

**PERCEPCION DEL TRATO QUE RECIBEN LOS USUARIOS EN UNA
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA
COMPLEJIDAD EN GUADALAJARA DE BUGA, AÑO 2017.**

**JENIFER CLEVES GRIJALBA
MARIA ALEJANDRA VASQUEZ VASQUEZ**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA DE ADMINISTRACION EN SALUD
SANTIAGO DE CALI, 2018**

**PERCEPCION DEL TRATO QUE RECIBEN LOS USUARIOS EN UN
INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA
COMPLEJIDAD EN GUADALAJARA DE BUGA, AÑO 2017.**

**JENIFER CLEVES GRIJALBA
MARIA ALEJANDRA VASQUEZ VASQUEZ**

**Trabajo de Grado para optar el Titulo de Magister en Administración en
Salud**

**Codirectores
Luis Fernando Rendón
Helmer de Jesús Zapata Ossa**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA DE ADMINISTRACION EN SALUD
SANTIAGO DE CALI, 2018**

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCION.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACION	22
3. OBJETIVOS.....	26
3.1 Objetivo general.....	26
3.2 Objetivos específicos.....	26
4. MARCO DE REFERENCIA.....	27
4.1 Antecedentes	27
4.2 Marco conceptual	30
4.3 Marco jurídico	49
5. METODOLOGIA	53
5.1 Tipo y diseño del estudio.....	53
5.2 Área de estudio	53
5.3 Población y muestra.....	54
5.4 Variables.....	56
5.5 Recolección de información	65
5.6 Plan de análisis de datos	68
5.7 Consideraciones éticas	70
6. RESULTADOS	73
6.1 Características socio demográficas de los usuarios	73
6.2 Trato adecuado	78
6.4 Trato adecuado y diferencias en la percepción	95
7. DISCUSION	112
8. CONCLUSIONES	126
8.1 Conclusiones	126
8.2 Recomendaciones	133
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	138

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1 Cuadro de operacionalización de variables.....	60
---	----

Tabla No.2 Distribución de los usuarios según características sociodemográficas. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017	74
--	----

Tabla No.3 Distribución de los usuarios según la edad, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, año 2017	77
---	----

Tabla No.4 Distribución de los usuarios según el dominio de Atención Oportuna. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334.....	79
--	----

Tabla No.5 Distribución de los usuarios según el dominio de Dignidad. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334.....	81
---	----

Tabla No.6 Distribución de los usuarios según el dominio de Comunicación. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334.....	83
---	----

Tabla No.7 Distribución de los usuarios según el dominio de Autonomía. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334.....85

Tabla No.8 Distribución de los usuarios según el dominio de confidencialidad de la información. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=33486

Tabla No.9 Distribución de los usuarios según el dominio de capacidad de elección del proveedor de servicios. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334.....88

Tabla No.10 Distribución de los usuarios según el dominio de la Calidad del Ambiente o las Instalaciones. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334.....90

Tabla No.11 Distribución de los usuarios según el dominio de acceso a redes sociales de apoyo. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=73.....91

Tabla No.12 Estadística de la escala total del trato adecuado para los ocho dominios. Redes Imat, 2017. n=334.....94

Tabla No.13 Distribución de los usuarios según la percepción del trato en cada dominio y grupos de edad, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. n=334.....95

Tabla No. 14 Distribución de los usuarios según la percepción del trato en cada dominio y el género, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. n=334.....	98
--	----

Tabla No.15 Distribución de los usuarios según la percepción del trato en cada Dominio y el nivel de escolaridad, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017.n=334.....	101
--	-----

Tabla No 16. Distribución de los usuarios según la percepción del trato en cada Dominio y la afiliación, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. n=334.....	104
--	-----

Tabla 17. Distribución de los usuarios según la percepción del trato en cada Dominio y la ocupación, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017.n=334.....	107
---	-----

LISTA DE GRÁFICAS

Pág.

Gráfica 1 Funciones y objetivos de los sistemas de salud.....	38
Gráfica 2 Modelo de Calidad de la atención medica.....	43
Gráfica No. 3 Casa de Cuidado “House of Care”	48
Gráfica 4 Distribución según el género y edad. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017	77
Gráfica 5 Distribución porcentual de las categorías de los dominios según la percepción del trato de los usuarios en Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. (Porcentaje de categorías de la escala).....	78
Gráfica 6 Calificación de los usuarios según percepción general en cada una de las dimensiones. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. n=334.....	93

LISTA DE ANEXOS

Pág.

ANEXO 1. Encuesta de la Percepción del trato que reciben los usuarios en una Institución Prestadora de Servicios de salud de mediana complejidad en Guadalajara de Buga, año 2017..... 143

ANEXO 2. Consentimiento informado..... 152

INTRODUCCION

La evaluación del desempeño de los sistemas de salud se ha convertido en una preocupación en los últimos años, siendo importante conocer cómo se están comportando estos sistemas al momento de ofrecer la atención en salud a la población en general.

El consejo ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó en la 105ª reunión, el fortalecimiento de sistemas de salud sostenibles como una de las cuatro orientaciones de la estrategia institucional. El objetivo específico es establecer sistemas de salud que mejoren de forma equitativa los resultados sanitarios, que respondan a las exigencias legítimas de la población y sean financieramente justos. Desde 1998 se están adoptando enfoques para evaluar la situación de éstos ¹.

En el Informe sobre la salud en el mundo 2000, “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”, realizado por la OMS, se plantea que para determinar cuán bien hace su trabajo un sistema de salud hay que abordar dos cuestiones amplias. La primera es cómo medir los resultados que nos interesan, es decir, determinar en qué medida se están alcanzando los tres objetivos de una buena salud, capacidad de respuesta y equidad de la contribución financiera (logros). La segunda es cómo comparar esos logros con lo que el sistema debería ser capaz de lograr, es decir, determinar lo mejor que podría lograrse con los mismos recursos (desempeño). Para emitir un juicio justo sobre el daño a la salud que se podría evitar, se necesita un cálculo aproximado de lo mejor que cabría esperar y lo mismo que podría exigirse de un sistema.¹

Es por esto que se diseñó la Encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud. Esta se realizó entre finales de 1999 y 2000, donde el personal de esta organización intentó identificar los indicadores del desempeño del sistema de salud que pudieran normalizarse, aplicándola en los sistemas de salud en todo el mundo.

El usuario, como receptor de los servicios de salud pasa a jugar un papel protagónico dentro de los sistemas de salud, debido a que el fortalecimiento de estos dependerá de la satisfacción con la atención recibida por parte del personal asistencial. Al ser la satisfacción del usuario el objetivo final del proceso de atención en salud, se dividen dos componentes principales: 1) los aspectos objetivos de la atención, que son aquellos atributos de la calidad que deben estar inmersos en el proceso técnico de la atención (oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad y pertinencia) y 2) los aspectos subjetivos, que se refieren a los elementos no médicos de la atención. Este último busca dar respuesta a las necesidades de los usuarios durante su proceso de atención, percibiendo la atención como un proceso integral.

Para medir el nivel de satisfacción de los usuarios con respecto a los aspectos no médicos de la atención, la OMS en su Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000, plantea evaluar el desempeño de los sistemas de salud introduciendo un nuevo concepto llamado “*Responsiveness*”, donde se evaluó la capacidad de respuesta de los sistemas de salud a las expectativas de los usuarios, término que se tradujo al español como *Trato Adecuado*. Esta información se recopiló en los anexos del Informe sobre la salud en el mundo 2000, sobre la mejora del rendimiento de los sistemas de salud¹.

La evaluación del trato adecuado sirve para medir el desempeño del sistema en los aspectos no médicos de su relación con el usuario; ésta se compone por ocho dominios que corresponden a los aspectos no médicos de la atención en salud: atención pronta, trato digno, comunicación, autonomía, respeto a la confidencialidad, acceso a redes de apoyo social, calidad de servicios básicos y capacidad de elección del proveedor (Puentes, Gómez y Garrido, 2006). Por lo tanto, estos dominios, logran ser un indicador del desempeño en la relación entre los usuarios y los aspectos no médicos de la atención, los que también forman parte de los derechos del paciente.²

A diferencia de la encuesta de la OMS, hay otros enfoques como el de la evaluación de la calidad en la atención en salud. Esta se ha convertido en un área de investigación, sustentada bajo diferentes teorías y modelos de evaluación de la calidad. Este tipo de evaluaciones se hace desde la perspectiva de los profesionales y de los usuarios, siendo la segunda la más utilizada.

La evaluación desde la perspectiva de los usuarios ha tomado relevancia desde las reformas del sector salud. Las estrategias se han apoyado en dos modelos: 1) el de la satisfacción del usuario a partir del concepto de calidad propuesto por Donabedian y 2) el de la discrepancia o des confirmación propuesto por Parasuraman.³

A partir de estos modelos se ha evaluado la calidad en los servicios de salud a través de metodología cuantitativa, realizando encuestas a los usuarios, en su mayoría aplicando la encuesta SERVQUAL. Muchas de las herramientas utilizadas carecen de marcos conceptuales sólidos, además, estas proveen una

evaluación generalizada, en la que no se tiene en cuenta los aspectos técnicos y los resultados.

Este tipo de encuestas se están realizando a nivel internacional, nacional y regional por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS). En Latino América este tipo de evaluación de la calidad en los servicios de salud ha sido limitada puesto que se engloban conceptos, dando como resultado una perspectiva general acerca de lo que perciben los usuarios en relación a los aspectos no médicos de la atención en salud.

Sin embargo, en la actualidad el concepto de satisfacción del paciente dio un giro hacia un nuevo concepto que busca conocer la experiencia del paciente “patient experience”, como actor activo del sistema de salud.

Para poder situar al paciente en este rol, hay que entender su experiencia de una manera amplia, incluyendo el cuidado clínico, el entorno físico, el trato personal, la coordinación interna o la comunicación. Se trata de una nueva orientación que no reemplaza una práctica excelente de la medicina, sino que la complementa⁴

A pesar de este nuevo concepto, este proyecto está basado en los aspectos subjetivos de la atención no médica, es decir, en el enfoque conceptual de los ocho dominios del *Trato Adecuado*. En el que se reconoce que la satisfacción del usuario deber ser incluida en las evaluaciones periódicas de la calidad, como

un plan de mejoramiento continuo legítimo, debido a que atención en salud no puede ser de alta calidad a menos que el usuario esté satisfecho. Por tanto, la satisfacción del usuario se entiende como uno de los atributos de la calidad⁵.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha observado la falta de una metodología confiable que evalúe específicamente la percepción del Trato que reciben los usuarios en Redes Imat Clínica de Fracturas S.A.S en la ciudad de Guadalajara de Buga.

De esta forma se considera muy importante la iniciativa de evaluar la percepción de los usuarios frente al trato recibido en Redes Imat Clínica de Fracturas S.A.S, con el objetivo de identificar las principales fallas, para que le permita a la institución implementar acciones de mejoramiento continuo en las que el Trato Adecuado sea el eje transversal en la atención y mejorar el desempeño de este sistema de salud.

Para esto se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, durante el primer semestre del año 2017, en el que se determinó por medio de la encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud, la percepción del trato que recibieron los usuarios de los servicios de salud que asisten a la IPS, mediante la descripción de las variables relacionadas con el buen trato y las características sociodemográficas de los usuarios.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trato inadecuado es uno de los principales problemas de Salud Pública, debido a que los sistemas de salud no son equitativos, lo que no permite responder con las exigencias legítimas de la población, mostrando como resultados quejas, reclamos, derechos de petición, tutelas y demandas en los procesos administrativos, y en relación a la salud, mostrando además, un aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población en general.

Neves Murillo, M en su libro Mortalidad materna en Arequipa: un problema de justicia social, de ética y de equidad, Perú, 2009, evidenció que la calidad de atención expresada en los tiempos de espera largos, inadecuado trato del personal y el desconocimiento del valor práctico y social que tiene un control prenatal, estarían jugando un rol importante en la inasistencia a los controles prenatales lo que va cogido de la mano con la mortalidad materna⁶.

Es paradójico que se hable de trato adecuado o humanización de los servicios de salud cuando la esencia de prestar servicios de salud es el ser humano y cuando la misión de las EPS e IPS es atender a los enfermos.

La problemática mundial frente a este tema se puede deber a que la evaluación de los sistemas de salud habitualmente se ha enfocado al estudio de estructuras, procesos y/o resultados de programas, servicios y políticas del sector.⁷ Esto ha permitido realizar la medición del cumplimiento de metas operativas, así como ponderar el impacto de dichos programas, servicios y políticas, sobre

determinados indicadores de condiciones de salud establecidos en normas y procedimientos estandarizados. No obstante, el logro de las metas operativas y las mejoras de algunas condiciones de salud, no siempre garantiza el éxito de una iniciativa de salud o el cumplimiento de sus objetivos finales.

Teniendo en cuenta lo anterior, la OMS tomó la iniciativa de evaluar los sistemas de salud en el mundo, con cifras que permitan medir su desempeño global, lo que significa cuantificar el grado en que los sistemas alcanzan sus objetivos finales.

En América Latina, uno de los países que más ha avanzado en la medición de trato adecuado es México. Esto se puede apreciar con la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED) realizada entre Noviembre de 2002 y Marzo de 2003. Esta encuesta fue coordinada por la Secretaría de Salud y en su diseño, levantamiento y análisis se contó con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública y la OMS. En lo que respecta al apartado de trato adecuado de la ENED, las calificaciones ajustadas por expectativas a cada uno de los dominios, indicaron que los dominios con calificaciones más bajas, fueron la capacidad de elección, la autonomía y la confidencialidad. Las condiciones de las instalaciones, comunicaciones y el trato digno tuvieron calificaciones por encima de 80 en una escala de 1-100.⁸

En el caso Colombiano, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), contiene indicadores que guardan algunas similitudes con la propuesta de la OMS aunque consolida aspectos objetivos y subjetivos. Estos indicadores en el sistema colombiano son identificados con la sigla "COPAS"⁹: continuidad,

oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad”. Así mismo, se encuentran detallados en el informe nacional de calidad de la atención en salud (INCAS) 2009, de forma específica en el capítulo séptimo, los indicadores de experiencia de atención de pacientes basados en mediciones de percepción del usuario. Estos indicadores no miden algunas dimensiones del trato recibido como autonomía, acceso a redes de apoyo social, confidencialidad y capacidad de elección del proveedor. Lo anterior lleva a concluir que el INCAS no permite realizar una evaluación integral sobre el trato que reciben los usuarios de los sistemas de salud, pese a que se creó como un instrumento para evaluar la situación de la calidad de los servicios de salud en el país y el grado en que los sistemas de salud cumplen sus objetivos finales.

La inadecuada evaluación del trato que reciben los usuarios en un sistema de salud trae como consecuencia el desconocimiento de las necesidades y expectativas no medicas de los pacientes, originando el estancamiento del sector, al no detectar oportunidades de mejora que impacten directamente sobre la satisfacción global de los usuarios del sistema, que contribuya a mejorar la calidad de la oferta en función a los recursos existentes y las necesidades de los usuarios. Así mismo, lleva al sistema de salud Colombiano a tener una baja competitividad en el mercado y mala imagen internacional.

Lo anterior se debe a diferentes factores como el desconocimiento del concepto por parte de integrantes de los sistemas de salud como los directivos de las instituciones de salud, al no tener fácil acceso a la información referente al tema, quizás por la inadecuada divulgación del mismo por parte de la OMS y de las entidades que deben propiciar la alta calidad en Colombia. Por otro lado, los problemas que afronta nuestro sistema de salud, ocasiona que las instituciones

prestadoras se enfoquen en cumplir con estándares de habilitación y ser rentables, dejando de lado el conocimiento de la satisfacción del paciente, por no ser considerado una prioridad, a excepción de las instituciones acreditadas que miden algunas dimensiones de trato adecuado, pero sin la integralidad de las ocho dimensiones.

Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, es una IPS de segundo nivel de complejidad, ubicada en Guadalajara de Buga, Valle del Cauca. Fue constituida el 09 de Agosto de 2013, está enfocada a la atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, ofertando los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía, imagenología, rehabilitación física y consulta especializada. En este municipio se encuentran competidores que están en el mercado de la atención en salud de víctimas de accidentes de tránsito hace aproximadamente 30 años.

Actualmente esta IPS desconoce el método para analizar la percepción del trato que reciben los usuarios, realizando encuestas que miden la satisfacción global de estos. Estas encuestas arrojan datos insuficientes para una evaluación integral de la percepción del paciente en sus expectativas médicas y no médicas de la atención, es decir, con la evaluación aplicada no se cubren los ocho dominios del trato adecuado, sino que se hace referencia a unos cuantos. Adicional a esto hay limitación para identificar las oportunidades de mejora, a través de la encuesta utilizada.

La encuesta de satisfacción de la IPS está orientada a responder la Resolución 256 de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información de la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de

la calidad¹⁰. Esta información debe reportarse en la Plataforma de Integración del Sistema Integral de Información de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social (SISPRO). Teniendo en cuenta lo anterior, la encuesta de Redes Imat SAS está enfocada a identificar principalmente la satisfacción global de los servicios recibidos y recomendación de la IPS a familiares y/o amigos. También se tienen en cuenta variables encaminadas a informar acerca de la satisfacción en cuanto aseo-limpieza de la infraestructura, atención brindada por el personal asistencial y administrativo e información del tratamiento recomendado por parte del médico.

Esta encuesta se realiza al azar por cada coordinador de servicio de salud ofertado en la clínica. Cada uno de ellos tiene un número de encuestas estipulado para entregar al líder de calidad de manera mensual para realizar el análisis de los datos. Sin embargo, se detectó que no se hace un seguimiento ni planes de acción según los datos recogidos en estas.

Al indagar sobre los resultados de las encuestas, se encontró que durante el segundo semestre del año 2015 se realizaron 700 encuestas, en las que se encontró que el 67% de los usuarios estaban satisfechos con la limpieza y el orden de la IPS, el 70% de los usuarios respondieron que el personal asistencial es amable y el 79% de los usuarios respondieron que se les brindó la información del tratamiento médico. En relación a la satisfacción general, el 88% de los usuarios estaban satisfechos con los servicios de la clínica. Sin embargo, se recibieron sugerencias de los usuarios donde referían que la oportunidad de los servicios era muy mala.

Durante el año 2016 se realizaron en total 1.600 encuestas, las que continuaban reflejando que la calificación de satisfacción general respecto a los servicios de

salud que recibieron en Redes Imat SAS no era la esperada, 56% en el primer periodo y 62% en el segundo periodo de este año. Aunque mejoro en 4 puntos, las directivas continuaban preocupados debido a los resultados de estas.

Al revisar la encuesta aplicada en la IPS, se encontraron algunas quejas y sugerencias, relacionadas con la percepción de poca privacidad durante la consulta de especialidades médicas y la duración prolongada de sus tratamientos. En promedio se recibían 18 Peticiones, Quejas y Reclamos en estos servicios relacionados con la planta física, oportunidad para la prestación de los servicios, privacidad en los consultorios y valoraciones medicas realizadas de manera muy rápida. Las cifras anteriormente mencionadas pusieron en alarma a la junta directiva, debido a que no se estaba dando cumplimiento a la plataforma estratégica de la Institución. Al analizar de manera consensuada el tipo de preguntas y respuestas que tenían reglamentado en la encuesta de satisfacción global de la IPS, se reconoció que tenían una limitante, la generalidad de las preguntas, por lo que se debía iniciar con la implementación de un instrumento confiable que pudiera dar respuestas confiables, oportunas y especificas a las necesidades del equipo de trabajo de Redes Imat SAS.

Además, se observó que no se contaba con una adecuada clasificación de las quejas relacionadas con el Trato que reciben los usuarios, debido a que no se tienen definidos los parámetros para realizar este tipo de clasificación, ni tampoco se contaba con el personal capacitado para el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) que respondiera de manera formar y diera seguimiento a estos PQR. Esto generó inconformidad en los usuarios debido a que no obtuvieron respuesta por parte del personal de la clínica acerca de sus

PQR, lo que hizo que algunos de ellos pusieran derechos de petición e inclusive tutelas, generando tensión en el departamento jurídico de la IPS.

Otro de los hallazgos reportados fue que algunos usuarios que manifestaron inconformidades refirieron que no volverían a consultar en la clínica y que se irían hacia otra IPS a continuar con sus tratamientos médicos y que definitivamente no recomendarían la clínica a sus familiares y amigos.

Por lo mencionado anteriormente, se concluyó que al no existir un método sistemático que evalúe constantemente y de manera periódica el trato que reciben los usuarios de la IPS Redes Imat SAS, se estaba perdiendo usuarios y consigo la fidelización debido a que no se estaban dando soluciones reales a los PQR. Adicional a esto, no se estaban generando planes de acción frente a los hallazgos encontrados en relación a las expectativas no médicas de la atención en salud de los usuarios atendidos en la clínica.

Es por esto que lograr implementar una encuesta que ya está validada por la OMS va a permitir reconocer la medición de indicadores asociados al trato que reciben los usuarios de Redes Imat Clínica de Fracturas SAS. Esto permitirá a las directivas tomar decisiones más acertadas con relación al impacto en el usuario, así como un crecimiento en temas de posicionamiento, fidelización de los pacientes, mejora continua de la calidad, teniendo en cuenta que la calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio.¹¹

PREGUNTA PROBLEMA

De acuerdo a la problemática planteada, este estudio propone responder la siguiente pregunta:

¿Cuál es la percepción del trato que reciben los usuarios en una Institución Prestadora de Servicios de salud de mediana complejidad en Guadalajara de Buga, año 2017?

HIPOTESIS

Existe una mala percepción del trato que reciben los usuarios de Redes Imat Clínica de Fracturas SAS en relación con los dominios de atención pronta, confidencialidad, autonomía y calidad del ambiente o de las instalaciones.

2. JUSTIFICACION

El trato adecuado es la interacción entre el usuario y el sistema de salud, esta se logra cuando la satisfacción del usuario es legítima en cuanto a las expectativas no médicas, teniendo en cuenta los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud; mejorar la salud, responder a las expectativas no medicas del usuario, disminuir la desigualdad y establecer mecanismos que reduzcan los sobrecostos de la atención en salud, la evaluación del trato que reciben los usuarios logra medir el desempeño de los sistemas de salud.

Esta medición del desempeño se evalúa a través del cumplimiento de los objetivos anteriormente descritos, lo que podrá generar una relación simétrica entre el usuario y sistema.

En 1997 el gasto mundial en atención sanitaria fue de \$2.985 billones, es decir, casi el 8% del producto interno bruto (PIB) mundial. La Organización Mundial del Trabajo (OIT), calculó que aproximadamente en 1900, en todo el mundo, había cerca de 35 millones de trabajadores de salud y en la actualidad es probable que el empleo en los servicios de salud sea aún mayor. Estas cifras reflejan hasta qué punto lo que por miles de años fue una relación básica y privada- en la que una persona enferma era atendida por los miembros de su familia, o por curanderos- se ha ampliado para formar la parte de la red de actividades que abarca un sistema de salud. ²

Lo anterior también ha generado una mayor carga económica de la mala atención en salud, esto para aumentar la duración de la vida y disminuir la discapacidad. Esto incluye el costo de medicamentos, órtesis, prótesis, entre otros, para mantener la productividad y la salud de las personas.

Los recursos destinados para los sistemas de salud se distribuyen de manera desigual y no guardan la misma proporción con la distribución de la enfermedad. Actualmente, los gobiernos de los países con ingresos desarrollados están realizando políticas sociales y salubres en un intento para que la distribución se haga con equidad y eficiencia. Sin embargo en los países de ingresos bajos, una gran proporción de los habitantes todavía no tienen acceso a los sistemas de salud.

En comparación con años atrás, las expectativas en la atención en salud han ido creciendo, hoy en día las personas no solo acuden a los sistemas de salud por situaciones de enfermedad sino también demandando consejos sobre la adecuada alimentación, comportamiento sexual, entre otros, los que anteriormente lo buscaban en otros sitios.

Las personas no solo establecen contacto con los sistemas de salud cuando son pacientes, también hacen contacto como consumidores (medicamentos, información) y contribuyentes. Es por lo anterior que las expectativas empiezan a ser más grandes debido a que esperan que el sistema los trate con dignidad, rapidez (cortos tiempos de espera para un diagnóstico y tratamiento, además porque el tiempo de ellos también es valioso), confidencialidad y participación acerca de la toma de decisiones acerca de su salud, escogiendo quien y donde

recibirán la atención en salud. En la actualidad, cada vez son menos los que aceptan de manera pasiva las decisiones unilaterales por parte del prestador o del profesional en salud.

Los sistemas de salud no solo tienen la responsabilidad de mejorar la salud sino de proteger a las personas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad.

Cuando los objetivos de los sistemas de salud no se cumplen generan insatisfacción de las personas, argumentado en la demora en la atención, maltrato, diagnósticos errados, etc.

En los Estados Unidos los errores médicos en los hospitales causan por lo menos 44.000 defunciones innecesarias al año, y otras 7.000 ocurren como resultado de las equivocaciones en la prescripción o el uso de medicamentos. El costo económico de estas equivocaciones es de no menos de \$17.000 millones, de los que más de la mitad corresponden a costos de atención sanitaria.²

Por ejemplo, en la Clínica Cleveland, Ohio, surgió el programa de la Experiencia del paciente en el año 2009, debido a que recibieron quejas de muchos pacientes de distintas ciudades de los Estados Unidos, ellos manifestaron que no se habían sentido bien cuidados mientras tuvieron su estancia en la clínica, esto motivo al inicio del programa,¹² donde la experiencia del paciente no es hacerlo feliz sino hacer lo correcto para él.¹³

La IPS Redes Imat Clínica de Fracturas S.A.S, tiene como misión prestar y ofrecer servicios en salud de niveles I y II con énfasis en ortopedia y traumatología, regidos por la humanización del servicio y dignificación de la persona, que de manera integral da respuesta a las necesidades de la comunidad. De acuerdo con lo anterior, esta institución está comprometida con la comunidad Bugueña y de los alrededores, a prestar servicios de alta calidad, por lo que debe considerar la encuesta de la OMS como herramienta para lograr que las expectativas no médicas de sus usuarios sean las deseadas. De esta manera poder cumplir con los objetivos y valores corporativos de la organización a través del análisis de los resultados obtenidos, generando planes de mejoramiento continuo en relación con la identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios. De esta manera, la IPS podrá tener una legítima propuesta de valor enfocada en brindar un trato adecuado a sus usuarios, lo que podrá generar en ellos una mayor adherencia a los tratamientos médicos, tiempos de rehabilitación más cortos, mejorar la calidad de vida de los usuarios y su núcleo familiar. Además, podrá ser reconocida no solo como un centro médico de referencia en ortopedia y traumatología sino también por el adecuado trato que se brindado a cada uno de sus usuarios, haciéndolos sentir únicos e importantes a través de una experiencia satisfactoria en los servicios de salud utilizados.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario evaluar la percepción del Trato que reciben los usuarios en esta IPS, partiendo que en las encuestas de satisfacción global se han encontrado fallas en la prestación de los servicios. De esta manera se podrán identificar las brechas existentes para prestar una atención en salud que logre satisfacer a sus usuarios.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Evaluar la percepción del trato que reciben los usuarios en una Institución Prestadora de Servicios de salud de mediana complejidad en Guadalajara de Buga, año 2017.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las características socio demográficas de los usuarios que reciben los servicios ofertados.
- Realizar la valoración de los dominios de autonomía, confidencialidad, trato digno, comunicación, atención pronta, condiciones de las instalaciones básicas y capacidad de elección.
- Establecer las diferencias en la percepción del trato entre los diferentes segmentos de población atendida en la institución según la edad, género, nivel educativo, ocupación y afiliación a la seguridad social.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 Antecedentes

Actualmente las EPS e IPS promulgan atención en salud con humanización pero realmente no evalúan la atención no médica brindada a sus usuarios. En Latinoamérica; Colombia, Perú, Chile, entre otros, se ha empezado a hacer investigación acerca de la percepción del trato que reciben los pacientes que acuden a los servicios de salud.

En México se han realizado diferentes investigaciones en relación a la percepción del trato adecuado. Una de ellas es la relación que guarda este concepto con el tipo de Régimen, Contributivo o Subsidiado. Puentes- Rosas, Gómez-Dantes y Garrido Latorre en su estudio llamado trato a los usuarios en los servicio públicos de la salud en México, encontraron que las instituciones de seguridad social manifestaron el peor desempeño, los dominios de capacidad de elección del proveedor y las condiciones de las instalaciones básicas obtuvieron la menor calificación. ¹⁴

De igual manera lo analizan Puentes-Rosas, Ruelas, Martínez-Monroy y Garrido-Latorre en el estudio trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no medicas de los usuarios, los servicios privados recibieron calificaciones más altas que los públicos. ⁶

Por otra parte, los dominios del trato adecuado se pueden ver determinados por las variables sociodemográficas como el género, edad, nivel educativo, lugar de residencia, entre otros, de los usuarios del sistema de salud. En la propuesta metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos realizada por Ochando A, Rayuela C, Hernández E, se evidenció que el 56% de las mujeres son las que eligen el prestador para la atención en salud para algunos miembros de la familia. De igual manera, las madres (53%) de hijos menores son las que seleccionan el prestador¹⁵

Así mismo, en la caracterización del trato que reciben hombres y mujeres usuarios del sistema de salud mexicano de Puentes-Rosas y Martínez-Monroy muestra que las mujeres tienen mayores porcentajes de aprobación en relación a la percepción del trato adecuado y también son las que mayor porcentaje de mal trato perciben por su condición de ser mujer.¹⁶

Actualmente y contradictorio a los avances tecnológicos para el despliegue de la comunicación y del conocimiento se hace paradójico que las gestantes de estratos bajos sean las que reciban mal trato según los hallazgos de Bronfman-Pertzovsky, López-Moreno, Magis-Rodríguez, Moreno-Altamirano, Rutstein, en el año 2002 en su investigación de la atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias, se encontró que los peores resultados se relacionan con el trato recibido durante la consulta y la oportunidad de esta.¹⁷

En Colombia como en muchos países del mundo se establece que las mujeres embarazadas, adultos mayores, personas en condición de discapacidad y la primera infancia deben tener atención prioritaria, en la investigación satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de

Pediatría realizado por Rodríguez-Weber y López-Candiani muestran que los tiempos de espera más prolongados se encuentran en la consulta, en los resultados (87,92 minutos, a partir de la hora de la cita), además, las instalaciones físicas fueron evaluadas como malas (33%) y pésimas (16,4%).¹⁸

Lo anterior también lo demostraron Ortiz-Espinosa, Muñoz-Juárez, Martín del Campo y Torres-Cedeño en el estudio consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios, donde los resultados arrojaron que el 72,9% de los usuarios debió esperar más de 60 minutos antes de ingresar a la consulta, de ellos, el 67,3% comentó haber esperado más de dos horas.¹⁹

De igual manera, en el estudio percepción de trato adecuado en salud, del equipo de salud y los usuarios del consultorio general rural de la localidad de Choshuenco, en el año 2009, Altamirano-Meza y Cárdenas-Illapan desagregaron los resultados de la investigación de acuerdo a cada dominio del trato adecuado, en los que se encontró la siguiente información acerca de la percepción de cada dominio: el 11,1% indicó que una atención pronta es que el tiempo de espera para su atención en el servicio de urgencias fuera menor a una hora. El 24,7% percibe que el Trato digno es que el equipo de salud respete su privacidad al momento del examen físico. El 21,5% refirieron que la comunicación efectiva corresponde a que el personal asistencial informe sobre las opciones de tratamiento existentes para el manejo de la enfermedad. Para el 22,7% de los encuestados autonomía es decidir a qué hospital o consultorio acudir para recibir atención. El 21,3% refirió que la privacidad es que el equipo de salud sea discreto con su diagnóstico. El 20,5% percibe que las comodidades básicas en los servicios es orden y limpieza y para el 51,4% la capacidad de

elección del proveedor es elegir al profesional que lo atenderá (medico, enfermera, etc.).²⁰

Debido a los datos que arrojan los diferentes estudios realizados en Latinoamérica y teniendo en cuenta que los estudios en Colombia sobre trato adecuado son escasos y que no existe evidencia de estudios que muestren una metodología aplicada y validada en el país para la medición de trato adecuado en sus ocho dimensiones, que permitan analizar los datos para medir objetivamente y de manera integral el servicio y la satisfacción de las expectativas no médicas, se hace importante investigar cual es la percepción del paciente sobre el trato que recibe, en los servicios de salud ofertados en Redes Imat Clínica de Fracturas de la ciudad de Guadalajara de Buga.

4.2 Marco conceptual

La OMS plantea realizar la medición del desempeño de los sistemas de salud con base en los siguientes objetivos finales: 1) mejorar la salud de la población; 2) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y 3) garantizar seguridad financiera en materia de salud.²¹ Esta definición de objetivos finales se inserta en un marco teórico que busca evitar una relación asimétrica entre el usuario y el sistema.

En lo que respecta al segundo objetivo, la OMS plantea utilizar el indicador de trato adecuado “*Responsiveness (expectativas no medicas de los usuarios)*”, entendido como la situación que se logra cuando las interacciones entre el

usuario y el sistema de salud se efectúan tomando en cuenta y satisfaciendo las legítimas expectativas del usuario en los aspectos no médicos de dicha interacción. Este indicador sirve para medir el desempeño del sistema en los aspectos no médicos de su relación con el usuario y se compone por ocho dominios que son las expectativas legítimas de los usuarios.²²

4.2.1 Trato adecuado: Para determinar si un sistema de salud cumple con sus objetivos hay que abordar dos cuestiones. La primera es cómo medir los resultados que nos interesan, es decir, determinar en qué medida se están alcanzando los tres objetivos de buena salud, capacidad de respuesta y equidad de la contribución financiera (logros). La segunda es cómo comparar esos logros con lo que el sistema debería ser capaz de lograr, es decir, determinar lo mejor que podría lograrse con los mismos recursos (desempeño).³

Para evaluar un sistema de salud, es necesario cuantificar cinco cosas: el nivel de salud, la distribución de la salud en la población, el grado general de capacidad de respuesta, la distribución de la contribución financiera.³

La OMS elaboró y ensayó el instrumento de encuesta que arroja datos sobre la capacidad de respuesta de un sistema de salud; el instrumento se diseñó de manera que garantizara la comparabilidad intercultural de los datos y se ensayó en numerosos países.

Este estudio sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo, seleccionó cinco indicadores para medir el desempeño de los servicios, que

ponderados, componen el índice de Desempeño Global de los Sistemas de Salud: el primer indicador fue el nivel de salud, el segundo señala cómo la salud está distribuida entre la población, el tercer indicador fue la capacidad de respuesta del sistema a las expectativas de los usuarios (trato adecuado) y el acceso al sistema de salud. Estos parámetros incluyen el respeto por los derechos de las personas y la medida en que el sistema es orientado hacia el usuario. El cuarto indicador es la orientación hacia el cliente, éste es medido en términos de la atención oportuna, la calidad de los servicios, el acceso a redes de soporte social, y la capacidad de escoger al proveedor del servicio. El quinto indicador está relacionado con la justicia distributiva de las contribuciones financieras.³

Uno de los componentes del estudio sobre el desempeño de los sistemas de salud es la *Capacidad de Respuesta* del sistema a las expectativas de los usuarios, traducción que hace la Organización Mundial de la Salud del término en inglés “*Responsiveness*”²⁶, en Latinoamérica se ha adoptado por algunos países como México el concepto de *Trato Adecuado* para referirse a lo mismo, la respuesta a las expectativas no médicas de los usuarios del sistema de salud. En este estudio se utilizó el término Trato Adecuado.

La OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 propone definir la “Evaluación del desempeño de los sistemas de salud” como un conjunto de actividades que incluye: La medición del logro de metas, la medición de los recursos del sistema de salud y los que no son de salud utilizados para lograr estos resultados, el cálculo de la eficiencia con la que los recursos se utilizan para lograr estos resultados, la evaluación de la forma en que las funciones observadas del sistema influyen en los niveles del logro y la eficiencia, el diseño

y ejecución de políticas para mejorar el logro y la eficiencia. En este documento, La Directora General de la OMS, la Dra. Gro Harlem Brundtland, comentó: “El principal mensaje de este informe es que la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo dependen de manera crítica del desempeño de los sistemas que los atienden”³.

Por lo expuesto anteriormente, la OMS estaba interesada en establecer un nuevo modelo, con respecto a la salud y que estuviese acorde con los nuevos rumbos que concretaban las reformas de los estados a nivel mundial. El nuevo modelo se fundamentaba en el subsidio a la demanda, el que pone al estado como un gran comprador de servicios de salud. Este nuevo modelo incluye la participación de actores privados; por tanto, la calidad aparece como el actor más importante en los servicios de salud. De esta manera, el estado asegura que las Empresas de Salud del estado, compitan en similares condiciones con el sector privado, de tal forma que la multiplicidad de proveedores de salud no redunde en heterogeneidad de la calidad de los servicios prestados a la comunidad por el sistema público y privado en su conjunto, o para que en el peor de los casos, sea asegurado un mínimo a los consumidores o usuarios del sistema de salud.³

4.2.1.1 Trato adecuado y componentes: El trato adecuado es un elemento transversal a todos los sistemas de provisión de servicios de salud, esto implica que sea una meta social deseable, la que es evaluada y definida por las personas usuarias de los servicios.

En este sentido, para la evaluación de los logros del sistema de salud, el Trato Adecuado (Responsiveness) se desagrega inicialmente en siete dominios, los que a su vez se ubican en dos subconjuntos²³.

El primer subgrupo de dominios del Trato Adecuado es llamado "**Respeto por la Persona**", sus elementos "Captan los aspectos de la interacción de los individuos con el sistema de salud, los que así mismo tienen una importante dominio ética", en este subgrupo están:

- Respeto a la dignidad.
- Respeto a la autonomía individual.
- Respeto a la confidencialidad.

El segundo grupo de componentes es llamado "**Orientación al Cliente**". Este conjunto de dominios incluye algunas dimensiones de la satisfacción del consumidor que no son una función directa de la provisión de salud, en éste hay cuatro componentes:

- Atención pronta a las necesidades de salud
- Comodidades básicas
- Acceso a la red de soporte (familia y amigos) para el individuo que recibe cuidados
- Elección de instituciones e individuos que proveen salud.

En el año 2003, con base en el primer estudio del año 2000 realizado por la OMS, se incluye un dominio adicional: **La Comunicación**, el que se refiere al hecho que el paciente debe tener acceso a información médica, oportuna y comprensible, de tal forma que pueda tomar decisiones sobre su tratamiento.

A partir de los aportes del documento de la OMS del año 2000 y 2003 en la literatura se han establecido 8 dominios del Trato Adecuado (*Responsiveness*)²⁴.

4.2.1.2 Definición de los dominios del trato adecuado.

Trato Adecuado: Según la OMS, el trato adecuado es la situación que se logra cuando las interacciones entre el usuario y el sistema de salud se efectúan tomando en cuenta y satisfaciendo las legítimas expectativas del usuario en los aspectos no médicos de dicha interacción. ²⁵

Autonomía. Es el derecho que tienen las personas a participar, si así lo desean, en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Hace referencia a respetar el derecho del usuario para rechazar algún tratamiento y ser consultado en relación a las decisiones que se tomen con respecto a su salud.¹⁵

Confidencialidad. Se refiere a que la información proporcionada por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe protegerse y no ser difundida sin el consentimiento manifiesto del usuario. ¹⁵

Trato digno. Es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratados cordialmente por todo el personal –médico y no- del sistema. ¹⁵

Comunicación. Es el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento en forma clara para él. ¹⁵

Atención pronta. Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de ésta.¹⁵

Capacidad de elección del proveedor de servicios. En este dominio se incluye el derecho que tienen los usuarios de decidir dónde (institución) y con quién atenderse (personal de salud).¹⁵

Acceso a redes sociales de apoyo. En él se incluyen los derechos de los pacientes a recibir visitas de familiares y amigos, es decir, que no se encuentren aislados y sostengan contacto con su entorno social.¹⁵

Condiciones de las instalaciones básicas. Comprende atributos físicos de las instalaciones de salud, tales como la limpieza y ventilación de las instalaciones, servicios sanitarios limpios y salas de espera confortables. En el ámbito hospitalario se incluyen, además, la calidad de los alimentos, la limpieza de las camas y la dotación de ropa adecuada.¹⁵

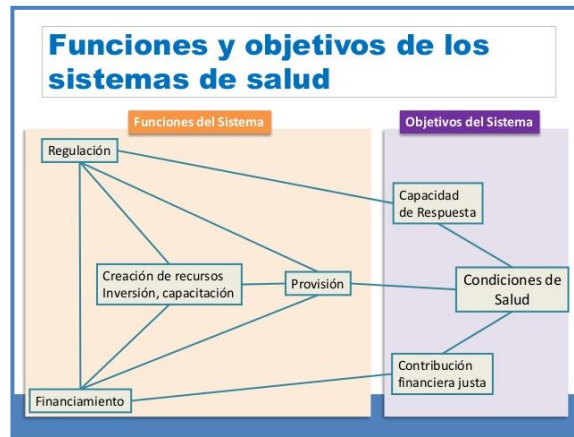
De los ocho componentes, siete se miden en atención ambulatoria y en atención hospitalaria, se evalúa además, el dominio de acceso a redes sociales de apoyo.¹⁵ Las opciones de respuesta están en una escala Likert para su codificación, cada afirmación contiene cinco opciones de respuesta, las opciones en la escala tuvieron una calificación de 1 a 5, siendo 1 el puntaje más favorable y 5 el puntaje menos favorable. Sin embargo, a lo largo del documento original de La encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud, no hay indicaciones concretas de como analizar los datos recogidos en esta.

Estos dominios fueron identificados, seleccionados y definidos por diferentes grupos de expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), provenientes de diversos contextos culturales, que se reunieron con el fin explícito de integrar en el concepto de trato adecuado, los aspectos más relevantes de la interacción de los usuarios con el sistema de salud²⁶.

4.2.2 Modelo de sistemas de salud: Existen diversos enfoques para el estudio de las organizaciones, siendo uno de ellos la teoría general de sistemas, la que considera que aspectos como la apertura al medio y la influencia del contexto, son de suma importancia para comprender el funcionamiento de una organización. Un sistema es un conjunto de unidades interrelacionadas que forman un todo organizado, donde el resultado es mayor que la suma de sus partes. El sistema está conformado por tres componentes: el económico, social y técnico. El primero se refiere al uso de recursos limitados; el segundo engloba la relación que se da entre el recurso humano, los que trabajan para lograr un fin común; y el tercero, está relacionado con el uso de la tecnología para lograr el objetivo de la organización.²⁷

De igual manera, esta definición aplica para el sistema de salud. Este sistema abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Estos sistemas están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud.²

Gráfica No.1 Funciones y objetivos de los sistemas de salud.



Tomado del Informe sobre salud en el mundo 2000

El sistema de salud tiene como primera meta la mejora de la salud, esto implica lograr que la situación sanitaria de la población en su totalidad sea lo mejor posible durante todo el ciclo de vida, teniendo en cuenta la mortalidad y la discapacidad prematura.

La segunda meta es la equidad de la contribución financiera debido a que la atención en salud es costosa, y la necesidad de recibirla es imprevisible, se deben de generar mecanismos para distribuir los riesgos y ofrecer protección financiera.

La tercera meta, es la capacidad de respuesta a las expectativas de la población con respecto a asuntos que no están ligados a la salud, refleja la importancia de respetar la dignidad de la gente, su autonomía y el carácter confidencial de la información.²

En conclusión y según la OMS, un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. ³

4.2.3 Capacidad de respuesta del sistema de salud: no es un indicador de la forma en que el sistema responde a las necesidades en materia de salud, lo que se refleja en los resultados sanitarios, sino del desempeño del sistema en relación con aspectos que no están vinculados con respecto al trato que debería recibir de proveedores de servicios preventivos, curativos o no personales.

El concepto de capacidad de respuesta puede desglosarse de varias formas. Se hace una distinción básica entre los elementos relacionados con el respeto a los seres humanos como personas (elementos que en gran medida son subjetivos y juzgados principalmente por el paciente) y elementos más objetivos relacionados con la forma en que un sistema resuelva ciertas inquietudes expresadas comúnmente por los pacientes y sus familiares en calidad de clientes del sistema de salud.

Por consiguiente, según la OMS, la subdivisión de estas dos categorías lleva a 7 elementos o aspectos diferentes de la capacidad de respuesta.

Los elementos que se relacionan con las personas: Respeto a la dignidad, carácter confidencial, autonomía.

Los relacionados al cliente abarcan: atención pronta, comodidades de calidad adecuada, acceso a redes de apoyo social y selección del proveedor.²

Otro autor propone que el trato adecuado se compone de 8 dominios, de estos uno están relacionados con los derechos básicos y universales de los individuos y otros con una visión de calidad “empresarial” con orientación al cliente en los servicios prestados por el sistema.²⁸

Los dominios relacionados con derechos básicos son: autonomía, trato digno, comunicación y confidencialidad. Los dominios orientados a una atención de calidad al cliente son: atención pronta, acceso a redes de apoyo social, capacidad de elección del proveedor de servicios y la calidad de las condiciones de las instalaciones básicas.

4.2.4 Calidad de la atención médica de Avedis Donabedian: La calidad puede hacer referencia a diversos aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien entenderse como una filosofía empresarial.

Numerosas definiciones de calidad se han producido en los últimos años, desde la interpretación de “la conformidad con las especificaciones”, en donde no se tomaba en consideración la respuesta a las necesidades del usuario, hasta llegar a la actual en donde se toma en cuenta “la satisfacción de las expectativas del cliente”

Donabedian define la calidad como “una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables”, y señala que los juicios sobre calidad

frecuentemente no se realizan sobre la atención médica en sí, sino indirectamente sobre las personas que la proporcionan y el sistema de salud que presta el servicio. Lo anterior da como resultado, que los atributos de esas personas y sistemas se utilicen, alternativa o simultáneamente, tanto para definir como para juzgar la calidad.¹⁵

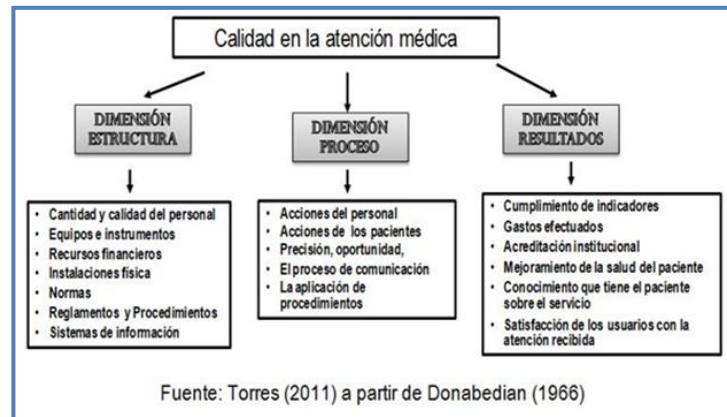
Este autor establece tres elementos básicos de una definición de calidad: los aspectos técnicos, interpersonales y las amenidades. La dominiotécnica es “la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud”, en este sentido la calidad de la atención técnica reside en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. Hace referencia al uso de los recursos financieros, instalaciones, equipo, material y tiempo.

La dimensión interpersonal radica en la interacción social y económica que ocurre entre el paciente y sus familiares y el personal de salud. Donabedian señala que “el manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares”. Dichas normas están consolidadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones vinculadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. Por lo tanto, la calidad de la relación interpersonal debe medirse por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.

De acuerdo a Donabedian, el tercer elemento de la atención son las amenidades, el término hace referencia a características concretas tales como una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, una cama cómoda, buena alimentación, entre otras. Este componente es parte de los aspectos más íntimos de los lugares en los que se presta la atención médica, se considera parte de la relación interpersonal, ya que implica interés por la satisfacción del paciente, independientemente de quien las proporcione, ya sea el médico, la práctica privada que él controla o la institución de la que él forma parte.

Para Donabedian la accesibilidad, también forman parte de la definición de la calidad. Define la accesibilidad como la facilidad con la que se inicia y se mantiene la atención, la que depende de las propiedades de los proveedores (instituciones o individuos) y de las habilidades de los usuarios para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que puedan interponerse entre ellos y la recepción de la atención.

Gráfica No. 2 Modelo de Calidad de la atención medica



El término resultado, significa un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede atribuirse al antecedente de la atención médica. Incluye el mejoramiento de la función social y psicológica, además de los aspectos físicos y fisiológicos de la actuación, las actitudes del paciente (incluyendo su satisfacción), el conocimiento adquirido sobre su salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud.

Donabedian formuló una tabulación cruzada de atributos y enfoques para evaluar la calidad. Para el manejo del proceso interpersonal propone realizar la evaluación de la estructura, proceso y resultado con base a los siguientes elementos:

Estructura: estabilidad de afecto hacia un médico personal, disponibilidad de tiempo adecuado para que los médicos puedan dedicarlo a los pacientes, incorporación de amenidades al ambiente físico, operación de las instalaciones, la presencia y el funcionamiento de mecanismos adecuados para atender las sugerencias y quejas de los pacientes, satisfacción de los profesionales y otros

miembros del personal con las condiciones de trabajo y con sus recompensas materiales y psíquicas.

Proceso: la forma como el personal de salud atiende a los pacientes, interés, cortesía, respeto por la autonomía del paciente, mantenimiento de privacidad, explicación, confianza, apoyo; aceptación del paciente sin hacer juicios sobre su enfermedad y su conducta, empleo de bastante tiempo, es decir, no apurar al paciente.

Resultados relacionados con el paciente: satisfacción con las amenidades de la atención y los aspectos de la relación interpersonal, comprensión de la enfermedad y del régimen de atención, adhesión al régimen, cambio del médico primario dentro del plan, uso de servicios fuera del plan. En general, establecimientos de conductas que indican que se hace frente con éxito a la enfermedad e incapacidad.

Resultados relacionados con el profesional: satisfacción en las relaciones con los clientes, opiniones acerca de la conducta del paciente, conocimiento de los intereses y problemas del paciente.

4.2.5 Evaluación de la calidad: Donabedian estableció tres enfoques básicos para la evaluación de la calidad en salud: estructura, proceso y resultado. Por estructura, el autor entiende las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. Dicho concepto

incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se requieren para proporcionar la atención médica, organización del financiamiento y la prestación de servicios de salud.

El proceso hace referencia a “una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes”, para realizar un juicio de la calidad es necesario conocer sobre la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y al bienestar.

4.2.6 Experiencia del paciente: En los últimos años, determinar el desempeño de los sistemas a través de la medición de la capacidad de respuesta de los sistemas dio un giro hacia el término experiencia del paciente, considerándose como uno de los indicadores más importantes de la atención en salud. Según el Beryl Institute, la experiencia del paciente es, “la suma de todas las interacciones, configuradas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente, a lo largo de la continuidad del cuidado”. El grupo de trabajo que diseñó esta definición indicó la necesidad de incluir cuatro elementos clave: las interacciones personales, la cultura de la organización, la percepción subjetiva del paciente y/o de la familia, así como el continuo cuidado”

Wolf et al, identificaron siete puntos claves que ayudan a entender la experiencia del paciente:

Ideal de la atención médica: Cuatro necesidades emocionales básicas (confianza, integridad, orgullo y pasión) aseguran que el paciente esté implicado y comprometido con su atención médica

Continuidad en el cuidado: Calidad y valor de todas las interacciones (directas e indirectas, clínicas y no clínicas) que abarcan todo el tiempo de la relación médico-institución sanitaria representando un continuo.

Más allá de los resultados de las encuestas de los sistemas de salud: Las encuestas no integran la amplitud y la profundidad de la experiencia del paciente. Debe incluirse el rendimiento racional de la institución, las expectativas y aspectos emocionales del paciente

Centrada en las expectativas: La experiencia del paciente comienza incluso antes de la visita al centro, incluyendo las expectativas previas no sólo de aspectos médicos; sino también técnicos, de accesibilidad o limpieza. Hace referencia a la calidad de los servicios, la toma de decisiones y la relación médico-paciente

Atención centrada en el paciente: Nueva cultura centrada en el paciente: atención competente y de alta calidad, que demanda coordinación de los cuidados al paciente y en la que todos los profesionales desempeñan un papel relevante

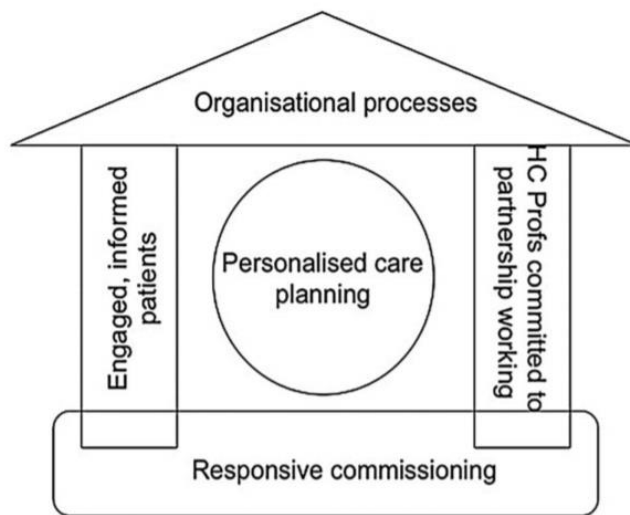
Enfoque de cuidado individualizado: Marco de trabajo basado en el modelo biopsicosocial que implica una serie de recomendaciones de las guías NICE: contemplar al paciente como persona, incluir los requisitos esenciales en su atención, adaptar los servicios sanitarios al paciente, favorecer la continuidad

asistencial y en las interacciones y fomentar el papel activo del paciente durante su tratamiento

Más que satisfacción: La satisfacción con la atención recibida es un aspecto más de la experiencia del paciente. La organización sanitaria debe dar respuesta al paciente de acuerdo a las siguientes variables: autonomía, dignidad, comunicación, confidencialidad, capacidad de elegir, atención inmediata y calidad de los servicios ¹²

Este concepto no solo tiene en cuenta al usuario, sino al personal asistencial como directo implicado en la mejora continua, debido a que hay que otorgarle el liderazgo efectivo para que se cumplan los objetivos de la experiencia del paciente. Es por esto que también se habla de experiencia del paciente con co creación del paciente, donde no solo es importante crear programas para pacientes, sino que lo realmente importante es crearlos con los pacientes, como indica el artículo en el British Medical Journal sobre co-producción de servicios médicos. ²⁹ En este se plantea un modelo conceptual de coproducción del servicio sanitario. Coulter y colaboradores han diagramado una casa de cuidado para describir un enfoque para el manejo colaborativo de enfermedades crónicas de salud. En el centro de esta Casa de Cuidado se encuentra la planificación de la atención personalizada, que se apoya en políticas y gobiernos receptivos, procesos organizativos y flujos de trabajo y las capacidades, disposiciones y comportamientos de los profesionales de la salud y los pacientes. Wagner propuso un modelo para la prestación de cuidados crónicos, que llama la atención sobre la importancia de que los pacientes activos trabajen con profesionales preparados para crear resultados funcionales y clínicos. El modelo también reconoce explícitamente el importante apoyo de los recursos de la comunidad y del sistema de salud. ³⁰

Gráfica No. 3 Casa de Cuidado “House of Care”



Fuente: Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. BMJ Qual Saf. Coproduction of healthcare service. The health Foundation. Camdridge, USA. 2016

Teniendo en cuenta lo anterior, se debe considerar el sistema de salud como un conjunto, donde el personal de la organización y el usuario, deben ser tenidos en cuenta. La OMS recoge esta doble visión apostando por un sistema de salud que responda a las necesidades y preferencias de las personas, tratándolas con dignidad y respeto cuando entren en contacto con el sistema ³¹

Según la King's Found, en salud, la experiencia se define como “la totalidad de hechos y de las interacciones que se suceden a lo largo del proceso de atención”. Dentro del término experiencia aparecen varios conceptos interrelacionados, como las expectativas previas al proceso, la propia experiencia durante el proceso, la satisfacción, que es la información que se recoge al final, y la calidad percibida como el resultado de la comparación entre expectativas y la percepción del paciente. ³²

Sin embargo, actualmente este concepto incluye también la seguridad y servicio.

Para cumplir los objetivos de la experiencia del paciente, hay varios programas que se deben realizar para capacitar al personal asistencial con el objetivo de que desarrollen habilidades para mejorar la relación con el usuario, como por ejemplo el programa REDE (Relationship: Establishment, Developement and Engagement) que por su siglas en ingles se traducen en Relación: organización, desarrollo y compromiso;³³ y el programa, "Communicate with HEART" (Hear, Empathize, Apologize, Respond to the problem and Thanks to the person), que traducido significa: Comunícate con el corazón: Escuchar, empatizar, pedir disculpas, responder al problema y dar gracias)⁵

4.3 Marco jurídico

Los antecedentes sobre políticas de calidad en Colombia se remontan a la Ley 23 de 1981, que posteriormente fue respaldada jurídica y normativamente por La Ley 100 de 1993 y afianzadas con la Ley 35 de 1996, con el Decreto 2174 de 1996, introduciendo en el sistema, diferentes mecanismos legales para promover la calidad. Los conceptos más importantes se pueden resumir en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto 2309 de 2002, Resolución 1439 de 2002), que ha definido los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud y las Empresas Promotoras de Salud, EPS, definidas en el Artículo 181 de la Ley 100 de 1993, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles

y equitativos con nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) se complementa con normas adicionales referidas a la calidad en la prestación o el aseguramiento de los servicios y que abordan un número importante de temas específicos, como lo son la Resolución 13437 de 1991 que aborda los derechos de los pacientes; Resolución 8430 de 1993 que aborda los Comités de ética de la investigación; el Decreto 1757 de 1994: Sistema de información y atención al usuario; el Decreto 2753 de 1997: se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema; con la Resolución 4252 de 1997 se dictan normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, que también fue derogada, luego con Decreto 204 de 1998 se autoriza el plazo máximo para que las IPS presenten la Declaración de Requisitos Mínimos.

En Colombia, el Decreto 1011 de 2006 define la atención en salud como los servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. Igualmente, cataloga como prestadores de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), a los profesionales independientes de salud, a los servicios de transporte especial de pacientes y a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura. Posteriormente, se expiden las Resoluciones 1043 de 2006. Requisitos de Habilitación, Resolución 1445 de 2006, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora, Resolución 1446 de 2006, Definición del sistema de información para la calidad e indicadores de

monitorización, la Circular 030 de 2006, indicadores de Calidad y en el año 2007 se expide la Resolución 2679 de 2007 por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud.

La Circular 30 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud define que las instituciones prestadoras de servicios de salud establecerán un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, con base en las pautas indicativas contenidas en el modelo de auditoría expedido por el Ministerio de la Protección Social, el cual debe comprender como mínimo los siguientes procesos: (1) evaluación propia del proceso de atención de salud, mediante el cual determinará prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de la oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad y pertinencia, las cuales son características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad; y (2) atención al usuario, para evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos. Igualmente, es claro que el monitoreo de la calidad de la atención debe complementarse con información que recoja la perspectiva de los usuarios, a fin de lograr el propósito de la integralidad de las acciones. Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, pues permite, mediante un proceso de investigación relativamente rápido, obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los que se adquiere información que beneficia a la entidad prestadora de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

El sistema de salud en Colombia está regulado por el marco legal constitucional, por la ley orgánica del sector salud la Ley 100 de 1993, las leyes, decretos, acuerdos y circulares complementarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objetivo es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención, los fundamentos del servicio público de salud son: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo y diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, durante el primer semestre del año 2017, en el que se determinó por medio de una encuesta la percepción del trato que recibieron los usuarios de los servicios de salud que asisten a la IPS de mediana complejidad, mediante la descripción de las variables relacionadas con el buen trato y las características sociodemográficas de los usuarios.

5.2 Área de estudio

Guadalajara de Buga es un municipio y ciudad del centro del Valle del Cauca, Colombia. Es una de las ciudades con más historia no sólo en el departamento sino en el país, posee una gran arquitectura colonial y moderna. La ciudad en crecimiento se considera un polo de desarrollo para el departamento del valle del cauca.³⁴

Redes Imat Clínica De Fracturas S.A.S. es una IPS de segundo nivel de complejidad, constituida el 09 de Agosto de 2013, enfocada a la atención de pacientes con accidentes de tránsito, ofertando los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía, imagenología, fisioterapia y consulta especializada.

5.3 Población y muestra

5.3.1 Población Objetivo: los participantes fueron los usuarios de Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, que en su mayoría hacen parte de la comunidad Bugueña y zonas aledañas, presentando homogeneidad en sus características sociodemográficas, según encuestas aplicadas en años anteriores.

5.3.2 Población de Estudio: Este estudio utilizó una muestra probabilística, conformada por los usuarios mayores de 18 años que asistieron en el primer semestre del año 2017 a Redes Imat Clínica de Fracturas SAS.

5.3.3 Criterios de selección de la muestra

5.3.3.1 Criterios de inclusión

- Usuarios de los servicios de salud de la IPS.
- Los usuarios que firmen el consentimiento informado.

5.3.3.2 Criterios de exclusión

- Usuarios de los servicios de salud menor de edad.
- Usuarios de los servicios de salud con discapacidad cognitiva.
- Usuarios de los servicios de salud con déficit neurológico

5.3.4 Muestreo y tamaño de la muestra

5.3.4.1 Diseño: El diseño de la muestra corresponde a un muestreo aleatorio sistemático. El marco muestral estuvo constituido por la base de datos de los 5.000 usuarios que asistieron en el primer semestre del año 2017. Esta base de datos se encuentra disponible en el software SQL de la IPS.

El tamaño de la muestra se estimó teniendo en cuenta los siguientes parámetros: midió teniendo en cuenta los siguientes parámetros: prevalencia esperada “P” de trato regular, dado que se desconoce la prevalencia esperada, esta correspondió al 50%, error del muestreo del 5%, confiabilidad de 95%. Se realizó ajuste por población finita. Los cálculos de la muestra se realizaron en el programa Epidat versión 3.1, el que arrojó un $n=284$ usuarios para una fracción de muestreo de $284/5000=0.26$. Al realizar el ajuste por no respuesta (15%) el tamaño de muestra a seleccionar fue de 334 usuarios.

Para aplicar el método de muestreo aleatorio sistemático se estableció un valor K a través del cociente obtenido del tamaño muestral: $K=N/n$, $K=5000/334= 3,23$. Después se seleccionó un número aleatorio de arranque entre 1 y $K=3$, utilizando la función “ALEATORIO.ENRE” de Excel, y a partir de esa “n” se sumará K y se seleccionarán sistemáticamente los usuarios de manera continua hasta completar la muestra representativa, es decir, del valor seleccionado se sumó K de manera sistemática 334.

Por consiguiente, la selección del usuario se hizo teniendo en cuenta el número de admisión que arroja el Software SQL. Por ejemplo, si la primera admisión del día inicio en 100, el usuario al que se le realizó la encuesta fue el que tuvo el número de admisión 103. Por ende, la encuesta se realizó cada tercer paciente, teniendo en cuenta el número de admisión de arranque diario.

La fracción de muestreo indico que la probabilidad de que un individuo quedara incluido en la muestra fue del 26%

$$f \text{ (fracción de muestreo)} = 284/5000 = 0.26$$

5.4 Variables

Para la población de usuarios, las variables independientes o sociodemográficas que se tuvieron en cuenta para el estudio fueron: edad, sexo, grupo étnico, estrato socioeconómico, escolaridad, nivel de ingresos, tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y ocupación que se catalogó según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) avalada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

La variable dependiente del estudio es la percepción del trato adecuado de los usuarios de la IPS Redes Imat Clínica de Fracturas SAS. Esta variable, a su vez tiene ocho componentes³⁵ o dimensiones, estas son las variables independientes del trato adecuado, las que están relacionadas con los aspectos no médicos de la atención según la OMS.

Estos componentes o dominios se midieron a través de 1 a 6 afirmaciones las que están consignadas en el instrumento desarrollado por la OMS, utilizando la escala de Likert para su codificación, cada afirmación contiene cinco opciones de respuesta, las opciones en la escala tuvieron una calificación de 1 a 5, siendo 1 el puntaje más favorable y 5 el puntaje menos favorable. (Ver Tabla No 1).

Para realizar la construcción de la escala total del trato adecuado, para las ocho dimensiones, se escogieron las variables resúmenes de cada uno de los dominios del trato. Esta escala se construyó de la siguiente manera, teniendo en cuenta la calificación global: Muy buena= 5, buena=4, regular=3, mala=2 y muy mala=1. Donde la puntuación máxima de las 8 dimensiones, es de 40 puntos, para aquellos que estuvieron en hospitalización, la máxima es de 35 puntos. Lo anterior debido a que solo 73 usuarios utilizaron el servicio de hospitalización.

Para realizar el análisis general de la percepción que tuvieron los usuarios en relación al trato recibido, se tuvo en cuenta lo siguiente:

Para clasificar el dominio atención oportuna se tuvo en cuenta la pregunta “En general, ¿Cómo calificaría su experiencia en cuanto a recibir atención oportuna en los servicios de salud de la clínica? “Con opciones de respuesta 1. “Muy buena”, 2. “Buena”, 3.”Regular”, 4.”Mala” y 5.”Muy mala”. Aquellas personas que contestaron las opciones 1 y 2, se clasificaron con Atención oportuna y las opciones 3,4 y 5 fueron aquellas que percibieron No atención oportuna.

Para clasificar el dominio de dignidad se tuvo en cuenta la pregunta “En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a ser tratado con dignidad en los

servicios de salud? “Con opciones de respuesta 1. “Muy buena”, 2. “Buena”, 3.”Regular”, 4.”Mala” y 5.”Muy mala”. Aquellas personas que contestaron las opciones 1 y 2, se clasificaron con atención digna y las opciones 3,4 y 5 fueron aquellas que percibieron No atención digna.

Para clasificar el dominio de comunicación se tuvo en cuenta la pregunta “En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la forma como los trabajadores de salud se comunicaron con usted? “Con opciones de respuesta 1. “Muy buena”, 2. “Buena”, 3.”Regular”, 4.”Mala” y 5.”Muy mala”. Aquellas personas que contestaron las opciones 1 y 2, se clasificaron con buena comunicación y las opciones 3, 4 y 5 fueron aquellas que percibieron mala comunicación.

Para clasificar el dominio de autonomía se tuvo en cuenta la pregunta “En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a participar tanto como usted quiso, en las decisiones sobre su atención o tratamiento? “Con opciones de respuesta 1. “Muy buena”, 2. “Buena”, 3.”Regular”, 4.”Mala” y 5.”Muy mala”. Aquellas personas que contestaron las opciones 1 y 2, se clasificaron con buena autonomía y las opciones 3, 4 y 5 fueron aquellas que percibieron “No” mala autonomía.

Para clasificar el dominio de confidencialidad de la información, se tuvo en cuenta la pregunta “En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la manera como los servicios de salud guardaron su información de manera confidencial? “Con opciones de respuesta 1. “Muy buena”, 2. “Buena”, 3.”Regular”, 4.”Mala” y 5.”Muy mala”. Aquellas personas que contestaron las

opciones 1 y 2, se clasificaron con buena confidencialidad y las opciones 3, 4 y 5 fueron aquellas que percibieron mal confidencialidad.

Para clasificar el dominio de capacidad de elección del proveedor de servicios, se tuvo en cuenta la pregunta “En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la posibilidad de escoger un trabajador de salud o un servicio de su elección? “Con opciones de respuesta 1. “Muy buena”, 2. “Buena”, 3.”Regular”, 4.”Mala” y 5.”Muy mala”. Aquellas personas que contestaron las opciones 1 y 2, se clasificaron con buena capacidad de elección del proveedor de servicios y las opciones 3, 4 y 5 fueron aquellas que percibieron mala capacidad de elección del proveedor de servicios.

Para clasificar el dominio de calidad del ambiente o las instalaciones, se tuvo en cuenta la pregunta “En general, ¿cómo calificaría la calidad de las instalaciones, por ejemplo espacio, sillas, ventilación y limpieza de la clínica? “Con opciones de respuesta 1. “Muy buena”, 2. “Buena”, 3.”Regular”, 4.”Mala” y 5.”Muy mala”. Aquellas personas que contestaron las opciones 1 y 2, se clasificaron con buena calidad del ambiente o instalaciones y las opciones 3, 4 y 5 fueron aquellas que percibieron No calidad del ambiente o de las instalaciones.

Para clasificar el dominio de acceso a redes de apoyo, se tuvo en cuenta la pregunta “En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la forma en la que la clínica permitió que usted interactuara con su familia y amigos y continuara con sus costumbres religiosas y sociales durante su hospitalización? “Con opciones de respuesta 1. “Muy buena”, 2. “Buena”, 3.”Regular”, 4.”Mala” y 5.”Muy mala”. Aquellas personas que contestaron las opciones 1 y 2, se

clasificaron con buen acceso a redes de apoyo y las opciones 3, 4 y 5 fueron aquellas que percibieron No acceso a redes de apoyo.

Tabla No. 1 Cuadro de operacionalización de variables

Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de Medida de Categorías
Edad del usuario	Tiempo de vida del individuo en años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Años
Lugar de nacimiento	Municipio donde nació	Cualitativa	Nominal	1. Urbana 2. Rural
Genero del usuario	Genero del usuario	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Años de estudio cursados y aprobados	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Secundaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Superior incompleta 6. Superior completa 7. Tecnólogo 8. Otros 9. No tiene 10.
Grupo Étnico del usuario	Grupo que se diferencia en el conjunto de la sociedad nacional por sus prácticas socioculturales	Cualitativa	Nominal	1. Mestizo 2. Afrocolombiano 3. Indígena 4. Gitano 5. Raizal
Estado civil del usuario	Consiste en la situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, el Estado o Nación a que pertenece	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Separado 5. Viudo

Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de Medida de Categorías
Ocupación	Actividad laboral formal	Cualitativa	Nominal	1. Trabajando 2. Buscando trabajo (si lleva hasta 15 días buscando) 3. Desempleado (más de 15 sin empleo) 4. Estudiando 5. Jubilado, pensionado 6. Oficios varios 7. Otro, cuál?
Estrato socio-económico	Nivel socioeconómico definido en el recibo de servicios públicos. (1-6)	Cualitativa	Ordinal	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3. 4. Estrato 4. 5. Estrato 5. 6. Estrato 6.
Nivel de ingresos mensual	Total de ingresos o salario que el usuario declara recibir cada mes	Cuantitativa	Razón	1. \$0 a \$500.000 2. \$500.001 a \$1'000.000 3. \$1'000.001 a \$2'000.000 4. \$2'000.001 a \$3'000.000 5. \$3'000.001 o más
Tipo de afiliación	Define por medio de qué tipo de régimen dentro del SGSSS accede al servicio, o si es usuario particular o se encuentra afiliado a un plan de medicina prepagada	Cualitativa	Nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Pobre no asegurado 4. Particular
Área de Atención	Área del servicio en la que fue atendido el usuario	Cualitativa	Nominal	1. Urgencias 2. Hospitalización 3. Consulta externa 4. Imagenología
Atención Oportuna	Se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de esta.	Cualitativa	Ordinal	1-5 Escala Likert

Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de Medida de Categorías
Percepción general de atención oportuna	Clasificación de atención oportuna de acuerdo a la categorización en dos grupos según respuesta	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Trato digno	Atención con respeto a su dignidad y a sus derechos como persona	Cualitativa	Ordinal	1-5 Escala Likert
Percepción general de trato digno	Clasificación del trato digno de acuerdo a la categorización en dos grupos según respuesta	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Comunicación	Que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información completa y actualizada del diagnóstico, tratamiento y de las alternativas diagnósticas y terapéuticas, así como localización de los servicios y demás información pertinente.	Cualitativa	Ordinal	1-5 Escala Likert
Percepción general de la comunicación	Clasificación de la comunicación de acuerdo a la categorización en dos grupos según respuesta	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Autonomía	Capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud	Cualitativa	Ordinal	1-5 Escala Likert
Percepción general de la autonomía	Clasificación de la autonomía de acuerdo a la categorización en	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de Medida de Categorías
	dos grupos según respuesta			
Confidencialidad	Derecho a rehusarse a hablar o a ser examinado por personas que no formen parte del equipo que la entidad asigne directamente para su tratamiento y el derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurarle el aislamiento auditivo y visual razonable.	Cualitativa	Ordinal	1-5 Escala Likert
Percepción general de la confidencialidad	Clasificación de la confidencialidad de acuerdo a la categorización en dos grupos según respuesta	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Capacidad de elección del proveedor del servicio	Que los usuarios puedan elegir con quién atenderse	Cualitativa	Ordinal	1-6 Escala Likert
Percepción general de la capacidad de elección del proveedor del servicio	Clasificación de la capacidad de elección del proveedor del servicio de acuerdo a la categorización en dos grupos según respuesta	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Condiciones de las comodidades básicas	Limpieza y organización de los consultorios, de los baños y de las salas de espera, y la amplitud de éstas	Cualitativa	Ordinal	1-5 Escala Likert
Percepción general de las Condiciones de las comodidades básicas	Clasificación de las Condiciones de las comodidades básicas de acuerdo a la categorización	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de Medida de Categorías
	en dos grupos según respuesta			
Redes sociales de apoyo	Atributos físicos de las instalaciones de salud, tales como la limpieza y ventilación de las instalaciones, servicios sanitarios limpios y salas de espera confortables.	Cualitativa	Ordinal	1-5 Escala Likert
Percepción general de las Redes sociales de apoyo	Clasificación de las Redes sociales de apoyo de acuerdo a la categorización en dos grupos según respuesta	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

5.5 Recolección de información

La obtención de la información procedió de una muestra representativa de la población de estudio, por tanto, el método que se utilizó fue la encuesta.

Para lo anterior, se diseñó un instrumento estructurado que aplicó el cuestionario propuesto por la OMS, que evalúa los sistemas de salud, su capacidad de respuesta y contiene las dimensiones de trato adecuado.

Al inicio del cuestionario se realizaron las preguntas correspondientes a las variables sociodemográficas asociadas al trato, tales como: el género, edad, escolaridad, etnia, estado civil, ocupación, nivel de ingresos mensuales, estrato socioeconómico y el tipo de afiliación del usuario. Posteriormente, se indagó sobre las ocho dimensiones de trato adecuado, esto con el fin de dar cumplimiento con los objetivos planteados en este estudio.

Los sujetos de estudio seleccionados de conformidad con el método de muestreo aleatorio sistemático, fueron contactados personalmente para solicitar su colaboración y cuando aceptaron la participación en la investigación, fueron llevados individualmente al área administrativa de la IPS. Este es un espacio cómodo, para anular el sesgo de ser encuestado en el mismo ambiente hospitalario donde ocurrió la atención.

Los sujetos de estudio fueron recibidos por el encuestador previamente capacitado, quien les hizo la encuesta en las mejores condiciones de privacidad y confidencialidad, este les presentó de manera verbal y escrita el consentimiento informado al sujeto, se le explicó el objetivo de la evaluación, la importancia de su participación, se respondieron dudas y se procedió a la toma de firmas, se les manifestó a los usuarios que su participación era totalmente voluntaria y que podía retirarse en cualquier momento.

Las dos encuestadoras fueron entrenadas para la aplicación del instrumento. Este entrenamiento lo realizaron las dos investigadoras con el apoyo del Director de trabajo de investigación. La capacitación se realizó durante tres jornadas de 4 horas cada una, donde se explicaron mediante una presentación los siguientes temas: introducción, planteamiento del problema, justificación, objetivo general y específicos, marco teórico y estado del arte, metodología (tipo y diseño del estudio, área de estudio, población y muestra, variables, recolección de la información, plan de análisis de datos, consideraciones éticas, resultados esperados), cronograma, presupuesto, consentimiento informado (proceso de captación, beneficios, derechos y deberes del usuario) e instrumento. En estos dos últimos temas se hizo énfasis en la importancia del correcto diligenciamiento y explicación de dudas o inquietudes que tuvieran los usuarios elegidos como participantes de esta investigación.

El diligenciamiento del consentimiento informado lo hicieron también las dos líderes de los procesos mencionados anteriormente y no las investigadoras. Lo anterior para anular el sesgo en cuanto a la participación de los usuarios debido a los cargos que ocupan las dos investigadoras dentro de la IPS (Subgerente y Directora administrativa). Sin embargo, estos documentos fueron revisados por

las investigadoras inmediatamente se diligenciaban; una vez el participante firmó este documento, una persona era la encargada de entregar a una de las dos investigadoras para validar que haya sido diligenciado de manera correcta. De manera simultánea a este proceso, el participante estuvo contestando las preguntas de la encuesta, por lo que sí hizo falta un espacio por diligenciar, este era devuelto a la encuestadora para que el participante lo terminara de llenar antes de que el saliera de la IPS. De igual manera, todos los consentimientos informados fueron devueltos a las encuestadoras para que ellas al final de cada jornada de aplicación de encuestas, entregarán a las investigadoras ambos documentos relacionados por participante.

Para evaluar el trato adecuado es necesario apoyarse en las ocho dimensiones propuestas por la OMS, donde se analiza el aspecto humano subjetivo, mediante sub-variables como: autonomía, confidencialidad, comunicación, trato digno, condiciones de las comodidades básicas, atención pronta, acceso a redes de apoyo, capacidad de elección del proveedor del servicio.

El instrumento se diseñó con afirmaciones vinculadas a cada una de los dominios del trato adecuado. Las opciones de respuesta estuvieron en una escala Likert donde la puntuación más favorable corresponde al puntaje más alto, lo anterior se re categorizó debido a que las respuestas de encuesta de la OMS, plantea la puntuación más favorable con el puntaje más bajo. (Muy Buena=1, Buena=2, Regular=3, Mala=4, Muy mala=5)

Para validar el instrumento se realizó una prueba piloto, mediante la que se determinó que el instrumento cumplía con los requerimientos de confiabilidad, al

igual que la metodología establecida. La prueba piloto se aplicó al 10% del tamaño de la muestra en Dolormed Centro Integral en Manejo del Dolor SAS, ubicada en la ciudad de Tuluá, Valle. Esta es una IPS de segundo nivel de complejidad, enfocada en la atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, Administradoras de Accidentes Laborales y particulares, ofertando los servicios de consulta prioritaria, consulta médica especializada, imagenología, fisioterapia y procedimientos de mediana y alta complejidad. Se revisó que la terminología fuera la adecuada para llevar al usuario al mejor entendimiento por parte de los encuestados. Al analizar los resultados de las jornadas de aplicación de las encuestas, no se encontró dificultad al momento en que los usuarios dieron respuesta a las preguntas. Para la aplicación de la encuesta en la IPS Dolormed SAS, se trasladaron las dos profesionales entrenadas de la IPS Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, quienes ya se habían capacitado para esto.

Para garantizar la calidad de la información recolectada se contó con las investigadoras. La información recolectada en la prueba piloto fue digitada y analizada en una base de datos construida en el programa Epi Info versión 7.0. A través de la base de datos se constató la exhaustividad de los datos de cada una.

5.6 Plan de análisis de datos

Para analizar la información se revisó la calidad y consistencia de la información consignada por medio de las encuestas (Anexo 1) y, se enumeró cada una para el ingreso al sistema, se realizó una pre-codificación de las preguntas abiertas y

se diseñó una base de datos en el programa Epi-Info versión 7.0, controlando la validación de entrada de datos por medio de una doble digitación.

Para la caracterización sociodemográfica de los usuarios del estudio como género, estado civil y régimen de salud, se construyeron tablas de frecuencia con sus porcentajes para cada categoría, acompañados con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Para la variable edad se estimó el promedio acompañado con la respectiva medida de dispersión. Esta variable se recodificó por grupos de edad y también se construyó su respectiva tabla de frecuencia. Se compararon estas frecuencias según grupos de interés dentro de la muestra. Para identificar la relación del cruce de variable se usó la prueba chi cuadrado a un nivel de significancia del 5%.

Con relación a los dominios de “trato adecuado” se construyeron frecuencias para cada una de las preguntas que conforman cada uno de estos. De forma similar se realizó una valoración para llegar a una calificación final de cada dominio. Se estimaron medianas y rangos intercuartílicos y se compararon las diferencias entre los grupos de interés dentro de la muestra como son el régimen de afiliación, edad, género, nivel educativo, afiliación al sistema y ocupación.

Para valorar la percepción de los usuarios por cada una de los dominios y la calificación total del trato adecuado, se calificaron las variables resúmenes de cada dimensión en una escala de 1 a 5, donde se estimaron medidas de tendencia central como la media y mediana, acompañados por sus respectivas medidas de dispersión, como la desviación estándar, y los rangos intercuantílicos y valores mínimos y máximos.

Para establecer las diferencias en la percepción del trato entre los diferentes segmentos de población atendida en la institución según la edad, nivel educativo, ocupación y afiliación a la seguridad social se realizaron tablas cruzadas entre las variables de percepción general en cada una de las dimensiones y las variables sociodemográficas. Para este análisis se aplicó la prueba Kruskal-Wallis a un nivel de significancia del 5 por ciento.

5.7 Consideraciones éticas

En la investigación participaron 334 usuarios de la IPS Redes Imat Clínica de Fracturas SAS durante el primer semestre del año 2017, a quienes amablemente se les solicitó su colaboración. Estas personas debían ser mayores de 18 años de edad, no hubo discriminación por sexo, grupo étnico o estrato socioeconómico.

La fuente de la información fue la encuesta que se aplicó a cada una de las personas anteriormente descritas y que fueron seleccionadas para participar en el estudio a través del método de muestreo aleatorio sistemático, la información que se obtuvo se empleó específicamente para propósitos de la investigación, no se utilizó ni utilizará para otros fines.

Los sujetos de estudio fueron citados de manera individual en la IPS, en un horario que se acomodara a su disponibilidad y comodidad. El tiempo de

participación del usuario será fue de aproximadamente 30 minutos. El encuestador no era parte de los investigadores.

El encuestador le presentó de manera verbal y escrita el consentimiento informado (Anexo 2) al usuario, dejándole una copia, manifestándole que su participación era totalmente voluntaria y que podía retirarse en cualquier momento, el encuestador fue quien obtuvo personalmente el consentimiento y así mismo le hizo de forma verbal la encuesta (Anexo 1), y estuvo disponible para resolver las dudas que pudieran tener acerca de la encuesta o de la investigación.

El consentimiento informado se documentó a cada paciente luego de ser leído y explicado en lenguaje sencillo al nivel socio cultural de cada participante, además se le escucharon y aclararon las dudas relacionadas sobre éste. El consentimiento informado fue documentado en un formato escrito diseñado para este fin por sus investigadores, de éste se dejó una copia a cada participante. Finalmente, esta información se recolectó con su respectiva encuesta.

La investigación se ciñó a los lineamientos nacionales e internacionales sobre las consideraciones éticas, Resolución 08430 expedida por el Ministerio de Salud en el año 1993, mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Esta investigación se clasifica de bajo riesgo según el artículo 11, debido a que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

En relación a la protección de la intimidad, las encuestas fueron totalmente anónimas y confidenciales, lo que quiere decir que no se tuvo en cuenta el nombre y número del documento de identidad del participante, además la información consignada solo fue manipulada por los investigadores con una estricta cadena de custodia para la recolección y tabulación de los datos. Para cumplir con lo anterior se tuvo en cuenta la resolución anteriormente citada, en la cual se establecen las normas generales para la investigación médica, lo mismo que para la experimentación biomédica clínica y no clínica.

El estudio fue aprobado por el comité de Ética Humana a través del acta de aprobación No. 019-016, con código interno 186-016 y otorgada el 11 de Enero de 2017 por la Presidenta de este comité, la Doctora María Florencia Velasco de Martínez. Además con Certificación de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, firmada por el Doctor Adalberto Sánchez G, Vicedecano de la Facultad de Salud, en la misma fecha.

6. RESULTADOS

6.1 Características socio demográficas de los usuarios

En la Tabla No. 2 se presentan las variables sociodemográficas de los usuarios, en la se puede observar que del total de la población de estudio, el 56% fueron mujeres. En relación al nivel de escolaridad, una tercera parte de los usuarios tienen secundaria completa.

Con respecto a la etnia, se puede observar que alrededor del 94% de la población son de etnia mestiza y el 41% de la población son solteros. Adicionalmente, se encontró que en el nivel de ocupación de los usuarios un 60% de la población tenía un trabajo.

En cuanto a los ingresos mensuales recibidos por los usuarios, alrededor del 47% de la población recibía entre \$0 a \$500.000. En el estrato socioeconómico se encontró que el 42% de los usuarios residen en estrato 3. Finalmente, la cobertura en salud de esta población en su mayoría era a través del régimen contributivo con 60%.

Tabla No.2 Distribución de los usuarios según características sociodemográficas. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334

Característica	Frecuencia	Porcentaje	IC [95%]	
	a n=334	e %	Lím. Inferior	Lím. Superior
Género				
Mujeres	186	56%	50.3%	60.9%
Hombres	148	44%	39.1%	49.7%
Grupo de Edad				
15 a 25 años	66	19,8%	10.5%	21.9%
26 a 35 años	55	16,5%	11.3%	18.9%
36 a 45 años	95	28,4%	20.0%	37.2%
46 a 55 años	74	22,2%	13.5%	27.9%
56 a 65 años	36	10,8%	14.8%	23.1%
66 a 75 años	8	2,4%	0.7%	7.9%
Escolaridad				
Primaria Completa	43	13%	9.7%	16.9%
Primaria Incompleta	28	8%	5.9%	11.9%
Secundaria Completa	98	29%	24.7%	34.4%
Secundaria Incompleta	47	14%	10.8%	18.2%
Superior Completa	25	7%	5.1%	10.8%
Superior Incompleta	19	6%	3.7%	8.7%
Tecnólogo	70	21%	16.9%	25.6%

Característica	Frecuencia	Porcentaje	IC [95%]	
	<i>n=334</i>	%	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
Otros	4	1%	0.5%	3.0%
Etnia				
Mestizo	314	94%	90.9%	96.1%
Afrocolombiano	16	5%	3.0%	7.6%
Raizal	4	1%	0.5%	3.0%
Estado civil				
Soltero	137	41%	35.9%	46.4%
Casado	92	28%	23.0%	32.6%
Unión libre	87	26%	21.6%	31.0%
Separado	12	4%	2.1%	6.2%
Viudo	6	2%	0.8%	3.9%
Ocupación				
Trabajando	201	60%	54.8%	65.3%
Oficios varios	45	13%	10.2%	17.6%
Desempleado (más de 15 días)	35	10%	7.6%	14.2%
Estudiando	24	7%	4.9%	10.5%
Buscando trabajo (si lleva hasta 15 días)	14	4%	2.5%	6.9%
Otras actividades	11	3%	1.9%	5.8%
Jubilado, pensionado	4	1%	0.5%	3.0%
Ingresos				
\$0 a \$500.000	158	47%	42.0%	52.7%
\$500.001 a \$1'000.000	135	40%	35.3%	45.8%

Característica	Frecuencia	Porcentaje	IC [95%]	
	a <i>n=334</i>	e %	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
\$1'000.001 a \$2'000.000	34	10%	7.4%	13.9%
\$2'000.001 a \$3'000.000	4	1%	0.5%	3.0%
\$3'000.001 o más	3	1%	0.3%	2.6%
Estrato				
1	34	10%	7.4%	13.9%
2	131	39%	34.1%	44.6%
3	139	42%	36.5%	47.0%
4	18	5%	3.4%	8.4%
5	12	4%	2.1%	6.2%
Afiliación				
Contributivo	200	60%	54.5%	65.0%
Subsidiado	119	36%	30.7%	40.9%
Pobre no asegurado	8	2%	1.2%	4.7%
Particular	7	2%	1.0%	4.3%

* IC: Intervalo de Confianza

La edad de los participantes oscilo de los 18 a 72 años de edad, con un promedio de edad de 40 años. La edad más frecuente fue de 48 años. Sin embargo, el grupo de edad con mayor frecuencia fue entre los 36 a 45 años con un 28.4%. Una tercera parte de los usuarios encuestados tenía como edad máxima 29 años, la mitad tenía como máximo 41 años, y el 75% tenía 49 años de edad.

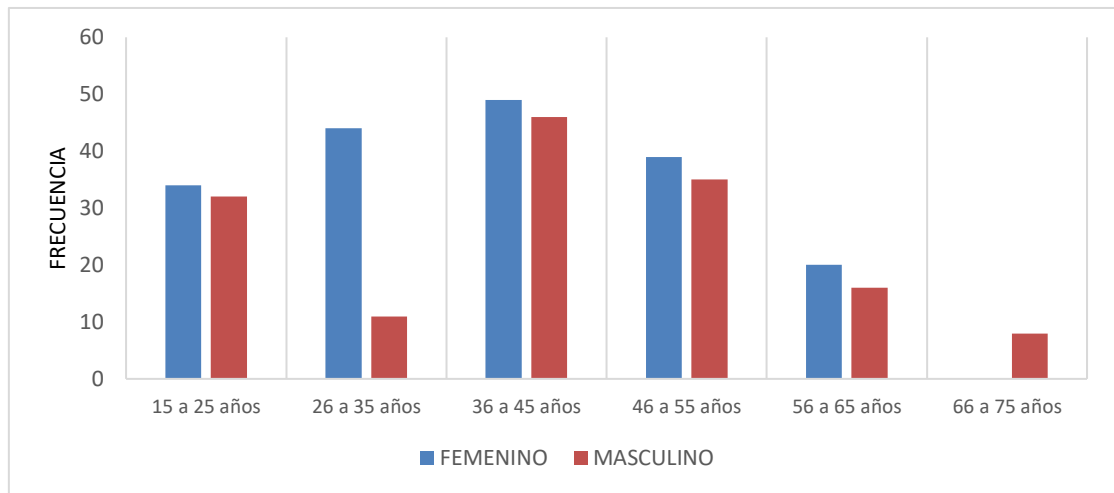
Tabla No.3 Distribución de los usuarios según la edad, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, año 2017. n=334

Característica	Media	M_e	Moda	DE	Q_1	Q_3	RI	Min	Max	IC [95%]	
										Lím. Inf	Lím. Sup
Edad	40	41	48	13,1	29	49	20	18	72	39	42

* DE: Desviación Estándar; Cuartiles: Q_1 Q_3 ; RI: Rango Intercuartílico; M_e : Mediana, IC: Intervalo de Confianza

En la Grafica No. 3 esta se muestra la distribución de los usuarios según la edad y el género, en la que no se encontró diferencias significativas ($Chi-cuadrado= p$ 0.00) entre los rangos de edad con respecto al género de los encuestados.

Gráfica No.4 Distribución de los usuarios según el género y edad. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. n=334

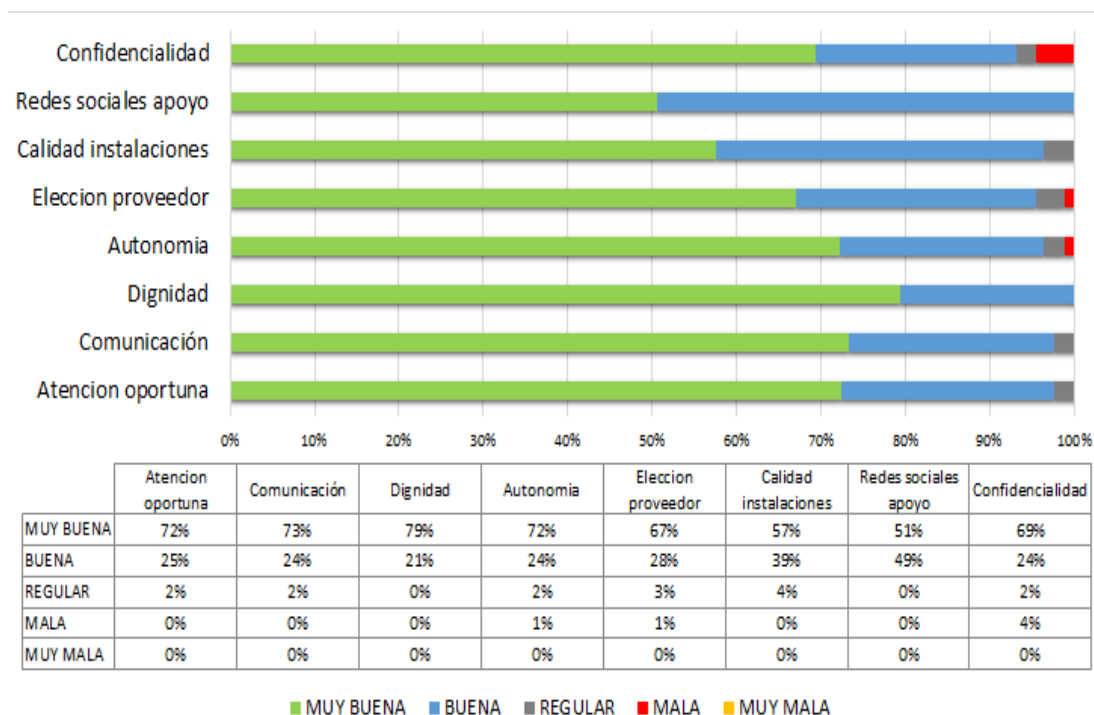


6.2 Trato adecuado

En la Gráfica No.4, se muestra la distribución porcentual de cada categoría (Muy Buena, Buena, Regular, Mala y Muy Mala) obtenida en la calificación de cada uno de los dominios con respecto a la percepción del trato.

El dominio mejor calificado fue el de dignidad, en el que el 79% de los usuarios tuvieron muy buena percepción en este, mientras que en el dominio de confidencialidad de la Información el 4% de los usuarios tuvieron mala percepción.

Gráfica No.5 Distribución porcentual de las categorías de los dominios según la percepción del trato que reciben los usuarios en Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. (Porcentajes de categorías de la escala)



La tabla No. 4 presenta la distribución de los usuarios según el dominio atención oportuna. Al indagar a los usuarios sobre si obtuvo una atención tan rápida como lo quería, el 95% de ellos respondieron que siempre y usualmente. Aproximadamente, uno de cada tres usuarios necesitaron el servicio de laboratorio, el 73% respondieron que las pruebas o exámenes los realizaban el mismo día y el 7% más de 10 días. En general, la mayoría de los usuarios (98%) calificaron (Muy Buena y Buena) su experiencia en cuanto a recibir atención oportuna en los servicios de salud de la IPS.

Tabla No.4 Distribución de los usuarios según el dominio de Atención Oportuna. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334

Dominio de atención oportuna				
Característica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza [95%]	
	<i>n=334</i>	%	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que usted quería que lo atendieran hasta que lo atendieron?				
Minutos	291	87	83.1	90.3
Horas	31	9	6.6	12.9
Días	12	4	2.1	6.2
Cuando quiso ser atendido ¿Qué tan a menudo obtuvo atención tan rápido como la quería?				
Siempre	273	82	77.2	85.5
Usualmente	45	13	10.2	17.6
Algunas veces	16	5	3.0	7.6
Nunca	0	0	0	0
¿Ha necesitado algunos exámenes o pruebas de laboratorio?				
Si	103	31.	26.4	36.4
No	227	69	63.6	73.6
En general, ¿Cuánto tuvo que esperar para que le hicieran las pruebas de laboratorio o los exámenes? *				
El mismo día	75	73	63.2	81.1
1-2 días	15	15	8.4	22.9
3-5 días	3	3	0.6	8.3
6-10 días	3	3	0.6	8.3
Más de 10 días	7	7	2.8	13.5
En general, ¿Cómo calificaría su experiencia en cuanto a recibir atención oportuna en los servicios de salud de la clínica? Atención oportuna se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de ésta				
Muy buena	242	72	67.4	77.0
Buena	84	26	20.8	30.1
Regular	8	2	1.2	4.7

Mala	0	0	0.0	0.0
Muy Mala	0	0	0	0

*n= 103. Solo los usuarios que se realizaron exámenes de laboratorio.

La Tabla No. 5 muestra la distribución en cuanto al dominio de Dignidad, el 98% de los usuarios cuando solicitaron atención en salud recibieron un trato con respeto por el personal de doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud. El 95% respondieron que recibieron un trato digno por el personal del lugar, como los recepcionistas o cajeros.

Al indagar a los usuarios sobre si le respetaron su privacidad cuando le examinaron o le realizaron un tratamiento, el 98% respondió que siempre. En general, el 100% de los usuarios calificaron (Muy Buena y Buena) su experiencia en cuanto a ser tratado con dignidad en los servicios de salud brindados en la IPS.

Tabla No.5 Distribución de los usuarios según el dominio de Dignidad. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334

Dominio de dignidad				
Característica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza [95%]	
	<i>n=334</i>	%	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
Cuando solicitó atención en salud ¿con qué frecuencia los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud lo trataron con respeto?				
Siempre	326	98	95.4	98.8
Usualmente	8	2	1.2	4.7
Algunas veces	0	0	0	0
Nunca	0	0	0	0
¿Con qué frecuencia el personal del lugar, como recepcionistas o cajeros lo trataron con respeto?				
Siempre	318	95	92.4	97.0
Usualmente	12	4	2.1	6.2
Algunas veces	0	0	0	0
Nunca	4	1	0.5	3.0
¿Con qué frecuencia lo examinaron o le hicieron algún tratamiento respetando su privacidad?				
Siempre	326	98	95.4	98.8
Usualmente	8	2	1.2	4.7
Algunas veces	0	0	0	0
Nunca	0	0	0	0
En general ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a ser tratado con dignidad en los servicios de salud? teniendo en cuenta que dignidad es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratados cordialmente por todo el personal –médico y no- del sistema				
Muy buena	265	79	74.7	83.3
Buena	69	21	16.7	25.3
Regular	0	0	0	0
Mala	0	0	0	0
Muy Mala	0	0	0	0

Con respecto a Tabla No. 6, se evidencia en relación al dominio de Comunicación, el 88% de los usuarios siempre fueron escuchados con atención por los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud y el 2% algunas veces. El 85% de los usuarios recibió explicaciones claras de la información por los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud.

Cuando se les indagó sobre si los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud les brindo un espacio para preguntarles sobre su problema de salud o tratamiento, el 82% respondió que siempre, el 4% algunas veces y el 1% casi nunca. En general, el 97% de usuarios calificó (Muy Buena y Buena) la comunicación con los trabajadores de salud.

Tabla No.6 Distribución de los usuarios según el dominio de Comunicación.
Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334

Dominio de comunicación				
Característica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza [95%]	
	<i>n=334</i>	%	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
¿Qué tan a menudo los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud lo escucharon con atención?				
Siempre	295	88	84.4	91.3
Usualmente	31	9	6.6	12.9
Algunas veces	8	2	1.2	4.7
Nunca	0	0	0	0
¿Qué tan a menudo los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud le explicaron las cosas claramente para que usted las entendiera?				
Siempre	283	85	80.5	88.2
Usualmente	47	14	10.8	18.2
Algunas veces	4	1	0.5	3.0
Nunca	0	0	0	0
¿Qué tan a menudo los doctores, enfermeras o trabajadores de salud le dieron tiempo para que usted les preguntara acerca de su problema de salud o su tratamiento?				
Siempre	273	82	77.2	85.5
Usualmente	42	13	9.4	16.6
Algunas veces	15	4	2.7	7.3
Casi Nunca	4	1	0.5	3.0
En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la forma como los trabajadores de salud se comunicaron con usted? Comunicación es el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento en forma clara para él				
Muy buena	245	73	68.4	77.8
Buena	81	24	20.0	29.1
Regular	8	3	1.6	5.8
Mala	0	0	0	0
Muy Mala	0	0	0	0

En la Tabla No. 7 se presenta la distribución de los usuarios en el dominio de Autonomía, podían calificar su experiencia en cuanto a participar en las decisiones sobre su atención o tratamiento. En ello se indago si los trabajadores de salud permitían que los usuarios participaran en esas decisiones, se encontró que el 78% respondió que siempre, el 11% usualmente y el 11% (algunas veces y nunca).

El 82% de los usuarios respondieron que los trabajadores de salud siempre les pedían permiso para realizar un examen o tratamiento, a su vez el 6% respondió (algunas veces y casi nunca) lo hacían. En general, el 96% de los usuarios califico satisfactoria (Muy buena y buena) su experiencia en cuanto a participar en las decisiones sobre su atención.

Tabla No.7 Distribución de los usuarios según el dominio de Autonomía. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334

Autonomía				
Característica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza [95%]	
	<i>n=334</i>	%	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
Cuando fue atendido, ¿se tomó alguna decisión con respecto a la atención, el tratamiento (p. ej. medicamentos) o a los exámenes que se le iban a realizar?				
Si	320	96	93.1	97.5
No	14	4	1.9	5.8
¿Con qué frecuencia los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud lo dejaron participar tanto como usted quiso en las decisiones con respecto a la atención, los tratamientos o los exámenes?				
Siempre	262	78	73.7	82.5
Usualmente	37	11	8.1	14.9
Algunas veces	19	6	3.7	8.7
Casi Nunca	16	5	3.0	7.6
¿Con qué frecuencia los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud le pidieron permiso antes de hacerle un examen o empezar un tratamiento?				
Siempre	273	82	77.2	85.5
Usualmente	40	12	8.9	15.9
Algunas veces	10	3	1.6	5.4
Casi Nunca	11	3	1.9	5.8
En general, ¿cómo calificaría su experiencia en los últimos 12 meses en cuanto a participar tanto como usted quiso, en las decisiones sobre su atención o tratamiento? Poder participar en las decisiones significa poder participar en las decisiones. Es el derecho que tienen las personas a participar, si así lo desean, en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Hace referencia a respetar el derecho del usuario para rechazar algún tratamiento y ser consultado en relación a las decisiones que se tomen con respecto a su salud.				

Autonomía				
Característica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza [95%]	
	<i>n=334</i>	%	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
Muy buena	241	72	67.1	76.7
Buena	81	24	20.0	29.1
Regular	8	2	1.2	4.7
Mala	4	1	0.5	3.0
Muy Mala	0	0	0	0

En la Tabla No. 8 se muestra que en el dominio de Confidencialidad de la Información, el 83% de los usuarios opinaron que las conversaciones de los trabajadores de salud se hacían de manera privada, el 17% opinó que algunas veces y casi nunca lo hacían. Sin embargo, el 93% calificó satisfactoria (Muy buena y buena) su experiencia en cuanto a la confidencialidad de información en su atención.

Tabla No.8 Distribución de los usuarios según el dominio de confidencialidad de la información. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334

Confidencialidad de la información				
Característica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza [95%]	
	n=334	%	Lím. Inferior	Lím. Superior
¿Qué tan a menudo las conversaciones con su doctor, enfermera u otro trabajador de salud se hicieron de manera privada sin que otros pudieran oír lo que se decía?				
Siempre	237	71	65.9	75.6
Usualmente	39	12	8.7	15.6
Algunas veces	40	12	8.9	15.9
Casi Nunca	18	5	3.4	8.4
En general ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la manera como los servicios de salud guardaron su información de manera confidencial? Confidencialidad de la información se refiere a que la información proporcionada por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe protegerse y no ser difundida sin el consentimiento manifiesto del usuario				
Muy buena	232	69	64.3	74.2
Buena	79	24	19.4	28.5
Regular	8	2	1.2	4.7
Mala	15	4	2.7	7.3
Muy Mala	0	0	0	0

En la Tabla No. 9 se presenta que los usuarios mediante el dominio de capacidad de elección del proveedor de servicios podían calificar su experiencia en cuanto a la escogencia del proveedor y servicio para su atención o tratamiento. En ello

se indagó el grado de dificultad para escoger el trabajador de salud con el cual se sentía más contento y el 85% respondió que ninguno.

Al indagar si presentaron problemas para utilizar otro servicio distinto al que usualmente consulta, el 87% respondieron que ninguno. En general, el 95% de los usuarios calificó satisfactoria (Muy buena y buena) su experiencia en cuanto a la elección del proveedor y servicio.

Tabla No.9 Distribución de los usuarios según el dominio de capacidad de elección del proveedor de servicios. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334

Capacidad de elección del proveedor de servicios				
Característica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza [95%]	
	<i>n</i>	%	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
En los últimos 12 meses, ¿Qué grado de dificultad tuvo para escoger al trabajador de salud con el que usted se siente más contento entre los doctores, enfermeras o trabajadores de salud disponibles?				
Ninguno	285	85	81.1	88.7
Leve	38	11	8.4	15.2
Moderado	7	2	1.0	4.3
Severo	0	0	0	0
Extremo	4	1	0.5	3.0
¿Qué tanto problema tuvo para utilizar otro servicio de salud distinto al que usualmente consulta?				
Ninguno	292	87	83.4	90.6
Leve	15	4	2.7	7.3

Capacidad de elección del proveedor de servicios				
Característica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza [95%]	
	<i>n</i>	%	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
Moderado	4	1	0.5	3.0
Severo	0	0	0	0
Extremo	0	0	0	0
Nunca intento	23	7	4.6	10.1
En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la posibilidad de escoger un trabajador de salud o un servicio de su elección? Posibilidad de escoger es el derecho que tienen los usuarios de decidir dónde (institución) y con quién atenderse (personal de salud).				
Muy buena	224	67	61.9	71.9
Buena	95	28	23.9	33.5
Regular	11	3	1.9	5.8
Mala	4	1	0.5	3.0
Muy Mala	0	0	0	0

En relación a la Tabla No. 10, se muestra que en el dominio de la Calidad del Ambiente o las Instalaciones, el 94% de los usuarios opinaron que las condiciones en la sala de espera son satisfactorias (Muy buena y buena), a su vez, el 99% (Muy buena y buena) opinó que se presentaba una adecuada la limpieza del lugar. En general, el 96% (Muy buena y buena) de los usuarios calificó satisfactorio este dominio.

Tabla No.10 Distribución de los usuarios según el dominio de la Calidad del Ambiente o las Instalaciones. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=334

Calidad del ambiente o de las instalaciones				
Característica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza [95%]	
	<i>n</i>	%	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
¿Cómo calificaría las condiciones de la sala de espera, por ejemplo espacio, sillas y ventilación?				
Muy buena	187	56	50.6	61.2
Buena	128	38	33.3	43.6
Regular	19	6	3.7	8.7
Mala	0	0	0	0
Muy Mala	0	0	0	0
¿Cómo calificaría la limpieza del lugar?				
Muy buena	234	70	64.9	74.7
Buena	96	29	24.2	33.8
Regular	4	1	0.5	3.0
Mala	0	0	0	0
Muy Mala	0	0	0	0
En general, ¿cómo calificaría la calidad de las instalaciones, por ejemplo espacio, sillas, ventilación y limpieza de la clínica? Calidad de las instalaciones y del ambiente significa comprende atributos físicos de las instalaciones de salud, tales como la limpieza y ventilación de las instalaciones, servicios sanitarios limpios y salas de espera confortables. En el ámbito hospitalario se incluyen, además, la calidad de los alimentos, la limpieza de las camas y la dotación de ropa adecuada				
Muy buena	192	57	52.1	62.7
Buena	130	39	33.9	44.3
Regular	12	4	2.1	6.2
Mala	0	0	0	0
Muy Mala	0	0	0	0

Por último, la tabla No. 11 muestra la distribución de los usuarios en el dominio de Acceso a Redes Sociales de Apoyo se encontró que el 21% de los encuestados estuvo en hospitalización. El 67% no presentó ningún problema para que el hospital dejara a su familia y amigos encargarse de sus necesidades. El 100% de estos usuarios no presentaron ninguna dificultad en cuanto a la práctica de creencias religiosas durante su estancia.

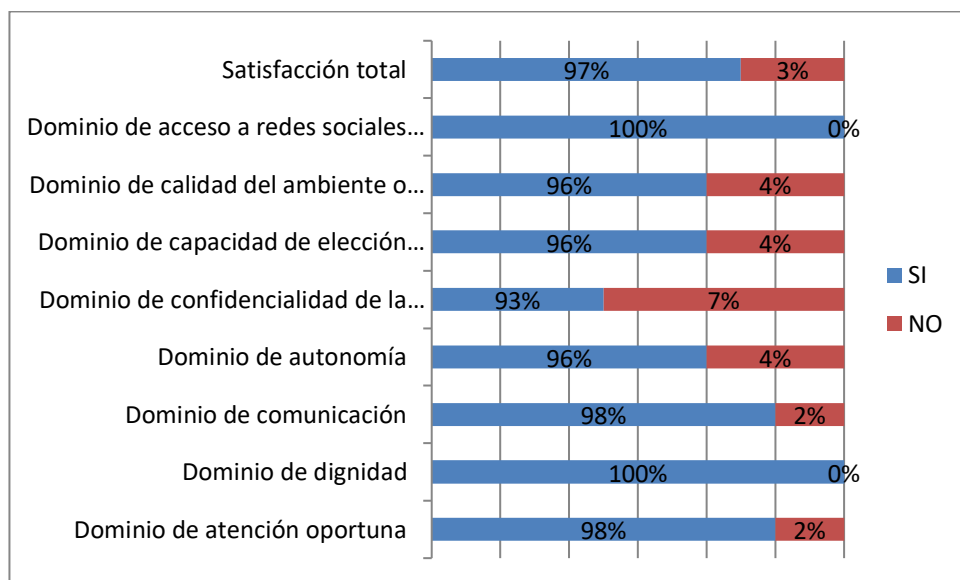
En general, el 100% de estos usuarios hospitalizados calificaron satisfactoria (muy buena y buena) su experiencia en cuanto a la interacción con su familia y la práctica de creencias religiosas durante su estancia.

Tabla No.11 Distribución de los usuarios según el dominio de acceso a redes sociales de apoyo. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I del año 2017. n=73

Acceso a redes sociales de apoyo				
Característica	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de Confianza [95%]	
	<i>n</i>	%	<i>Lím. Inferior</i>	<i>Lím. Superior</i>
Mientras estuvo hospitalizado ¿qué tanto problema tuvo para que el hospital dejara que su familia y amigos se encargaran de sus necesidades personales (tales como traerle su comida favorita, jabón, etc.)?				
Ninguno	49	67	55.1	77.7
Leve	16	22	13.1	33.1
Moderado	8	11	4.9	20.5
Severo	0	0	0	0
Extremo	0	0	0	0
Durante su estadía en el área de hospitalización, ¿qué grado de dificultad tuvo para practicar y cumplir con sus creencias religiosas y tradiciones cuando usted quiso?				
Ninguno	73	100	95.1	100.0
Leve	0	0	0	0
Moderado	0	0	0	0
Severo	0	0	0	0
Extremo	0	0	0	0
Ahora, en general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la forma en la que la clínica permitió que usted interactuara con su familia y amigos y continuara con sus costumbres religiosas y sociales durante su hospitalización? Apoyo social es el derecho que tienen los pacientes a recibir visitas de familiares y amigos, es decir, que no se encuentren aislados y sostengan contacto con su entorno social.				
Muy buena	37	51	38.7	62.6
Buena	36	49	37.4	61.3
Regular	0	0	0	0
Mala	0	0	0	0
Muy Mala	0	0	0	0

En la gráfica No. 5 se muestra que al realizar el análisis de la percepción de los usuarios, se evidencia que el 97% de los usuarios tiene una satisfacción total, o una buena percepción al momento de recibir los servicios de salud en Redes Imat Clínica de Fracturas SAS.

Grafica No 6. Calificación de los usuarios según percepción general en cada una de las dimensiones. Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. n=334



*Nota SI: Muy buena y Buena percepción, No: Regular, mala y muy mala

A través de la tabla No. 13, se muestra la calificación frente al trato adecuado, en una escala de 1 a 5, estuvo alrededor de 4.7 (DS=0.4). Lo que quiere decir que los datos tienen una distribución homogénea. En una escala de 1 a 5, la mitad de los usuarios calificó por encima de 4.9. Una cuarta parte de los usuarios, calificaron el trato adecuado por debajo 4.3 o equivalentemente, tres cuartas partes (75%) calificaron por encima de 4.3 en una escala de 1-5. El 25% de los usuarios, o una cuarta parte, calificaron en 5 el trato.

Tabla No. 12 Estadística de la escala total del trato adecuado para los ocho dominios. Redes Imat, 2017. n=334.

Media	93%
Mediana	97%
Q1	86%
Q3	100%
Moda	100%
Desviación estándar	8%
Mínimo	63%
Máximo	100%
Cuenta	334
Coeficiente de variación	9%

6.4 Trato adecuado y diferencias en la percepción

En el siguiente apartado se establecieron las diferencias entre la percepción del trato y la afiliación a la seguridad social, el nivel educativo, el género y la ocupación.

Mediante la tabla No. 13 se presenta el análisis entre los grupos de edad y los dominios del trato recibido por los usuarios de Redes Imat SAS, se encontraron asociaciones estadísticas en los dominios de atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía y confidencialidad. Pero, también se encontró que no existen diferencias significativas entre los grupos de edad y los dominios de elección del proveedor, calidad del ambiente o de las instalaciones y Acceso a redes sociales de apoyo.

Tabla No.13 Distribución de los usuarios según la percepción del trato en cada dominio y grupos de edad, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. n=334

Dominio	15 a 25 años	26 a 35 años	36 a 45 años	46 a 55 años	56 a 65 años	66 a 75 años	Valor KW	Valor p
Oportunidad								
Mínimo	4	3	3	4	4	4	11,3259	0,0453
25%	4	4	5	4	5	4		
Mediana	5	5	5	5	5	4,5		
75%	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	4		
Dignidad								

Dominio	15 a 25 años	26 a 35 años	36 a 45 años	46 a 55 años	56 a 65 años	66 a 75 años	Valor KW	Valor p
Mínimo	4	4	4	4	4	5	13,812	0,0168
25%	5	5	5	4	5	5		
Mediana	5	5	5	5	5	5		
75%	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	5		
Comunicación								
Mínimo	3	4	3	4	4	5	14,329	0,0136
25%	4	4	5	4	4	5		
Mediana	5	5	5	5	5	5		
75%	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	5		
Autonomía								
Mínimo	3	3	2	4	4	5	22,9776	0,0003
25%	4	4	5	4	5	5		
Mediana	5	5	5	5	5	5		
75%	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	5		
Confidencialidad de la información								
Mínimo	2	2	2	4	4	2	16,8728	0,0047
25%	4	4	4	4	5	2		

Dominio	15 a 25 años	26 a 35 años	36 a 45 años	46 a 55 años	56 a 65 años	66 a 75 años	Valor KW	Valor p
Mediana	5	5	5	5	5	3,5		
75%	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	2		
Capacidad de elección del proveedor								
Mínimo	3	4	2	4	4	4	6,3148	0,2768
25%	4	4	4	4	5	4		
Mediana	5	5	5	5	5	4,5		
75%	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	4		
Calidad del ambiente o de las instalaciones								
Mínimo	4	4	3	4	3	3	6,2119	0,2861
25%	4	4	4	4	4	3		
Mediana	5	5	5	4	5	4		
75%	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	4	5	3		
Acceso a redes sociales de apoyo*								
Mínimo	4	4	4	4	4	4	5,5168	0,3561
25%	4	4	4	4	4	4		
Mediana	5	4	4	4,5	4,5	4,5		
75%	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	4	4	4	4	4		

* Este ítem solo fue evaluado en el área de hospitalización por 73 usuarios.

Mediante la tabla No. 14 se muestra que al evaluar la relación de la percepción del trato que recibieron los usuarios en Redes Imat Clínica de Fracturas SAS con respecto al genero, se encontró que en la prueba de significancia, hay diferencias estadísticamente significativas en el dominio de Acceso a redes sociales de apoyo. ($p=0.0001$). En los dominios de atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía, confidencialidad de la información y elección del proveedor de servicios, no hay asociaciones estadísticas.

Tabla No.14 Distribución de los usuarios según la percepción del trato en cada dominio y el género, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. n=334

Dominio	Femenino	Masculino	Valor KW	Valor p
Oportunidad				
Mínimo	3	4	0,0031	0,9555
25%	4	4		
Mediana	5	5		
75%	5	5		
Máximo	5	5		
Moda	5	5		
Dignidad				
Mínimo	4	4	0,0031	0,9555
25%	5	5		
Mediana	5	5		
75%	5	5		
Máximo	5	5		
Moda	5	5		

Dominio	Femenino	Masculino	Valor KW	Valor p
Comunicación				
Mínimo	3	3	1,0881	0,2969
25%	4	5		
Mediana	5	5		
75%	5	5		
Máximo	5	5		
Moda	5	5		
Autonomía				
Mínimo	3	2	1,7431	0,1867
25%	4	4		
Mediana	5	5		
75%	5	5		
Máximo	5	5		
Moda	5	5		
Confidencialidad de la información				
Mínimo	2	2	2,5661	0,1092
25%	4	4		
Mediana	5	5		
75%	5	5		
Máximo	5	5		
Moda	5	5		
Capacidad de elección del proveedor				
Mínimo	3	2	0,9837	0,3213
25%	4	4		
Mediana	5	5		

Dominio	Femenino	Masculino	Valor KW	Valor p
75%	5	5		
Máximo	5	5		
Moda	5	5		
Calidad del ambiente o de las instalaciones				
Mínimo	3	3	3,0648	0,0800
25%	4	4		
Mediana	5	5		
75%	5	5		
Máximo	5	5		
Moda	5	5		
Acceso a redes sociales de apoyo*				
Mínimo	4	4	14,9392	0,0001
25%	5	4		
Mediana	5	4		
75%	5	5		
Máximo	5	5		
Moda	5	4		

* Este ítem solo fue evaluado en el área de hospitalización por 73 usuarios

A través de la tabla No. 15 se evidencia que al analizar la relación de la percepción del trato que recibieron los usuarios en la IPS con respecto al nivel educativo, se puede observar que según el valor p del dominio de acceso a redes sociales de apoyo ($p= 0,4603$), no hay significancia estadística entre las variables. En cuanto a los dominios atención oportuna, autonomía, capacidad de elección del proveedor de servicios y calidad del ambiente o de las instalaciones, si hay asociaciones estadísticas, según los valores de p. En los dominios de dignidad, comunicación y confidencialidad no se pudo evaluar el chi cuadrado.

Tabla No 15. Distribución de los usuarios según la percepción del trato en cada Dominio y el nivel de escolaridad, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017.n=334

Dominio	Otros	Primaria Completa	Primaria Incompleta	Secundaria Completa	Secundaria Incompleta	Superior Completa	Superior Incompleta	Tecnólogo	Valor KW	Valor p
Oportunidad										
Mínimo	5	4	4	3	4	3	4	4	17,198	0,0162
25%	5	4	4	5	4	4	4	5		
Mediana	5	5	5	5	5	5	4	5		
75%	5	5	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	5	4	5		
Dignidad										
Mínimo	5	4	4	4	4	4	5	4	47,1962	0
25%	5	5	4	5	4	4	5	5		
Mediana	5	5	5	5	5	5	5	5		
75%	5	5	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	5	5	5		
Comunicación										
Mínimo	4	3	4	3	4	4	4	4	33,3212	0
25%	4	4	4	5	5	5	4	5		
Mediana	4	5	5	5	5	5	4	5		
75%	4	5	5	5	5	5	5	5		
Máximo	4	5	5	5	5	5	5	5		
Moda	4	5	5	5	5	5	4	5		
Autonomía										
Mínimo	5	2	4	3	4	4	4	4	19,2145	0,0075
25%	5	4	4	5	4	5	4	5		

Dominio	Otros	Primaria Completa	Primaria Incompleta	Secundaria Completa	Secundaria Incompleta	Superior Completa	Superior Incompleta	Tecnólogo	Valor KW	Valor p
Mediana	5	5	5	5	5	5	5	5		
75%	5	5	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	5	5	5		
Confidencialidad de la información										
Mínimo	4	2	4	2	4	4	3	4	46,8064	0
25%	4	3	4	5	4	5	4	5		
Mediana	4	5	5	5	5	5	4	5		
75%	4	5	5	5	5	5	5	5		
Máximo	4	5	5	5	5	5	5	5		
Moda	4	5	5	5	5	5	4	5		
Capacidad de elección del proveedor										
Mínimo	5	2	4	3	4	3	3	4	30,1885	0,0001
25%	5	4	4	4	4	5	4	5		
Mediana	5	5	5	5	4	5	4	5		
75%	5	5	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	4	5	4	5		
Calidad del ambiente o de las instalaciones										
Mínimo	4	3	4	4	4	4	3	4	30,0998	0,0001
25%	4	4	4	4	4	5	4	4		
Mediana	4	5	5	5	5	5	4	5		
75%	4	5	5	5	5	5	4	5		
Máximo	4	5	5	5	5	5	5	5		
Moda	4	5	5	5	5	5	4	5		
Acceso a redes sociales de apoyo*										
Mínimo	0	4	4	4	4	0	4	4	4,6479	0,4603
25%	0	4	4	4	4	0	4	4		
Mediana	0	4	4,5	5	4	0	4,5	4,5		

Dominio	Otros	Primaria Completa	Primaria Incompleta	Secundaria Completa	Secundaria Incompleta	Superior Completa	Superior Incompleta	Tecnólogo	Valor KW	Valor p
75%	0	5	5	5	5	0	5	5		
Máximo	0	5	5	5	5	0	5	5		
Moda	0	4	4	5	4	0	4	4		

* Este ítem solo fue evaluado en el área de hospitalización por 73 usuarios.

En la tabla No. 16 se muestra la relación a la afiliación al sistema de seguridad social; contributivo y subsidiado, la prueba de significancia del dominio dignidad, donde $p= 0.0157$, evidencia que hay asociaciones estadísticas. En cambio que la relación entre la afiliación y los dominios de atención oportuna, comunicación, autonomía, confidencialidad de la información, capacidad de elección del proveedor de los servicios, calidad del ambiente o de las instalaciones y acceso a redes sociales de apoyo, no hubo asociación estadística.

Tabla 16. Distribución de los usuarios según la percepción del trato en cada Dominio y la afiliación, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017. n=334

Dominio	Contributivo	Otro cuál?	Subsidiado	Vinculado	Valor KW	Valor p
Oportunidad						
Mínimo	3	5	3	4	4,8316	0,1846
25%	4	5	4	4		
Mediana	5	5	5	4,5		
75%	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	4		
Dignidad						
Mínimo	4	4	4	4	10,3616	0,0157
25%	5	4	5	4		
Mediana	5	4	5	4,5		
75%	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5		
Moda	5	4	5	4		
Comunicación						
Mínimo	3	5	3	4	4,5148	0,211
25%	4	5	4	4		
Mediana	5	5	5	4,5		
75%	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	4		

Dominio	Contributivo	Otro cuál?	Subsidiado	Vinculado	Valor KW	Valor p
Autonomía						
Mínimo	2	5	3	4	4,6366	0,2004
25%	4	5	4	4		
Mediana	5	5	5	4,5		
75%	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	4		
Confidencialidad de la información						
Mínimo	2	5	2	4	3,9513	0,2668
25%	4	5	4	4		
Mediana	5	5	5	4,5		
75%	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	4		
Capacidad de elección del proveedor						
Mínimo	2	4	3	4	2,3547	0,5021
25%	4	4	4	4		
Mediana	5	4	5	4,5		
75%	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5		
Moda	5	4	5	4		
Calidad del ambiente o de las instalaciones						
Mínimo	3	4	3	4	2,031	0,566
25%	4	4	4	4		
Mediana	5	4	5	4,5		
75%	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5		
Moda	5	4	5	4		

Dominio	Contributivo	Otro cuál?	Subsidiado	Vinculado	Valor KW	Valor p
Acceso a redes sociales de apoyo*						
Mínimo	4	0	4	0	0,4011	0,5265
25%	4	0	4	0		
Mediana	4	0	5	0		
75%	5	0	5	0		
Máximo	5	0	5	0		
Moda	4	0	5	0		

* Este ítem solo fue evaluado en el área de hospitalización por 73 usuarios.

Con respecto a la Tabla No. 17, se presenta que entre la percepción del trato y el nivel de ocupación, se encontró que en cuanto a la prueba de significancia, se encontraron asociaciones estadísticas en los dominios de atención oportuna, comunicación, confidencialidad de la información, autonomía, calidad del ambiente o de las instalaciones y Acceso a redes sociales de apoyo.

Por lo contrario, no se evidencian diferencias significativas entre los niveles de ocupación con respecto al dominio de dignidad. En el dominio de capacidad de elección del proveedor no se pudo evaluar el chi cuadrado.

Tabla No.17 Distribución de los usuarios según la percepción del trato en cada Dominio y la ocupación, Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, semestre I año 2017.n=334

Dominio	Buscando trabajo (si lleva hasta 15 días son empleo)	Desempleado (más de 15 días sin empleo)	Estudiando	Jubilado, pensionado	Oficios varios	Otro, cuál?	Trabajando	Valor KW	Valor p
Oportunidad									
Mínimo	4	4	4	4	4	4	3	21,8168	0,0013
25%	5	5	4	4	4	4	5		
Mediana	5	5	4	4	5	5	5		
75%	5	5	5	4	5	5	5		
Máximo	5	5	5	4	5	5	5		
Moda	5	5	4	4	5	5	5		
Dignidad									
Mínimo	4	4	4	5	4	5	4	8,5800	0,1986
25%	5	5	5	5	4	5	5		
Mediana	5	5	5	5	5	5	5		
75%	5	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	5	5		
Comunicación									
Mínimo	4	4	4	5	3	4	3	15,3637	0,0176
25%	5	4	4	5	5	4	5		
Mediana	5	5	5	5	5	4	5		
75%	5	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	4	5		

Dominio	Buscando trabajo (si lleva hasta 15 días son empleo)	Desempleado (más de 15 días sin empleo)	Estudiando	Jubilado, pensionado	Oficios varios	Otro, cuál?	Trabajando	Valor KW	Valor p
Autonomía									
Mínimo	4	4	4	5	2	4	3	12,668	0,0486
25%	4	5	4	5	4	4	4		
Mediana	5	5	5	5	5	4	5		
75%	5	5	5	5	5	5	5		
Máximo	5	5	5	5	5	5	5		
Moda	5	5	5	5	5	4	5		
Confidencialidad de la información									
Mínimo	4	4	3	2	2	4	2	26,5207	0,0002
25%	4	4	4	2	4	4	5		
Mediana	4,5	5	5	2	5	5	5		
75%	5	5	5	2	5	5	5		
Máximo	5	5	5	2	5	5	5		
Moda	4	5	5	2	5	5	5		
Capacidad de elección del proveedor									
Mínimo	4	4	3	4	2	4	3	36,4969	0,0000
25%	4	5	4	4	4	4	4		
Mediana	4,5	5	4	4	5	4	5		
75%	5	5	5	4	5	5	5		
Máximo	5	5	5	4	5	5	5		
Moda	4	5	4	4	5	4	5		
Calidad del ambiente o de las instalaciones									
Mínimo	3	3	4	3	4	4	4	27,2390	0,0001
25%	3	4	4	3	4	4	4		
Mediana	4,5	5	4	3	4	5	5		
75%	5	5	5	3	5	5	5		
Máximo	5	5	5	3	5	5	5		

Dominio	Buscando trabajo (si lleva hasta 15 días son empleo)	Desempleado (más de 15 días sin empleo)	Estudiando	Jubilado, pensionado	Oficios varios	Otro, cuál?	Trabajando	Valor KW	Valor p
Moda	5	5	4	3	4	5	5		
ACCESO A REDES SOCIALES DE APOYO*									
Mínimo	0	5	4	4	4	5	4	13,4018	0,0199
25%	0	5	4	4	4	5	4		
Mediana	0	5	5	4	4	5	4		
75%	0	5	5	4	5	5	5		
Máximo	0	5	5	4	5	5	5		
Moda	0	5	5	4	4	5	4		

* Este ítem solo fue evaluado en el área de hospitalización por 65 usuarios.

7. DISCUSION

Un sistema de salud ofrece un trato adecuado cuando las actividades y las relaciones institucionales en el sistema de salud se diseñan teniendo en cuenta las expectativas legítimas del público al que dicho sistema sirve. Al mejorar el nivel de trato que ofrece el sistema se produce una mejoría en el bienestar de la población, independientemente del nivel de salud de ésta y de las interacciones de tipo clínico que sucedan entre los usuarios y los prestadores de servicios.¹²

Teniendo en cuenta lo anterior, al evaluar la percepción del trato que recibieron los usuarios en este estudio, se midió de manera inherente el desempeño del sistema de salud en la IPS Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, la que atiende en su mayoría víctimas de accidentes de tránsito (92%). En este estudio se pudo identificar los dominios en los que este sistema está funcionando de manera esperada, pero más importante aún, se identificaron aquellos dominios en los que el sistema de salud tiene deficiencias.

Teniendo en cuenta que la población atendida en la IPS, en general son víctimas de accidentes de tránsito, la Organización Mundial de la Salud los declara como un problema de salud pública³⁶. En el territorio nacional las estadísticas muestran con respecto al género de las personas involucradas en los accidentes investigados, que del total de los casos, en el 93% se han visto afectados los hombres.³⁷ En Colombia cabe indicar la marcada tendencia de género en los accidentes, pues se establece una participación de los hombres del 81,2% de las muertes frente a 18,2% en mujeres.³⁸ Estos datos difieren de los encontrados en este estudio, debido a que las mujeres utilizaron más los servicios de salud,

en un porcentaje del 56%, esta cifra concuerda con los resultados encontrados en el estudio del Gobierno de Chile “Propuesta metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorio públicos”, en el que se encontró que la decisión de elegir un prestador de salud recae con mayor frecuencia en las mujeres quienes, en un 56%, eligen al prestador para la atención de salud.

Adicionalmente, el rango de edad de mayor predominio en este estudio corresponde con la distribución por edad de la población de 36-45 años, con un 28%, sin embargo, en el estudio “Percepción de trato adecuado en salud, del equipo de salud y los usuarios del consultorio general rural de la localidad de Choshuenco, 2009”, el mayor porcentaje corresponde al rango de 20-29 años. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el rango de edad del presente estudio, corresponde a los ciclos vitales de adultez y según la OMS, estas edades pertenecen a los grupos etarios de adulto joven y adulto mayor, correspondientemente.

De manera particular, estudios internacionales y nacionales sobre la percepción del trato, aunque difieren entre sí en la calificación del grado de escolaridad, hacen evidente que la mayoría de los usuarios, presentan un bajo grado de escolaridad. Rubiano J., Villa M, evidenciaron que de la población incluida en el estudio (46%) tiene escolaridad secundaria y en una proporción menor, los participantes han realizado estudios profesionales. García y Cortes³⁹, revelan que el 38% de los encuestados tenían igualmente un grado de escolaridad secundaria. Los hallazgos de este estudio, indican que la mayor proporción de usuarios han culminado estudios de educación secundaria (29%), esto es similar a lo reportado por los estudios anteriormente mencionados.

Se puede pensar que entre menor es el nivel educativo menor será el grado de exigencia y expectativa de los usuarios respecto al trato. Es decir, el nivel educativo será directamente proporcional a las expectativas respecto al trato que deben recibir⁴⁰.

El bajo nivel educativo es reconocido como una limitante para la adquisición de conocimientos básicos en salud y se ha relacionado con la práctica de conductas de salud propias de la tradición familiar o cultural.

Una de las consecuencias más críticas de la problemática de Colombia es el aumento de la tasa de desempleo⁴¹, lo que también se ve reflejado en los resultados de la investigación realizada por la Universidad Austral de Chile en 2009, en la localidad de Choshuenco¹⁸, donde el 49,2%% del total de la población encuestado realiza otro tipo de actividades laborales diferentes a ser dueño (a) de casa, dato contrario a lo encontrado en el presente estudio en el que el 60% de los usuarios son trabajadores. Aunque el porcentaje de empleo en la población sea alto, la mayoría de los usuarios de Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, tienen un trabajo informal: “moto ratón”, que según las cifras nacionales, la informalidad laboral en Colombia, en contraste con los últimos meses, llegó a 47,7% entre Agosto y Octubre de 2017⁴².

En el estudio de Puentes-Rosas y colaboradores realizado en México, 2005, se encuestaron 38.746 hogares, en los que la percepción del dominio de confidencialidad fue del 96.4%¹¹, a diferencia de la percepción del trato que recibieron los usuarios participantes de este estudio, quienes lo calificaron con

el 93%, siendo el dominio con el menor grado de satisfacción. Estos datos también se comparan con otro estudio realizado en Colombia, en una escuela de odontología, donde la confidencialidad se calificó con el 72%⁴³, siendo también este el dominio peor calificado.

Así mismo, en un estudio realizado en México en el año 2011, muestra que el dominio con mejor calificación fue el de confidencialidad con un 89.8%, mientras que en el presente estudio este fue el dominio peor calificado. En el estudio de México, año 2011, el dominio peor calificado fue el de atención pronta con un 62.1%.¹¹

Estudios realizados en años anteriores, como el del autor Pinta A., Vivas F, llamado percepción de trato adecuado de los servicios de salud en adolescentes en un municipio colombiano, en el año 2011, mostró que el dominio de atención pronta, fue uno de los dominios que obtuvo la menor calificación (26%)⁴⁴. Los resultados en este estudio y en el realizado en México, difiere a los encontrados en esta investigación, debido a que los usuarios encuestados calificaron este dominio con un 98% de satisfacción.

En estos mismos estudios se comparan el dominio autonomía, en el que el realizado por los primeros autores, muestra que los encuestados lo califican con un 30% de satisfacción siendo el segundo dominio peor calificado en el estudio de Pinta A., Vivas F; esta situación es diferente a la encontrada en esta investigación, dado que el mismo dominio obtuvo una calificación del 96%. El dominio que mayor puntaje obtuvo en dicho estudio fue el de trato digno con una satisfacción del 75%, sin embargo se estima una diferencia significativa de 25

puntos frente a la presente investigación que fue el mejor calificado con el 100% de satisfacción. El análisis de estos dos estudios permite mostrar que las expectativas de la atención en salud de los usuarios de Redes Imat SAS, son cumplidas.

En cuanto al trato digno, un estudio realizado en un servicio odontológico en la ciudad de Cali, en el año 2010⁴⁵, los usuarios calificaron el dominio de trato digno con un 96% de satisfacción. Por el contrario, los usuarios de este estudio, lo calificó como el dominio con mejor percepción (100%). Se encuentra similitud con el dominio de confidencialidad con un 94% en el servicio de odontología y un 93% en Redes Imat SAS. Al comparar la calidad del ambiente o de las instalaciones entre ambos estudios, se encontró una diferencia significativa en la calificación de este dominio con un 82% y 96%, respectivamente.

Al analizar el dominio de comunicación, en el estudio realizado en Choshuenco Altamirano Meza K., Cárdenas Illapan R, se encontró que el 4to lugar de importancia, lo obtuvo este dominio¹⁷, contrario al estudio realizado por Puentes Rosas, donde este dominio obtuvo la calificación más alta (88%)⁴⁶. Los anteriores resultados difieren del presente estudio, el que obtuvo una calificación del 98%.

El dominio capacidad de elección del proveedor fue el peor calificado en el estudio Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México, año 2006, con una puntuación del 74,8%¹¹, a diferencia de este estudio donde los usuarios lo calificaron con el 96% según la satisfacción general.

Por último, el dominio de acceso a redes sociales de apoyo, es este estudio obtuvo una satisfacción del 100%, teniendo en cuenta que solo 73 usuarios estuvieron en el servicio de hospitalización de la IPS.

Los resultados obtenidos por la encuesta se evidencia que el patrón es similar, en general los usuarios de Redes Imat SAS tienen una buena percepción del trato. Ningún usuario calificó un dominio como muy malo. Estos datos recogidos son el cumplimiento de objetivos trazados con el fin de cumplir con las expectativas no médicas de los usuarios de la IPS, esto debido a que en el país se está manifestando una grave problemática de la salud general de la población que viene desde años atrás y cada vez se está agudizando. El sistema de salud en Colombia atraviesa una crisis estructural fundamentada en la ineficiencia de la vigilancia operativa y la maximización del beneficio por parte de los prestadores de servicios de salud⁴⁷. La magnitud del problema se está viendo en el cierre de hospitales, clínicas y liquidación de diferentes EPS's del país.

Según el economista y especialista en mercadeo, Philip Kotler, la medición de la satisfacción del cliente, permite fortalecer el mejoramiento continuo de las organizaciones, puesto que los procesos son analizados desde la perspectiva del usuario, logrando identificar las dificultades al interior de las organizaciones y cómo éstas impactan en el proceso de atención del usuario, lo que motiva a que se generen estrategias para cerrar las brechas en función de lograr la satisfacción del mismo.⁴⁸

Teniendo en cuenta lo anterior y además los cambios a los que la sociedad se enfrenta respecto a la crisis económica y la del sistema general de seguridad social en Colombia junto a los cambios en innovación en tecnologías, la junta directiva tiene como objetivo conocer las necesidades, deseos y expectativas de sus usuarios, para plantear planes de acción y brindar no una atención en salud sino una experiencia en salud.

Este objetivo no se puede medir y analizar a través de los indicadores de calidad que propone el Ministerio de Salud y Protección social, plasmados en la Resolución 256 de 2016¹⁷, debido a que estos se construyen con información general y miden la satisfacción del usuario de manera global. En cambio, la encuesta utilizada en este estudio permite realizar una medición y análisis más específico y concienzudo en la percepción del trato recibido en relación a los aspectos no médicos de la atención.

Sin embargo, según Carmen Segovia, durante la XX Jornada de Humanización de la salud en el año 2015, “el único baremo que tienen los pacientes es la percepción del trato, y que la satisfacción es el resultado de una buena experiencia del paciente.”⁴⁹

Las definiciones de la experiencia del paciente revisadas en los apartados de este estudio, hacen parte del contexto norteamericano, donde es medida con una encuesta denominada HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), esta es pensada para el sector privado. En contraste con Europa, donde prima el sector público y donde todavía no hay una conceptualización definida de la experiencia del paciente. Lo privado se enfoca

en el consumo de los servicios de salud a través de la fidelización y lo público todavía tiene inmerso el concepto de humanización. Es decir, en el modelo Americano el paciente se percibe como un consumidor y en el modelo Europeo como un ciudadano.

La Clínica Cleveland y la Clínica Mayo, junto con el Instituto de Experiencia del paciente son emprendedores en el concepto de experiencia del paciente, los tres han evidenciado que no es lo mismo satisfacción que experiencia, la primera son los intereses, no las necesidades y la experiencia tiene un impacto clínico en la salud. La primera con una raíz de marketing y la segunda soportada con evidencia científica.

Se han realizado estudios donde se evidencia que hay una correlación entre una buena experiencia del paciente y un impacto positivo en la salud del mismo. En el meta análisis de Doyle, Lennox y Bell, en el British Medical Journal, 2012, se revisaron 55 estudios, en la mayoría de los cuales las asociaciones entre una experiencia de paciente positiva (429) y un impacto médico superaban por mucho a los casos en los que no se producía asociación (127), mientras que las asociaciones negativas eran escasas, de hecho, solamente se encontraron en un estudio. Se encontraron 29 asociaciones positivas con resultados clínicos objetivos, frente a 11 no asociaciones, 61 asociaciones positivas en mejoras en salud y bienestar reportadas por pacientes, 152 asociaciones positivas en adherencia a tratamientos, frente a 7 no asociaciones.⁵⁰ Este estudio permite concluir que involucrar al paciente en las decisiones clínicas de su estado o condición de salud, tiene un impacto positivo en la efectividad del tratamiento.

Otros aspectos importantes es la comunicación y la empatía entre el personal asistencial y el paciente, debido a que esto mejorará la adherencia al tratamiento o la prevención de la enfermedad.

Retomando al enfoque de este estudio, esta encuesta permitió definir el público objetivo, o como se conoce en mercadeo, permitió identificar el target al que se quiere ofrecer los servicios en atención en salud, a través de la identificación de la percepción del trato que recibieron los segmentos poblacionales de interés para la junta directiva (edad, nivel educativo, ocupación y afiliación a la seguridad social). De esta manera, durante el año 2018, se recomienda realizar campañas publicitarias con el objetivo principal de posicionar la clínica en Guadalajara de Buga y sus alrededores teniendo en cuenta que la visión es que la IPS sea un referente como clínica especializada en Ortopedia y Traumatología para la atención de víctimas de accidentes de tránsito, apuntando a la fidelización de los clientes que han recibido la atención. Entre las estrategias que se recomendarán se encuentra informar al usuario los derechos y las coberturas en atención en salud que tienen las víctimas de accidentes de tránsito a nivel Nacional.

Los resultados obtenidos de los indicadores de la Resolución 256 de 2016 en comparación a los resultados obtenidos en este estudio, en el mismo periodo de tiempo, permitió concluir que la IPS requería invertir dinero en publicidad y mercadeo, no solo para posicionar la clínica sino para satisfacer las necesidades y expectativas no medicas de los usuarios, por ejemplo, de los estratos 1,2 y 3. Además, se recomendara realizar estudios de marketing y contratación por nómina y no de personal externo a la IPS bajo contrato de prestación de servicios, debido a que se requiere del talento humano en esta área para realizar acompañamiento constante al usuario durante su paso por Redes Imat Clínica

de Fracturas SAS. Lo anterior con el objetivo de poder recaudar información para tomar decisiones frente al mejoramiento continuo de la IPS.

Teniendo en cuenta que Redes Imat SAS, es una IPS de nivel II de complejidad y que presta sus servicios generalmente a las víctimas de accidente de tránsito, los familiares y/o acudientes ingresan a los diferentes servicios de la clínica con estados de ansiedad, llanto, nervios, entre otros, por el estado de salud en que se encuentra su ser querido, por lo que se recomendará realizar la contratación de una persona que se encargue del trabajo social.

Este trabajo, además servirá para la construcción de un Modelo de Atención de Pacientes Víctimas de Accidentes de Tránsito, el que tendrá como propósito contribuir al acceso de la población a los servicios de salud en el ejercicio del derecho humano a la salud y como víctima de accidente de tránsito, mediante la implementación de mecanismos para orientar, articular y desarrollar la Red de Prestadores de Servicios de Salud de Guadalajara de Buga y sus alrededores para realizar procesos de referencia y contra referencia de forma oportuna, integral, integrada y continua. Con la implementación del Modelo de Atención se busca involucrar por medio de la participación comunitaria a la población del Municipio y alrededores, debido a que se centrará en el usuario, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta la diversidad étnica, cultural, escolar, entre otras, para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y disminuir las brechas existentes de inequidad. Además, permitirá el fortalecimiento del talento humano, la gestión, la innovación de tecnologías y el financiamiento institucional, a través de la educación continua y el esfuerzo diario por alcanzar y mantener las mejores prácticas clínicas y no clínicas.

Esto generará que más personas de Buga y de los alrededores busquen los servicios de la IPS, como una institución de referencia en ortopedia y traumatología para la atención de víctimas de accidentes de tránsito.

Lo anterior se podrá realizar también a través de la actualización y difusión de la plataforma estratégica de la IPS, en la que se podrá socializar las políticas de calidad y de atención al usuario, para brindar una atención integral, encaminada a dar respuesta integral a las necesidades de la población a través de la humanización del servicio y dignificación de la persona.

Poder alcanzar los objetivos estratégicos de la IPS es un trabajo que está iniciando mediante la realización de este trabajo de investigación, en el que se encontraron fallas en los procesos (médicos y no médicos) de la prestación de los servicios de salud, las que se priorizaron de acuerdo a criterios internos de la clínica. Todavía falta subsanar hallazgos, pero lo importante de esto es poder haber encontrado una herramienta confiable y valida que se pueda aplicar a la población que utiliza los servicios de salud de Redes Imat SAS.

Sin embargo esta encuesta tiene varias limitaciones, la primera de ellas es el número de preguntas (39) a realizar, lo que significa que el usuario tarde aproximadamente entre 30 a 45 minutos en realizarla, teniendo en cuenta el tiempo en que el entrevistador explica en que consiste la encuesta y el consentimiento informado. Esto afecta la confiabilidad de la información debido a que hay personas que tienen la disposición para colaborar con la realización de la encuesta pero tienen poco tiempo para esto, por lo que pueden contestar sin analizar las preguntas y las opciones de respuesta.

La segunda limitación es el diseño del estudio, lo que no permite identificar los factores asociados sino relaciones estadísticas entre las variables de interés, por ser un estudio transversal.

La tercera limitación es que al ser un estudio de percepción no se puede esclarecer la veracidad de la información, lo que puede generar sesgos en las respuestas, porque los usuarios pueden no recordar cómo fue la atención, si el servicio lo utilizo de manera pronta, entre otros.

Otro factor limitante y que pudo influenciar los resultados es que la recolección de la información la hicieron dos colaboradoras de la IPS, quienes portaban el uniforme de la IPS, lo que pudo generar omisión de la información.

Sin embargo, la limitante más importante es que a pesar que es un instrumento suministrado por la OMS, quien es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, no brinda las herramientas de evaluación o análisis de los resultados, dejando un vacío en el plan de análisis de las investigaciones futuras.

Por otra parte, esta investigación tiene como fortaleza que hubo control por medio del equipo investigador, por lo que la información de cada usuario entrevistado se comprobaba en dos tiempos, uno en el contacto con el usuario y dos cuando se hacia la autenticación de los datos claves. De esta manera se garantizaba que la información recogida en la encuesta fuera clara y veraz.

También, por medio de este estudio se pudieron identificar las oportunidades de mejora en cuanto a la atención no médica, generando recomendaciones relacionadas a infraestructura, mejoramiento continuo, posicionamiento de la clínica, fidelización de los usuarios y adopción de la encuesta como herramienta de trabajo diario.

Finalmente, la intención de este estudio es continuar identificando las expectativas no médicas de la atención en salud y cómo las perciben los usuarios de la IPS, teniendo en cuenta que el usuario tiene un contexto familiar, laboral, deportivo, recreativo, entre otros. Al identificar esto, se podrán respetar sus creencias, tradiciones, religión y gustos, de esta manera se podrá realizar un acercamiento con el usuario y su familia, quien es la primera red de apoyo en la condición o situación de enfermedad.

8. CONCLUSIONES

8.1 Conclusiones

Por medio de este trabajo de investigación se puede concluir que los servicios de Redes Imat Clínica de Fracturas SAS son utilizados principalmente por el género femenino. El grupo de entrevistados estaban entre las edades de los 36 a 45 años. La mayoría de los usuarios terminaron la secundaria, son mestizos y son solteros. La mayor parte de los usuarios trabajadores que pertenecen al estrato 3 y perciben ingresos entre \$0 a \$ 500.000. Además, más de la mitad de la población pertenece al régimen contributivo.

La valoración de los dominios según el trato recibido por los usuarios fueron bien calificados, es decir, tuvieron una alta calificación, en su orden se puede decir que los mejores calificados fueron el dominio de dignidad, atención oportuna, comunicación, autonomía, elección del proveedor, calidad de las instalaciones, y por último, el peor calificado fue el de confidencialidad. Las calificaciones fueron superiores al 93%, siendo la calificación de la percepción general del 97%, lo que muestra que el trato tuvo alta aceptabilidad.

En el dominio de acceso a redes sociales de apoyo, aunque fue calificada solo por 73 usuarios de los 334, obtuvo una calificación de buena percepción del 100%.

Al establecer las diferencias entre la percepción del trato y los diferentes segmentos de población atendida en la institución según la edad, se encontró que existen asociaciones estadísticas entre la atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía y confidencialidad.

En relación a la edad, se encontraron asociaciones estadísticas en los dominios de atención oportuna, dignidad, comunicación, autonomía y confidencialidad.

Lo que respecta a la variable género y los dominios del trato, se encontró que solo hay diferencias estadísticamente significativas en el dominio de Acceso a redes sociales de apoyo.

Al evaluar la relación entre los dominios del trato y el nivel educativo, se encontraron asociaciones estadísticas con los dominios atención oportuna, autonomía, capacidad de elección del proveedor de servicios y calidad del ambiente o de las instalaciones.

Al analizar la relación de la variable ocupación y los dominios del trato, se encontraron asociaciones estadísticas con en los dominios de atención oportuna, comunicación, confidencialidad de la información, autonomía, calidad del ambiente o de las instalaciones y Acceso a redes sociales de apoyo

Por último, al establecer las diferencias de los dominios y la afiliación a la seguridad social se evidencio que solo hay asociación estadística con el dominio dignidad.

La percepción del usuario de los servicios de salud, se relaciona directamente con el trato digno que reciben, esto quiere decir que los usuarios se sentirán satisfechos con el servicio, en la medida que el personal le brinde cuidados con calidad, con respeto a la dignidad humana y los derechos consignados en las políticas de derechos y deberes de los pacientes. De esta manera se mejora la adherencia en los tratamientos de recuperación y rehabilitación ordenados por médicos y personal asistencial. Estos cuidados deben ser continuos durante todo el proceso de atención, fortaleciendo la cultura de los cuidados y seguimiento extramurales, es decir, cuando al usuario se le da alta del servicio.

Esto ayudará a que el paciente se sienta cuidado así no esté dentro de las instalaciones de la IPS, lo que le incentivara volver a la clínica para cuidar su salud. Con lo anterior se busca mejorar el nivel de calidad en los servicios que recibe, por lo que se tiene en plan de acción contratar personal calificado para realizar seguimiento extramural vía telefónica, donde se le indague al usuario acerca de la adherencia al tratamiento farmacológico, recomendaciones de cuidado de las heridas, signos y síntomas de alarma, entre otros.

En lo que respecta al trato digno, dominio con la mayor calificación en este estudio, los usuarios coinciden que el trato adecuado se relaciona con una atención amable y respetuosa. Además, para ellos es importante que se les expliquen todos los procedimientos a realizar teniendo en cuenta las creencias culturales y religiosas.

En cuanto a una comunicación efectiva, los usuarios comentaron que es muy importante que el personal médico y asistencial se tome el tiempo para resolver dudas y brindar una información de calidad en cuanto al tratamiento y ayudas diagnósticas.

En relación a la autonomía, los usuarios de la IPS comentaron que al momento de brindar el tratamiento se le ofrecían varias opciones, con los beneficios y riesgos de cada uno de ellos, para que ellos escogieran, siempre con acompañamiento médico.

En el dominio de privacidad es importante la discreción del estado de salud y diagnóstico del usuario, explicándoseles que los datos recogidos en la historia clínica son de uso reservado y custodiado por la clínica, para esto la IPS tiene la política de tratamiento de datos personales en cumplimiento con la Ley 1581 de 2012, por la que se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales⁵¹. Al ingreso al servicio se le entrega un documento donde se le explica al usuario esta política y se le garantiza la conservación de la información bajo condiciones de seguridad que impidan su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.

En relación a las comodidades básicas, aunque obtuvo una calificación del 96%, algunos de los usuarios recomendaron de manera verbal, mejoras en la infraestructura de la clínica, entre ellas cabe mencionar una mejor ventilación y ampliación de esta.

A pesar de que los resultados obtenidos son satisfactorios, el siguiente objetivo de la junta directiva de la IPS es incorporar el concepto del trato digno en el lenguaje diario del personal médico, asistencial y administrativo de Redes Imat SAS, debido a que todos los que laboran en ella son responsables de las expectativas no médicas de los usuarios. Al cumplir con este objetivo se estaría trabajando en el mejoramiento de la atención en los servicios de salud en Guadalajara de Buga y a sus alrededores, de esta manera se estaría aportando en mejorar los sistemas de atención en salud de la población, mejorando el bienestar en ellos.

Tomando en cuenta que el trato adecuado es un importante factor determinante de bienestar y de satisfacción y que los usuarios satisfechos suelen tener más incentivos para buscar atención cuando la requieren y para adherirse a los tratamientos prescritos¹¹, mejorar el trato que se ofrece en los servicios de salud en Guadalajara de Buga es un objetivo que no se puede quedar en el papel. Los resultados de este estudio, pueden ayudar a mejorar la equidad en el sistema de salud nacional, departamental y regional, de esta manera se puede contribuir a modificar o eliminar algunos factores que dificultan la utilización adecuada de los servicios y que pueden afectar a la salud de la población a largo plazo.

Se puede concluir que al tratarse de un estudio de satisfacción del usuario, se hace énfasis en la importancia de continuar reforzando los temas de políticas de la humanización en la atención, debido a que la percepción del usuario sobre los aspectos no médicos de la atención en salud, esclarecen las brechas en las que hay que trabajar, además, se pueden plantear planes de acción para ofrecer servicios de salud seguros y confiables, los que son fundamentales para la

recuperación de la salud y el bienestar de la población de Guadalajara de Buga y sus alrededores, haciendo énfasis en que los usuarios no son solamente los pacientes, sino también sus acompañantes.

Este método de evaluación y los resultados proporcionaron a las directivas un instrumento más preciso y confiable para medir el éxito de las políticas destinadas a mejorar el desempeño del sistema de salud dentro de la IPS.

Según el concepto de trato adecuado se puede concluir que una adecuada atención está asociada con procesos de atención coordinados, eficientes y humanos, brindando diagnósticos precisos, comunicación clara, empática y efectiva, generando adherencia al tratamiento, mejorando la salud y bienestar del usuario y su familia.

Pero al mencionar el concepto de satisfacción del paciente, no existe un concepto único de la experiencia del paciente; todos los enfoques - Norteamericano, tipo Cleveland; humanista tipo NHS, o enfocado a resultados clínicos o calidad de vida como Instituto de Experiencia del Paciente- tienen elementos positivos. Lo importante para una organización es poder entender en profundidad las necesidades de los pacientes y trabajar con criterios basados en la evidencia para una mejora del impacto clínico o la calidad de vida, teniendo en cuenta los factores psicológicos y familiares.⁴⁹

Para que esto suceda se deben generar planes de mejora en la cultura organizacional, empoderando al personal asistencial y al usuario. Uno de los

puntos claves de este proceso es el bienestar del profesional para conseguir la mejora de la experiencia del paciente del sistema de salud, debido a que son ellos los que deben proporcionar buenas experiencias al paciente.

Finalmente se puede concluir que para que un sistema de salud pueda realizar cambios positivos, es importante entender la diferencia entre satisfacción y experiencia del paciente, y no dejar que la primera sea la única valoración tomada en cuenta. Al final, la mejor experiencia de los usuarios se traducirá en una mayor satisfacción y esta a su vez dará lugar a una puntuación más elevada en las encuestas de satisfacción o percepción.

8.2 Recomendaciones

Recomendaciones a Redes Imat Clínica de Fracturas SAS

- Aunque los resultados del estudio fueron satisfactorios en relación al trato recibido por los usuarios de Redes Imat SAS, se hace necesario identificar para el año 2018 la calidad esperada y la calidad observada de la IPS teniendo en cuenta los resultados evidenciados en el estudio, de esta manera se pueden plantear planes de mejora para cumplir con lo planteado.
- Se deben crear estrategias para que los usuarios sepan que tienen el derecho a participar, si así lo desean, en la toma de decisiones relacionadas con su salud, respetando de igual manera el derecho del usuario para rechazar algún tratamiento y ser consultado en las decisiones que se tomen con respecto a su salud. Además de respetar el derecho que tienen los usuarios a realizar las preguntas que se relacionen con su estado/condición de salud.
- Se recomienda utilizar la encuesta para realizar nuevos trabajos de campo, específicamente en los dominios con menor puntaje para evaluar si los planes de acción comentados anteriormente han mejorado la percepción del usuario. Además se recomienda que este sea utilizado de manera completa en la sede nueva de la IPS, la que abrirá sus puertas en Marzo de 2018, para iniciar a evaluar la percepción del trato que reciben

los usuarios, de esta manera poder identificar los dominios críticos y poder trabajar en ellos desde el inicio de la apertura de esta sede.

- Realizar estudios futuros complementarios para profundizar otros aspectos de la calidad en los servicios de Redes Imat Clínica de Fracturas SAS, teniendo en cuenta que los resultados de estas investigaciones pueden utilizarse como fundamento teórico o como complemento, para contribuir al desarrollo académico, científico y relacionado con el tema de la satisfacción en la atención en el municipio de Guadalajara de Buga y sus alrededores.
- Teniendo en cuenta el análisis de las variables sociodemográficas, se identificó la población a la que hay que apuntar en los planes de mercadeo. Es por esto que se recomienda de manera específica, que se planeen y ejecuten planes de acción de acuerdo a los objetivos misionales y de mercadeo de la clínica para que en una próxima oportunidad que se realice la encuesta, la satisfacción de la percepción haya aumentado, de esta manera se podrán ir cerrando las brechas en este sistema de salud.
- De manera general, se recomienda que el trato adecuado sea un concepto manejado por el personal asistencial y administrativo de la IPS de manera habitual, como se mencionó anteriormente en el apartado de conclusiones, debido a que es una clínica que está enfocada en la seguridad del paciente y que está en continuo reconocimiento por la población de Guadalajara de Buga y sus alrededores en la prestación de servicios para usuarios víctimas de accidentes de tránsito, administradoras de riesgos laborales y medicina prepagada. De esta

manera se podrá convertir en una caja de herramienta ideal para realizar el mejoramiento continuo de la IPS.

Recomendaciones a las Entidades Prestadoras de Salud

Las EPS deberían iniciar con la adopción de la metodología propuesta por la OMS e implementarlo, para que de esta manera identifiquen la importancia de aplicar esta encuesta en la población, para identificar las expectativas no médicas de sus usuarios al utilizar los servicios de salud ofertados. Posterior a esto, se invita a iniciar con la adopción de la encuesta para poder generar políticas internas acerca del trato que deben brindar a los usuarios.

Recomendaciones a las secretarías de salud municipal, departamental y otros actores del sistema

Las Entidades territoriales deberían iniciar con la divulgación de la encuesta de la OMS sobre la salud y capacidad de respuesta del sistema de salud a las EPS e IPS para que de manera eventual se adopte como una herramienta que permita conocer lo que perciben los usuarios al recibir la atención en salud y a través de esto tomar decisiones enfocados en el mejoramiento continuo, consiguiendo de esta manera, la equidad en la prestación de los servicios de salud. Para que se cumpla con el objetivo, deben propiciar la asistencia técnica a las EPS e IPS con personal entrenado en el tema, de esta manera poder resolver dudas e inquietudes acerca de cómo aplicar la encuesta.

Recomendación al Ministerio de Salud y Protección Social

- Se recomienda al MINSALUD adoptar la encuesta de la OMS sobre la salud y capacidad de respuesta del sistema de salud, a través de normatividad, debido a que como se mencionó anteriormente, la Resolución 0256 solicita dos indicadores generales para medir la satisfacción general de los usuarios. En cambio que esta encuesta permitiría identificar y analizar la percepción de la atención no médica de los usuarios a nivel Nacional, lo que podrá generar nuevas políticas sanitarias que permitan que los sistemas de salud sean equitativos con la población en general.

- Lanzar campañas educativas que introduzcan los nuevos conceptos en temas de salud tratados a nivel internacional como la experiencia del paciente.
- Gestionar políticas sanitarias con enfoque en la experiencia del paciente.

Recomendaciones a la Universidad del Valle.

- A través de los programas de salud de pre y pos grado ofertados por la universidad, se recomienda capacitar a los estudiantes en la encuesta de la OMS sobre la salud y capacidad de respuesta del sistema de salud, para que cuando se enfrenten al campo laboral la tengan como herramienta para identificar la percepción de los usuarios, de esta manera poder proponer a las juntas directivas planes de mejoramiento continuo y oportunidades de mejora.
- Realizar estudios de experiencias del paciente, comparando los diferentes sectores del sistema de seguridad social, además de diferentes servicios de salud ofertados entre ellos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

¹ Consejo ejecutivo. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Informe de la secretaria. Consejo ejecutivo 107^a. 14 de Diciembre de 2000. Disponible en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se9.pdf

² Secretaría de salud dirección general de evaluación del desempeño. Trato adecuado: preguntas y respuestas (Internet) (Consultado 2016 Jun 18) Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/preguntas_trato.pdf

³ Delgado M, Vásquez M, Morales L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Rev. Salud Pública. Volumen 12. 2010 Agos; 12 (4): 533-545, 2010

⁴ Peña FJ E., Triana C G., Rodríguez Fuertes A. La experiencia del paciente como herramienta de mejora de la gestión sanitaria: Plan de Calidad Percibida del Hospital El Escorial. Edición 2014. Madrid.

⁵ Colombia. Congreso. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. Bogotá. 1993.

⁶ Neves Murillo M. Mortalidad materna en Arequipa: Un problema de justicia social, de ética y de equidad. Lima, Perú. Primera edición Enero 2009.

⁷ Neri Vela R, Aguirre Gas H. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana. (Internet) (Consultado 2016 Jun 27) Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01D.pdf

⁸ Puentes R, Martínez M et all. Síntesis ejecutiva. Trato adecuado en México: Diferencias estatales e institucionales. Subsecretaria de Innovación y Calidad. Dirección General de Evaluación del Desempeño. México.

⁹ Ministerio de la Protección Social de Colombia, Decreto 1011 de 2006.

¹⁰ Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256 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. Feb. 5 2016. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>

¹¹ Ministerio de Protección Social, Primer informe nacional de calidad de la atención en salud “INCAS Colombia 2009”

¹² Yélamos, C.; Sanz, A.; Marín, R.; Martínez-Ríos, C. Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico. Psicooncología 2018. Madrid. 2018

¹³ Que es la experiencia del paciente en realidad. Antropología médica, experiencia del paciente. Instituto Experiencia Paciente. España. 2018.

¹⁴ Puentes E, Gómez O, Garrido F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. Rev. Panam Salud Pública. 2006; 19 (6): 394-402.

¹⁵ Ochando A, Royuela C, Hernández E, Lorenzo S, Paniagua F, Propuesta metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos. Gobierno de Chile. Departamento Estudios y Desarrollo. Agosto, 2007.

¹⁶ Puentes E, Martínez T. Caracterización del trato que reciben hombres y mujeres del sistema de salud mexicano. Género y salud. 2004;2(2):5-11

¹⁷ Bronfman MN, López S, Magis C, Moreno A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Pública Mex. Noviembre-Diciembre 2003; 45:445-54.

¹⁸ Rodríguez MA, López C. Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría. Acta Pediatr Mex. Enero-Febrero 2002.

¹⁹ Ortiz RM, Muñoz S, Lechuga D, Torres E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. Rev Panam Salud Publica/ Pam Am J Public Health. Abril 2013; 13 (4): 229-38.

²⁰ Altamirano Meza K., Cárdenas Illapan R. Percepción de trato adecuado en salud, del equipo de salud y los usuarios del consultorio general rural de la localidad de Choshuenco, 2009. Universidad Austral de Chile. Facultad de medicina. Instituto de enfermería. Valdivia-Chile 2009

²¹ Puentes-Rosas M, Ruelas E, Martínez-Monroy T. Garrido- Latorre F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. Salud Pública Mex 2005. 47 suppl 1:S12-S21.

²² Secretaria de salud Dirección general de Evaluación de desempeño. Trato adecuado: preguntas y respuestas. (Internet) (Consultado 2016 May 17) Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/preguntas_trato.pdf.

²³ World Health Organization. Technical consultation on concepts and methods for measuring the responsiveness of health systems. En: Murray CJ, Evans DB, eds. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003. Pp. 115–23.

²⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS). Encuesta de la OMS sobre salud y capacidad de respuesta del sistema de salud. The World Health Organization. 2003.

²⁵ Kerssens J, J., Groenewegen P, P, et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. Bulletin of the World Health Organization. February 2004.

²⁶ Navarro V. Evaluación sobre el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Colombia. 2001.

²⁷ Sánchez Chiñas M. Evaluación del trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital General de zona 11 del IMSS. Colección educativa en salud pública 8.

²⁸ Saldarriaga L, M., Muñoz G, K. Construcción del sistema de información y atención al usuario “SIAU” en el laboratorio Clínico LACID. Apartado, Colombia. 2008.

²⁹ Bezos D, C. La innovación abierta y su importancia para la experiencia del paciente. Instituto Experiencia Paciente. España. 2017.

³⁰ Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. BMJ Qual Saf. Coproduction of healthcare service. The health Foundation. Cambridge, USA. 2016. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhsc/25/7/509.full.pdf>

³¹ Patients’ rights. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.int/genomics/public/patientrights/en/

³² Goodrich J, Cornwell J. Seeing the person in the patient. The King’s Fund. Londres. 2008.

³³ Windover A M., Boissy A., Rice T., et al. The REDE model of healthcare communication: Optimizing relationship as a therapeutic agent. Journal of patient experience. Cleveland Clinic. Ohio. Estados Unidos. 2014.

³⁴ Alcaldía de Guadalajara de Buga - Valle del Cauca (Internet) Guadalajara de Buga. (Consultado 2018 Ene 28) Disponible en: <http://www.guadalajaradebuga-valle.gov.co/index.shtml#8>

³⁵ Puentes Rosas E, Garrido F. Síntesis ejecutiva. Trato adecuado en México: Respuesta a las expectativas no medicas de los usuarios de servicios de salud. Coordinación General de Planeación Estratégica. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

³⁶ Consejo Colombiano de Seguridad. Boletín de prensa. Disponible en: http://ccs.org.co/salaprensa/index.php?option=com_content&view=article&id=516:accidentalidad&catid=296&Itemid=830.

³⁷ Tendencias de accidentalidad en Colombia. Septiembre 2015. Colombia. Disponible en: <http://www.revistaautocrash.com/tendencias-de-accidentalidad-en-colombia/>

³⁸ Causas de accidentalidad de motocicletas en Colombia. Boletín de prensa. Edición 41. Marzo 2017. Colombia. Disponible en: <http://www.revistaautocrash.com/causas-accidentalidad-motocicletas-colombia/>

³⁹ García -Gutiérrez, C., Cortes Escacega., I. Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. Artículo Original. Revista CONAMED. Rev. CONAMED. 2012; 17 (1): 18-23. México. 2012.

⁴⁰ Sánchez Chiñas M. Evaluación del trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital General de zona 11 del IMSS. (Tesis de Maestría Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Región Xalapa). México. 2009

⁴¹ En Julio, la tasa de desempleo en el país se ubicó en 9,7%. Revista Portafolio. Agosto 31 de 2017. Disponible en: <http://www.portafolio.co/economia/tasa-de-desempleo-en-colombia-julio-de-2017-509219>

⁴² Informalidad laboral llegó a 47,7% entre agosto y octubre. Revista Portafolio. Diciembre 12 de 2017. Disponible en: <http://www.portafolio.co/economia/empleo/informalidad-laboral-entre-agosto-y-octubre-en-colombia-512532>

⁴³ Giraldo G. A, Solís T. JC. Percepción del trato adecuado que tienen los usuarios y el personal asistencial, con respecto a la atención brindada en una escuela de odontología en Cali durante el año 2016. Colombia. 2016.

⁴⁴ Pinta A., Vivas F., Percepción de Trato Adecuado de los servicios de salud en adolescentes en un municipio colombiano. Colombia. 2011.

⁴⁵ Hurtado S., Vásquez F., Estudio del Nivel de Satisfacción de los usuarios del servicio odontológico de una IPS del Régimen contributivo de Cali, 2010.

⁴⁶ Puentes-Rosas. M, Ruelas E., MC et all. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. Artículo original. Salud Pública Mex 2005; 47 supl 1:S12-S21. México. 2005

⁴⁷ Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las EPS. Rivera Triviño, AF. Universidad San Buenaventura, Cali. 10 (1), pp. 103-116. Colombia. 2013

⁴⁸ Kotler P. Armstrong. Marketing versión para Latinoamérica. México. Pearson Educación. 2007

⁴⁹ Bezos D, C. ¿Qué es la experiencia del paciente en realidad? Instituto Experiencia Paciente. España. 2018.

⁵⁰ Bezos C. Experiencia del paciente e impacto clínico: evidencia científica. Instituto de experiencia del paciente. España. 2017

⁵¹ Colombia. Congreso de la Republica. Ley Estatutaria 1581 de 2012 Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. (Oct. 18 2012)

ANEXO 1



PERCEPCION DEL TRATO QUE RECIBEN LOS USUARIOS EN UN INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN GUADALAJARA DE BUGA, AÑO 2017.



Objetivo General: Determinar la percepción del trato que reciben los usuarios en los servicios de salud ofertados en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de mediana complejidad en Guadalajara de Buga, año 2017.

Encuesta: ☐☐☐ Fecha: ☐☐ ☐☐ ☐☐ Hora: ☐☐☐☐ Entrevistador: ☐ Supervisor: ☐

I. Variables Sociodemográficas

Área de atención: ☐ Urgencias ☐ Hospitalización ☐ Cirugía ☐ Consulta externa ☐ Imagenología	1. Género del usuario: ☐ Femenino ☐ Masculino
2. Edad del usuario: _____	3. Escolaridad del usuario: 1. Primaria Incompleta 2. Primaria Completa 3. Secundaria Incompleta 4. Secundaria Completa 5. Tecnólogo 6. Superior Incompleta 7. Superior Completa 8. Otros 9. No Tiene
4. Etnia del usuario: ☐ Mestizo ☐ Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ Gitano ☐ Raizal	5. Estado civil del usuario: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Separado ☐ Viudo
6. Ocupación: ☐ Trabajando ☐ Buscando trabajo (si lleva hasta 15 días sin empleo) ☐ Desempleado (más de 15 días sin empleo) ☐ Estudiando ☐ Jubilado, pensionado ☐ Oficios varios ☐ Otro, cuál?	7. Nivel de ingresos mensual: ☐ \$0 a \$500.000 ☐ \$500.001 a \$1'000.000 ☐ \$1'000.001 a \$2'000.000 ☐ \$2'000.001 a \$3'000.000 ☐ \$3'000.001 o más
8. Estrato socioeconómico: ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6	9. Tipo de afiliación: ☐ Contributivo ☐ Subsidiado ☐ Vinculado ☐ ¿Otro cuál?



PERCEPCION DEL TRATO QUE RECIBEN LOS USUARIOS EN UN INSTITUCION
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD
EN GUADALAJARA DE BUGA, AÑO 2017.



II. Variables de Trato Adecuado

a. **Dimensión de Atención oportuna:** Las siguientes preguntas son acerca de qué tan rápido fue atendido

1. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que usted quería que lo atendieran hasta que lo atendieron?:

- ☐ Minutos:
- ☐ Horas:.....
- ☐ Días:.....
- ☐ Semanas:.....
- ☐ Meses:.....

2. Cuando quiso ser atendido ¿Qué tan a menudo obtuvo atención tan rápido como la quería?:

- ☐ Siempre.....1
- ☐ Usualmente.....2
- ☐ Algunas veces.....3
- ☐ Nunca.....4

3. ¿Ha necesitado algunos exámenes o pruebas de laboratorio?

- ☐ Sí.....1
- ☐ No.....5 (Vaya a la pregunta No.5)

4. En general, ¿Cuánto tuvo que esperar para que le hicieran las pruebas de laboratorio o los exámenes?

- ☐ Se hicieron el mismo día.....1
- ☐ 1-2 días.....2
- ☐ 3-5 días.....3
- ☐ 6-10 días.....4
- ☐ Más de 10 días (especifique).....5

5. En general, ¿Cómo calificaría su experiencia en cuanto a recibir atención oportuna en los servicios de salud de la clínica? Atención oportuna se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de ésta

- ☐ Muy buena.....1
- ☐ Buena.....2
- ☐ Regular.....3
- ☐ Mala.....4
- ☐ Muy mala.....5



PERCEPCION DEL TRATO QUE RECIBEN LOS USUARIOS EN UN INSTITUCION
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD
EN GUADALAJARA DE BUGA, AÑO 2017.



b. Dimensión de Dignidad: Las siguientes preguntas son acerca de la dignidad con la que fue tratado cuando solicitó atención en salud.

6. Cuando solicitó atención en salud ¿con qué frecuencia los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud lo trataron con respeto?

- ☐ Siempre.....1
- ☐ Usualmente.....2
- ☐ Algunas veces.....3
- ☐ Nunca.....4

7. ¿Con qué frecuencia el personal del lugar, como recepcionistas o cajeros lo trataron con respeto?

- ☐ Siempre.....1
- ☐ Usualmente.....2
- ☐ Algunas veces.....3
- ☐ Nunca.....4

8. ¿Con qué frecuencia lo examinaron o le hicieron algún tratamiento respetando su privacidad?

- ☐ Siempre.....1
- ☐ Usualmente.....2
- ☐ Algunas veces.....3
- ☐ Nunca.....4

9. En general ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a ser tratado con dignidad en los servicios de salud? teniendo en cuenta que dignidad es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratados cordialmente por todo el personal –médico y no- del sistema.

- ☐ Muy buena.....1
- ☐ Buena.....2
- ☐ Regular.....3
- ☐ Mala.....4
- ☐ Muy mala.....5



PERCEPCION DEL TRATO QUE RECIBEN LOS USUARIOS EN UN INSTITUCION
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD
EN GUADALAJARA DE BUGA, AÑO 2017.



c. **Dimensión de Comunicación:** Las siguientes preguntas son acerca de cómo se comunicaron los trabajadores de salud con usted cuando buscó atención en salud.

10. ¿Qué tan a menudo los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud lo escucharon con atención?

- ☐ Siempre.....1
- ☐ Usualmente.....2
- ☐ Algunas veces.....3
- ☐ Nunca.....4

11. ¿Qué tan a menudo los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud le explicaron las cosas claramente para que usted las entendiera?

- ☐ Siempre.....1
- ☐ Usualmente.....2
- ☐ Algunas veces.....3
- ☐ Nunca.....4

12. ¿Qué tan a menudo los doctores, enfermeras o trabajadores de salud le dieron tiempo para que usted les preguntara acerca de su problema de salud o su tratamiento?

- ☐ Siempre.....1
- ☐ Usualmente.....2
- ☐ Algunas veces.....3
- ☐ Nunca.....4

13. En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la forma como los trabajadores de salud se comunicaron con usted? Comunicación es el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su padecimiento en forma clara para él

- ☐ Muy buena.....1
- ☐ Buena.....2
- ☐ Regular.....3
- ☐ Mala.....4
- ☐ Muy mala.....5

d. Dimensión de Autonomía: Como parte de su atención en salud se toman decisiones sobre los tratamientos o exámenes que se van a realizar. Las siguientes preguntas son acerca de su participación en las decisiones con respecto a la atención y el tratamiento que recibió en los últimos 12 meses.

14. Cuando fue atendido, ¿se tomó alguna decisión con respecto a la atención, el tratamiento (p. ej. medicamentos) o a los exámenes que se le iban a realizar?

- ☐ Si.....1
☐ No.....5 (Vaya a la pregunta No. 2.4.3)

15. ¿Con qué frecuencia los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud lo dejaron participar tanto como usted quiso en las decisiones con respecto a la atención, los tratamientos o los exámenes?

- ☐ Siempre.....1
☐ Usualmente.....2
☐ Algunas veces.....3
☐ Nunca.....4

16. ¿Con qué frecuencia los doctores, enfermeras u otros trabajadores de salud le pidieron permiso antes de hacerle un examen o empezar un tratamiento?

- ☐ Siempre.....1
☐ Usualmente.....2
☐ Algunas veces.....3
☐ Nunca.....4

17. En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a participar tanto como usted quiso, en las decisiones sobre su atención o tratamiento? Poder participar en las decisiones significa Es el derecho que tienen las personas a participar, si así lo desean, en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Hace referencia a respetar el derecho del usuario para rechazar algún tratamiento y ser consultado en relación a las decisiones que se tomen con respecto a su salud.

- ☐ Muy buena.....1
☐ Buena.....2
☐ Regular.....3
☐ Mala.....4
☐ Muy mala.....5

e. **Dimensión de Confidencialidad de la información.** Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia en cuanto a la confidencialidad de la información en los servicios de salud.

18. ¿Qué tan a menudo las conversaciones con su doctor, enfermera u otro trabajador de salud se hicieron de manera privada sin que otros pudieran oír lo que se decía?

- ☐ Siempre.....1
- ☐ Usualmente.....2
- ☐ Algunas veces.....3
- ☐ Nunca.....4

19. ¿Qué tan a menudo las conversaciones con su doctor, enfermera u otro trabajador de salud guardo su información personal de manera confidencial? Esto quiere decir que nadie podría conocer esta información médica a menos que usted quisiera.

- ☐ Siempre.....1
- ☐ Usualmente.....2
- ☐ Algunas veces.....3
- ☐ Nunca.....4

20. En general ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la manera como los servicios de salud guardaron su información de manera confidencial? Confidencialidad de la información se refiere a que la información proporcionada por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe protegerse y no ser difundida sin el consentimiento manifiesto del usuario

- ☐ Muy buena.....1
- ☐ Buena.....2
- ☐ Regular.....3
- ☐ Mala.....4
- ☐ Muy mala.....5



PERCEPCION DEL TRATO QUE RECIBEN LOS USUARIOS EN UN INSTITUCION
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD
EN GUADALAJARA DE BUGA, AÑO 2017.



f. Dimensión Capacidad de elección del proveedor de servicios. Las siguientes preguntas son sobre las opciones o alternativas que usted tiene de escoger entre los servicios de salud.

21. En los últimos 12 meses, ¿Qué grado de dificultad tuvo para escoger al trabajador de salud con el que usted se siente más contento entre los doctores, enfermeras o trabajadores de salud disponibles?

- ☐ Ninguno.....1
- ☐ Leve.....2
- ☐ Moderado.....3
- ☐ Severo.....4
- ☐ Extremo.....5

22. ¿Qué tanto problema tuvo para utilizar otro servicio de salud distinto al que usualmente consulta?

- ☐ Ninguno.....1
- ☐ Leve.....2
- ☐ Moderado.....3
- ☐ Severo.....4
- ☐ Extremo.....5
- ☐ NA- Nunca intentó.....6

23. En general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la posibilidad de escoger un trabajador de salud o un servicio de su elección? Posibilidad de escoger es el derecho que tienen los usuarios de decidir dónde (institución) y con quién atenderse (personal de salud).

- ☐ Muy buena.....1
- ☐ Buena.....2
- ☐ Regular.....3
- ☐ Mala.....4
- ☐ Muy mala.....5

g. Dimensión Calidad del ambiente o las instalaciones. Las siguientes preguntas son acerca del ambiente y las instalaciones de los lugares donde recibe atención en salud.

24. ¿Cómo calificaría las condiciones de la sala de espera, por ejemplo espacio, sillas y ventilación?

- ☐ Muy buena.....1
- ☐ Buena.....2
- ☐ Regular.....3
- ☐ Mala.....4
- ☐ Muy mala.....5

25. ¿Cómo calificaría la limpieza del lugar?

- ☐ Muy buena.....1
- ☐ Buena.....2
- ☐ Regular.....3
- ☐ Mala.....4
- ☐ Muy mala.....5

26. En general, ¿cómo calificaría la calidad de las instalaciones, por ejemplo espacio, sillas, ventilación y limpieza de la clínica? Calidad de las instalaciones y del ambiente significa comprende atributos físicos de las instalaciones de salud, tales como la limpieza y ventilación de las instalaciones, servicios sanitarios limpios y salas de espera confortables. En el ámbito hospitalario se incluyen, además, la calidad de los alimentos, la limpieza de las camas y la dotación de ropa adecuada

- ☐ Muy buena.....1
- ☐ Buena.....2
- ☐ Regular.....3
- ☐ Mala.....4
- ☐ Muy mala.....5



PERCEPCION DEL TRATO QUE RECIBEN LOS USUARIOS EN UN INSTITUCION
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDIANA COMPLEJIDAD
EN GUADALAJARA DE BUGA, AÑO 2017.



h. Dimensión Acceso a redes sociales de apoyo. Las siguientes preguntas son acerca del acceso a redes sociales de apoyo.

27. Mientras estuvo hospitalizado ¿qué tanto problema tuvo para que el hospital dejara que su familia y amigos se encargaran de sus necesidades personales (tales como traerle su comida favorita, jabón, etc.)?

- ☐ Ninguno.....1
☐ Leve.....2
☐ Moderado.....3
☐ Severo.....4
☐ Extremo.....5

28. Durante su estadía en el área de hospitalización, ¿qué grado de dificultad tuvo para practicar y cumplir con sus creencias religiosas y tradiciones cuando usted quiso?:

- ☐ Ninguno.....1
☐ Leve.....2
☐ Moderado.....3
☐ Severo.....4
☐ Extremo.....5

29. Ahora, en general, ¿cómo calificaría su experiencia en cuanto a la forma en la que la clínica permitió que usted interactuara con su familia y amigos y continuara con sus costumbres religiosas y sociales durante su hospitalización? Apoyo social es el derecho que tienen los pacientes a recibir visitas de familiares y amigos, es decir, que no se encuentren aislados y sostengan contacto con su entorno social.

- ☐ Muy buena.....1
☐ Buena.....2
☐ Regular.....3
☐ Mala.....4
☐ Muy mala.....5

Si desea hacer una petición o sugerencia adicional escríbala a continuación:

Gracias por su valiosa colaboración.



ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



Para participar en el estudio denominado **“Percepción del trato que reciben los usuarios en un institución prestadora de servicios de salud de mediana complejidad en Guadalajara de Buga, año 2016”**

Apreciado usuario:

Este estudio tiene como objetivo evaluar cómo percibe el trato que recibió en Redes Imat Clínica de Fracturas S.A.S. En esta investigación, en la que participarán alrededor de 334 personas que reciben atención en salud en esta IPS, se realizará una encuesta diseñada por las estudiantes de Maestría de Administración en Salud de la Universidad del Valle: Jenifer Cleves Grijalba: (C.C: 66.804.278 Andalucía) y María Alejandra Vásquez Vásquez (C.C 1.130.597.447 Cali).

Su participación se limitará a responder unas preguntas sobre datos personales, la percepción y experiencia que obtuvo durante la atención en salud. Es su deber como participante de esta investigación proporcionar la información de manera verdadera, completa y correcta, seguir las indicaciones del encuestador e informarle inmediatamente en caso de querer retirarse como participante de este estudio.

A través de este documento da constancia de que se le han explicado los beneficios que obtendrán los usuarios de esta clínica: mejorar las expectativas no médicas de los usuarios, mejorar la interacción entre el usuario y el sistema de salud, disminuir la desigualdad en el trato y en los niveles de salud. Se le ha manifestado que el riesgo es mínimo debido a que en el estudio no se realizarán intervenciones o modificaciones intencionadas de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participarán en este. La información ha sido explicada claramente, además se ha tenido la oportunidad de efectuar preguntas sobre el mismo y se ha recibido respuestas satisfactorias.

También entiende que los datos obtenidos serán tratados y custodiados con respeto a la intimidad, se comprenden los compromisos que asume al hacer parte de este estudio y los acepta.

Además entiende que la participación es voluntaria y que no recibirá ninguna retribución económica y puede abandonarla cuando lo desee sin sufrir ninguna sanción ni detrimento en la atención en Redes Imat Clínica de Fracturas SAS. Tiene el conocimiento que al finalizar la investigación, las investigadoras acordarán fecha y hora para dar a conocer los resultados encontrados en esta. Por todo lo anterior, firma este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar su deseo de participar en esta investigación.

Al firmar este consentimiento no renuncia a ninguno de sus derechos; recibirá una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Ante cualquier pregunta adicional o duda que surja se puede comunicar telefónicamente o por medio electrónico en cualquier momento con los investigadores a los siguientes números telefónicos y correos electrónicos, Jenifer Cleves Grijalba: 318-409-61-27, María Alejandra Vásquez Vásquez: 317-401-76-63 y/o con el Director de la Investigación, el Doctor Luis Fernando Rendón: 3173711567 Correos electrónicos: jeniffer49@hotmail.com, alejala_vasquez@hotmail.com y lfrendon@hotmail.com respectivamente. También se puede comunicar con el Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle a través del correo eticasalud@correounivalle.edu.co.

Yo _____, identificado con la cedula de ciudadanía No. _____ acepta participar voluntariamente en este estudio y tiene conocimiento que puede retirarse en el momento en que lo considere sin mediar ninguna explicación.

Autorizo Si___ o No___ que los datos e información de este estudio se puedan utilizar a futuro en investigaciones similares, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle.

Nombre del Participante

Firma del participante y fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo y Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo y Fecha

Fecha:_____