

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y HUMANIZACIÓN: Su importancia en la formación de los estudiantes de Medicina

*The Doctor-Patient Relationship and
Humanization: Its Importance In Medical Training*

Héctor Zuluaga Castellanos MD.*

* Médico y Cirujano UPB; Especializado en Gerencia de la Seguridad CES-EAFIT; Administrador Recursos de Salud Facultad Nacional de Salud Pública U de A; Profesor de Cátedra Escuela de Medicina Universidad EIA.

Correspondencia:
hzuluaga77@gmail.com

Como citar: Zuluaga C. Héctor. Relación médico-paciente y humanización: su importancia en la formación de los estudiantes de Medicina [*The Doctor-Patient Relationship and Humanization: Its Importance In Medical Training*]. Anales de la Academia de Medicina de Medellín (An Acad Med Medellín). 2026;22(1):23-30.

Doi: <https://doi.org/10.56684/ammd/2026.1.04>
<https://www.ammedellin.com/revista-anales/2026-1.23>

Resumen

Los cambios en la actualidad en nuestra práctica profesional médica han demostrado con evidencia que hemos descuidado lo más importante de nuestro ejercicio médico: la construcción de una relación médico-paciente, basada en el respeto, comunicación efectiva, identificación de las necesidades del paciente, la satisfacción de las mismas y la construcción de una relación basada en la mutua confianza.

Nos hemos dejado permear por unos elementos distractores de nuestro objetivo principal y estos han sido entre otros: la presión administrativa, la búsqueda de la eficiencia financiera, la disminución de los tiempos de atención, el aumento desmesurado de los pacientes a atender, la disminución

del recurso profesional para la atención. Estas realidades nos han llevado a identificar problemas que afectan la relación médico-paciente, y la evidencia nos ha demostrado, entre otros, los siguientes: mala comunicación, falta de confianza, relación autoritaria, expectativas diferentes, falta de empatía emocional, barreras socio/culturales y limitaciones del sistema de salud.

Estas incómodas verdades nos llevan a plantear nuevos caminos en la formación de los profesionales médicos, fomentando en ellos el desarrollo de habilidades comunicacionales y de comportamiento profesional que los acerque a los pacientes con el propósito de brindar un acompañamiento de médicos y médicas profundamente humanos, cercanos, cálidos y respetuosos y altamente competentes en la práctica de sus conocimientos. Siendo buenos seres humanos y buenos seres técnicos al servicio de los pacientes. Esta revisión pretende mostrar estrategias que ayuden a construir esta relación médico-paciente.

Palabras clave: Relación médico-paciente; Comunicación; Atención enfocada al paciente.

Abstract

Current shifts in medical professional practice have provided clear evidence that we have neglected the most essential aspect of our work: the construction of a doctor-patient relationship rooted in respect, effective communication, the identification of patient needs, their fulfillment, and the building of mutual trust.

We have allowed ourselves to be influenced by distracting elements that pull us away from our primary objective. These include, among others: administrative pressure, the pursuit of financial efficiency, reduced consultation times, an excessive increase in the patient load, and a decrease in professional resources for care. These realities have led us to identify core problems affecting the doctor-patient bond, such as poor communication, lack of trust, authoritarian relationships, differing expectations, a lack of emotional empathy, cultural/social barriers, and healthcare system limitations.

These “uncomfortable truths” lead us to propose new directions in the training of medical professionals. The goal is to help them develop communication skills and professional behaviors that bring them closer to their patients, allowing them to provide accompaniment as physicians who are profoundly human, accessible, warm, and respectful, as well as highly competent in medical knowledge. The objective is to be both “good human beings” and “good technical experts” at the service of the patient. This review aims to present strategies that facilitate the construction of this essential doctor-patient relationship.

Keywords: Doctor-patient relationship; Communication; Patient-centered care.

Introducción

La Relación Médico-Paciente (RMP) y la Atención Centrada en el Paciente (ACP) son determinantes clínicos y éticos de resultados. Una comunicación de calidad se asocia con mayor adherencia terapéutica y menos eventos adversos prevenibles; paquetes estructurados de traspaso reducen errores en la prestación de los servicios de salud. Integrar estas competencias desde el primer semestre —con evaluación objetiva— impacta la seguridad, experiencia y eficiencia del sistema (1-3).

Importancia estratégica de enseñar la RMP

Enseñar explícitamente la RMP protege la empatía durante la formación clínica, estandariza prácticas bajo presión de tiempo y reduce conflictos. La RMP integra: escucha activa, lenguaje claro, validación emocional y decisiones compartidas, articuladas con seguridad para el paciente y trabajo en equipo (4-6).

La evidencia histórica muestra interrupciones tempranas del relato del paciente y omisiones de agenda. Entrenar a los estudiantes para permitir un inicio de la atención sin interrupciones y negociar una agenda compartida, corrige sesgos y mejora la recolección de datos clínicos (7-8).

“En medio de las complejidades y los cambios en la atención médica actual, el elemento más fundamental de la medicina sigue siendo la relación entre el médico y el paciente. Así podemos defender dos principios fundamentales que sostienen esta relación: en primer lugar, es importante que los médicos dediquen el tiempo necesario a los pacientes que necesitan tiempo adicional de atención, pacientes con incertidumbre diagnóstica, aquellos cuyos planes terapéuticos están fallando, y aquellos pacientes que se encuentran en fase terminal de su vida (9). En segundo lugar, debemos identificar y apoyar la labor de un médico coordinador para los pacientes que consultan a múltiples especialistas, para garantizar que todos colaboren y en caso de desacuerdos, para aclarar el diagnóstico del paciente y el plan de tratamiento y ayudar a los pacientes a tomar decisiones sobre los próximos pasos”. (9)

Las limitaciones de tiempo, la tecnología y las exigencias administrativas de la medicina moderna a menudo impiden la conexión humana que es fundamental en la atención clínica, lo que contribuye a la insatisfacción del médico y del paciente (10).

Los problemas en la relación médico-paciente son multifactoriales y han sido ampliamente documentados en la literatura médica reciente. Entre los principales desafíos se destacan:

- *Falta de tiempo y presión administrativa.* La reducción del tiempo disponible para la consulta, debido a tareas administrativas y el uso intensivo de registros electrónicos, limita la capacidad del médico para establecer una conexión significativa con el paciente. Esto puede llevar a una atención más impersonal y a la frustración tanto del médico como del paciente, afectando la satisfacción y aumentando el riesgo de errores médicos y *burnout profesional* (10-11).
- *Déficit de la comunicación.* La comunicación inadecuada, la falta de transparencia, la insuficiente explicación de diagnósticos y tratamientos y la omisión del consentimiento informado

son causas frecuentes de insatisfacción y de quejas médico-legales. La ausencia de empatía, el uso de lenguaje técnico sin adaptación al nivel del paciente y la falta de escucha activa contribuyen a la percepción de negligencia o desinterés (12-13).

- *Desbalance de poder y límites profesionales.* Existe un diferencial de poder inherente en la relación médico-paciente, que puede generar vulnerabilidad y desconfianza en el paciente. El respeto por los límites profesionales es esencial para evitar la explotación de esta vulnerabilidad y preservar la objetividad clínica. Las violaciones de estos límites, aunque sean menores, pueden afectar la confianza y la dignidad del paciente, mientras que las violaciones mayores son inaceptables y pueden causar daño físico o emocional significativo (14).
- *Factores sistémicos y organizacionales.* Problemas como la falta de recursos, largas esperas y la fragmentación de la atención dificultan la continuidad y calidad del vínculo terapéutico. Estos factores, ajenos al control directo del médico, impactan negativamente en la percepción del paciente sobre la atención recibida (12-13).
- *Etiquetado y conflictos relacionales.* El etiquetado de pacientes como “difíciles” suele ser consecuencia de conflictos no resueltos, discrepancias en valores o expectativas y fallas en la gestión de desacuerdos. La incapacidad para restablecer la confianza y el diálogo puede cronificar el conflicto y deteriorar la relación (15).
- *Desajustes epistemológicos y autonomía.* La discrepancia entre la perspectiva poblacional del médico y la visión individual del paciente puede generar injusticia epistemológica y erosionar la confianza. Cuando el médico prioriza objetivos poblacionales sobre la autonomía y experiencia individual del paciente, se produce una desconexión que puede derivar en desconfianza y rechazo de las recomendaciones médicas (16).

En conjunto, la literatura destaca que la mejora de las habilidades comunicativas, el respeto por los

límites profesionales, la empatía, la participación activa del paciente y la atención a los factores sistémicos son fundamentales para fortalecer la relación médico-paciente y reducir la incidencia de conflictos y quejas (1-7).

Para intervenir esta tendencia y restablecer una RMP eficaz, se necesitan cambios:

- Mejorar los métodos educativos para proporcionar herramientas que renueven las habilidades comunicativas: el respeto por los límites profesionales, la empatía, la participación activa del paciente y la atención a los factores sistémicos, fundamentales para fortalecer la relación médico-paciente y reducir la incidencia de conflictos y quejas (10-11).
- Incentivar a los educadores que enseñan y a los profesionales de la salud que practican la atención centrada en el paciente (11).
- Apoyar la investigación para obtener respuestas exitosas en satisfacción, adherencia y resultados clínicos (11).

Atención Centrada en el Paciente (ACP): principios y marcos

La ACP consiste en cuidados respetuosos y sensibles a preferencias, necesidades y valores, asegurando que dichos valores guíen las decisiones clínicas. Las “seis metas” del IOM y las “ocho dimensiones” de Picker ofrecen una taxonomía operativa para currículo, rúbricas y mejora continua (3-8,17).

Guías de entrevista (Calgary–Cambridge; Kalamazoo) estructuran la consulta: inicio, recopilación de la información, exploración biomédica y psicosocial, explicación y plan, y cierre. Estas guías fundamentan OSCEs y listas de cotejo (KEECC/GKCSAF) (4-5,18).

Evidencia y datos estadísticos de la RMP

- *Deficiente Adherencia.* La probabilidad de adherir al tratamiento es aproximadamente el

doble cuando la comunicación es buena; la formación en comunicación mejora la adherencia (1).

- *Interrupciones.* El médico redirige el inicio de la atención del paciente entre 11-18s en promedio; permitirle terminar al paciente, agrega pocos segundos y reduce “temas tardíos” (7-8,19).
- *Duración de consulta.* A escala mundial varía de 48s a 22,5 min; 18 países (50% de la población) dedican ≤5 min por consulta (20).
- *Mala praxis y comunicación.* Fallas de comunicación estuvieron presentes en 30% de reclamaciones (7.149 casos), con 1.744 muertes y costos de US\$ 1,7B; análisis recientes confirman alta carga por fallas y traspasos deficientes. Una buena comunicación duplica la probabilidad de adherencia (OR≈2,16); una comunicación deficiente aumenta 19% el riesgo de no adherir. La formación en comunicación eleva la adherencia (OR≈1,62) (21-22).
- *Colombia (2023).* Encuesta nacional con énfasis en APS reporta brechas en información al usuario (p. ej., sobre derechos/deberes) y demoras en asignación de citas, con variabilidad regional. El 73,47% de usuarios no recibió información sobre derechos/deberes; la causa principal para no acudir a la EPS fue demora en asignación de citas (25,8%); >30% percibió espera larga en consulta prioritaria; 72,9% calificó su atención como buena/muy buena (23).
- *NHS Inglaterra (2023–24).* “Comunicación” fue la categoría con mayor proporción de quejas (17,1%) (24).

Programas de handoff como I-PASS reducen los errores totales 23% y los eventos adversos prevenibles 30% (25). Definición y metas de ACP (IOM/Picker) usadas como marco curricular.

Históricamente, análisis de eventos centinela han implicado fallas de comunicación en >70% de los casos; el reporte 2024 de *The Joint Commission* detalla hoy contribuyentes específicos (p. ej., comunicación deficiente en transiciones (17).

Tabla 1. Metas IOM y dimensiones de Picker

| METAS IOM | DIMENSIONES DE PICKER PARA LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por los pacientes. Reconoce que cada paciente es único y que sus valores y preferencias individuales deben ser consideradas en la atención médica. | <ul style="list-style-type: none"> • Respeto por las preferencias del paciente. Similar a la primera meta IOM, esta dimensión enfatiza la importancia de respetar las decisiones y preferencias del paciente en todos los aspectos de la atención. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación e integración de la atención. Asegura que la atención médica sea fluida y coordinada, evitando la fragmentación y duplicación de los servicios. | <ul style="list-style-type: none"> • Comodidad física. Se refiere a la atención de las necesidades físicas del paciente, como el manejo del dolor, la higiene y la comodidad del entorno. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Información, comunicación y educación. Garantiza que los pacientes reciban información clara y comprensible sobre su estado de salud, opciones de tratamiento y autocuidado. | <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación e integración de la atención. Al igual que IOM, esta dimensión destaca la necesidad de coordinar e integrar los diferentes servicios y profesionales que atienden al paciente. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar físico: Se enfoca en el manejo del dolor y otros síntomas físicos para garantizar la comodidad y la calidad de vida del paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Transición y continuidad de la atención. Se enfoca en asegurar la transición fluida entre los diferentes niveles de atención (por ejemplo, alta hospitalaria) y en mantener la continuidad de la atención a lo largo del tiempo. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional. Reconoce la importancia del apoyo emocional para ayudar a los pacientes a afrontar los desafíos emocionales asociados con la enfermedad. | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional. Similar a IOM, esta dimensión reconoce la importancia del apoyo emocional para el bienestar del paciente. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Involucrar a familiares y amigos. Fomenta la participación de familiares y amigos en la atención del paciente, reconociendo su rol de apoyo. | <ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad de la atención. Se refiere a la facilidad de acceso a la atención médica, incluyendo la ubicación, el horario y la disponibilidad de recursos. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Información y educación a los pacientes. Se enfoca en brindar información clara y comprensible sobre la salud del paciente y su tratamiento. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Participación de familiares y amigos. Similar a la IOM, esta dimensión destaca la importancia de involucrar a la familia y amigos en el proceso de atención del paciente. |

Adaptado de: Sentinel Event Data Annual Review 2024 (17); Teach-back: Intervention, health literacy universal precautions toolkit 2023 (18).

Consecuencias clínicas, legales y económicas

- **Clínicas.** Fallas graves de seguridad en las transiciones de los pacientes, mayor número de reingresos y duplicación de pruebas diagnósticas.
- **Psicosociales.** Desconfianza, conflicto y sensación de la peor experiencia (médico y paciente).
- **Legales.** Mayor litigio cuando fallan en explicación, manejo de expectativas y seguimiento.
- **Económicas.** Aumento de los costos de la atención, por eventos adversos y uso ineficiente del sistema. (2,21-22,25).

Competencias

◦ *Comunicación clínica avanzada*

- *Estructurar la entrevista.* Inicio de atención sin interrupciones (30–60s), agenda compartida, exploración biopsicosocial, resumen y cierre con plan. Usar lenguaje claro y verificación de comprensión con *teach-back*. (5,9,18,26)
- *Técnicas.* Preguntas abiertas, escucha activa, reflejo y validación emocional, organización visual del plan (p. ej., “3 claves”). Documentación centrada en la persona, evitando jerga estigmatizante (4-5).

◦ *Empatía, ética y profesionalismo*

- *Empatía clínica.* Reconocer y nombrar emociones, legitimar y responder con acciones (p. ej., pausa, silencio terapéutico). La empatía tiende a descender durante fases clínicas si no se protege; se puede entrenar y medir (JSE) (10).
- *Ética aplicada y profesionalismo.* Consentimiento informado (dialogado), límites, confidencialidad, gestión de conflictos de interés, disculpa y transparencia ante eventos adversos (4).

◦ *Decisiones compartidas, alfabetización y entrevista motivacional*

- *Toma de decisiones compartidas (TDC/SDM).* “*Team talk, option talk, decision talk*”; integrar valores y preferencias, deliberar opciones y riesgos utilizando ayudas visuales (11,27).
- *Alfabetización en salud.* Adaptar material y usar *teach-back*; entrevista motivacional: explorar ambivalencias y metas, reforzar autoeficacia, acordar pasos alcanzables (12-26).

◦ *Competencia cultural y malas noticias (SPIKES)*

- *Competencia cultural.* Sensibilidad a idioma, creencias y contexto; uso de intérpretes y

mediadores; evitar estigmas y sesgos implícitos.

- *Malas noticias.* Protocolo SPIKES (entorno, percepción, invitación, conocimiento, emociones/empatía, estrategia/resumen) (1).

◦ *Seguridad del paciente y trabajo en equipo (I-PASS/SBAR)*

- *Los traspasos son vulnerables a fallas.* I-PASS redujo errores totales 23% y eventos adversos prevenibles 30% en un ensayo multicéntrico; SBAR y “*closed-loop*” mejoran claridad. Entrenamiento y auditoría periódica sostienen la adherencia (2).

Currículo longitudinal sugerido

Semestres

- **1 - 2.** Fundamentos de RMP/ACP, escucha objetiva, lenguaje claro, sensibilidad cultural.
- **3 - 4.** TDC, alfabetización, entrevista motivacional con pacientes estandarizados.
- **5 - 6.** SPIKES, crónicos, manejo de conflicto.
- **7 - 8.** Seguridad, I-PASS, liderazgo de equipos, proyectos QI.
- **9 - 10.** Integración clínica, tutoría de estudiantes junior, OSCE sumativo y portafolio. (4-5,18)

Metodologías de enseñanza y evaluación

Aula invertida, simulación (alta fidelidad), pacientes estandarizados, grabación en video con retroalimentación, dramatizaciones, co-docencia con pacientes y familiares. Evaluación: OSCE (Objective Structured Clinical Examination) con rúbricas (Kalamazoo/Calgary), mini-CEX (Mini Clinical Examination), encuestas de experiencia, auditorías de *teach-back* y de *handoff* (Proceso de Transmisión Clínica) (18,26).

Indicadores y métricas de desempeño

- *Indicadores sugeridos.* Porcentaje de pacientes que explican su plan (*teach-back*), comprensión de riesgos/beneficios, adherencia, satisfacción/quejas por comunicación, cumplimiento de I-PASS/SBAR, reingresos evitables, eventos por comunicación y métricas de empatía/bienestar del estudiante (2,24, 26).

Contexto colombiano (APS)

La encuesta nacional (2023) resalta brechas en información al usuario y tiempos de acceso, especialmente en asignación de citas. Prioridades: educación sobre derechos/deberes, rutas claras, acompañamiento en navegación del sistema y fortalecimiento de la APS con equipos multidisciplinares (23).

Conclusiones

Una RMP y ACP robustas son competencias nucleares del pregrado de Medicina. Con marcos, métodos y métricas claros, la formación relacional mejora adherencia, seguridad, satisfacción y eficiencia. Implementar un currículo longitudinal evaluable, con práctica en APS, prepara a médicos capaces de unir ciencia y humanismo.

“Centrarse en las necesidades de los pacientes y en los beneficios de la colaboración puede parecer anticuado o nostálgico, pero cuidar a los enfermos aún exige interacciones personales, basadas en la confianza, la evidencia, la experiencia y la tecnología. La relación médico-paciente es esencial para la sanación y aporta significado y propósito a nuestra profesión y a nuestras vidas” (19). ■

REFERENCIAS

- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news. *The Oncologist*. 2000;5(4):302–311.
- Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. 1984;101:692–696.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361–1367.
- Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making. *BMJ*. 2017;359:4891.
- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. 2004;38:934–941.
- Humphrey KE, Sundbert M, Milliren C, Graham D, Landrigan C. Frequency and nature of communication and handoff failures in malpractice claims. *J Patient Saf*. 2022 Mar;18(2):130-137.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. PMID: 25057539..
- Irving G, et al. International variations in primary care physician consultation length. *BMJ Open*. 2017;7:e017902.
- Noseworthy J. El futuro de la atención: preservar la relación médico-paciente. *N. Engl J Med* 2019; 381; 2265-2269.
- Zulman DM, Haverfield MC, Shaw JG, et al. Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in The Clinical Encounter. *JAMA*. 2020; 323 (1); 70-81. doi 10.1001/jama2019.19003
- Drossman DM, Ruddy J. Improving Patient-Provider Relationship to Improve Health Care. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18(7):1417 – 1426. doi: 10.1016/j.cgh.2019-12.007.
- Mostafaour M, Smith JD, Fortier JH, Garber GE. Beyond Medical errors: Exploring the Interpersonal Dynamics in Physician-Patient Relationships Linked to Medico-Legal Complaints. *BMC Health Serv Res*.2024;24(1):1003. doi:10.1186/s12913-024-11457-3.
- Hanganu B, Manolescu IS, Paparau C, et al. *Why Are Patients Unhappy With Their Healthcare? A*

- Romanian Physicians Perspective*. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(15):9460. doi:10.3390/ijerph19159460.
14. Opel DJ, Diekema DS. New and Evolving Dimensions in the Pediatrician-Family-Patient Relationship: Maintaining and Managing Boundaries: Clinical Report. *Pediatrics*. 2025;156(1): e2025072215. doi:10.1542/peds.2025-072215.
 15. Tanoubi I, Cruz-Panesso L, Drolet P. The Patient, the Physician, or the Relationship: Who or What is “Difficult”, Exactly? An Approach for Managing Conflicts Between Patients and Physicians. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23):12517. doi:10.3390/ijerph182312517.
 16. Donnelly K. Patient-centered or population centered? How epistemic discrepancies cause harm and sow mistrust. *Soc Sci Med*. 2024;341:116552. doi:10.1016/j.socscimed.2023.116552
 17. Jointcommission.org. Sentinel event alert 58: inadequate hand-off communication.2017. [Internet] [citado el 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/newsletters/sentinel-event-alert/issue-58>.
 18. Brach C, ed. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 3rd Edition. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 23-0075. [Internet]. [Citado marzo 5 de 2025]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications2/files/health-literacy-universal-precautions-toolkit-3rd-edition.pdf>
 19. IHA Academy. Always Use Teach-Back! Toolkit. [Internet]. [Citado marzo 5 de 2025]. Disponible en: <https://teachbacktraining.org/>
 20. Rider EA. Interpersonal and Communication Skills. In: Rider EA, Nawotniak RH. A. Practical Guide to Teaching and Assessing the ACGME Core Competencies, 2nd edition. Marblehead, MA: HCPro, Inc., 2010, pp 1-137.
 21. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programs. *Med Educ*. 1996 Mar;30(2):83-9. doi: 10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x. PMID: 8736242.
 22. Marvel MK, et al. *Soliciting the Patient's Agenda*. *JAMA*. 1999;281(3):283–287.
 23. Resultados de la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud colombiano con énfasis en atención primaria en salud. [Internet]. [citado el 3 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/resultados-encuesta-satisfaccion-usuarios-sistema-salud-colombiano-enfasis-atencion-primaria.pdf>
 24. NHS Digital. Data on Written Complaints in the NHS, 2023–24. [Internet]. [citado el 3 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/data-on-written-complaints-in-the-nhs>
 25. Starmer AJ, Spector N, Srivastava R, West D, Rosenbluth G, Allen A, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med*. 2014;371(19):1803-12.
 26. Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009 Aug;47(8):826-34.
 27. Starmer AJ, the I-Pass Study Group. *New England Journal of Medicine* 2014