lo mejor de ti. Nunca rompas tu ética ni vayas contra tu moral porque es tu bandera y con eso te distinguen. Podrás ser el mejor comunicador pero sin una buena ética, pierdes credibilidad y con eso ya no eres el mejor comunicador.

Disfruta cada experiencia y siempre obtén lo mejor de cada una. Habrán caminos difíciles pero el peor de los días dura 24 horas y siempre podrás pararte a seguir luchando y dar lo mejor de ti. Nunca dejes de hacerlo, la vida sola te recompensará.

CAPITULO CUATRO - FUENTES DE INFORMACION

- Aguayo-Maldonado J, Escalera-de Andrés C, García-Calvente MM, García-González R, Guerra-Moriconi C, Maroto-Navarro G, (2008) et al. “Buenas prácticas en atención perinatal. Proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía”. Sevilla: Consejería de Salud.
- Albee, George (1980). “A competency Model to Replace the Defect Model.” En: Gibbs, M; Lachenmeyer, J y Sigal, J (Eds), *Community Psychology* (pp 213-238). Nueva York: Gardner Press.
- Albrecht, K. (1996). “La misión de la empresa: definir el espíritu, establecer los propósitos, fijar el rumbo”. Barcelona: Paidón.
- Almerana, Jaume (2005). “La comunicación organizacional”. En: Almerana, J (coord), “Comunicación interna en la empresa” (pp 47-65). Barcelona: Editorial UOC.
- Andrade, Horacio (2005). “Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica”. España: Netbiblo.
- Antoñanzas, Fernando y Pérez Campañero, José (1992). “La reforma del sistema sanitario”. España: Multiprensa.
- Ariza Olarte C. (2012). “Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria”. *Enfermería Univ*; 9 (1):41–51.
- Ballvé, José; Pujol, Gloria; Romaguera, Amparo; Bonet, Anna; Rafecas, Monserat y Zarza, Elvira (2008). “Comunicación interna en atención primaria”. *Atención primaria*, 40 (8), pp 401-406.
- Bannel, Yves (1989). “Comunicación y marketing interno: la revolución empresarial de hoy”. Madrid: Gramar.
- Bartoli, Anna (1992). “Comunicación organizacional: la organización comunicante y la comunicación organizada”. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Belenes, R y Artells, Joan (1992). "Los movimientos de reforma sanitaria en Europa: el informe Dunning de Holanda". JANO, XLIII, pp 1758-1768.
- Berceruelo, Benito (2011). "Comunicación interna en la empresa: claves y desafíos". España: Wolters Kluwer.
- Bermejo J. (2014). "Humanizar la asistencia sanitaria". Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Branckaerts, J; Gielen, P y Nulkers, D (1986). "WHO and self-hepl: a summary of the most important papers on self-help and help with WHO Involvement". Lovaina: ICC.
- Bustamante Ospina, Edilson (2010) "Tesis 'Internal Communication in the Spain National Health System'". Andalusian School of Public Health, 4th Cuesta del Observatorio, Granada, España. (pp.139-160)
- Calvo, Manuel (2006). "Repensar las estrategias de comunicación en la promoción de la salud". Disponible en: <http://d6.comminit.com/es/node/278839>
- Castro, Alicia; Coe, Gloria y Waisbord, Silvio (Eds) (2003). "Comunicación en salud, lecciones aprendidas y desafíos en el desarrollo curricular". Informe de Conferencia OMS-Proyecto CHANGE. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/node/149697>
- Centeno, Carlos y Núñez, Juan (1998). "Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España". Medicina Clínica, nro. 110, pp 744-750.
- Cléries, Xavier Et al. (2003). "Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica". Atención Primaria, nro. 32(2), pp 110-117.
- Costa, Carmen (2011). "La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario". Sevilla: Comunicación Social, ediciones y publicaciones.
- Cross, Rob y Parker, Andrew (2004). "The hidden power of social Networks: understanding how work really gets done in organizations". Boston: Harvard Business School Press.

- Daly, John y Koprinek, T (1982). "Organizational Communications: a review via operationalizations". Greenbaum, H y Falcione, R (Eds), Organizational Communication: abstracts, analysis, and overview, vol 7, (pp 11-46). Beverly Hills: Sage Publications.
- Díaz, Hernán y Uranga, Washington (2011). "Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria". Revista de Comunicación y Salud. Vol 1, nro. 1, pp 113-124.
- Errasti, Francisco (2000). "Marketing y comunicación en el hospital". En: Jiménez, J (Dir), Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. (pp 85-116) Madrid: Díaz de Santos.
- ENSUSALUD 2016. "Informe Final". Encuesta Nacional de Usuarios en Salud.
- Ferrer, Joan (2000). "La comunicación interna y externa en la empresa". Barcelona: Edición Privada.
- García Cabeza ME. (2014). "Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario". Metas Enferm 2014; 17(1): 70-74.
- García Milán A. (2009). "La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial". Albacete: Revista Clínica de Medicina de Familia..
- Gervás, Juan y Pérez, Mercedes (2008). "La necesaria Atención Primaria en Salud". Gestión Clínica y Sanitaria, vol 35, pp 8-12
- Gómez Sancho, Marcos (2000). "Cómo dar malas noticias en medicina". Madrid: Arán.
- Gómez, Sandalio (2006). "Gestión del personal: el papel de los recursos humanos y las relaciones laborales en la orientación estratégica del sector sanitario". En Ribera, J; Gutiérrez, J y Rosenmoller, M (Coord), Gestión en el sector de la salud (vol 2, pp 375-404). Madrid: Pearson Educación

- Goodman, R y Ruch, R (1981). "In the image of the CEO". Public Relations Journal, nro. 37, febrero, pp 14-19.
- Grimaldi, Diego (2000). "Marketing social para la promoción de la salud". En: Colomer, C y Álvarez, C (Eds.), Promoción de la Salud y cambio social (pp 99-113). Barcelona: Masson.
- Hernández, David (2008). "La relación entre el sistema formal de comunicación interna, el clima de comunicación y la identificación de los empleados en las organizaciones". Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, España.
- Informe técnico de la Comisión Multisectorial encargada de proponer los mecanismos que permitan consolidar un Sistema Nacional de Salud. Resolución Suprema N° 002-2008-SA.
- Inforpress Comunicación de Salud (2004). La comunicación en los centros hospitalarios españoles. Disponible en: saludygestion.com/archives/2005/03/la_comunicacion.html
- Katz, AH & Bender, E (1976). "The strength in US: Self-Help Groups in the Modern World". New York: New Viewpoints.
- Lebel, Marie (1992). "Organizar la comunicación interna". Barcelona: Gestión 2000.
- Levinson, W; Roter, D; Mullooly, J; Dull, V y Frankel, R (1997). "Physicianpatient Communications, the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons". Journal of American Medical Association, nro. 277, pp 553-559.
- Lingán, Jesica (2003). "Implicaciones conceptuales y metodológicas de la comunicación estratégica en la gestión de la imagen corporativa interna de los servicios sanitarios. El caso del hospital Valle del Hebrón". Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

- Lopera Betancur MA (2010). "Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana". Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, Vol. 28 Nº.1.
- March, Joan; Prieto, María; Gutiérrez, P (2000). "Profesionales y gestores ante la comunicación interna en el Programa de Salud Materno Infantil de Andalucía". Atención Primaria, vol 25, nro. 1, pp 16-21
- March, Joan; Prieto, María; Danet, Alina; Pérez, Olivia y Martín, Francisca (2002). "Los directivos hospitalarios y la comunicación interna: una asignatura pendiente". Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2994181>
- March, Joan; Prieto, María; Pérez, Olivia; Minué, Sergio y Danet, Alina (2011). "La comunicación interna en centros de Atención Primaria en España". Revista de comunicación y salud, vol 1, nro. 1, pp 18-30.
- Marqués, María (2009). "Influencia de las redes sociales en el rendimiento de las organizaciones: un estudio del sector sanitario". Tesis doctoral, Universidad de León, España.
- Martín, M; Ruiz, V y Sánchez, M (2005). "Satisfacción laboral en el personal de las fundaciones sanitarias en Galicia". Revista de Administración Sanitaria, nro.3, pp 303-313.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010). "Sistema Nacional de Salud España 2010". Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Sistema_Nacional_de_Salud_2010.pdf
- Moreno, Ana y Peres, Federico (2011). "El estado de arte de la comunicación de riesgos en la región de América Latina". Revista de Comunicación y Salud vol 1, nro. 1, pp 52-68.

- Obregón, Rafael; Arroyave, Javier y Barrios, Marta (2010). "Periodismo y comunicación para la gestión de riesgo en la subregión andina: discursos periodísticos y perspectivas para un enfoque prospectivo y preventivo". Revista Folios nro. 23, pp 105-135.
- Organización Mundial de la Salud, (2004). "Método Madre Canguro". Guía práctica. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. OMS.
- Organización Mundial de la Salud OMS, (1986). "Carta de Ottawa para la promoción de la Salud". Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud OMS, (1978). "Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud APS". Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Cap IV. "Organización cobertura y desempeño de los sistemas nacionales de salud y protección social". Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap4.html>
- Pajares, Diego; March, Joan y Gómez, María (1998). "Auditoría de comunicación interna en un hospital". Gaceta Sanitaria, vol 12, nro. 5, pp 231-238.
- Petretera M. (2009) "Algunas reflexiones en torno a las cuentas nacionales de salud del Perú". Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 26(2): 248-50. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a19v26n2.pdf>
- Postmes, Tom; Tanis, Martín y De Wit, Boudewijn (2001). "Communication and commitment in organization: a social identity approach". Group Processes and Intergroup Relations, nro. 4, pp 227-246.
- Prieto, María y March, Joan (1997). "Auditoría de comunicación interna: analiza la comunicación en el hospital para buscar soluciones a los problemas". Gestión Hospitalaria, pp 46-52.

- Reed, Rosslyn (2001). “(Un)professional discourse?”. *Journalist’s and scientists’ stories about science in the media*. Journalism nro. 2, pp 279-298.
- Riani-Llano, N. (2007). “Momentos clave para humanizar el paso por la unidad de cuidados intensivos neonatal”. *Pers bioét.* 2007; 11(29):138-145.
- Roca, Francia (2000). “Grupos de ayuda mutua”. En: Colomer, C y Álvarez, C (Eds.), *Promoción de la Salud y cambio social* (pp 77-88). Barcelona: Masson.
- Segura Gálvez, Mariana (2006). “Determinantes de la motivación en las organizaciones sanitarias: cooperación y trabajo en equipo”. En: Pérez, E y Ángel, L (Eds), *Función directiva y recursos humanos en sanidad* (pp 87-150). Madrid: Díaz de Santos.
- Shih, Tsung; Wijaya, Rosalya y Dominique, Brossard (2008). “Media Coverage of Public Health Epidemics: linking framing and Issue Attention Cycle Towards and Integrated Theory of Print News Coverage of Epidemics”. *Mass Communication&Society*, nro. 11, pp 141-160.
- Somoza, Fernando (1993). “Director de comunicación”. España: Ediciones Edipo.
- Spinsanti S. (1988). “L’alleanza terapeutica”. Borla. Roma.
- Stewart, Moira (1995). “Effective physician patient Communications and health outcomes: a review. *Journal of Canadian Medical Association*”. Nro. 152, pp 1423-1433.
- Suárez, Nery (2011). “Mercadotecnia, comunicación y movilización social: ciencias sin frontera en la promoción de la salud”. *Revista de comunicación y salud*, Nro. 1, pp 101-112.
- Taylor, Shelley (1995). “Health Psychology”. New York: MCGraw Hill.
- Tillard J. (1981). “Mondo sanitario”. *Testimoni.* 1980; 14 (35).

- Ugarte, Aitor (2011). "Si la sostenibilidad es la pregunta, ¿puede ser la comunicación una de las respuestas?". Revista de comunicación y salud, vol 1, nro. 2, pp-1-3.
- Villafañe, Justo (1999). "La gestión profesional de la imagen corporativa". España: Ediciones Pirámide.
- Waisbord, Silvio (2010). "Cuando la salud es titular. Dengue, gripa AH1N1 y ciclos mediáticos epidémicos". Revista Folios no. 23, pp 93-104
- Wallack, Lawrence (1994). "Abogacía en los medios de comunicación: una estrategia para potenciar a personas y comunidades". Organización Panamericana de la Salud, publicación científica 557, Promoción de la Salud, una antología (pp 300311). Washington: OPS.
- <http://rpp.pe/lima/actualidad/familiares-de-menor-de-10-anos-denunciaron-falta-de-atencion-en-centros-medicos-del-minsa-noticia-1104377>
- <http://larepublica.pe/reportero-ciudadano/1206877-essalud-denuncian-que-pacientes-duermen-en-hospital-para-conseguir-cita>
- <https://peru21.pe/lima/essalud-denuncian-hombre-muere-haciendo-cola-hospital-video-395114>
- <https://peru21.pe/lima/venezolana-llevo-bebe-muerto-adentro-3-semanas-acusa-discriminacion-hospital-397490>
- <https://panamericana.pe/24horas/locales/235122-hospital-almenara-traves-redes-sociales-denuncian-mala-atencion-pacientes>