

Impacto de la política de humanización en una institución de salud de Ibagué

Elaborado por:

Diana Paola Bohórquez Silva

Adriana Castañeda Ortegón

María Fernanda Gómez Rivas

Ingrid Yulieth Méndez Ñustes

Universidad EAN

Escuela de formación en investigación

Especialización auditoría y garantía de calidad en servicios de salud

Ibagué

Septiembre 2021

Impacto de la política de humanización en una institución de salud de Ibagué

Elaborado por:

Diana Paola Bohórquez Silva

Adriana Castañeda Ortegon

María Fernanda Gómez Rivas

Ingrid Yulieth Méndez Ñustes

Tutora:

Katherine del Consuelo Camargo Hernández

Universidad EAN

Escuela de formación en investigación

Especialización Auditoría y Garantía de Calidad en Servicios de Salud

Ibagué

Septiembre 2021

Resumen

La humanización en salud es una política basada en la bioética, teorías del cuidado transpersonal, humanística, atención burocrática y de asistencia, y reglamentada en Colombia, entre otras, por la ley 1438 de 2011 y el plan de mejoramiento de la calidad en salud, sin embargo, dependen de la experiencia de los usuarios frente al trato recibido y los insumos que poseen los trabajadores, por lo que, el objetivo del estudio fue determinar el impacto de las políticas de humanización en una institución de salud, para esto se seleccionó un servicio de apoyo diagnóstico de una institución de salud de Ibagué en donde se aplicó la encuesta de satisfacción global creado por las investigadoras Patricia Catherine Barceló Ordoñez, Angela Patricia Romero Ruiz y Astrid Johana Vega Vanegas a una muestra de 62 participantes cuyos datos fueron analizados mediante las fichas de indicadores creados con base en Resolución 0256 de 2016, obteniéndose resultados para cada una de las preguntas que posteriormente fueron comparados con los producidos por dichas autoras en donde se logró definir la influencia de la humanización en la prestación de los servicios de salud.

Palabras clave: Humanización, servicio de salud, paciente, política de la salud, personal médico, servicio de enfermería

Tabla de Contenido

1. Problema de Investigación.....	9
2. Objetivos.....	11
2.1. Objetivo General	11
2.2. Objetivos Específicos.....	11
3. Justificación	12
4. Marco Teórico.....	14
5. Marco institucional	25
6. Enfoque, alcance y diseño de la investigación	29
6.1. Definición de Variables.....	29
6.2. Selección de Métodos o Instrumentos para Recolección de Información	32
6.3. Selección de la Muestra y Diagnóstico	33
6.4. Definición Tamaño de la Muestra.....	34
6.5. Selección de Participantes.....	34
6.6. Aplicación de la Encuesta de Satisfacción Global	35
6.7. Técnicas de análisis de datos.....	36
7. Análisis y discusión de los resultados.....	38
7.1. Análisis de Datos Sociodemográficos.....	38
7.2 Análisis de la Herramienta por Preguntas	41
8. Conclusiones.....	57
9. Referencias.....	58
10. Anexos	66

Lista de Tablas

Tabla 1 Variables contempladas en la investigación.	31
Tabla 2. Distribución de participantes por género	38
Tabla 3. Distribución de participantes por nivel socioeconómico	38
Tabla 4. Distribución de participantes según el nivel educativo	39
Tabla 5. Distribución de participantes según el rango de edades por décadas	40
Tabla 6. Accesibilidad a los servicios de salud.....	42
Tabla 7. Tiempo de espera para admisión y registro	42
Tabla 8. Amabilidad en la atención del personal de admisión y registro	43
Tabla 9. Orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras	44
Tabla 10. Cumplimiento en el tiempo de espera para la toma de muestras.....	45
Tabla 11. Información brindada antes, durante y después de las tomas de muestras	46
Tabla 12. Momento de la atención.....	47
Tabla 13. ¿Lo miraron a los ojos cuando le hablaron?	48
Tabla 14. La persona que le tomó el examen, ¿le dijo el nombre y el cargo que tiene?	49
Tabla 15. ¿Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes?.....	50
Tabla 16. ¿Identificó alguna situación que pudiera generar riesgo durante la atención?	51
Tabla 17. Cumplimiento en la entrega de resultados.....	52
Tabla 18. ¿Considera adecuadas las instalaciones en las que lo atendieron?	53

Lista de Figuras

Figura 1. Estructura de la Teoría de Cuidado Humanizado de Jean Watson.....	18
Figura 2. Estructura organizacional Institución de salud de Ibagué	26
Figura 3. Principios Institucionales.....	27
Figura 4. Fórmula de tamaño de muestra.....	34

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Distribución de participantes por género	38
Gráfica 2. Distribución de participantes por nivel socioeconómico	39
Gráfica 3. Distribución de participantes según nivel educativo	40
Gráfica 4. Distribución de participantes según rango de edades por décadas	41
Gráfica 5. Accesibilidad a los servicios de salud.....	42
Gráfica 6. Tiempo de espera para admisión y registro	43
Gráfica 7. Amabilidad por parte del personal de admisión y registro	44
Gráfica 8. Orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras	45
Gráfica 9. Cumplimiento en el tiempo de espera para la toma de muestras	46
Gráfica 10. Información brindada antes, durante y después de las tomas de muestras	47
Gráfica 11. Momento de la atención.....	48
Gráfica 12. ¿Lo miraron a los ojos cuando le hablaron?	49
Gráfica 13. La persona que le tomó el examen, ¿le dijo el nombre y el cargo que tiene?.....	50
Gráfica 14. ¿Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes?.....	51
Gráfica 15. ¿Identificó alguna situación que pudiera generar riesgo durante la atención?	52
Gráfica 16. Cumplimiento en la entrega de resultados	53
Gráfica 17. ¿Considera adecuadas las instalaciones en las que lo atendieron?	54

Anexos

Anexo A. Aplicación modelo de encuesta de satisfacción global para medir la humanización en un prestador de apoyo diagnóstico creado por Patricia C. Barceló Ordoñez, Angela P. Romero Ruiz y Astrid J. Vega Vanegas (2019-2020)	66
Anexo B. Consentimiento informado entregado a participantes	68
Anexo C. Fichas de indicadores generados por Patricia C. Barceló Ordoñez, Angela P. Romero Ruiz y Astrid J. Vega Vanegas (2019-2020)	69

1. Problema de Investigación

La humanización es uno de los principales pilares que contribuyen a la acreditación de los centros de salud abarcando así un sin fin de factores, individualizando el plan de cuidados del enfermo (Gutiérrez, 2017) y generando así empatía, pero ¿qué tan importante es para las empresas este tema?. La humanización debe estar presente en todas las relaciones interpersonales, siendo transversal en los servicios de salud y generando una atención de calidad; el campo de la salud es susceptible ante estas situaciones ya que la vulnerabilidad del enfermo y la carga laboral de los empleados genera un ambiente de gran tensión en muchas situaciones. La mayoría de las empresas que tienen estas políticas implementadas pretenden beneficio económico, sin embargo, la verdadera finalidad es generar cultura organizacional con el fin de brindar atención de calidad, ya que, según Bermejo, citado por Correa (2015), la humanización es un asunto “ético que tiene que ver con los valores que conducen a nuestra conducta” (Correa, Zambrano, 2015, 1229).

El Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los elementos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, los cuales pretenden convertir en temas prioritarios la humanización de los servicios, la seguridad, coordinación y transparencia, así como algunas orientaciones para la calidad y humanización de la atención integral en salud a gestantes, niños, niñas, y la implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes. Con lo anterior se pretende transformar la cultura de la sociedad hacia la búsqueda de consensos mínimos que produzcan un mejor ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos (Ministerio de salud y protección social, 2021, sp)

Ante la aparente falta de cultura organizacional por parte del personal administrativo y asistencial acerca del impacto de atención humanizada en los servicios de salud para generar atención según las necesidades de los usuarios, es de gran importancia que las instituciones prestadoras de salud, universidades y organizaciones que forman profesionales de salud se centren en capacitar para concientización y sensibilización con respecto a la atención en usuarios (Icontec, 2016), así se mitigará la falta de sensibilización frente a procesos sociales infiriendo de esta manera en la presencia de “algunos elementos que atentan contra la calidad de vida de los usuarios” (Santacruz Bravo, 2016, 373), por esto “la relación del paciente y los servicios de salud tienen características que la hace necesitada de humanización” (Montalvo Arce, 2015, 7), pretendiendo garantizar la adecuada prestación del derecho a la salud y que instituciones prestadoras de servicio de salud, “en el proceso de planeación de la atención incluyan una política de atención humanizada tanto para el paciente como para el personal de dicha institución” (Icontec, 2016).

Frente a esto, el presente documento pretende describir las experiencias de los usuarios ante las políticas de humanización en la prestación del servicio de salud con el fin de permitirle a la Institución reconocer el efecto de estas en la atención, ampliar esta medición a otros servicios y desplegar del proceso de humanización, así como asegurar una atención de calidad.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

- Determinar el impacto de las políticas de humanización en una institución de salud de Ibagué en el periodo septiembre a octubre de 2021.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar las experiencias de los usuarios frente a las políticas de humanización en la prestación de servicios de salud en una Institución de salud de Ibagué para el periodo indicado.
- Describir las experiencias de los usuarios frente a las políticas de humanización en la prestación de servicios de salud en una Institución de salud de Ibagué para el periodo indicado.
- Explicar la importancia de las políticas de humanización en una institución de salud en la ciudad de Ibagué.
- Medir el impacto de las políticas de humanización en una Institución de Salud de la ciudad de Ibagué.

3. Justificación

La medición del impacto de la humanización de servicios de salud es conveniente en el marco de la medición del cumplimiento y beneficio de esta según la normativa colombiana, Constitución Política Nacional título I Artículo 5 y artículo 7, título II artículo 11, artículo 12, artículo 13 y artículo 20; Ley 100 de 1993 artículo 2 y artículo 159; ley 1438 de 2011 artículo 3, artículo 13 sección 13.8; Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007; Resolución 0256 de 2016 “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud” (Ministerio de salud y protección social, 2016) y el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud desarrollado para generar Sistema de Salud con un propósito humano de innovación y excelencia (Ministerio de salud, 2016).

Igualmente presenta relevancia social e institucional dado que se evidenció afectación de la humanización por las diferentes fallas administrativo-asistenciales que conlleva a los usuarios y colaboradores a atender un gran número de trámites para la prestación de los servicios de salud, generando una atención inadecuada desde la ética, moral y calidad, perdiendo de vista la integralidad del ser humano. Sin embargo, se ha constituido como una política obligatoria para la prestación de servicios de salud, ya que como menciona Díaz Amado (2017) no solo corresponde al campo médico y sanitario sino a todo el personal que directa o indirectamente colabora en la prestación, y para ello, también se requiere que desde el ejercicio administrativo y hospitalario haya una directriz general que soporte toda acción y decisión para el buen funcionamiento, generando mayor importancia, permitiendo a las instituciones reconocer el efecto de las mismas en la atención y ampliando el campo de acción que permite evaluar el impacto social y empresarial que se obtiene a partir de la atención humanizada.

Por otro lado, el presente documento puede ser aprovechado como revisión bibliográfica o base de estudio para otras investigaciones en la región en el campo de ciencia, tecnología e investigación sobre la línea de gestión en salud en áreas de enfermería, medicina, psicología y filosofía, así como para estudios cuantitativos de áreas administrativo-financieras usando las conclusiones de este y cotejarlas con análisis de ingresos y ventas. Igualmente se generó referencia bibliográfica acerca de las políticas nacionales creadas para la implementación de humanización en el país, junto al desarrollo de bases para fortalecer la política de gestión de calidad en salud en otras instituciones de servicios de salud.

4. Marco Teórico

La prestación de servicios de salud se encuentra enmarcada en el cuidado del ser humano, cuidado que no solo está enfocado en las actividades que lleva a la recuperación de la salud, si no que estas sean proporcionadas basadas en la humanización de la atención, pero ¿qué es humanización?, humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. (El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC, 2016), hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual, mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia (Hoyos Hernández; et al., 2008, 219) ya que el ser humano al recibir las acciones que se brindan para su cuidado no solo se ve influenciado por los factores fisiológicos sino que sus interacciones influyen en la forma como reciben y perciben la atención.

Por su parte, en Colombia, los Lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) define la humanización como un “imperativo ético para el sistema, más allá de ser tan solo un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman” (Ministerio de salud y Protección social, 2014). Puesto que, la tecnificación de muchos servicios de salud, han aparecido diversos conflictos éticos frente al cuidado del ser, se requiere de una integración justa del cuidado y la biomédica para obtener una adecuada comprensión y práctica del saber, centrándose más en la persona que en la enfermedad, siendo en este caso la humanización “un reflejo de los valores que guían la conducta del personal en el ámbito de la salud” (Escobar Castellanos & Cid Henríquez, 2018, sp), por esto, la prestación de servicios de salud requiere de la ética de los cuidados, que corresponde al compromiso moral y uso de normas que incluyen respeto y comprensión por el otro para satisfacer responsablemente sus necesidades. (Rodríguez Abrahantes & Rodríguez Abrahantes, 2018)

Como solución a los problemas éticos de las prácticas en salud se encuentra la bioética, parte esencial de la humanización que provee los principios para regular la conducta humana, discernir y fundamentar la toma de decisiones, así como juzgar el actuar profesional (Escobar Castellanos & Cid Henríquez, 2018), basados y apropiados por la humanización los cuales son: beneficencia y no maleficencia, relacionados e interdependientes en el "hacer el bien y no dañar" (Amaro Cano et al., 1996, sp); autonomía como "aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones" (Amaro Cano et al., 1996, sp); y justicia, que corresponde al aportar lo necesario según las necesidades del usuario, sin gastar recursos en situaciones que no cambiarán su condición. (Amaro Cano et al., 1996)

Igualmente, Amaro Cano et al. (1996) añadió los principios de fidelidad entendida como "el cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el paciente sujeto a su cuidado" (sp), la confidencialidad o secreto profesional y la veracidad, relacionado con el ejercicio profesional responsable de admitir una situación difícil en búsqueda del bienestar de los usuarios. Por ello, humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud.

Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización (Icontec, n.d.), y se ve reflejada en los servicios de salud en todos sus ámbitos, teniendo en cuenta que la atención del usuario es requerida desde su ingreso a las instituciones, durante la estancia y hasta el egreso de las mismas; "cuidar a una persona bajo el paradigma holístico significa atenderla en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, entre otros, así como en su interrelación con el entorno" (Fuentes, 2014, 17), en donde el usuario debe ser visto de forma integral por parte del personal que lo atiende para suplir sus necesidades en todas las esferas sin afectar sus creencias y costumbres.

En la actualidad, el personal de salud da más interés al componente administrativo y técnico, pasando por alto la perspectiva del cuidado, “desvinculándose de la sensibilidad y el sentido humano” (Nieves Galán, 2019, 13), “la falta de continuidad del proceso, atención multiprofesional, masificación y despersonalización de la atención a la salud, dan pauta a proceso de cuidado deshumanizado” (González Juárez et al., 2009, 40).

Rey y Ramos (2020) consideró que los profesionales de salud deben estar capacitados de manera continua en este área con el fin de brindar una adecuada atención a los usuarios, para ofrecer servicio de calidad que conlleva a instituciones de salud que alcanzan objetivos y asumen retos que están presentes en el actual sistema sanitario, ya que los usuarios son el pilar más importante de la atención en salud, que debe prestarse con una adecuada atención sin ninguna discriminación ni inequidad, generando estrategias que permita atención de calidad con los insumos requeridos y obtenidos para generar beneficios con el menor riesgo para los pacientes.

La satisfacción del usuario es un indicador de calidad de atención prestada en los servicios de salud. Conocer el nivel de satisfacción permitirá mejorar falencias y reafirmar fortalezas a fin de desarrollar un sistema de salud que brinde la atención de calidad que los pacientes demandan (Rey & Ramos, 2020, sp).

Sin embargo, con el transcurso del tiempo y la tecnificación han aparecido nuevos factores que dificultan la humanización como: “la escasez de personal y de tiempo, la alta demanda de pacientes y la falta de información teórica y práctica sobre este tema” (Galmés Lladó, 2018) por esta razón es de gran importancia profundizar en el estudio del humanismo para incidir en la formación del personal de salud hacia la satisfacción personal entendiendo las implicaciones éticas, sociales, políticas que influyen en su práctica y orientar hacia la gestión del cuidado centrada en el paciente (González Juárez et al., 2009).

De esta manera la humanización vista como atención considerada, sensible e integral con la persona que sufre, cuenta según Esther Izquierdo (2015), con clasificación en cuanto a modelos y teorías de enfermería en seis escuelas: de las necesidades, de las interacciones, de los efectos deseados, de promoción en salud, del ser humano unitario y del cuidado.

La teoría de Margaret Jean Watson hace parte de esta última (cuidado), entendiéndose este como un acto primordial a través de la historia humana en un enlace de “un ser con relación al otro que lo invoca” (Guerrero Ramírez et al., 2016, 129) fundamentado en la ética y la filosofía que le ha permitido fortalecerse en las instituciones restaurando el “arte de cuidando - sanando” (Guerrero Ramírez et al., 2016, 129). Esta teoría incluye fuentes filosóficas de alma, dualismo, armonía, causalidad, espíritu y autotrascendencia, basados en siete supuestos del acto de cuidar (proceso caritas) centrados en que este sólo puede ser demostrado y practicado en una relación interpersonal, es condicionado a la satisfacción de las necesidades (factores de cuidado), promueve el crecimiento personal, familiar y desarrollo del potencial, es complementario a la ciencia curativa y se constituye una práctica esencial en la enfermería (atención en salud) (Urrea et al., 2011). Estos supuestos están apoyados en el mejorar la calidad de los cuidados a las personas al integrar los conocimientos con la espiritualidad y cultura, estructurando 10 factores caritativos por el proceso de cuidar, descritos primero como valores humanos altruistas y la satisfacción de ofrecer ayuda, inculcar fe y esperanza en busca de conductas saludables, tener conciencia emocional con el fin de no fusionar emociones negativas de la vida privada o trabajo, desarrollo de la relación ayuda - confianza que promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos, evitar la transferencia (compartir sentimientos con los pacientes), el uso sistemático y adquisición de nuevos conocimientos para resolución de problemas y perfeccionar la práctica diaria, la promoción de la enseñanza - aprendizaje, el reconocer el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad, la asistencia satisfactoria reconociendo las necesidades

biofísicas, psicofísicas y psicosociales, y finalmente el entender que junto con la excelencia académica se requieren habilidades adaptativas, de comunicación y de relaciones interpersonales, para reconocer los fenómenos. En conclusión, según Watson la práctica del cuidado “envuelve nutrición, creación y cultivo del potencial para ocasiones de cuidado” (Izquierdo Machín, 2015)

Figura 1. Estructura de la Teoría de Cuidado Humanizado de Jean Watson



Nota: Gráfica de la estructura de la Teoría de Cuidado Humanizado de Jean Watson. Fuente: Hernández Pérez (2016, 7).

Dentro de la escuela de cuidado, junto con Watson, también se encuentra Katie Eriksson con la teoría del cuidado caritativo, siendo el amor sin condiciones el motivo fundamental de esta teoría apoya la idea de que “no puede existir una ciencia humana en ausencia de valores” (Eriksson, 2014, sp). Eriksson describió como una ética ontológica

siendo esta lo más importante en las relaciones con otros seres humanos. Desarrolló una serie de metaparadigmas entre las que se encuentran persona, cuidado, salud y entorno, con fuentes principales la teología de Anders Nygren, Hans Georg Gadamer y Tage Kurtén, en donde desarrolló el concepto de evidencia basada en la ciencia del cuidado, como una metateoría fundamental en su pensamiento, en la que señaló requiere tanto con un método y datos empíricos, como de lo conceptual y lógico (ontológico). (Eriksson, 2014)

Por su parte Paterson y Zderan en la teoría humanística, se encontraron influenciados por el humanismo, existencialismo y fenomenología (Losada & Miller Franca, 2020) enfatizaron en la relación que se establece entre la enfermera (personal de salud) y la persona que recibe el cuidado (paciente), intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos, tomaron la comunidad, o entorno, como un espacio físico donde ocurren interacciones e intercambios intrasubjetivos que debe estar desprovisto de juicios y restricciones para que el ser se sienta totalmente a voluntad, enfatizando en la calidad del encuentro enfermero (personal de salud)-paciente, entendiéndose como seres humanos capaces de desarrollarse y caminar en dirección a su propio crecimiento personal. (Leite Araujo & Freitag Pagliuca, 2005)

En su progresión, la teoría de Paterson y Zderan definieron los seres humanos como personas capaces de hacer elecciones responsables en la vida, la salud es un estado de “venir a ser” donde en la adversidad se encuentra significado para vivir, y la enfermería es la proporcionadora de respuesta a las necesidades del cliente, auxiliándolo en sus selecciones, en una interacción más allá de un encuentro técnico sujeto - objeto y siendo una oportunidad de compartir experiencias. Consideraron necesario desenvolver la comprensión en donde el orientador se ponga en el lugar del orientado, percibiendo el mundo y las experiencias como éste las percibe, entrando en su mundo emocional, interactuando con el otro y ayudándolo a “ser más”, desarrollándose un crecimiento mutuo en donde enfermera y paciente se

transforman, requiriendo profesionales con una postura abierta y disponibilidad para con el otro. (Leite Araujo & Freitag Pagliuca, 2005)

La teoría de enfermería fenomenológica dio una respuesta a la experiencia del personal de salud con la persona necesitada, en búsqueda de proporcionar el bienestar de ellas, en el contexto en donde ambos sufren las influencias de esta relación (Leite Araujo & Freitag Pagliuca, 2005) y pretendió desarrollar en el personal de salud la autorreflexión de su encuentro con otra persona y el reconocimiento de su singularidad, siendo además esta vivencia la oportunidad de encontrar el sentido a su existencia. (Losada & Miller Franca, 2020)

Para Alligood & Tomey (2011) el acto de cuidar puede llevar al paciente a experimentar el significado del amor y de la compasión, puede encender la esperanza o dar sostenimiento, y puede ser lo que hace fundamental la confianza y la sinceridad en las relaciones con la enfermera. Del mismo modo, la falta de cuidado bloquea en el otro la experiencia de la compasión, y en ocasiones causa desconfianza y una actitud de freno en relación con los servicios de salud (174).

Este concepto es basado en la teoría de Kari Martinsen de filosofía de la asistencia en donde se propuso que “el cuidar es una trinidad: relacional, práctica y moral simultáneamente” (Alligood & Tomey, 2011, 174) se plantea la acción de cuidar como parte fundamental del ser humano en donde la preocupación por la otra persona da comienzo a la acción de cuidar, la cual se puede aprender a través de la práctica y que esta debe basarse en una reflexión tanto interna del individuo que proporciona el cuidado como una reflexión y análisis de factores externos de quien requiere la atención.

Para Martinsen hay un interés tanto personal como sociopolítico en los enfermos, parte de la idea inicial de que los seres humanos han sido creados y son seres frente a

los que tenemos una responsabilidad administrativa. Somos seres relacionales, dependemos unos de los otros y de la creación, por tanto, el cuidado, la solidaridad y la moral son para nosotros unas realidades inevitables, invita a la meditación acerca de las situaciones de los pacientes y familiares que, mediante un buen entendimiento de la situación, perspectiva profesional y cuidados adecuados, se logra la mejor de las soluciones prácticas. (Alligood & Tomey, 2011, 182)

En el momento de brindar el cuidado la relación que se crea entre el cuidador y quien ejerce dicho cuidado debe basarse en la expresión de la compasión por el otro y la confianza que se genera con los actos de cuidado. Según Rodríguez-Jiménez et al., 2014) “La práctica moral de enfermería se manifiesta, cuando van aparejados la empatía y el trabajo reflexivo, de modo que el cuidado pueda manifestarse”

Para Molano Pirazán & Guerrero (2012) el cuidado de enfermería se distingue por la visión holística de la humanidad en el que “la atención de enfermería es dirigida a las necesidades fundamentales de los pacientes, así como los valores y experiencias del paciente” (p.2), sin dejar de lado que las necesidades de los pacientes no solo son físicas, sino que él experimenta su cuidado desde todas las áreas que influyen su diario vivir y es por esto por lo que no es posible desligar los actos de cuidado de la compasión por el otro y la empatía. Kari Martinsen enfocó su teoría hacia las relaciones con el individuo y su entorno desde distintas perspectivas indicando que el personal debe tener “un cuerpo de conocimiento formal y vivencial, sumado a esto requiere de su manifestación como persona, única, autentica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo” (Molano Pirazán & Guerrero, 2012, 2)

Por su parte Marilyn Anne Ray en la teoría de la atención burocrática basada en datos obtenidos a través de la investigación de campo y otras herramientas de la antropología, la teoría del caos y la filosofía Hegeliana, consideró que existen dos elementos antitéticos (el

cuidado y la burocracia) que se sintetizan en la atención burocrática. El cuidado es espiritual, ético y humanista, y se ve influenciado por muchos otros factores externos (políticos, legales, económicos, educativos, fisiológicos, socioculturales y tecnológicos) que son a la vez partes de un todo y se hacen interdependientes, por lo que se considera que la teoría tiene también un enfoque holográfico.

Para Ray, el cuidado espiritual-ético podría definirse como:

La espiritualidad incluye la creatividad y la elección, y se revela en el apego, el amor y la comunidad. Los imperativos éticos del cuidado se asocian al aspecto espiritual y están relacionados con nuestras obligaciones morales hacia los demás. Esto significa no tratar nunca a las personas como un medio para obtener un fin o como un fin en sí mismas, sino como seres que tienen la capacidad de tomar decisiones. El cuidado espiritual-ético en enfermería se centra en cómo se pueden o se deben facilitar las elecciones para el bien de los demás. (Alligood & Tomey, 2011, 118)

El aporte realizado en materia de humanización por la atención burocrática yace en la integración que se pone sobre la enfermera (personal de salud) a la hora de tomar decisiones con sus pacientes-usuarios, ya que desde ese enfoque se deben tener en cuenta los factores externos e internos, lo que permite un trato más humanizado y a la vez que favorable para la institución de salud. Así mismo, las organizaciones se consideraron como sistemas complejos compuestos por partes interdependientes y cuya interacción es impredecible, dicha definición se extrapoló al cuidado de enfermería que se ve influenciado por múltiples entradas visibles (estructuras políticas, legales, económicas, educativas, fisiológicas, socioculturales y tecnológicas de los cuidados sanitarios) y otras invisibles o tácitas (valores éticos y morales, decisiones de los pacientes) que constituyen un todo cuya importancia equivale a la de cada una de sus partes, y su interacción da como resultado el cuidado recibido por el paciente-usuario. (Alligood & Tomey, 2011).

La teoría de la atención burocrática de Marilyn Anne Ray permitió comprender el cuidado desde una visión familiar en donde se encuentra un orden implícito (el todo) y un orden explícito (la parte), conectados con el cuidado espiritual, ético y la estructura social de las organizaciones de los que hace parte elementos burocráticos (factores educativos, físicos, socioculturales, legales, tecnológicos, económicos y políticos) (Valenzuela et al., 2018). Denotó la afectación de los humanos por los factores que intervienen en su diario vivir, de esta manera la salud y el sistema de salud se ven influenciados positiva o negativamente por los elementos socioculturales y políticos, siendo la explicación de algunos escenarios, como las tribus o etnias que no se acogieron al sistema ni a las prácticas realizadas por la medicina convencional, sin embargo lo que pretendió es no coartar sus creencias, sino aceptarlas e integrarlas en el proceso de atención.

Esta teoría demostró la manera en la que el cuidado de enfermería fue desarrollado e influenciado por la estructura social o cultural de la organización, se interrelacionaron y convivieron para dar respuesta a las necesidades de la burocracia y a las necesidades humanas de cuidados. Esta teoría se centró en la enfermería de organizaciones complejas y tomó el concepto de organización como cultura, comunidad o construcción social donde “existe interacción y se construye significado”. (Pérez, 2017, 5)

Por su parte la filosofía de Patricia Benner planteó que el cuidado de la salud abarca “el estudio de las experiencias vividas con relación a la salud, la enfermedad y las relaciones con el entorno, y describe la práctica desde un planteamiento fenomenológico interpretativo” (Carrillo et al., 2018, sp), indicó que la formación del personal de salud debe realizarse de manera continua e integral, obteniendo conocimientos teóricos, habilidades prácticas y actitudes que generen competencias suficientes para brindar una atención que requiera de “un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente” (Juárez &

García, 2009, 113), el cual se debe ofrecer con calidad y calidez. Desde la formación profesional el personal se encuentra con múltiples conocimientos y habilidades técnicas que parecen complejas, pero que con el tiempo se convierten en el diario vivir y de esta manera se logran desarrollar con la mayor habilidad, confianza y conocimiento, sin embargo no se debe perder el arte de cuidar teniendo en cuenta al paciente como un ser humano que requiere de los conocimientos para alcanzar un nivel de bienestar en todas sus esferas de desarrollo, aplicando el conocimiento en aras de mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud.

Patricia Benner expuso un modelo de adquisición y desarrollo de las habilidades y competencias en el ámbito de la enfermería, mostró el proceso que la enfermera atraviesa desde recién graduada hasta que se especializa, clasificando las etapas de la enfermera en la clínica evidenciando que la formación disciplinar de conocimiento llevado a la práctica es el eje fundamental para el desarrollo de habilidades y destrezas. (Carillo Algarra et al., 2013).

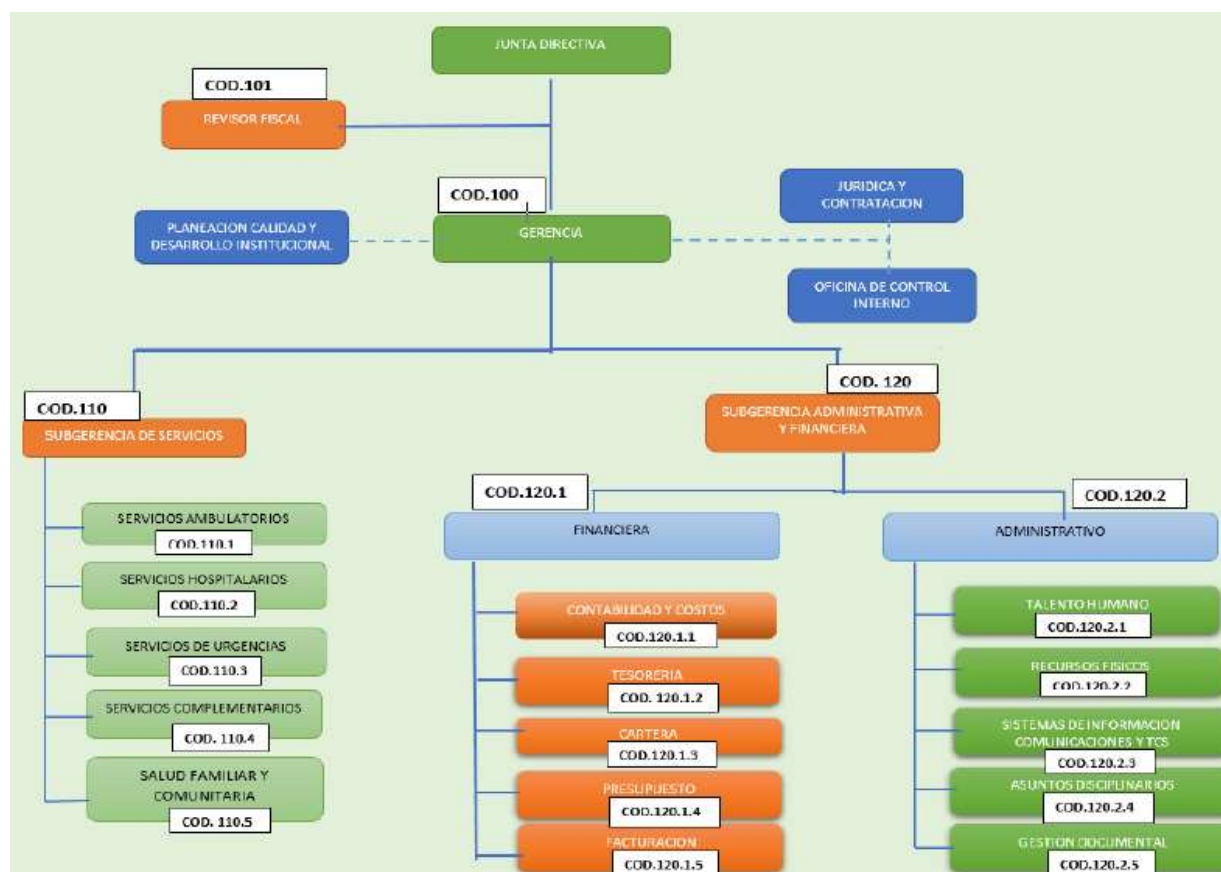
5. Marco institucional

En este apartado se describió la organización en la cual se realizó el presente estudio, se mencionó la información obtenida de la página web de la institución y de los documentos aportados por la misma por parte del área de recursos humanos en el mes de septiembre del año 2021.

Se trata de una Empresa Social del Estado E.S.E de origen público descentralizada, creada en diciembre de 1996 mediante acuerdo del Concejo Municipal, dotada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Secretaría de Salud Municipal. Inició sus actividades a partir del 1 de septiembre de 1997, cuenta con 21 Centros de atención en Salud distribuidos en las 13 comunas de la zona urbana (402 barrios) y 4 unidades intermedias en las cuales se prestan servicios consulta externa medicina interna, odontología, rayos x, internación (hospitalización medicina general, pediátrica, materno perinatal y salud mental), laboratorio clínico primer nivel, urgencias y traslado de ambulancia básico y especializado; su modelo de servicios, está orientado hacia el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria incluida en los convenios y contratos, de acuerdo con la capacidad instalada, estructura organizacional y ubicación dentro del municipio (Unidad de salud E.S.E, 2020).

En la figura 2, se evidencia la estructura organizacional de la Institución de Salud de Ibagué.

Figura 2. Estructura organizacional Institución de salud de Ibagué



Nota: La gráfica muestra la estructura organizacional de la institución de salud seleccionada en la ciudad de Ibagué. Fuente: Unidad de salud E.S.E (2020)

Dentro de su misión se presenta como:

Prestador público del componente primario del municipio, con una extensa red de servicios en el área rural y urbana, ofreciendo atención integral, humanizada, con calidad y seguridad, fortalecidos en la promoción, prevención y mantenimiento de la salud, contribuyendo a mejorar la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Indica que cuenta con talento humano altamente capacitado, comprometido y propicia espacios para la articulación de la docencia e investigación en los servicios de salud.

(Unidad de salud E.S.E, 2020, p.7)

Su visión como prestador público del componente primario en el municipio se direcciona al año 2025 “alcanzar cobertura del 80% de las necesidades en salud de los usuarios, centrados en lograr la atención integral en salud de la persona, la familia y la comunidad, fortalecidos con procesos de responsabilidad social, docencia e investigación” (Unidad de salud E.S.E, 2020, p.8)

Figura 3. Principios Institucionales



Nota: La gráfica muestra los principios misionales de la Institución de salud seleccionada en la ciudad de Ibagué. Fuente: Unidad de salud E.S.E (2020, p. 10)

El objetivo general de la Unidad de Salud E.S.E (2020) es:

Contribuir al desarrollo del municipio, mejorando la calidad de vida de la población y reduciendo la morbilidad, mortalidad e incapacidad de la población de su área de influencia, mediante la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del estado y como parte integral del Sistema de Seguridad Social en Salud, para lo cual adelantará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, definidos por los planes obligatorios del Sistema de Seguridad Social en Salud. (p. 11)

Dentro de las políticas institucionales la Unidad de Salud E.S.E (2020) presentó:

Política de Calidad: Todos los servidores públicos que ejerzan funciones en la institución, darán cumplimiento a las políticas establecidas en materia de calidad, respetando los principios de enfoque hacia el cliente, liderazgo, participación activa de los funcionarios públicos, enfoque basado en procesos, enfoque del sistema para la gestión, mejoramiento continuo, enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, relaciones mutuamente beneficiosas, transparencia, coordinación, cooperación, y articulación, exigiendo la apropiación de estos principios en sus funcionarios para que puedan tomar decisiones efectivas que generen cambios estructurales en la E.S.E. y en su cultura organizacional. (p. 13)

“Política de Seguridad del paciente: Incentiva las prácticas institucionales tendientes a aumentar los niveles de seguridad en la prestación de los servicios de salud, protegiendo con ello al paciente de riesgos evitables derivados de los procesos de atención.” (p. 14)

“Política de Humanización: brindar una atención de calidad humanizada con respeto, dignidad y empatía con los usuarios internos como externos, realizando los aportes necesarios para cumplir con la promesa de valor realizada en esta”. (p. 14)

Política de Gestión documental: se compromete a establecer procesos claros sobre la producción, uso y acceso a la información creada en soportes físicos o electrónicos, definiendo estándares para su debida administración. Estará orientada a los procesos de modernización tecnológica, manejo y seguridad de la información y gestión de los documentos, garantizando su autenticidad, fiabilidad y usabilidad; capaces de dar soporte a las funciones y actividades durante todo el tiempo requerido, definiendo la estructura, características y componentes necesarios para evidenciar la utilidad de la información dentro de la Entidad. (p.14)

6. Enfoque, alcance y diseño de la investigación

El enfoque del presente estudio fue de carácter descriptivo transversal no experimental caracterizado porque se limitó a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo (Veiga de Cabo et al., 2008, 83) siendo enfocado a los pacientes y a su percepción de la humanización en los servicios de toma de muestras por un prestador de apoyo diagnóstico de Ibagué, a su vez fue un análisis de corte transversal ya que recolectó los datos en un solo momento (Luna, 2016) comprendido entre septiembre y octubre.

El instrumento fue una encuesta de satisfacción global de las investigadoras Patricia Catherine Barceló Ordoñez, Angela Patricia Romero Ruiz y Astrid Johana Vega Vanegas en el estudio “diseño de un instrumento para medir la humanización en los servicios de salud” consta del consentimiento informado para el paciente y 13 preguntas con 2 tipos de respuestas Sí/No, así como su género, edad, nivel socioeconómico y escolaridad los cuales después de su recolección fueron tabulados.

6.1. Definición de Variables

Las variables constituyen una parte fundamental de la investigación ya que nos permitió definir los elementos que influyen en ella, para (Cauas, 2015) “se trata de una característica observable o un aspecto discernible en un objeto de estudio que puede adoptar diferentes valores o expresarse en varias categorías” es por ello por lo que definir las variables de la investigación nos encamina a alcanzar el objetivo de esta.

Según Espinoza Freire (2018) una variable es una propiedad fijada a “los fenómenos o eventos de la realidad, susceptible de asumir dos o más valores, es decir, una variable es tal siempre y cuando sea capaz de variar. Una variable que no varía no es variable, es constante” (p.3). El resultado que da la observación de una variable permitió medir y analizar un fenómeno de la realidad que llevó a obtener la respuesta a la pregunta de la investigación

Las variables de la presente investigación se clasificaron en cualitativa o cuantitativa, descritas como:

Existen varias formas de clasificar las variables según las distintas funciones que cumplen dentro del proceso de investigación sus propiedades o características una primera clasificación separa las variables, según cómo se observan cuantitativas y cualitativas.

Variables cualitativas reciben este nombre aquellas variables cuyos elementos de variación tienen un carácter cualitativo No susceptible de medición numérica por ejemplo el sexo solo hay dos clases varón o mujer. Variables cuantitativas en cambio son aquellas en que las características o propiedades pueden presentarse en diversos grados o intensidad y tienen un carácter numérico o cuantitativo como por ejemplo nivel de ingresos deserción escolar (Cauas, 2015, sp)

Las variables contempladas en la siguiente investigación se desarrollan en la tabla número 1.

Tabla 1 Variables contempladas en la investigación.

Variable	Nombre de la Variable	Definición conceptual	Naturaleza	Tipo de Variable	Medida
Socio-demográficas	Edad	Tiempo que el encuestado ha vivido desde su nacimiento. (Real Academia Española, 2019)	Cuantitativa	Razón	De 18 a 100
	Sexo	“Condición orgánica, masculina o femenina”. (Real Academia Española, 2019)	Cualitativa	Nominal	Femenino (F) Masculino (M)
	Estrato socioeconómico	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida. (Real Academia Española, 2019)	Cuantitativa	Razón	De 1 a 4
	Escolaridad	“Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente” (Real Academia Española, 2019)	Cualitativa	Nominal	Ninguna, Primaria, Bachiller, Técnico, Tecnólogo, Profesional, Especialista Doctorado, Máster
	Instrumento para medir la humanización en los servicios de salud	Grado de cuidado humanizado percibido por el usuario. (Barceló Ordoñez et al., 2020)	Cualitativa	Nominal	SI/NO
Instrumento para medir la humanización en los servicios de salud	Percepción cuidado humanizado	“Nivel de calidad en la atención percibida por el usuario” (Barceló Ordoñez et al., 2020)	Cualitativa	Nominal	SI/NO
	Percepción calidad del servicio	“Mayor o menor posibilidad de tener contacto con los servicios de salud para recibir asistencia en salud” (Barceló Ordoñez et al., 2020)	Cualitativa	Nominal	SI/NO
	Accesibilidad	“Satisfacción con la distribución del espacio físico y los elementos dispuesto en el mismo”	Cualitativa	Nominal	SI/NO
	Infraestructura		Cualitativa	Nominal	SI/NO

oportunidad	(Barceló Ordoñez et al., 2020) “Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud” (Barceló Ordoñez et al., 2020)	Cualitativa	Nominal	SI/NO
Integralidad	Identificar todas las necesidades del paciente y satisfacer de manera integral (Barceló Ordoñez et al., 2020)	Cualitativa	Nominal	SI/NO
Pertinencia	“Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren” (Barceló Ordoñez et al., 2020)	Cualitativa	Nominal	SI/NO
Seguridad	“Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.” (Barceló Ordoñez et al., 2020)	Cualitativa	Nominal	SI/NO

Fuente: Elaboración propia

6.2. Selección de Métodos o Instrumentos para Recolección de Información

Para el desarrollo de la presente investigación, y bajo previa autorización escrita de autores, se utilizó como instrumento la encuesta de satisfacción global de las investigadoras Patricia Catherine Barceló Ordoñez, Angela Patricia Romero Ruiz y Astrid Johana Vega Vanegas en el estudio “diseño de un instrumento para medir la humanización en los servicios de salud, valorando la percepción de los pacientes de un prestador de apoyo diagnóstico” (2019-2020), creado con el propósito de identificar los elementos que generan valor para el cliente y la experiencia en el uso del servicio, “los factores a valorar de acuerdo a los atributos de calidad: ambiente físico, trato humanizado paciente - colaborador, accesibilidad,

seguridad, pertinencia y oportunidad de atención” (p.32), desarrollado por medio de una encuesta con preguntas del Modelo Servqual y del instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) versión tres, con respuestas de tipo dicotómico patrón Si/No con un apartado de observaciones en el que se consignaron comentarios alternativos frente a la respuesta, validado de manera aleatoria con 10 participantes que contemplaron criterios de redacción, comprensión del contenido y suficiencia del instrumento, obteniendo un resultado final de 13 preguntas (ver Anexo A).

Posteriormente se realizó aplicación aleatoria de la encuesta a 100 personas cuyos datos se tabularon y agruparon en atributos de accesibilidad, oportunidad, calidad humana, integralidad, pertinencia y seguridad, con los que se obtuvo información para el desarrollo de indicadores de proporción de satisfacción global de los usuarios según lo reglamentado en la Resolución 0256 de 2016.

Posteriormente el procedimiento que se siguió incluye:

6.3. Selección de la Muestra y Diagnóstico

1. Selección de la institución: En donde se tuvo en cuenta ubicación en la ciudad de Ibagué, accesibilidad a la misma, prestación del servicio de apoyo diagnósticos y la posibilidad de obtención de datos de frecuencia de toma de muestras.
2. Se solicitó autorización a la gerencia de la institución seleccionada y coordinación de área de humanización para la aplicabilidad de la encuesta mencionada.
3. Se realizó aprobación del consentimiento informado por parte de coordinación de área de humanización de la institución seleccionada.
4. Se coordinó con los directivos de humanización y encargados de la sede seleccionada para la iniciación del estudio investigativo, con respecto al 1 cronograma de recolección de datos.

6.4. Definición Tamaño de la Muestra

“El tamaño de la muestra se refiere al número de participantes que se incluirá en un estudio de investigación” (Rendón Macías & Villasís Kever, 2017, 221), para el cálculo de la muestra se procedió a conocer el número de pruebas de laboratorios tomadas en la sede seleccionada para el año vigente, encontrándose un total de 600 usuarios facturados para el servicio de apoyo diagnóstico - toma de muestras de laboratorio para el mes de agosto 2021, siendo este el tamaño de la población, se utilizó la aplicación Survey Monkey calculando el tamaño de la muestra mediante la fórmula expresada en la gráfica número 4, se obtuvo un total de 62 muestras para un nivel de confianza de 90% y margen de error de 10%.

Figura 4. Fórmula de tamaño de muestra

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

N = tamaño de la población • e = margen de error (porcentaje expresado con decimales) • z = puntuación z

Fuente: (SurveyMonkey, n.d.)

6.5. Selección de Participantes

Para el reclutamiento de los participantes en este estudio se realizó lo siguiente:

1. Acercamiento aleatorio con cada uno de los participantes teniendo en cuenta como criterios de inclusión: usuario mayor de 18 años que haya asistido al servicio de laboratorio en área de consulta externa de la institución de salud seleccionada y que tuviera la capacidad física y mental de contestar el cuestionario.

2. Orientación a los participantes acerca del objetivo de la investigación, a través de comunicación directa ofrecida por los investigadores, explicación y firma de consentimiento informado.

6.6. Aplicación de la Encuesta de Satisfacción Global

Después de realizar el reclutamiento voluntario de los participantes del estudio y la firma del consentimiento informado, las investigadoras hicieron lo siguiente:

1. Entrega del cuestionario en un sobre junto con copia del consentimiento informado (Anexo B) que será entregado al participante si así lo desea.
2. Estar accesible para la respuesta de preguntas o inquietudes que tuvieron los participantes.
3. Cuando los participantes terminaron de contestar el cuestionario, este fue entregado a las investigadoras, quienes realizaron una revisión general del mismo, con el fin de determinar si fue contestado totalmente, y en caso contrario, preguntar al participante si quería contestar o no.
4. En caso de que el participante no quisiera completar la encuesta, se le indicó que lo entregara en el sobre previamente mencionado, con el fin de asegurar la confidencialidad de los participantes, y se procedió a solicitar un nuevo participante con el fin de obtener encuestas completas para el desarrollo de la investigación.
5. No se realizó ningún tipo de identificación personal a los participantes, sólo se realizó codificación por medio de letras y números, para identificar en cada cuestionario el investigador que aplicó la encuesta así como el participante que la realizó, cada investigador tenía un código que inicia con la letra I, y cada participante un código compuesto de la letra P seguida de un número que correspondía con el orden en que fue entrevistado. Ejemplo: I01 - P01 quiere decir que la primera encuesta fue desarrollada por el investigador número 1 y corresponde al participante número 1.

6.7. Técnicas de análisis de datos

Una vez recolectados los datos mediante el instrumento “encuesta global de satisfacción” que tiene como objeto identificar la percepción de la humanización en salud de los pacientes que hayan asistido al servicio de toma de muestras de laboratorio clínico de la Unidad de Salud de Ibagué, el cual fue tomado del estudio “Diseño de un instrumento para medir la humanización en los servicios de salud, valorando la percepción de los pacientes de un prestador de apoyo diagnóstico”, se procedió a su tabulación mediante la aplicación Excel® que es un programa del tipo hoja de cálculo que permite realizar operaciones con números organizados en una cuadrícula (Castro Díez, n.d.). En primer lugar, de los aspectos sociodemográficos (escolaridad, nivel socioeconómico, género y edad) y luego de las preguntas relacionadas con los atributos a evaluar (accesibilidad, oportunidad, calidad humana, integralidad, pertinencia y seguridad). Posteriormente, en el programa Excel, se creó una hoja de cálculo con los Datos Sociodemográficos de la totalidad de la muestra, y una hoja para cada pregunta en la que se construyó una tabla compuesta por el código del investigador, el código del participante, las respuestas Sí o No y el apartado de Observaciones, cuando la respuesta del encuestado fue Sí o No, se asignó el número 1 a dicha celda con el fin de realizar un recuento de los participantes que emitieron dicha respuesta, posteriormente se realizó una tabla agrupando los datos de todos los participantes.

Para el análisis de los datos se tomaron los indicadores diseñados por las autoras de la encuesta con base en las referencias normativas de la resolución 0256 de 2016 en la que se dictan las disposiciones del Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud (Software Médico, n.d.), con la finalidad de consolidar el Sistema de Información de Calidad existente según acorde con los cambios del Sistema General de Seguridad Social en Salud realizados en la Ley 1438 de 2011; con el Sistema de Información para la Calidad en Salud evaluar mediante indicadores el rendimiento

y el efecto de los miembros del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita brindar una referencia a los ciudadanos y asegurar la libre elección de los prestadores y aseguradores en salud. (Barceló Ordoñez et al., 2020)

Para cada una de las preguntas se aplicó los indicadores generados por las autoras del documento “diseño de un instrumento para medir la humanización en los servicios de salud, valorando la percepción de los pacientes de un prestador de apoyo diagnóstico” (Barceló Ordoñez et al., 2020) y se calculó partir de la relación entre los participantes que contestaron Sí y la totalidad de la muestra multiplicado por 100, para así obtener porcentajes con los cuales se realizó un análisis descriptivo.

7. Análisis y discusión de los resultados

7.1. Análisis de Datos Sociodemográficos

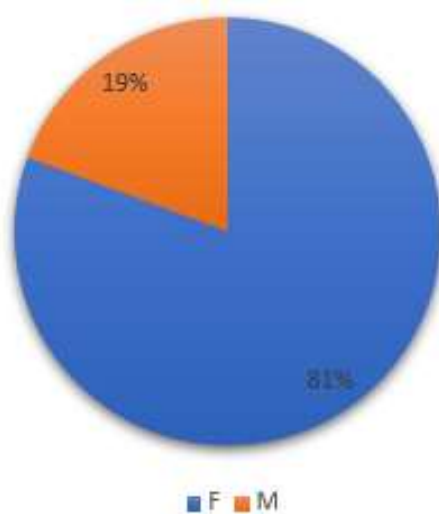
Con una muestra de 62 participantes se obtuvo los siguientes datos:

Tabla 2. Distribución de participantes por género

Variable	n	%
Femenino	50	83,3
Masculino	12	16,7

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 1. Distribución de participantes por género



Fuente: Elaboración propia

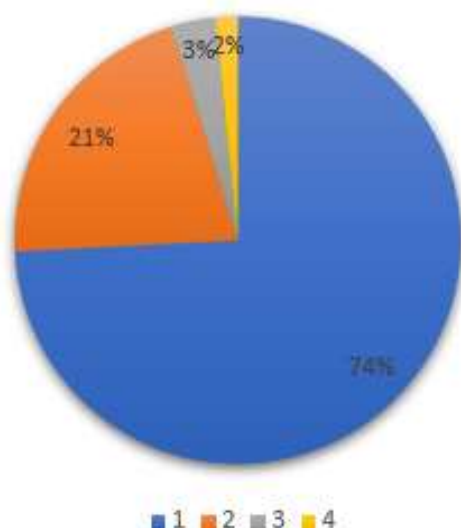
Respecto a la distribución por género, 50 participantes, siendo este número 83,3% del total, corresponden a femenino, y 12 de ellos (16,7%) a masculino.

Tabla 3. Distribución de participantes por nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	n	%
1	46	74,1
2	13	21
3	2	3,2
4	1	1,7

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 2. Distribución de participantes por nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia

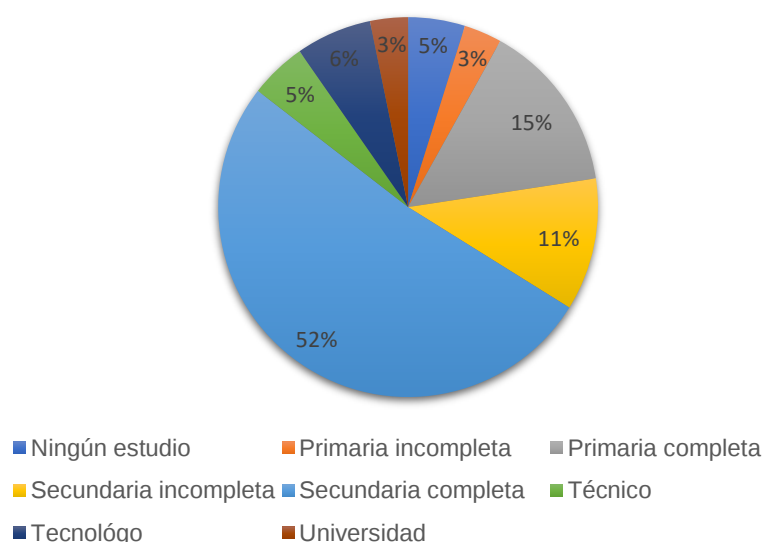
Para la distribución de participantes por nivel socioeconómico se encontró que 46 participantes, que corresponden al 74,1% del total, se encuentran en nivel uno (1), 13 en nivel dos, 2 en nivel 3, uno en nivel 4 y ninguno en nivel 5 y 6 por lo que no se realizó registro.

Tabla 4. Distribución de participantes según el nivel educativo

Nivel Educativo	n	%
Ningún estudio	3	5
Primaria incompleta	2	3
Primaria completa	9	14,5
Secundaria incompleta	7	11,4
Secundaria completa	32	51,6
Técnico	3	5
Tecnólogo	4	6,5
Universidad	2	3

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3. Distribución de participantes según nivel educativo



Fuente: Elaboración propia

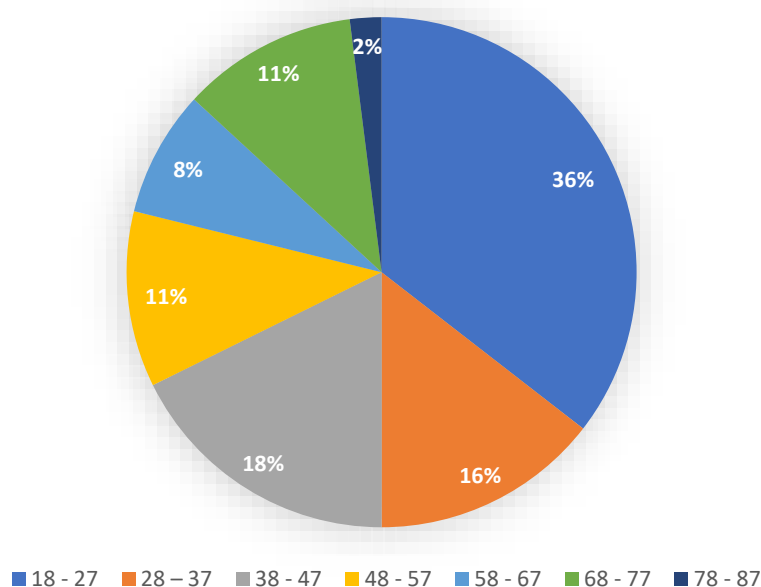
Para la distribución de nivel educativo la mayoría de los participantes realizaron secundaria completa correspondiendo a un número de 32 siendo esto 51,6%, seguido por primaria completa con 9 participantes, secundaria incompleta con 7 participantes, tecnólogo 4 participantes, ningún estudio 3 participantes, técnico 3 participantes, primaria incompleta 2 participantes, universitario 2 participantes.

Tabla 5. Distribución de participantes según el rango de edades por décadas

Edades	n	%
18 - 27	22	35,5
28 - 37	9	14,5
38 - 47	11	17,7
48 - 57	7	11,15
58 - 67	5	8
68 - 77	7	11,15
78 - 87	1	2

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 4. Distribución de participantes según rango de edades por décadas



Fuente: Elaboración propia

Respecto a distribución por edades, se decidió tomarlo en rango por décadas con el fin de consolidar datos, obteniéndose que hay mayor participación en la década de 18 a 27 años.

7.2 Análisis de la Herramienta por Preguntas

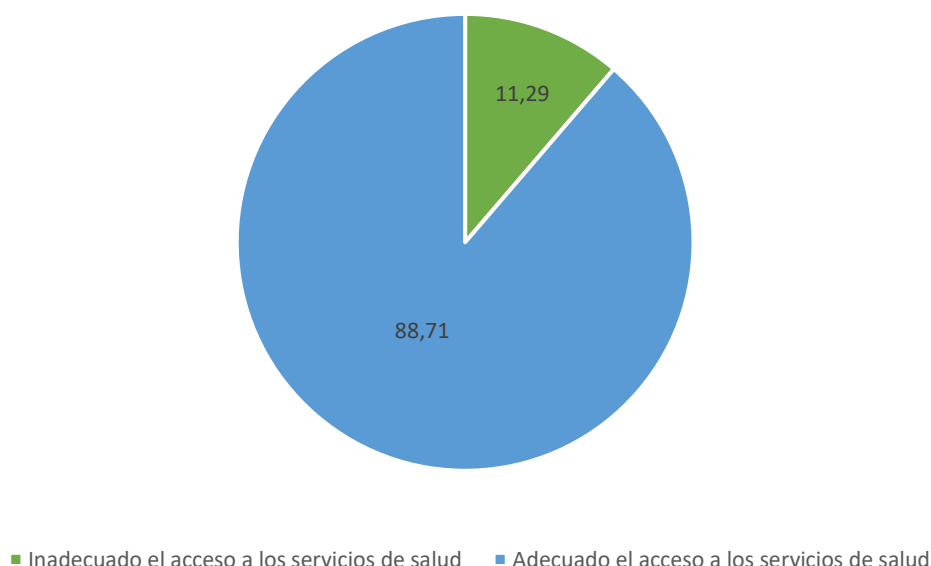
Los resultados mencionados fueron analizados con base en la ficha de indicadores (Anexo C) generados por las autoras Patricia Catherine Barceló Ordoñez, Angela Patricia Romero Ruiz y Astrid Johana Vega Vanegas (2019-2020) en el documento “diseño de un instrumento para medir la humanización en los servicios de salud, valorando la percepción de los pacientes de un prestador de apoyo diagnóstico”, teniendo como niveles óptimos de referencia para cada una de las preguntas resultados por encima del 90%.

Tabla 6. Accesibilidad a los servicios de salud

¿Califica adecuado el acceso (facilidad) a los servicios?	n	%
Inadecuado el acceso a los servicios de salud	7	11,29
Adecuado el acceso a los servicios de salud	55	88,71

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 5. Accesibilidad a los servicios de salud



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 88,71% de los encuestados opinaron que el acceso a los servicios de salud es adecuado, no siendo un nivel óptimo.

Tabla 7. Tiempo de espera para admisión y registro

¿Considera adecuado el tiempo de espera para admisión y registro (facturación)?	n	%
Inadecuado el tiempo de espera para la admisión y registro	13	20,97
Adecuado el tiempo de espera para la admisión y registro	49	79,03

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 6. Tiempo de espera para admisión y registro



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 79,03% de los encuestados opinaron que el tiempo de espera para admisión y registro es adecuado, pero esto no implica que esta medición sea óptima como resultado o indicador

Tabla 8. Amabilidad en la atención del personal de admisión y registro

¿Encontró amabilidad en la atención del personal de admisión y registro?	n	%
Poca amabilidad por parte del personal de admisión y registro	4	6,45
Sí percibieron amabilidad en atención por parte del personal de admisión y registro	58	93,55

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 7. Amabilidad por parte del personal de admisión y registro



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 93,55% de los encuestados opinaron que sí percibieron trato amable en la atención brindada por el personal de admisión y registro, esta medición es óptima como resultado o indicador

Tabla 9. Orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras

¿Encontró orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras?	n	%
Inadecuada orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras	7	11,29
Sí percibieron que la orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras	55	88,71

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 8. Orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 89% de los encuestados opinaron que sí percibieron buena orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras, esto no implica que esta medición sea óptima como resultado o indicador, por lo que es necesario ajustes en el proceso.

Tabla 10. Cumplimiento en el tiempo de espera para la toma de muestras

¿Hubo cumplimiento en el tiempo de espera para la toma de muestras?	n	%
Inadecuado tiempo de espera para la toma de muestras	8	12.9
Adecuado tiempo de espera para la toma de muestras	54	87.1

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 9. Cumplimiento en el tiempo de espera para la toma de muestras



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 87,1% de los encuestados opinaron que sí percibieron cumplimiento en el tiempo de espera para la toma de muestra, sin embargo, este resultado no es óptimo.

Tabla 11. Información brindada antes, durante y después de las tomas de muestras

¿Le brindaron información antes, durante y después de la toma de muestras?	n	%
La información brindada antes, durante y después de la toma de muestras es inadecuada	17	27,42
La información brindada antes, durante y después de la toma de muestras es adecuada	45	72,58

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 10. Información brindada antes, durante y después de las tomas de muestras



Fuente: Elaboración propia

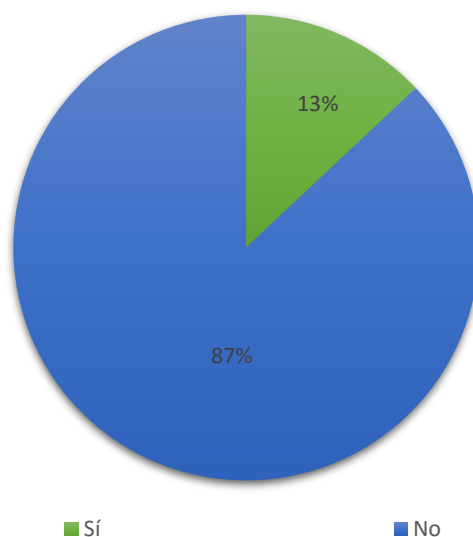
De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 73% de los encuestados opinaron que sí percibieron que la información brindada antes, durante y después de la toma de muestras, sin embargo, es un porcentaje no óptimo.

Tabla 12. Momento de la atención

En el momento de la atención, ¿se dirigieron a usted por su nombre?	n	%
Sí	8	13
No	54	87

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 11. Momento de la atención



Fuente: Elaboración propia

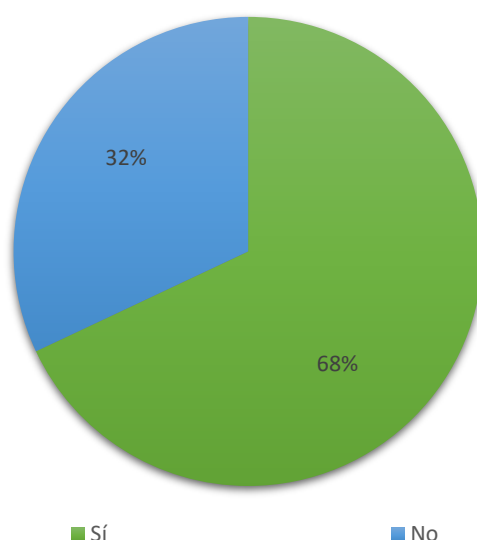
De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 87% de los encuestados opinaron que se dirigieron a ellos por su nombre, estando por debajo del nivel óptimo.

Tabla 13. ¿Lo miraron a los ojos cuando le hablaron?

¿Lo miraron a los ojos cuando le hablaron?	n	%
Sí	42	68
No	20	32

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 12. ¿Lo miraron a los ojos cuando le hablaron?



Fuente: Elaboración propia

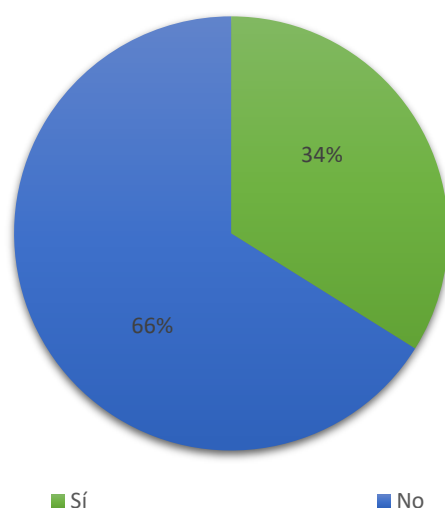
De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 67,7% de los encuestados opinaron que los miraron a los ojos cuando le hablaban, estando por debajo de nivel óptimo, siendo este resultado crítico debido a que “por lenguaje no verbal se entiende que lo que se está diciendo es de poca importancia” (Barceló Ordoñez et al., 2020)

Tabla 14. La persona que le tomó el examen, ¿le dijo el nombre y el cargo que tiene?

La persona que le tomó el examen, ¿le dijo el nombre y el cargo que tiene?	n	%
Sí	21	34
No	41	66

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 13. La persona que le tomó el examen, ¿le dijo el nombre y el cargo que tiene?



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a este resultado se obtuvo que el 66% de los encuestados calificaron que en el momento de la atención el personal que toma el examen no se identifica con el paciente, estando muy por debajo del nivel óptimo, siendo este punto “crítico para el proceso ya que la presentación de la persona es importante para establecer un ambiente de cordialidad”

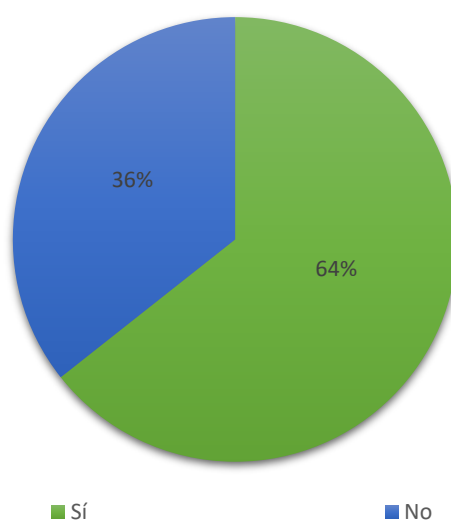
(Barceló Ordoñez et al., 2020).

Tabla 15. ¿Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes?

¿Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes?	n	%
Sí	40	65
No	22	36

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 14. ¿Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes?



Fuente: Elaboración propia

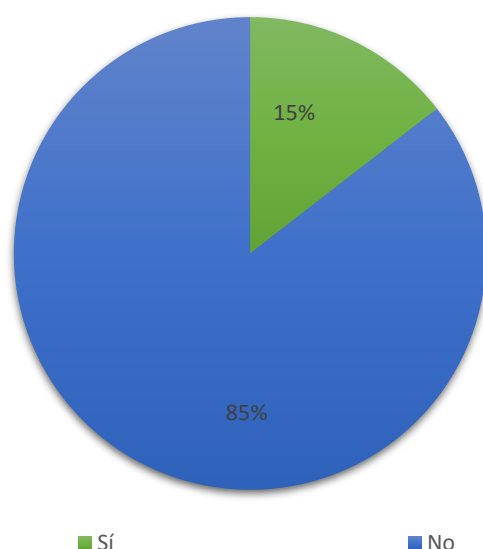
De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 65% de los encuestados calificaron que en el momento de la atención si le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes, pero no es un nivel óptimo del indicador, inclusive se encuentra muy por debajo de lo esperado.

Tabla 16. ¿Identificó alguna situación que pudiera generar riesgo durante la atención?

¿Identificó alguna situación que pudiera generar riesgo durante la atención?	n	%
Sí	9	15
No	53	86

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 15. ¿Identificó alguna situación que pudiera generar riesgo durante la atención?



Fuente: Elaboración propia

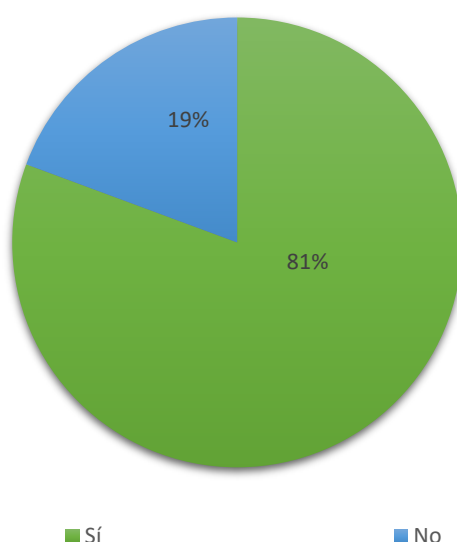
De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 88,5% de los encuestados calificaron que en el momento de la atención no identifican situaciones de riesgo durante la atención, sin embargo, se encuentra por debajo del nivel óptimo.

Tabla 17. Cumplimiento en la entrega de resultados

¿Hubo cumplimiento en la entrega de resultados?	n	%
Sí	50	81
No	12	19

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 16. Cumplimiento en la entrega de resultados



Fuente: Elaboración propia

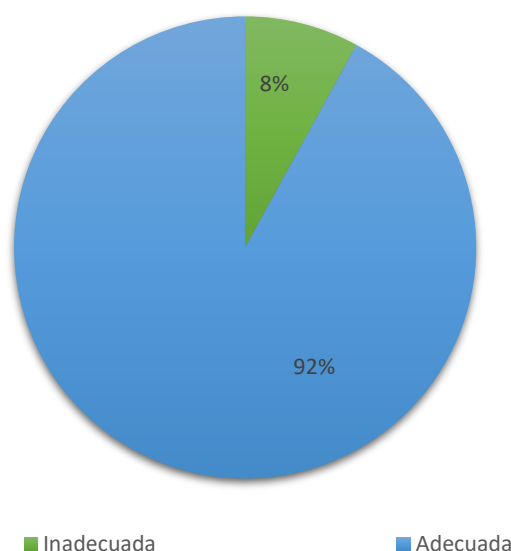
De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 80.7% de los encuestados calificaron que, si hubo cumplimiento en la entrega de resultados, sin embargo, se encuentra por debajo del nivel esperado.

Tabla 18. ¿Considera adecuadas las instalaciones en las que lo atendieron?

¿Considera adecuadas las instalaciones en las que lo atendieron?	n	%
Inadecuada	5	8
Adecuada	57	92

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 17. ¿Considera adecuadas las instalaciones en las que lo atendieron?



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con este resultado se obtuvo que el 92% de los encuestados calificaron adecuadas las instalaciones en las que fue atendido, este resultado se puede catalogar óptimo.

Analizados los resultados de cada una de preguntas mediante la aplicación de este instrumento es una evaluación inicial del programa de humanización en la prestación de apoyo diagnóstico (toma de laboratorio) de una institución de salud de la ciudad de Ibagué, permitiendo encontrar los puntos críticos que requieren procesos de mejora y establecer medidas de intervención con el fin de fortalecer las políticas de humanización en procesos asistenciales y administrativos.

Tras estos análisis podemos encontrar que existe mayor demanda de servicios de salud por parte de población de género femenino frente a masculino, correspondiendo con lo indicado por Jiménez et al. (2005) en su publicación indicó que “las mujeres solicitan más primeras citas que los varones, tanto en número absoluto como en porcentajes ajustados a la población de referencia” (p.518), así mismo lo mencionó Delgado Sánchez (2001) quien

estudió las causas de la desigualdad en la atención por géneros, evidenciando mayor consulta por parte del género femenino, y finalmente fue reiterado por López et al.(2006) quien indicó que es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres.

Respecto a la relación de escolaridad con nivel socioeconómico Pérez Baleón (2012) la describió como compleja, estando más relacionada la educación con el género, sin embargo a grandes rasgos definió que “una importante proporción de familias con necesidades socioeconómicas se ha visto forzada a limitar la educación formal de sus hijos en cada cohorte” así como la existencia de una relación del efecto del nivel socioeconómico sobre el rendimiento escolar descrito por León & Collahua (2016); por su parte Pérez Baleón (2012) indicó que existe falta del sistema educativo de permitir una educación suficiente para desarrollar un trabajo productivo que mejore sus condiciones socioeconómicas, lo que se puede concluir que son determinantes relacionadas.

Referente a los grupos etarios consultantes se encontró mayor prevalencia en edades entre 18 a 27 años, sin embargo no guarda vínculo al referente nacional mencionado por Ministerio de salud y protección social (2019) en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, donde se mencionó que las edades con más atenciones, teniendo como referencia mayores de edad dado que fueron los analizados en este estudio, se encuentra en el grupo poblacional de adultez (27 a 59 años) con una media anual de 36.036.240 (p178), seguido por adultez (mayor de 60 años) con una media anual 17.524.487 (p179) y finalmente nuestro grupo de interés juventud de 19 a 26 años con una media anual 13.051.997 (p.178).

Por otra parte, se encuentra que la institución de salud de la ciudad de Ibagué posee una política de humanización con adecuadas puntuaciones en percepción de satisfacción para la prestación de servicio de apoyo diagnóstico en toma de laboratorios por parte de los usuarios en 11 de 13 ítems, así como mejores resultados en las situaciones que pueden generar riesgo evidenciándose disminución de la percepción de riesgo por parte de los

participantes, sin embargo deben mejorar niveles para estar por encima de los estándares diseñados.

8. Conclusiones

Las experiencias de los usuarios frente a las políticas de humanización en la prestación de servicios de salud identificadas en una Institución de salud de Ibagué para el periodo de septiembre y octubre de 2021 fueron notables en los atributos de accesibilidad y facilidad a los servicios, admisión y registro, amabilidad, trato cortés y tiempo de espera, perciben adecuadas las instalaciones y asimilan menor número de riesgos en el proceso de atención.

Sin embargo, hay dificultades percibidas por los usuarios frente a los atributos de comunicación no verbal, adecuada identificación del personal y entrega oportuna de los resultados, para lo que se recomienda generar estrategias que le permitan hacer retroalimentación periódica con el fin de mejorar en sus indicadores e interrelacionarla con otras políticas como la de seguridad del paciente. Igualmente se requiere la realización de estos seguimientos a otros servicios. Frente a esto se denota la importancia de las políticas de humanización en esta institución como pilar de acreditación, que permite abarcar factores no solo estructurales, sino asistenciales, de seguridad del paciente, comunicación verbal, no verbal, empatía, y así generar procesos de evaluación que permitan mejoras continuas.

Con esto, se concluye que las políticas de humanización confieren un impacto positivo en prestación de servicios de apoyo diagnóstico percibido por los usuarios; se recomienda la puesta en marcha de otros estudios de medición de estándares de humanización en otros servicios e instituciones de la región con el fin de conocer las oportunidades de mejora en cada uno y afianzar el desarrollo de prácticas de calidad en los servicios.

9. Referencias

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (Séptima edición ed.). Elsevier Mosby.

Amaro Cano, M. d. C., Marrero Lemus, A., Valencia, M. L., Casas, S. B., & Moynelo, H. (1996, diciembre). Principios básicos de la bioética. *Revista Cubana de Enfermería*, 12(1).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403191996000100006&script=sci_arttext&tlng=en

Barceló Ordoñez, P. C., Romero Ruiz, A. P., & Vega Vanegas, A. J. (2020). *Diseño de un instrumento para medir la humanización en los servicios de salud, valorando la percepción de los pacientes de un prestador de apoyo diagnóstico*. Universidad Sergio Arboleda. Revisado 2021, de <https://repository.usergioarboleda.edu.co/handle/11232/1664>

Carillo Algarra, A. J., García Serrano, L., Cárdenas Orjuela, C. M., Diaz Sánchez, I. R., & Yabrudy Wilches, N. (2013, octubre). La filosofía de patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería global*, 12(32).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021

Carrill, A., Martínez, P., & Taborda, S. (2018). Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la formación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2).
<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1522/358>

Castro Díez, Y. (n.d.). *Introducción al uso de Excel*. Introducción al uso de Excel. Revisado octubre 17, 2021, de <http://www.ugr.es/~aulaff1/cont/cosas/guias/excel.pdf>

Cauas, D. (2015). *Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación*. Bogotá: biblioteca electrónica de la Universidad Nacional de Colombia.
<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36805674/1-Variables-with-cover-page->

v2.pdf?Expires=1634055142&Signature=MkijxcR5k1JBPZsdazLwyknpY~Qyi29gsrI
pFjHduraqpuE4Cbi4U3Al6ns1GR2hraIGq9NQpczP~wDLx6dHXLpAy6JehwUIzM
Glyi2ndO4Mr7itd9zrodZbmMH5fEFX4gJp4O2LIDPFLSwd

Constitución Política de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Asamblea
Constituyente de 1991. [http://www.secretariasenado.gov.co/index.php/constitucion-
politica](http://www.secretariasenado.gov.co/index.php/constitucion-politica)

Correa Zambrano, M. L. (2015, octubre 28). La humanización de la atención en los servicios
de salud: un asunto de cuidado. *Cuidarte*, 7(1), 1229.
<https://www.redalyc.org/pdf/3595/359543375011.pdf>

Delgado Sánchez, A. (2001, febrero 15). Salud y género en las consultas de atención
primaria. *Editorial*, 27(2), 75-78.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7683972/pdf/main.pdf>

Diaz amado, E. (2017). *la humanización de la salud conceptos, críticas y perspectivas*
(primera ed.). editorial pontificia universidad javeriana.
[https://www.javeriana.edu.co/documents/4578040/4715782/Humanizacion_de_la_Sal
ud/22f8a084-b9a5-41dd-8673-487bc72b90aa](https://www.javeriana.edu.co/documents/4578040/4715782/Humanizacion_de_la_Salud/22f8a084-b9a5-41dd-8673-487bc72b90aa)

Eriksson, K. (2014, enero 22). *Teoría del cuidado caritativo*. desarrollo conocimiento
enfermería. Recuperado en septiembre, 2021, de
[http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-del-cuidado-
caritativo.html](http://desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com/2013/12/teoria-del-cuidado-caritativo.html)

Escobar Castellanos, B., & Cid Henríquez, P. (2018, junio). El cuidado de enfermería y la
ética derivados del avance tecnológico en salud. *Scielo*, 24(1).
<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>

Espinoza Freire, E. E. (2018, dic 03). Las variables y su operacionalización en la
investigación educativa. Parte I. *Conrado*, vol.14(Cienfuegos).

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1990->

[86442018000500039&script=sci_arttext&tlng=en#c1](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1990-86442018000500039&script=sci_arttext&tlng=en#c1)

Fuentes, K. M. (2014, mayo - agosto). El Paradigma Holístico de la Enfermería. *Salud y administración*, 1(2), 17 - 22.

http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol1num2/A3_Paradigma_Holistico.pdf

Galmés Llaó, P. (2018). *Importancia de la humanización de los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos y su familia*.

https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147887/Galmes_Llado_Paula.pdf?sequence=1&isAllowed=y

González Juárez, L., Velandia Mora, A. L., & Flores Fernández, V. (2009, noviembre 3).

Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica.

Revista Conamed, 40. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2009/cons091i.pdf>

Guerrero Ramírez, R., Meneses La Riva, M. E., & De la Cruz Ruíz, M. (2016). Cuidado

humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015. *Revista enfermería Herediana*, 9(2), 133-142. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>

Gutiérrez Fernández, R. (2017, febrero 10). La humanización de (en) la atención primaria.

revista clínica de medicina de familia, 10(1).

Hernández Pérez, M. P. (2016, septiembre). *Factores de Cuidado en los Profesionales de*

Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Recuperado septiembre, 2021, de

<https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/1770/595016T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Hoyos Hernández, P. A., Cardona Ramírez, M. A., & Correa Sánchez, D. (2008, septiembre). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *revista Investigación y Educación en Enfermería*, vol. XXVI, (núm. 2), pp. 218-225.
<https://www.redalyc.org/pdf/1052/105212447004.pdf>
- Icontec. (2016). *Humanización de la atención*. Icontec.
<https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/>
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. (n.d.). *humanización de la atención*. acreditación en salud. Recuperado en septiembre, 2021, de
<https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/>
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. (2016, 01 01).
Humanización de la Atención. Humanización de la Atención.
<https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/>
- Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Scielo*, 31(3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03192015000300006
- Jiménez, R., Montijano Cabrera, A.M., Herráiz Montalvo, C. Í., & Zambrana García, J. L. (2005, noviembre). ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? *Scielo Anales de Medicina Interna*, 22(11), 515-519.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005001100003
- Juárez, P., & García, M. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Medigraphic*.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
- Leite Araujo, M. A., & Freitag Pagliuca, L. M. (2005). Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la teoría humanística de Paterson y Zderan. *Scielo*, 14(48-49).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100009&lng=es&tlng=es

León, J., & Collahua, Y. (2016). *El efecto del nivel socioeconómico en el rendimiento de los estudiantes peruanos: un balance de los últimos 15 años*. Biblioteca Clacso.

http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20170417120817/nserendimiento_JL_35.pdf

López, E., Findling, L., & Abramzón, M. (2006). Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? *Scielo Salud Colectiva*, 2(1), 61-74.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v2n1/v2n1a06.pdf

Losada, A. V., & Miller Franca, N. (2020). Presupuestos teóricos humanísticos existenciales relacionados con la esencia de la enfermería y el cuidar. *Revista digital prospectivas en psicología*, 5(1), 34-42. <https://www.aacademica.org/analía.verónica.losada/67>

Luna, D. E. (2016, noviembre 17). *Enfoque, alcance y diseño de la investigación*. Prezi.

<https://prezi.com/pwtkgbcykjro/enfoque-alcance-y-diseno-de-la-investigacion/>

Ministerio de salud y protección social. (2019, diciembre). *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*. Ministerio de salud y protección social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2021, octubre 22). Calidad y humanización de la atención. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>

Ministerio de salud. (2016, diciembre). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud*. Bogotá, Colombia. Recuperado en septiembre, 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2014, octubre 01). *Lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS)*. Lineamientos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/La%20Humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20lineamientos%20PNMCS.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2016, febrero 05). *Resolución 0256* [Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud]. Colombia.

Recuperado en septiembre, 2021, se

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf

Molano Pirazán, M. L., & Guerrero, N. S. (2012, feb 4). Características del enfermero que cuida y de la persona cuidada en un ambiente neonatal. *Revista Cubana Enfermería*, vol.28(no.2), 5. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200012

Montalvo Arce, C. A. (2015, enero-junio). Humanización de los servicios de salud ¿es necesario hablar de ello? *Revista Facultad de Salud*, 7, 7.

<https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/172/323>

Nieves Galán, A. (2019). discusión. In *El camino hacia la humanización de los cuidados* (p. 13).

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/92831/1/El_camino_hacia_la_humanizacion_de_los_cuidados_Nieves_Galan_Andrea.pdf

Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Preguntas más frecuentes*. ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado en septiembre, 2021, de

<https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

Pérez Baleón, G. F. (2012, 09 01). Análisis de la salida de la escuela por cohorte, género y estrato socioeconómico. *Estudios Demográficos Y Urbanos*, 27(3), 699–737.

<https://doi.org/10.24201/edu.v27i3.1425>

Pérez, M. (2017, febrero 06). Percepción de los enfermeros sobre el informe de cuidados de enfermería al alta en un Hospital Comarcal. *nure*, 14(87).

[file:///E:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-](file:///E:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-PercepcionDeLosasEnfermerosasSobreElInformeDeCuida-6278117.pdf)

[PercepcionDeLosasEnfermerosasSobreElInformeDeCuida-6278117.pdf](file:///E:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-PercepcionDeLosasEnfermerosasSobreElInformeDeCuida-6278117.pdf)

Real Academia Española. (2019). *Diccionario de la Real Academia Española*. Revisado octubre, 2021, de <https://www.rae.es/>

Rendón Macías, M. E., & Villasís Kever, M. Á. (2017, junio). El protocolo de investigación V: el cálculo del tamaño de muestra. *Revista alergia México*, 64(2), 220-227.

<https://doi.org/10.29262/ram.v64i2.267>

Rey, M. M., & Ramos, R. F. (2020, Julio). Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo - Perú.

Scielo, 20(3). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300397

Rodríguez Abrahantes, T., & Rodríguez Abrahantes, A. (2018, septiembre). Dimensión ética del cuidado de enfermería. *Revista Cubana de enfermería*, 34(3).

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000300017&script=sci_arttext&tlng=pt)

[03192018000300017&script=sci_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000300017&script=sci_arttext&tlng=pt)

Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A.L., & Ramírez-Pérez, M. (2014, AGOSTO 20). *Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería*. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2014/eu144f.pdf>

Santacruz Bravo, J. D. (2016, junio 28). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la resolución 13437 de 1991. *Universidad y salud*, 18(2), 373-384.

<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a17.pdf>

Software Médico. (n.d.). *Todo lo que necesitas saber sobre la resolución 256 de 2016*.

Software Médico. Revisado octubre 17, 2021, de

<https://www.softwaremedico.com.co/lo-necesitas-saber-la-resolucion-256-2016/>

SurveyMonkey. (n.d.). *Calculadora del tamaño de muestra*. Revisado septiembre, 2021, de

<https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

Unidad de salud E.S.E. (2020, septiembre). *MANUAL DE PROCESOS Y*

PROCEDIMIENTOS (001). Ibagué.

Urra, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean

Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería XVII*, 17(3),

11-22. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>

Valenzuelo, S., Guerrero, S., & Sid, P. (2018, junio- marzo). Cuidado de enfermería en

personas con diabetes mellitus tipo 2, según la Teoría de la Atención Burocrática.

Scielo, 18(1). [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972018000100020)

[59972018000100020](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972018000100020)

Veiga de Cabo, J., de la Fuente Díez, E., & Zimmermann Verdejo, M. (2008, marzo).

Modelos de estudios en investigación aplicada: Conceptos y criterios para el diseño.

Medicina y Seguridad del Trabajo, LIV (210), 81-88.

<https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/aula.pdf>

10. Anexos

Anexo A. Aplicación modelo de encuesta de satisfacción global para medir la humanización en un prestador de apoyo diagnóstico creado por Patricia C. Barceló Ordoñez, Angela P.

Romero Ruiz y Astrid J. Vega Vanegas (2019-2020)

DATOS GENERALES

Atributos

Sujeto Género: F: ___ M: ___

Edad:

Nº

Servicio solicitado:

Fecha:

Preguntas

SI

NO

Observaciones

1. ¿Califica adecuado el acceso
(facilidad) a los servicios?

Accesibilidad

2. ¿Considera adecuado el tiempo
de espera para admisión y
registro (facturación)?

Oportunidad

3. ¿Encontró amabilidad en la
atención del personal de
admisión y registro?

Calidad
humana

4. ¿Encontró orientación y trato
cortés por parte del personal de
toma de muestras?

Integralidad

5. ¿Hubo cumplimiento en el
tiempo de espera para la toma de
la muestra?

Oportunidad

- | | | |
|--------|--|----------------|
| 6. | ¿Le brindaron información antes, durante y después de toma de muestra? | Pertinencia |
| 7. | ¿En el momento de la atención se dirigieron a usted por su nombre? | Calidad humana |
| 8. | ¿Lo miraron a los ojos cuando le hablaron? | Calidad humana |
| 9. | ¿La persona que le tomó el examen le dijo cómo se llama y qué cargo tiene? | Calidad humana |
| 10. | ¿Le dedicaron tiempo para aclararle sus inquietudes? | Pertinencia |
| 11. | ¿Identificó alguna situación que pudiera generar riesgo durante la atención? | Seguridad |
| 12. | ¿Hubo cumplimiento en la entrega de resultados? | Oportunidad |
| 13. | ¿Considera adecuada las instalaciones en las que lo atendieron? | Accesibilidad |
| Total: | | |

Anexo B. Consentimiento informado entregado a participantes



Consentimiento informado para la participación en proyecto de investigación en encuesta de satisfacción global para medir la humanización en un prestador de apoyo diagnóstico creado por Patricia C. Barceló Ordoñez, Angela Romero Ruiz y Astrid J. Vega Vanegas (2019-2020)

Código investigador:

Código de participante:

Estimado participante,

La presente investigación se titula *"impacto de la política de humanización en una institución de salud de Ibagué"*, proyecto liderado por Adriana Castañeda Ortégón, Ingrid Yulieth Méndez ~~Núñez~~, María Fernanda Gómez Rivas y Diana Paola Bohórquez Silva, será presentado en la universidad EAN sede Ibagué, especialización de auditoría y garantía de calidad de servicios de salud, realizado con el objetivo de determinar el impacto de las políticas de humanización en una institución de salud de Ibagué en el periodo septiembre a octubre de 2021.

Para el desarrollo de esta, le invitamos a participar en una encuesta que tomará 10 minutos de los cuales no se interferirá con su proceso de atención en la sede.

Su participación es voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio o retraso en la atención, entendiendo que es una encuesta de tipo académica ajena a la Institución, la sede intervenida o el servicio calificado.

La información brindada para este estudio será utilizada con fines académicos y científicos, e igualmente los resultados de este podrán ser publicados mediante presentaciones en informes, congresos o publicaciones, bajo estricta confidencialidad y reserva de los datos personales. Este estudio no implica procesos invasivos que pongan riesgo la integridad física, moral y mental de los participantes

Las dudas que presente durante el desarrollo de la actividad podrá realizarlas a la persona que le ha solicitado el desarrollo de la encuesta.

Como aceptación a participar confirmando ser mayor de 18 años, no sufrir de enfermedades mentales, y haber sido informado acerca del estudio a realizar y su importancia en el mismo, yo _____ con número de documento _____ he leído y entendido la información contenida en este documento; por lo tanto, voluntariamente acepto participar en esta investigación.

Nombre del participante _____ Firma _____

Nombre del investigador _____ Firma _____

Nombre del testigo _____ Firma _____

Ibagué, ____ de octubre de 2021

Anexo C. Fichas de indicadores generados por Patricia C. Barceló Ordoñez, Angela P.

Romero Ruiz y Astrid J. Vega Vanegas (2019-2020)

Ficha de indicadores		
Nombre del indicador: Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud		Ficha: 1
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta: ¿califica adecuado el acceso (facilidad) a los servicios?, y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador: Número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta: ¿califica adecuado el acceso (facilidad) a los servicios?
		Fuente del numerador: Reporte del instrumento
		Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
		Fuente del denominador: Reporte del instrumento
		Unidad de medida: Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿califica adecuado el acceso (facilidad) a los servicios?” Son: si o no.	
Dominio	Experiencia de la atención	

Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		

Ficha de indicadores		
Nombre del indicador: Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud		Ficha: 2
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta: ¿Considera adecuado el tiempo de espera para admisión y registro (facturación)?, y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador: Número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta: ¿Considera adecuado el tiempo de espera para admisión y registro (facturación)?
		Fuente del numerador: Reporte del instrumento
		Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
		Fuente del denominador: Reporte del instrumento
		Unidad de medida: Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	

del indicador		
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿encontró amabilidad en la atención del personal de admisión y registro?” Son sí o no	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		
Ficha de indicadores		
Nombre del indicador:	Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud	Ficha: 3
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “sí o no” a la pregunta ¿encontró amabilidad en la atención del personal de admisión y registro? Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador: Número de usuarios que respondieron “sí o no” a la pregunta ¿encontró amabilidad en la atención del

	(%).	personal de admisión y registro?
		Fuente del numerador: Reporte del instrumento
		Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
		Fuente del denominador: Reporte del instrumento
		Unidad de medida: Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿encontró amabilidad en la atención del personal de admisión y registro?” Son sí o no	

Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		

Ficha de indicadores		
Nombre del indicador:		Ficha:
Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud		4
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta ¿encontró orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras? Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador: Número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta ¿encontró orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras?

		Fuente del numerador: Reporte del instrumento Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta Fuente del denominador: Reporte del instrumento Unidad de medida: Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿encontró orientación y trato cortés por parte del personal de toma de muestras? Serían sí o no	
Dominio	Experiencia de la atención	

Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Equipo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		

Nombre del indicador:		Ficha:
Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud		5
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “sí o no” a la pregunta ¿hubo cumplimiento en el tiempo de espera para la toma de muestra? Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador:
		Número de usuarios que respondieron “sí o no” a la pregunta ¿hubo cumplimiento en el tiempo de espera para la toma de muestra?
		Fuente del numerador:
		Reporte del instrumento
		Denominador:
		Número de usuarios que

		respondieron la pregunta
		Fuente del denominador: Reporte del instrumento
		Unidad de medida: Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿hubo cumplimiento en el tiempo de espera para la toma de muestra?” Son sí o no	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		

Ficha de indicadores		
Nombre del indicador: Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud		Ficha: 6
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “sí o no” a la pregunta ¿le brindaron información, antes, durante y después de la toma de muestras? Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador: Número de usuarios que respondieron “sí o no” a la pregunta ¿le brindaron información, antes, durante y después de la toma de muestras?
		Fuente del numerador: Reporte del instrumento
		Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
		Fuente del denominador: Reporte del instrumento
		Unidad de medida:

		Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿le brindaron información, antes, durante y después de la toma de muestras?” Son si o no.	
Dominio	Experiencia de la atención	

Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		

Nombre del indicador:	Ficha:
-----------------------	--------

Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud		7
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que Respondieron “si o no” a la pregunta ¿en el momento de la atención se dirigieron a usted por su nombre? Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador: Número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta ¿en el momento de la atención se dirigieron a usted por su nombre?
		Fuente del numerador: Reporte del instrumento
		Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
		Fuente del denominador: Reporte del instrumento
		Unidad de medida: Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	

Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿en el momento de la atención se dirigieron a usted por su nombre?” Son si o no.	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		

Ficha de indicadores		
Nombre del indicador:	Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud	Ficha: 8
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
	Se calcula como el cociente entre el número de	Componentes de la fórmula de cálculo:

Forma de cálculo:	usuarios que Respondieron “sí o no” a la pregunta ¿lo miraron a los ojos cuando le hablaron? Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Numerador:
		Número de usuarios que respondieron “sí o no” a la pregunta ¿lo miraron a los ojos cuando le hablaron?
		Fuente del numerador:
		Reporte del instrumento
		Denominador:
		Número de usuarios que respondieron la pregunta
		Fuente del denominador:
		Reporte del instrumento
		Unidad de medida:
		Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	

Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿lo miraron a los ojos cuando le hablaron?” Son si o no.	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		

Ficha de indicadores		
Nombre del indicador:	Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud	Ficha: 9
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta ¿la persona que le tomó el examen le dijo como se llama y que cargo tiene? Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador: Número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta ¿la persona que le tomó el examen le dijo como se llama

	expresado como porcentaje (%).	y que cargo tiene?
		Fuente del numerador: Reporte del instrumento
		Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
		Fuente del denominador: Reporte del instrumento
		Unidad de medida: Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta ¿la persona que le tomó el examen le dijo como se llama y qué cargo tiene?" Son si o no.	

Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		

Ficha de indicadores		
Nombre del indicador: Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud		Ficha: 10
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta ¿le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes? Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador: Número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta ¿le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes?
		Fuente del numerador: Reporte del instrumento

		Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta Fuente del denominador: Reporte del instrumento Unidad de medida: Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes?” Son si o no.	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de		

indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016

Ficha de indicadores

Nombre del indicador:		Ficha:
Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud		11
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que Respondieron “si o no” a la pregunta ¿identificó alguna situación que pudiera generar riesgo durante la atención? Menciónelas. Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador:
		Número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta ¿identificó alguna situación que pudiera generar riesgo durante la atención?
		Fuente del numerador:
		Reporte del instrumento
		Denominador:
		Número de usuarios que respondieron la pregunta
		Fuente del denominador:
		Reporte del instrumento
		Unidad de medida:

		Por 100 (%)
Sustento normativo referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿identificó alguna situación que pudiera generar riesgo durante la atención?” Son sí o no	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		

Ficha de indicadores

Nombre del indicador:		Ficha:
Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud		12
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	
Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “sí o no” a la pregunta ¿cumplieron en la entrega de resultados? Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador:
		Número de usuarios que respondieron “sí o no” a la pregunta ¿cumplieron en la entrega de resultados?
		Fuente del numerador:
		Reporte del instrumento
		Denominador:
		Número de usuarios que respondieron la pregunta
		Fuente del denominador:
		Reporte del instrumento
		Unidad de medida:
		Por 100 (%)
Sustento normativo /	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	

referencia		
Responsable de la obtención, cálculo y salida de la Información del indicador	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿cumplieron en la entrega de resultados?” Son si o no.	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		

Ficha de indicadores		
Nombre del indicador:	Proporción de satisfacción global de los usuarios en una entidad de salud	Ficha: 13
Definición:	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos	

Forma de cálculo:	Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que Respondieron “si o no” a la pregunta ¿considera adecuada las instalaciones en las que lo atendieron? Y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje (%).	Componentes de la fórmula de cálculo:
		Numerador:
		Número de usuarios que respondieron “si o no” a la pregunta ¿considera adecuada las instalaciones en las que lo atendieron?
		Fuente del numerador:
		Reporte del instrumento
		Denominador:
		Número de usuarios que respondieron la pregunta
		Fuente del denominador:
		Reporte del instrumento
		Unidad de medida:

		Por 100 (%)
Sustento normativo / referencia	Ley 1438 de 2011- resolución 4678 de 2015 y demás disposiciones vigentes	
Responsable de la obtención,	El grupo de investigación calculará este indicador a partir del reporte del instrumento.	

cálculo y salida de la Información del indicador		
Observaciones	Las opciones de respuesta del usuario a la pregunta “¿considera adecuada las instalaciones en las que lo atendieron?” Son sí o no	
Dominio	Experiencia de la atención	
Versión:	1	Elaborado por:
Fecha:	01/08/2019	Grupo de investigación
Para el diseño de esta ficha de indicadores se usó de referencia y es modificada de fichas de indicadores de prestadores de servicios de salud de la resolución 0256 de 2016		