

Protocolo de atención en teleorientación médica general, para los pacientes de Capital Salud en las unidades de Pablo VI Bosa, a partir de la percepción de los usuarios durante la pandemia por Covid-19

Autores:

Michel David Gómez Reyes
Brian Javier Rodríguez Núñez
Yenny Paola Roza Urrego

Asesores:

Carmen Elisa Becerra Huertas
Asesor Temático
Laura Andrea Niño Silva
Asesor Metodológico

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
Facultad de Ciencias de la Salud
Especialización en Gerencia de la Calidad en Salud
Bogotá, noviembre 2021

Resumen

La presente investigación acota la importancia que tiene la teleorientación, como una herramienta clave que aporta o ayuda a los profesionales de la salud a estar más cerca de la continuidad del tratamiento médico de los usuarios, abriendo oportunidades a la tecnología y acortando tiempos y movimientos para la población afiliada al régimen subsidiado abordada en el documento. El proyecto de investigación busca identificar factores importantes en la comunicación y adherencia a la modalidad de teleorientación durante una consulta médico general e interacción entre las partes. **Objetivo:** propuesta de un protocolo de atención en teleorientación médica general, para los pacientes de Capital Salud en las unidades de Pablo VI Bosa, a partir de la percepción de los usuarios durante la pandemia por Covid-19. **Método:** La investigación es de tipo exploratoria no experimental con un enfoque cualitativo ya que se pretende conocer la percepción de los usuarios durante la atención por esta modalidad, definidos frente a la atención humanizada en el servicio de teleorientación. **Resultados:** una matriz de revisión bibliográfica que aporta conceptos y argumentos para el desarrollo del proyecto de investigación, abordaje a una población de 120 usuarios afiliados al régimen subsidiado de Capital Salud atendidos en las Unidades de Servicios de Salud Pablo VI Bosa, clasificados en partes iguales de hombres y mujeres y comprendidos en el ciclo de vital desde la infancia hasta adulto mayor, no obstante, aunque el 89.2% de los consultados recomiendan este servicio en salud, es necesario proponer herramientas de atención para mantener la adherencia a la teleorientación con el fin de contribuir a la optimización, uso y acceso de la población a la telesalud. Finalmente, un protocolo de atención dirigido a todos los profesionales médicos de las USS que en forma directa o indirecta intervinieron en la atención para guiar determinadas acciones de la consulta. **Conclusiones:** La herramienta aportará en la mejora continua del profesional de la salud hacia los pacientes, brindando una atención cálida, segura, confidencial y humanizada buscando siempre satisfacer las necesidades y llegando alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios.

Palabras clave:

Comunicación, humanización, satisfacción, tecnología y teleorientación.

Abstract

The present research limits the importance of teleorientation, as a key tool that contributes or helps health professionals to be closer to the continuity of medical treatment of users, opening opportunities for technology and shortening times and movements for the population affiliated with the subsidized regime addressed in the document. The research project seeks to identify important factors in communication and adherence to the teleorientation modality during a general medical consultation and interaction between the parties. **Objective:** proposal of a general medical teleorientation care protocol for Capital Salud patients in Pablo VI Bosa units, based on the perception of users during the Covid-19 pandemic. **Method:** The research is of a non-experimental exploratory type with a qualitative approach since it is intended to know the perception of the users during the attention by this modality, defined in front of the humanized attention in the teleorientation service. **Results:** a bibliographic review matrix that provides concepts and arguments for the development of the research project, approaching a population of 120 users affiliated to the subsidized Capital Health regime attended in the Pablo VI Bosa Health Services Units, classified in equal parts of men and women and included in the life cycle from childhood to the elderly, however, although 89.2% of those consulted recommend this health service, it is necessary to propose care tools to maintain adherence to teleorientation in order to contribute to the optimization, use and access of the population to e-health. Finally, a care protocol aimed at all the medical professionals of the USSR who directly or indirectly intervened in the care to guide certain actions of the consultation. **Conclusions:** The tool will contribute to the continuous improvement of the health professional towards the patients, providing a warm, safe, confidential and humanized attention, always seeking to satisfy the needs and reaching higher quality standards in the provision of services.

Keywords:

Communication, humanization, satisfaction, technology and remote orientation.

Tabla de Contenido

Introducción	1
Planteamiento del problema.....	3
Justificación.....	5
Objetivos	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos.....	9
Marco Referencial	10
Antecedentes	10
Humanización	10
Telemedicina	12
Telesalud	14
Teleorientación.....	16
Pablo VI Bosa	17
Marco Teórico	19
Telemedicina	20
Telesalud	22
Teleorientación en salud	23
Teleapoyo.....	24
Marco Legal	25
Legislación de la telesalud	28
Aspectos Metodológicos	30
Enfoque metodológico	30
Alcance de la investigación.....	30

Diseño metodológico	30
Población y muestra	30
Población.....	30
Muestra.....	31
Instrumentos	33
Procedimiento	36
Desarrollo de la propuesta.....	37
Conclusiones	58
Referencias.....	60
Anexos.....	65

Lista de tablas y figuras

Tabla 1- Normatividad ética y comportamiento	11
Tabla 2 - Normatividad principal. Primera parte	25
Tabla 2 - Normatividad principal. Segunda parte	26
Tabla 2 - Normatividad principal. Tercera parte.....	27
Tabla 3 - Clasificación de la muestra.....	32
Tabla 4 - Preguntas del cuestionario	34
Tabla 5 - Edad	37
Tabla 6 - Estadísticos - Edad.....	38
Tabla 7 - Género.....	39
Tabla 8 - Estadísticos Género	39
Tabla 9 - Discapacidad.....	40
Tabla 10 - Cruzada Acceso y Edad	40
Tabla 11 - Estadísticos Acceso	41
Tabla 12 - Oportunidad	41
Tabla 13 - Estadísticos Oportunidad	42
Tabla 14 – No oportunidad	42
Tabla 15 - Acciones del personal	43
Tabla 16 - Estadísticos Acciones del personal	44
Tabla 17 - Cruzada Acciones del personal y Edad	45
Tabla 18 - Estadísticos cruzada Acciones del personal.....	45
Tabla 19 - Aplicación de procedimientos	46
Tabla 20 - Estadísticos aplicación de procedimientos	46
Tabla 21 - Calidad del personal	47
Tabla 22 - Estadísticos Calidad del personal	47
Tabla 23 - Acciones de los pacientes	48
Tabla 24 - No Acciones de los pacientes	49
Tabla 25 - Estadísticos Acciones de los pacientes	49
Tabla 26 - Cruzada Acciones y Edad.....	50
Tabla 27 - Estadísticos Cruzada Acciones y Edad.....	50

Tabla 28 - Satisfacción de los usuarios con la atención recibida.....	51
Tabla 29 - Estadísticos satisfacción	52
Tabla 30 - Conocimiento que tiene el paciente sobre el servicio.....	53
Tabla 31 - Estadísticos conocimiento	53
Tabla 32 - Mejoramiento de la salud del paciente	54
Tabla 33 - Estadísticos Mejoramiento de la salud del paciente	55
Tabla 34 - Satisfacción de los usuarios con la atención recibida.....	56
Tabla 35 - Estadísticos Satisfacción de los usuarios con la atención recibida.....	56
Figura 1 - Árbol de problemas	4
Figura 2 - Modelo Donabedian	33
Figura 3 - Preguntas del cuestionario.....	35

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Edad.....	38
Gráfico 2 - Acceso	41
Gráfico 3 - Oportunidad	43
Gráfico 4 - Acciones del personal.....	44
Gráfico 5 - Cruzada acciones del personal.....	45
Gráfico 6 - Aplicación de procedimientos	47
Gráfico 7 - Calidad del personal	48
Gráfico 8 - Calidad del personal	48
Gráfico 9 - Acciones de los pacientes	50
Gráfico 10 - Cruzada acciones y edad.....	51
Gráfico 11 - Satisfacción.....	52
Gráfico 12 - Conocimiento que tiene el paciente sobre el servicio.....	54
Gráfico 13 - Mejoramiento de la salud del paciente	55
Gráfico 14 - Satisfacción de los usuarios con la atención recibida.....	57

Introducción

La teleorientación en salud es el conjunto de actividades y acciones que se ejecutan a través del uso de tecnologías de la información y la comunicación para brindar al usuario, como su nombre lo indica, una orientación, consejería y asesoría en diferentes conceptos de salud como promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, entre otros. De tal manera, Colombia ha desarrollado la regulación correspondiente a la práctica de la telesalud mediante la Resolución 2654 de 2019 que, entre otras cosas, establece las disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país.

A raíz de los mecanismos de bioprotección originados por la pandemia del Sars-Cov-19 en el 2020, los servicios de telemedicina tomaron fuerza en el territorio colombiano con diferentes fines, entre ellos minimizar la propagación del virus y a su vez las barreras de acceso a servicios de salud como las consultas de medicina general que tienen una alta demanda. La emergencia sanitaria por SARS-Cov-2 ha obligado a las entidades colombianas prestadoras de servicios de salud la utilización de las tecnologías de comunicación para la continuidad de la atención demandada por la población. Como lo indica la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la valoración, el diagnóstico acertado, y el tratamiento del paciente mediante la teleorientación permiten minimizar el riesgo de transmisión de enfermedades, permitiendo que se garantice la prestación de los servicios en salud durante la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2 (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Así las cosas, la población colombiana asegurada al régimen contributivo bien sea con o sin planes complementarios o medicina prepagadas, ya se encontraban familiarizados con esta modalidad de acceso a servicios de salud, sin embargo, para los afiliados al régimen subsidiado especialmente quienes se encuentran en nivel 1 y 2 del SISBEN, se encuentran con barreras de acceso a los servicios de salud virtuales como la teleorientación por causas como desconocimiento, uso de dispositivos de comunicación, costumbres, etc.

Es por ello que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) Colombiano ha dispuesto para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los elementos del

Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), los cuales pretenden convertir en temas prioritarios la humanización de los servicios, la seguridad, coordinación y transparencia, así como algunas orientaciones para la calidad de la humanización de la atención integral en salud a gestantes, niños, niñas, adolescentes y población en general.

Por ende, el presente documento comprende la investigación acerca de la percepción de los usuarios afiliados a Capital Salud en el régimen subsidiado, que accedieron al servicio de consulta por medicina general en la modalidad de teleorientación durante la emergencia sanitaria por el Sars-CoV-19 y concluye con el Protocolo de Atención basado en el modelo de calidad de la atención médica de Avedis Donabedian.

Planteamiento del problema

En la constitución de la Organización Mundial de la Salud se encuentran nueve (9) principios de los cuales se toman tres (3) que son primordiales en la atención humanizada en salud como “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” y “La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados” (Organización Mundial de la Salud, 2006). Por lo anterior el trato humanizado en salud cobra vital importancia para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sobre todo en la percepción que tiene el paciente sobre la atención en salud recibida.

Debido a la emergencia Sanitaria por SARS-Cov-2 las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), continuaron la prestación de servicios de consultas médicas en la modalidad de teleorientación, sin embargo, se presume que la percepción del trato humanizado a los pacientes ha cambiado al percibir baja calidad en la atención, tiempo aún más limitado que en la modalidad presencial, inexperiencia en cuanto al uso de dispositivos de transmisión y herramientas de comunicación como Skype, Zoom, Meet, Teams, entre otros. Así mismo, el desconocimiento del paciente frente al procedimiento de la teleorientación y, el estado socioeconómico del mismo imposibilita el oportuno acceso a los servicios de salud y generan un problema de percepción de estos frente al trato humanizado.

Uno de los efectos o consecuencias de lo anteriormente planteado, es la baja percepción de claridad en la información de las partes frente al estado actual de salud, puesto que, por este canal de comunicación no se realiza la toma de signos vitales y demás que pueden determinar un diagnóstico más acertado, así como la poca adherencia a continuidad de citas y/o tratamiento por la comunicación poco asertiva en la teleorientación sobre todo en la población adulto mayor quienes en su mayoría no cuentan con un acompañante o cuidador para seguir las recomendaciones dadas por el profesional, muchas de estas para patologías crónicas que requieren de continuidad en el tratamiento.

A pesar que las herramientas tecnológicas mejoran el acceso a las consultas en salud, paradójicamente también ocasiona que no lleguen oportunamente a los correos electrónicos de los pacientes (en muchas ocasiones sin uno personal), las ordenes médicas y demás documentos solicitados por el profesional de la salud, obligándolos a movilizarse a las unidades de salud más cercanas para solicitar de forma física la documentación necesaria para acceder a otros servicios de diagnóstico o complementarios, finalmente perdiendo el objetivo principal de la teleorientación y el seguimiento médico del paciente en cuestión.

En la figura 1 se ilustra el problema describiendo las causas y los efectos de este en la población afectada.

Figura 1 - Árbol de problemas

Árbol de problemas			
Efectos	Baja percepción frente al estado actual de salud	Poca adherencia a continuidad de citas y/o tratamiento	Desconocimiento del diagnóstico actual del usuario
Problema	Percepción de los pacientes frente a la atención humanizada en medicina general por teleorientación		
Causas	Baja calidad de la atención	Desconocimiento del paciente frente a la teleorientación	No llegan las interconsultas y/o paraclínicos
	Tiempo limitado		Poca resolutivead
	Desconocimiento de las herramientas tecnológicas	No cuenta con número de teléfono o conexión a internet	

Fuente: Elaboración propia a partir de la identificación del problema a investigar.

Como se evidencia en la figura anterior, el no abordaje de las causas genera consecuencias que repercuten directamente en la percepción del paciente frente a prestación de servicios de salud, así como la poca adherencia a un posible tratamiento.

Pregunta problema:

¿Como proponer un protocolo de atención en teleorientación médica general, para los pacientes de Capital Salud en las unidades de Pablo VI Bosa, a partir de la percepción de los usuarios durante la pandemia por Covid-19?

Justificación

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha dispuesto para los actores del SGSSS - los elementos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud el cual busca que la humanización de los servicios se convierta en un tema prioritario de la atención integral (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

La humanización de la salud implica, por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia y, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos. La humanización hace parte del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud que pone a las personas como centro y finalidad del sistema y que busca la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso con la calidad por parte de todos los agentes del sistema. Según el MSPS, “cuando en la atención de los pacientes se tiene en cuenta el contexto de la ética y los valores, es posible suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social” (Tambini, 2019).

De igual modo, la humanización ha dejado de tener importancia en la práctica asistencial, los factores como no tratar de conocer y comprender la situación y respuesta de cada uno, no hacer sentir protegido al paciente, no responder a las preguntas que formula y no darle la información precisa y comprensible son algunas causales que dificultan la percepción de las necesidades de los pacientes y que alejan los profesionales y trabajadores de la salud de la buena y asertiva comunicación con el paciente (Orjuela, 2018).

Como indica Norma Orjuela en el libro Humanización de la atención en salud, Factor trascendental en experiencia del paciente (2018),

las ineficiencias de consulta externa son más tolerables que las de urgencias, porque son atendidas en horarios diurnos y la necesidad de atención es medianamente urgente, sin embargo, esa falta de gestión puede ser dramática cuando los pacientes tienen una patología de mediana o alta complejidad (p. 17).

Según Santacruz (2016),

la posición de la medicina en una sociedad como la colombiana, aún está en desarrollo, ya que las barreras socioeconómicas para el acceso y calidad de la salud han apurado a la población general a hacer ajustes críticos en materia de políticas sanitarias (p. 378).

El sistema de salud colombiano ha sido fuertemente criticado por los diferentes afiliados a este, pues constantemente se quejan por un mal servicio recibido en alguna atención de su vida. Una encuesta realizada por Ipsos Group S.A., multinacional de investigación de mercados y consultoría (2021), reveló que,

el 34% de los usuarios creen que pudieron tener una mejor atención a la que recibieron, otro 30% no sabe si la pudo haber tenido y apenas el 35% aseguró que si obtuvo la mejor atención que se le podía ofrecer.

Así mismo, la encuesta dirige la percepción de los pacientes respecto a la atención del profesional de la salud e indica,

los médicos hacen parte de los pilares del sistema de salud, al indagar sobre ellos y la tranquilidad que brindan al paciente y la confianza que se puede generar, también se encuentran criterios divididos. El 50% de las personas asegura que el doctor los toma en serio; el 30% no está seguro de si los toma o no en serio; y el 19% no lo cree así. Sobre si realmente el médico se preocupa por ellos, no son muchos los que están de acuerdo (36%), entre los que no están seguros y los que lo niegan llegan al 65%. Sentirse en confort con el médico más reciente logró satisfacer al 42%, mientras que quienes lo negaron fueron el 26%, asimismo el 34% cree que su último doctor sabe realmente cómo se siente y 32% lo niega. Finalmente, se consultó (él/ella) lo conoce a manera personal, lo cual fue enfáticamente negado por el 46%.

A partir de la emergencia sanitaria por la pandemia de SARS-Cov-2, se ha obligado no solo a los profesionales de la salud sino también a los usuarios o pacientes el uso de tecnologías para la comunicación como lo es la telemedicina y la telesalud, entendiéndose como “la prestación de servicios de salud por parte de profesionales sanitarios a través de la utilización de tecnologías de la información y comunicación...” (Organización Mundial de la Salud, 2021). Estas tecnologías otorgan accesibilidad, reducción de costos entre las partes y mayor rapidez para el acceso a servicios de salud, sin embargo, paradójicamente alejan a los usuarios o pacientes de un trato más humanizado y de un concepto científico que acierte el diagnóstico real de este (Martínez & et al, 2020).

En Colombia se ha implementado en las EPS la atención de consulta médica general a través de la red de prestadores mediante la modalidad telefónica o virtual, esta se desarrolló de manera constante y en crecimiento acelerado que puede modificar la percepción de la atención en salud de una población adaptada a la presencialidad entre paciente – médico y viceversa.

Teniendo en cuenta que la EPS Capital Salud,

garantiza el aseguramiento y el acceso a los servicios de salud, a toda su población afiliada con calidad, oportunidad, trato humanizado y diferencial, como un derecho fundamental y contribuyendo de esta manera al mejoramiento de la salud y la satisfacción de sus usuarios (Capital Salud EPS, 2021).

Así mismo esta entidad cuenta con una gran número de usuarios del régimen subsidiado, por lo que es fundamental analizar la percepción de la atención humanizada en la atención de medicina general en la modalidad de teleorientación en prestación de las unidades de Pablo VI Bosa, que permita identificar variables en relación a la calidad, conocimiento o desconocimiento por parte de los usuarios hacia la teleorientación, la resolutivez del médico-paciente frente a la prestación de servicio y la satisfacción a las necesidades de los usuarios, así mismo identificar los efectos o

consecuencias en la atención que esto acarrea con el fin de proponer estrategias que permitan a las EPS mantener un trato humanizado en la teleorientación de medicina general.

En el marco de la presente investigación, también resulta necesario analizar la percepción de cierta población perteneciente al régimen subsidiado que, entre otras cosas, no tienen la capacidad económica para acceder a la atención de servicios médicos oportunos a diferencia de una medicina prepagada. La percepción de la humanización en la atención es un campo muy aplicado en las instituciones y entidades de salud, pero poco analizado, dada la complejidad respecto a la medición de algo intangible como la telesalud y la apreciación por grupos etarios.

Objetivos

Objetivo General

Proponer un protocolo de atención en teleorientación médica general, para los pacientes de Capital Salud en las Unidades de Pablo VI Bosa, a partir de la percepción de los usuarios durante la pandemia por Covid-19.

Objetivos Específicos

1. Realizar una matriz de revisión bibliográfica sobre las variables principales de humanización en salud, telemedicina, telesalud y teleorientación.
2. Analizar la información de las respuestas obtenidas de los usuarios respecto la aplicación del cuestionario.
3. Realizar un protocolo de atención en teleorientación médica general, para los pacientes de Capital Salud en las unidades de Pablo VI Bosa, a partir de la percepción de los usuarios durante la pandemia por Covid- 19.

Marco Referencial

Antecedentes

Humanización

En España, en 1984, el “Nuevo modelo de gestión” estaba orientado al funcionamiento racional y a la mejora de la calidad asistencial en los hospitales públicos, es por esto por lo que la Subdirección General de Atención Hospitalaria del Instituto Nacional de Salud de España - INSALUD-, contribuyó la ejecución del programa de humanización de la asistencia para mejorar la prestación de servicios a la población (Gutiérrez, 2017).

Uno de los pilares fundamentales para poner en marcha el modelo de gestión comprendía la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, con el fin de articularlo entre los actores del sistema con este, siendo los derechos irrenunciables sobre la propia salud y los recursos sanitarios necesarios para garantizarla (Gutiérrez, 2017).

En Alemania, el médico y filósofo Viktor Von Wizaecker (1886-1957) indicaba que la agudeza intuitiva, el tacto exploratorio y el humilde atenuamiento del médico a la realidad humana de cada uno de los pacientes, le permitía, a veces sin planearlo, tener un “sentido biográfico de la enfermedad individual” partiendo de la observación y no de la explicación. Asimismo, consideraba que el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones producidas por una enfermedad o accidente eran insuficientes si no se tenían en cuenta la situación en la vida personal y social que afrontaba el paciente (Lain, 2018).

En el año 2001, El Instituto de Medicina de los Estados Unidos incorporó el concepto de “atención centrada en el paciente y familia (patient and family-center care, PFCC)”, transformando un modelo paternalista a un modelo basado en la autonomía y respeto de los pacientes y familiares, así como de sus decisiones que involucren el autocuidado de su salud. El PFCC comprende los principios de información compartida, respeto por las diferencias, colaboración, negociación y

cuidado en el contexto familiar y de comunidad, básicamente busca trabajar con los pacientes y familiares sobre hacer algo por todos y no solo por el paciente involucrado (Rojas, 2019).

Según Rojas (2019),

Humanizar los Cuidados Intensivos es centrarnos en la persona a la que atendemos, entendiendo que es única, preservando su dignidad y valores, cuidando con base a la mejor evidencia disponible, haciendo uso racional de recursos, incluyendo a los familiares y haciéndolos parte del proceso, recordando que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano y finalmente también es devolver al equipo de salud la vocación y el sentido por lo que hacen.

Colombia por su parte, cuenta con la Política Nacional de Humanización de la Salud la cual busca establecer la humanización como un principio que se integre el alcance de las diferentes políticas nacionales, territoriales e institucionales y en entidades públicas, privadas y mixtas. Esta política busca unificar los esfuerzos de los actores del sistema y del ser humano, basado en la experiencia y la calidad con la finalidad de fomentar la cultura de la humanización en las instituciones prestadoras de salud promoviendo la garantía del derecho a la salud y la dignidad de los usuarios y/o pacientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

El país inició la promulgación de normatividad que regula la práctica ética de diversos profesionales de la salud, fundamentado en el correcto comportamiento con sus acciones y el trato al paciente tal como se relaciona en la tabla 1.

Tabla 1- Normatividad ética y comportamiento

Norma	Fecha	Expide	Tema
Ley 23	18/02/1981	Congreso de la República	Ética Médica.
Ley 35	8/03/1989	Congreso de la República	Ética del Odontólogo.
Ley 841	7/10/2003	Congreso de la República	Ejercicio y bioética del Bacteriólogo.
Ley 911	5/10/2004	Congreso de la República	Responsabilidad del Enfermero.
Ley 1090	6/09/2006	Congreso de la República	Ejercicio y bioética del Psicólogo.

Fuente: Elaboración propia modificado de la Política Nacional de Humanización de la Salud 2021 – 2031.

En Bogotá, a partir de junio de 2020 mediante la Secretaría Distrital de Salud, se ha implementado el programa “Estamos Contigo” como un modelo de humanización para impactar de manera positiva en la salud mental y emocional de pacientes hospitalizados, familiares y profesionales de la salud, lo que ha permitido realizar cerca de 8.000 acercamientos e intervenciones para el manejo de situaciones cruciales como estrés, duelo, problemas familiares, miedo, entre otros temas (Secretaría Distrital de Salud, 2020).

La subred suroccidente recibió el reconocimiento de la Fundación Guayacanes, en la categoría oro, del Top Bench Excelencia de la Gestión, por los resultados positivos a las experiencias en humanización en tiempos de pandemia.

Según la página web de la Subred (2021),

el objetivo de esta estrategia es acompañar a todos los colaboradores, pacientes, usuarios y a sus familias, en esta situación de pandemia, ofreciendo recursos para enfrentar la adversidad y proveerles herramientas que les permitan regular sus emociones, de manera que puedan transitar por estas circunstancias difíciles de una forma más adaptativa, sana y amónica.

Telemedicina

La telemedicina ha cobrado importancia a partir de la emergencia sanitaria mundial por el SARS-CoV-2 a razón de dar continuidad a la asistencia médica sin necesidad de acudir a una institución prestadora de servicios de salud. El aprendizaje sobre el uso y aplicación de las Tecnologías de la Información y Comunicación TIC en los diferentes actores del sistema, es hoy una necesidad y un requisito.

Para Nader (2012),

la telemedicina, como hoy se conoce, inició su proceso evolutivo real desde 1970, pasando por telefonía convencional, banda ancha de internet e intranet, redes móviles inalámbricas y sistemas encriptados. Estos últimos permiten conservar la confidencialidad de la información de los pacientes.

De acuerdo con Sanofi (2020), la Unión Europea trabaja por establecer un sistema de asistencia sanitaria transfronterizo, es decir, que todos los sistemas sanitarios de los países miembros de la unión puedan estar interconectados de manera que, la prestación del servicio se realice en cualquiera de los 27 países miembros, así como el intercambio de información de manera responsable, segura, eficiente e interoperable en pro de las necesidades de los ciudadanos a través del uso de herramientas tecnológicas como la Telemedicina (Sanofi, 2020).

En España, se creó el programa Sanidad en Línea el cual consistió en establecer comunicación para el acceso electrónico a historias clínicas, órdenes y/o citas médicas. El programa cuenta con la cobertura del 93.3% de la población española, llevando el servicio de salud a poblaciones alejadas de las ciudades principales, donde el internet se convierte en un gran aliado, “La telemedicina aporta grandes ventajas para pacientes, profesionales y para el propio sistema de salud. Es por ello por lo que resulta fundamental seguir apostando por su desarrollo e implantación en todos nuestros hospitales” (Sanofi, 2020).

El Reino Unido con la ayuda de Telefónica, puso al servicio de la comunidad el sistema Help at Hand (ayuda a mano), el cual consiste en un módulo que se conecta a los demás dispositivos que monitorean la salud de un paciente desde la residencia, generando una cantidad de datos que permiten monitorear, generar alertas y retrasar o evitar que algunos pacientes sean trasladados a instituciones de salud en situaciones complejas.

En Colombia, por ejemplo, antes de la pandemia ya se contaba con cerca de 2.371 prestadores inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, para la prestación de 9.179 servicios bajo la modalidad de telemedicina, brindando cobertura a 400 municipios del

territorio nacional, y para el 30 de septiembre de 2020 se evidenció un incremento del 117% en las instituciones que ofrecen la modalidad de telemedicina, especialmente en la alta demanda de servicios como: medicina interna, psicología, nutrición y dietética, dermatología y diagnóstico cardiovascular (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

La plataforma “Bogotá Salud Digital” promulgada por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, permite que la información clínica de un paciente se encuentre en su totalidad y disponibilidad para la determinación de un diagnóstico más acertado y sin interrupciones. Actualmente los usuarios afiliados a Capital Salud EPS pueden acceder a la plataforma para autogestionar las citas médicas que requieren.

Así mismo, los profesionales de la salud podrán encontrar herramientas que permitan mejorar el seguimiento y diagnóstico generando una visión más amplia del estado de salud del paciente (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2021).

Telesalud

En Francia y España cada vez más son los pacientes que acceden a las plataformas de teleconsultas médicas a través del uso de dispositivos móviles que permiten el ahorro de costos entre las partes, así como la integralidad y universalidad para el acceso a servicios de salud. Otro de los beneficios por los que los pacientes prefieren el uso del dispositivo móvil es la expedición de ordenes médicas sobre todo para aquellos con patologías crónicas (Salud Digital, 2018).

Sin embargo, en España más del 50% de los ciudadanos que acceden al servicio de teleorientación son las mujeres entre 19 y 24 años con un 31.4% seguido de mujeres entre los 25 y 34 años, es decir el 22.9%. Así mismo se evidencia que los adultos mayores son los que más acceden al servicio con un 89.5% de las consultas a diferencia del 10.5% en pediatría (Salud Digital, 2018).

En los Estados Unidos, se ha implementado el servicio de teleorientación para el seguimiento postoperatorio de pacientes, ofreciendo una amplia variedad de especialidades para la atención

como: endocrinología, ortopedia, otorrinolaringología, cirugía colorrectal, cirugía vascular, trasplantes, cirugía oncológica, urología y cirugía plástica. Así mismo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos del país, solicitó la utilización de TIC, muchas de ellas gratuitas o de bajo costo, para enfrentar la pandemia Covid-19 (Márquez, 2020).

En Brasil, la Red de Telemedicina Universitaria (RUTE) fue creada por el Ministerio de Ciencia y Tecnología en colaboración con el Ministerio de Educación Brasileiro con el fin de implementar infraestructura de videoconferencia para enseñar e investigar situaciones clínicas y discusiones técnico-científicas entre varias especialidades de salud. Sin embargo, la normatividad brasilera restringe el uso de videoconferencias para uso médico – paciente limitando el acceso a servicios de salud en lugares remotos del país (Márquez, 2020).

En Colombia, en el año 2010 se sancionó la Ley 1419 “por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la telemedicina en Colombia” y la Resolución 2003 de 2014 definió la telemedicina como,

la modalidad de prestación de servicios de salud, realizados a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica (Márquez, 2020).

Esta última norma, además de otras especialidades involucra la Consulta Externa General como uno de los servicios que pueden ser prestados en la modalidad de telemedicina. Pero no fue sino hasta la expedición del Decreto 417 del 17 de marzo de 2020 mediante la cual, el presidente de la república declaró un estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional, impulsando el uso de la teleorientación para el acceso a servicios médicos.

La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI- (2020), indicó que desde marzo de 2020 se han realizado cerca de 9,5 millones de teleorientaciones “facilitando la atención de los usuarios en sus domicilios, evitando desplazamientos y exposiciones innecesarias al virus Covid19” (González, 2020).

Teleorientación

En Colombia, mediante la Resolución 2654 de 2019, el término se utiliza para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Si el usuario lo solicita, el Teleorientador debe enviar un resumen de la sesión y sus recomendaciones bien sean por medio de correo electrónico o mensajería.

En países como España, la teleorientación se caracteriza por la aplicación de las TIC en el ámbito asistencial sanitario. Su principal objetivo se dirige en mejorar la calidad del servicio ofrecido al paciente, reforzando los mecanismos de atención existentes.

Sin embargo, aunque este se constituya como su objetivo final, no es el único. La teleorientación también reporta grandes beneficios para profesionales sanitarios, y para el propio sistema de salud. Y es que, gracias a ella se consigue, entre otras muchas cuestiones:

- Reducir el tráfico en los centros sanitarios.
- Garantizar la disponibilidad de especialistas en zonas de difícil acceso –como áreas rurales–
- Reducir las listas de espera.
- Optimizar los recursos disponibles.

Por sus múltiples beneficios, tanto desde la Unión Europea como España, han impulsado diferentes proyectos para fomentar la aplicación de la teleorientación en el ámbito asistencial de la salud. En este sentido, se está trabajando para potenciar su uso en dos sectores concretos:

- En la práctica clínica: a través de la monitorización remota, la tele-consulta, la teleconferencia y la teleorientación.
- En la educación sanitaria: mediante webinars, videoconferencias y recursos digitales (eProfessionals, 2020).

En Colombia es de recordar que el 3 de octubre de 2019 el Gobierno Nacional estableció nuevas disposiciones para el desarrollo de la telesalud en el país a través de la expedición de la Resolución 2654 de 2019, mediante la cual se indican los parámetros para la práctica de la telemedicina, sus categorías, el uso de los medios tecnológicos, la calidad y seguridad de la atención, así como el manejo de la información y los datos.

Según Correa (2020),

el objetivo de la telesalud es mejorar el acceso y la calidad de la atención clínica mediante el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones con actividades como la teleorientación y el teleapoyo.

Pablo VI Bosa

Inicialmente en 1968 cuando se construyó el centro de salud Pablo VI Bosa, el Centro de salud hacía parte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, asignado a la Regional 4 de la cual dependía administrativamente. Veintidós años más tarde en 1990 se expidió la Ley 10 de 1990 que facultó al Concejo de Bogotá para que mediante el Acuerdo 20 de 1990 organizara el Sistema Local de Salud, SILOS, por el cual se organiza el Sistema Distrital de Salud en Santa Fe de Bogotá. Luego, por medio del Acuerdo 19 de 1991, el Concejo de atención de Santa Fe de Bogotá, estableció la estructura básica de las entidades prestadoras de servicios de salud adscritas a la Secretaría Distrital de Salud, creándose el Hospital Pablo VI Bosa de I Nivel de Atención.

En el año 1998, en cumplimiento de la Ley 100 de 1993, el Concejo de Bogotá expide el Acuerdo 17 de ese año, por medio del cual se crea la Empresa Social del Estado, Hospital Pablo VI Bosa, entendida como una entidad pública descentralizada del orden distrital, adscrita a la

Secretaría Distrital de Salud, con autonomía administrativa, personería jurídica y presupuesto propio, en el año 2001 la institución fuera reconocida y obtuviera el primer premio otorgado por la Secretaría Distrital de Salud como el Mejor Hospital de I Nivel del Distrito.

En Mayo de 2008 recibe la 2º visita de seguimiento en Acreditación bajo los estándares de Acreditación Ambulatorios, los Estándares de Laboratorio Clínico, Imagenología, la cual fue otorgada para 11 Unidades de Servicio de Salud (USS Nuevas delicias, USS Porvenir, USS Estación, USS Olarte, USS Piamonte, USS Cabañas, USS Pablo VI, USS Carbonell, USS Laureles, USS Palestina, USS San Bernardino y obtuvieron el Premio de Oro en categoría pioneros en Premio Distrital a la Gestión en Salud 2008 y el primer lugar en el Ranking de la Veeduría Distrital.

En la actualidad, de 8.000 IPS sólo 37 se encuentran acreditadas. De ahí surge la necesidad de crear una cultura de calidad otorgando visibilidad y reconocimiento a los mejores, la Subred Sur Occidente E.S.E cuenta con la Unidad Pablo VI Bosa acreditada hace 15 años y un trabajo permanente para mantener la distinción (Tecno Salud, 2014).

Marco Teórico

La telemedicina ha sido un cambio en el modelo de la atención en salud, que siempre busca la imparcialidad en la atención de los servicios para el usuario, con el uso de las herramientas tecnológicas donde surgen nuevas incógnitas para el personal que presta servicios en salud legitimar las acciones de la telemedicina, ya que no se puede exigir al médico infalibilidad, ya que la formación del médico está orientada hacia el respeto por la vida y la dignidad humana (Padilla, 2012).

Como indica Diaz (2019),

en ese orden de ideas, con la aplicación de la medicina a distancia se busca construir legitimidad social en medio de un saber científico permeado de valores sociales. De tal forma, la salud como producción social ha de abstenerse del error voluntario, de lo contrario da lugar una sanción jurídica, acompañada de la reparación de daños (responsabilidad obligacional y contractual); lo anterior, como resultado de la menor tolerancia ante los riesgos de la vida de los ciudadanos, y porque existe un compromiso extra obligacional y extracontractual en el quehacer médico; ella equivale a no causar daño a los demás.

Sin embargo, la misión de las instituciones de salud parte de la necesidad de brindar una atención humanizada y segura enfocada a la dignidad del paciente usuario sin tener en cuenta las barreras administrativas para el acceso a los servicios de salud (Gutiérrez, 2017).

Pero, la creciente demanda por una atención sanitaria ha obligado a las instituciones la tecnificación de sus servicios, paralelamente buscando la eficiencia y el manejo de los recursos, los cuales paradójicamente generan falta de tiempo, el trato impersonal al paciente, la humanización/deshumanización y han hecho que con frecuencia el personal de salud replantee los componentes afectivos, personales, éticos y profesionales frente al abordaje del usuario y su familia (Gutiérrez, 2017).

La humanización de la salud conlleva, a una cultura que protege el valor de la eficacia con base a los resultados y su gestión, por otro, una cultura que prioriza el respeto y su autonomía en defensa de sus derechos humanos (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

La humanización en salud debe contemplarse desde el primer momento en la atención del paciente, a través de una comunicación asertiva, quien debe sentir un trato personalizado y digno frente a su atención (Red de Salud del Oriente, 2021), a través del lenguaje verbal (lo que se dice y cómo se dice) y el lenguaje gestual. Con la implementación de la modalidad de teleorientación en tiempos de pandemia los estadios del usuario pueden pasar de estrés a inseguridad frente a su atención en salud, teniendo en cuenta la no efectividad del diagnóstico.

Sin embargo, esta modalidad busca también brindar una atención segura frente a la mitigación del contagio por SARS-Cov-2 donde los profesionales de la salud puedan verse expuestos al riesgo de colapso, por excesivas consultas que podrían ser atendidas por medios virtuales.

Telemedicina

Se adelantan estrategias de telemedicina, en la atención médica domiciliaria y entrega de medicamentos en casa, con el fin de evitar el contacto, reducir la aglomeración en los centros de salud y de esta manera frenar la propagación del virus (González, 2020).

Lo anterior demuestra que el Covid 19, además de ser una gran crisis global, está impulsando una revolución silenciosa en el campo de la telemedicina, permitiendo que más personas tengan acceso, reduciendo costos y tiempos de espera para una cita médica.

La telemedicina está iniciando en Colombia y Latinoamérica, pues menos del 1% de las consultas médicas son realizadas virtualmente y tras el brote de coronavirus, esta ha aumentado y la OMS están incentivando su uso para contener la expansión del virus (González, 2020).

González destacó que en el caso de Colombia se han visto grandes avances en la regulación tras la Resolución 2654 de 2019 del Ministerio de Salud en la que se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país (González, 2020).

Precisamente, según información suministrada por la vicepresidencia de salud de ACEMI (2020),

actualmente, de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, se cuenta con 739 IPS habilitadas con 2.062 servicios habilitados bajo la modalidad de telemedicina; las especialidades que tienen más servicios habilitados son diagnóstico cardiovascular (243), radiología e imágenes diagnósticas (200), medicina interna (171); pediatría (136); ginecología (128) y dermatología (103). El 54% de las IPS con telemedicina habilitada se encuentran en Antioquía, Cundinamarca, Bogotá, Valle del Cauca y Nariño” (González, 2020).

Por lo tanto, los adelantos de la medicina que se beneficien de las TIC, en ningún momento deben comprometer los derechos de los pacientes; por ello, la apuesta por la práctica de la telemedicina ha de estar acompañada de una mejor legislación en el ámbito colombiano (Zaporta, 2008).

La telemedicina es una gran oportunidad para mejorar los sistemas de apoyo a la salud y estos son una prioridad global para corregir la inadecuada relación médico-paciente en cualquier sociedad. Este tipo de iniciativas especiales brindarán un desarrollo integral que se traducirá en una mayor cobertura, sin sacrificar la calidad de la atención.

Sin duda, una vez que pase la pandemia y cuando el virus se vuelva endémico, la humanidad sobrevivirá y seguirá el curso de su historia. Cabe señalar que nada volverá a ser igual. Sin embargo, dentro de los cambios que transformaron definitivamente la salud, la telemedicina ocupará un lugar destacado y, en este posicionamiento, la teleorientación jugará un papel decisivo.

Telesalud

Desde hace algunos años en Colombia se cuenta con normativa que dispone del uso de tecnologías digitales como computador, celular y otros dispositivos para favorecer el acceso a los servicios de salud de la población en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, que pretende llegar a diferentes usuarios buscando mejorar sus condiciones de salud, mejorando las condiciones de acceso en la población y disminuyendo las barreras de acceso a población marginada. Sin embargo, no se contaba con que se presentara una pandemia por el SARS-Cov-2 lo que permitió que esta modalidad tomara más fuerza en la actualidad.

Hoy en día, la modalidad de telesalud ha ganado fuerza, en tiempo de pandemia la prestación de servicios de salud por canales de comunicación ha generado que los prestadores se acojan cada vez más al manejo de prestación de servicios de salud a toda la población de una manera más asequible para los usuarios. El ministro de Salud, Fernando Ruiz, al hacer un balance del crecimiento de la telemedicina, afirmó que el aumento ha sido exponencial pasando de 1.194.931 atenciones en marzo de 2020 a 10.632.159 en enero de 2021 mediante diferentes medios electrónicos (Espinoza, 2021).

Este incremento en la atención de los usuarios plantea que entre los mismos meses se prestaron en el país 101,2 millones atenciones entre tele consultas, control prenatal, fórmulas de medicamentos entregadas, servicios de laboratorio y otras orientaciones (Espinoza, 2021), lo que muestra que a través de la pandemia se aceleró el uso de las TIC para la prestación de servicios, así mismo cabe resaltar que los prestadores de servicios de salud han pasado de ofrecer servicios básicos y lo han extendido a otras especialidades médicas quienes a través de dispositivos de comunicación podrán facilitar las consultas a los usuarios teniendo una amplia gama de servicios que permita que la atención sea más resolutive para los usuarios.

La evolución de la telemedicina permitirá que se masifique y disminuyan costos pues los usuarios desde casa podrán contar con dispositivos que evalúen su salud de tal modo que el personal médico brinde una atención adecuada, pues “La telesalud llegó para quedarse y sus

efectos positivos en la atención, oportunidad y ahorro en tiempos y desplazamiento son evidencia de ello” (Portafolio, 2020).

De esta manera, la Telesalud en Colombia y el acelerado aumento, que se dio en respuesta a la necesidad presentada de la pandemia por el SARS-Cov-2, se ha convertido en una tendencia que, sin duda, sobrevivirá en el tiempo y que se irá perfeccionando significativamente, transformando la relación entre médico-paciente, además de consolidarse como una gran herramienta para evitar la movilización de personas en la fase de reactivación gradual que está atravesando el país, donde se necesita la conciencia de la población para la prevención de la propagación del virus, además de la ayuda de empresarios, gobierno y, por supuesto, de las entidades del sistema de salud, para de manera conjunta avanzar en el propósito de proteger la salud de todos los colombianos (Portafolio, 2020).

Teleorientación en salud

Por otra parte, la teleorientación hace parte de la telesalud pues como su nombre lo indica, es una orientación que se brinda a los usuarios para facilitar el acceso a los servicios a través de las etapas de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o paliación de la enfermedad (Resolución 2654 de 2019) mediante tecnologías de la comunicación, la teleorientación es una actividad, no es un servicio habilitable, y puede ser realizada en un servicio habilitado; el Teleorientador, en el marco de sus competencias, debe informar al usuario el alcance de la orientación, que la información que sea suministrada podrá ser parte de la historia clínica y, en caso de que el usuario lo solicite, entregar copia o resumen de la comunicación. Las actividades de telesalud no se habilitan; se habilitan los servicios en la modalidad de telemedicina (Mora, 2020).

Basado en lo anterior la Resolución 521 de 2020 expedida por el Ministerio de Salud, busca que la población que se encuentre en aislamiento preventivo debido al riesgo transmisión por SARS-Cov-2 pueda acceder a las consultas a través de modalidad virtual o telefónica por medio de la telesalud mediante la teleorientación pues está además de minimizar barreras de acceso en la

población también genera beneficios para el personal de salud que también se encuentra aislado y que a la vez puede prestar el servicio.

Sin embargo, se debe tener presente que la prestación del servicio por teleorientación tiene un componente de orientación o consejería donde el usuario debe conocer el alcance de la misma y si es necesario se debe entregar copia de la historia clínica, pues no hacerlo puede causar problemas jurídicos en la prestación del servicio, por lo que los profesionales deben conocer acerca de la normatividad que regula el manejo de las TIC en la prestación de los servicios de salud (Muñoz, 2020).

Teleapoyo

El teleapoyo basado en la resolución hace parte de los componentes de la telesalud en el que se busca dar apoyo en la prestación del servicio a otro profesional mediante el uso de tecnologías de la información, y deberán desarrollarse en el marco de la política nacional de seguridad del paciente evitando que se presenten eventos adversos en la prestación del servicio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

En la Resolución 2654 de 2019, el Ministerio de Salud establece que el teleapoyo hace referencia

al soporte solicitado por un profesional de la salud a otro profesional de la salud a través de tecnologías de la información y comunicaciones en el marco de relacionamiento entre profesionales. Es responsabilidad de quien solicita el apoyo, la conducta que determina para el usuario.

Marco Legal

La normativa permite reconocer la base legal que sustenta el trabajo de investigación con base a los diferentes reglamentos que se encuentran en relación con la atención del paciente en modalidad de teleorientación y que pretende garantizar el derecho fundamental a la salud permitiendo el “acceso a los servicios y tecnologías de salud que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad” (Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, 2015, art. 10), así mismo garantizar el trato humanizado en la atención del paciente.

A continuación, en la tabla No. 2 se presenta la normatividad relacionada con el presente proyecto de investigación:

Tabla 2 - Normatividad principal. Primera parte

TIPO	DESCRIPCIÓN	RELACIÓN
Constitución Política de Colombia de 1991	Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.	La salud es un derecho fundamental de todos los colombianos, basado en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación, seguridad, oportunidad, accesibilidad y los demás que garanticen el derecho.
Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”	Artículo 153. Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes: Equidad, Obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, Autonomía de instituciones, Descentralización administrativa, Participación social, Concertación, Calidad. Artículo 159. Garantías de los afiliados. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud. Artículo 160. Deberes de los Afiliados y Beneficiarios. Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	La prestación de servicios de salud es de obligatoriedad en el territorio nacional y cuyo fin es garantizar el derecho a la salud de manera universal bajo los principios contemplados por la ley, esta debe ser de libre escogencia y debe brindar atención íntegra y oportuna a la población. Así mismo debe garantizar la prestación del servicio de salud, en la actualidad para evitar la propagación del virus SARS-Cov-19 se emplea la modalidad de telemedicina.
Decreto 538 de 2020 Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de Covid 19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica	Artículo 8. Plataformas tecnológicas para las actividades de telesalud. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus Covid 19, y con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud, los prestadores de servicios de salud deberán implementar plataformas digitales accesibles con estándares básicos de audio y video que permitan el diagnóstico y seguimiento del paciente; y lo establecido en el literal g del artículo 4 de la Ley 1581 de 2012 y en el literal b del artículo 32 de la Ley 527 de 1999 y sus decretos reglamentarios, deberá limitarse al manejo de medidas técnicas, humanas y administrativas de seguridad con las que cuentan los prestadores de servicios de salud, siempre que la finalidad sea proteger los derechos fundamentales a la vida digna y a la salud de los pacientes.	La necesidad de disminuir el riesgo al contagio de la pandemia por Covid 19 sin afectar la prestación de los servicios de salud, permite que las instituciones instauren como primera medida la prestación del servicio en modalidad de telesalud a través de la teleorientación, para garantizar el derecho a la salud sin exponer al paciente al riesgo de contagio

Fuente: Elaboración propia modificado de normatividad asociada a la humanización en salud.

Tabla 3 - Normatividad principal. Segunda parte

TIPO	DESCRIPCIÓN	RELACIÓN
Ley 1419 de 2010 Por medio del cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia	Tiene como objetivo brindar los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en Colombia, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, calidad y lo demás contemplado en la Ley.	Describe capítulos clave para el perfeccionamiento de la Telesalud en Colombia como la conectividad, financiación y conocimiento.
Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"	Artículo 107. Garantía de calidad y resultados en la Atención en el Sistema General de Seguridad Social de Salud. En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la presente ley, y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados.	La prestación del servicio en modalidad de teleorientación debe cumplir con los estándares de calidad contemplados en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud que favorezcan una atención humanizada en la prestación del servicio bajo esta modalidad.
Ley 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Artículo 8º. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. Artículo 9º. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.	La prestación del servicio en modalidad de teleorientación debe ser íntegro y procurar una atención eficaz y oportuna que permita identificar el estado de salud del individuo bajo un servicio articulado. Es deber del estado buscar estrategias como la modalidad de teleorientación que permita el acceso a los servicios de salud a toda la población independientemente de su condición social, que le reconozca el goce pleno de esta. El uso de las TIC's fortalece el derecho a la salud y el acceso a los servicios, permite la detección y protección del estado de salud de la población. La modalidad de teleorientación favorece el acercamiento a zonas de difícil acceso y permite el seguimiento oportuno a los pacientes, sin embargo, es deber del Estado adoptar políticas públicas que permitan el acceso de toda la población colombiana a los servicios de salud.
Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Artículo 2.5.2.3.2 De la habilitación. Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las entidades objeto del artículo anterior, deberán dar cumplimiento a las siguientes condiciones: 2.1 De operación: Necesarias para determinar la idoneidad de las EPS del régimen subsidiado para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.	Se ampara bajo la habilitación de los servicios de salud, mediante el régimen subsidiado (para población más vulnerable) con el fin de garantizar a toda la población los accesos de servicio en salud sin vulnerar el derecho a la salud.
Resolución 13437 de 1991 Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.	Artículo 1º. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación: Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social: 1º. Su derecho a elegir libremente al médico. 2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico. 3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres. 5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.	El uso de TIC's no debe estar exceptuado del trato humanizado hacia los pacientes, el derecho fundamental de la salud debe ser prestado a toda la población mediante un trato digno y claro, sin algún tipo de discriminación o restricción, la telemedicina al ser un servicio debe cumplir con la misma idoneidad hacia trato del paciente y la comunidad.

Fuente: Elaboración propia modificado de normatividad asociada a la humanización en salud.

Tabla 4 - Normatividad principal. Tercera parte

TIPO	DESCRIPCIÓN	RELACIÓN
<p>Resolución 5095 de 2018</p> <p>Por la cual se adopta el Manual de acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia</p>	<p>De los derechos del paciente:</p> <p>Estándar 1 La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización que aplica al proceso de atención del paciente.</p> <p>Seguridad del paciente.</p> <p>Estándar 5 La organización tiene formulada, implementada y evaluada la política de seguridad del paciente y garantiza su despliegue en toda la organización.</p> <p>Estándar 6 La política de seguridad del paciente se despliega en la generación y medición de la cultura de seguridad, la implementación de un programa de seguridad y la conformación del comité de seguridad del paciente.</p>	<p>Siendo un derecho humano el acceso a los servicios de salud, se ampara bajo la ley bajo los estándares de acreditación la prestación del servicio de forma integral para todo el territorio nacional.</p> <p>Se crea la política de seguridad del paciente con el fin de garantizar la gestión del riesgo del paciente y permitir la atención integral.</p>
<p>Resolución 3100 de 2019</p> <p>Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de prestadores</p>	<p>1.3.3 modalidad de telemedicina</p> <p>Es la forma de prestar un servicio de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación que les permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, acceso a los servicios o ambos en su área geográfica.</p>	<p>Permitir la prestación del servicio, sin que sea negada a ninguna persona e incorporando el uso de tecnologías garantiza el derecho fundamental a la salud. Permitiendo a las instituciones presten sus servicios a través de la modalidad de teleorientación.</p>
<p>Resolución 2654 de 2019</p> <p>Por la cual se establecen disposiciones para la Telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país.</p>	<p>Capítulo II de la telesalud artículo 10 teleorientación en salud</p> <p>Es el conjunto de acciones que se desarrollan a través de tecnologías de la información y comunicaciones para proporcionar para proporcionar al usuario información, consejería y asesoría en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. El Teleorientador, en el marco de sus competencias, debe informar al usuario el alcance de la orientación y entregar copia o resumen de la comunicación si el usuario la solicita.</p>	<p>Se busca minimizar las barreras de acceso de la población a través del uso de tecnologías de la información, que permita a los usuarios acceder a servicios de orientación en salud en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento de las personas con barreras de acceso y que para el caso de la actual pandemia por sarcoV2 mitigue la propagación del riesgo al minimizar la presencialidad en los servicios de salud.</p>
<p>Propuesta de política nacional de humanización en salud</p>	<p>5.4 Humanización en Salud</p> <p>Se trata de comprender que es un concepto polisémico, amplio, sencillo y complejo a la vez, que se privilegia con la intención de abordar temas como el ser humano, su bienestar integral y su entorno, las relaciones humanas, el buen trato, entre muchos otros. Estamos evitando que la humanización se enfrente a ser reducida a buen trato o a tomarse como una cortina de humo que pudiera estar escondiendo los problemas del sector salud.</p> <p>6.1 El Derecho a la Salud</p> <p>Los derechos humanos, ganan cada día más preponderancia e importancia para la construcción de sociedades más justas y equitativas, en el reconocimiento y respeto de los mismos, siendo tema de primer orden en la agenda internacional, así mismo, el goce efectivo del derecho a la salud, entendido como un conjunto de factores que contribuyen a una vida sana, denominados “determinantes básicos de la salud”: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, alimentos aptos para el consumo, nutrición y vivienda adecuadas, condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres (ONU, 2012).</p> <p>6.2 Calidad en el Sector Salud</p> <p>La humanización recoge aspectos de calidad, pero no solo eso y ni a todos. En Colombia, a través del Decreto 1011 de 2007 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual define la calidad como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”, haciendo uso de atributos como los de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.</p>	<p>La política pretende garantizar el derecho humano a la salud con un enfoque humanístico que ve a la persona como un ser biopsicosocial que requiere un trato humanizado para garantía de sus derechos.</p> <p>Se fundamenta en los derechos humanos como el derecho a la salud, por lo que la respalda como una garantía para la prestación del servicio que no debe ser vulnerada en ninguna modalidad de prestación de servicios.</p> <p>Teniendo en cuenta que la humanización va de la mano con la calidad, la prestación de servicios de salud debe ser integral, universal y equitativo para la población, debe brindar las mejores herramientas para la adherencia de pacientes, incluir la telemedicina en la atención del paciente disminuirá las barreras de acceso en la población más vulnerable sin que se viole la calidad en la atención con trato humanizado.</p>

Fuente: Elaboración propia modificado de normatividad asociada a la humanización en salud.

Legislación de la telesalud

En esta línea, las teleorientaciones son una forma segura y eficaz de evaluar los casos sospechosos y orientar el diagnóstico y tratamiento del paciente, reduciendo el riesgo de transmisión de cualquier enfermedad. Por otro lado, estas teleorientaciones permiten que muchos de los servicios clínicos sigan funcionando con regularidad.

Colombia como país miembro de la OMS y de la OPS, ha adoptado las estrategias planteadas por estas organizaciones y se encamina en los temas de Telemedicina, Telesalud, Cibersalud y e-Salud.

En el año 2007, el parágrafo 2º, artículo 26 de la Ley 1122 dispone que

La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas. Especial interés tendrán los departamentos de Amazonas, Casanare, Caquetá, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés.

En el año 2009, la Ley 1341 dispone “Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones –TIC–, se crea la Agencia Nacional del Espectro”. “El Ministerio [...] apoyará el desarrollo de la Telesalud en Colombia, con recursos del Fondo de las TIC y llevando la conectividad a los sitios estratégicos para la prestación de servicios por esta modalidad, a los territorios apartados de Colombia” (Ley 1341, 2009).

Para el año 2010 con la ley 1419 se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia, plasmado en el Art. 1: “La presente Ley tiene por objeto desarrollar la TELESALUD en Colombia, como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, calidad y los principios básicos contemplados en la presente ley” (Ley 1419, 2010).

En el país, algunas entidades ya ofrecen servicios de teleorientación en vivo en tiempo real a través de videoconferencias con especialistas. Colombia es uno de los países que tiene legislación solo para telemedicina. La Ley 1419 del 13 de diciembre de 2010 establece los lineamientos para el desarrollo de la telesalud en el territorio colombiano. A partir de la vigencia de la citada ley, los aseguradores y prestadores de servicios del SGSSS, independientemente de los planes de beneficios, ofrecen la telemedicina dentro de sus carteras de servicios como una modalidad de servicio eficiente y racional, que facilita el libre acceso y elección del usuario, lo que contribuirá a su desarrollo y sostenibilidad (Ley 1419, 2010).

Finalmente, otra de las disposiciones normativas que se involucran con la integración de los temas de salud y las TIC es la Ley 1438 de 2011, la cual define la creación de una base de datos única de los afiliados en salud denominada la Historia Clínica Electrónica (HCE); ordenando incluso su aplicación obligatoria para antes del 31 de diciembre del año 2013.

Aspectos Metodológicos

Enfoque metodológico

El enfoque del presente proyecto de investigación es cualitativo ya que se pretende conocer la percepción de los usuarios definidos frente a la atención humanizada en el servicio de teleconsulta.

Alcance de la investigación

El alcance de la investigación utilizado es exploratorio, ya que aborda una situación poco conocida como lo es la percepción de los pacientes respecto la atención en salud por la modalidad de teleorientación, lo anterior con el fin de tener un primer acercamiento al contexto y sus características (Hernández & al., 2014).

Diseño metodológico

El diseño metodológico del presente proyecto es no experimental, ya que no se manipulan deliberadamente las variables, y se busca el análisis de un fenómeno como la percepción de la atención en salud. Así mismo, es de corte transversal puesto que la recolección de datos se realiza en un solo momento, asociado al tiempo de desarrollo de la especialización, que es de un año.

Población y muestra

Población

Se encuentra comprendida por la cantidad de afiliados del régimen subsidiado de la EPS Capital Salud quienes en el informe ejecutivo de rendición de cuentas 2020 disponible en la página web corporativa, indica 1.100.064 afiliados, de los cuales 896.581 corresponden a la ciudad de Bogotá D.C. El 3% de estos, es decir 27.068 afiliados, fueron atendidos en las unidades de Pablo

VI Bosa para la prestación de teleorientación de medicina general en el periodo comprendido desde el 01 de mayo de 2020 hasta el 30 de mayo de 2021.

Muestra

Para definir la muestra se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: Inicialmente se obtuvo una hoja de cálculo de la población a la cual se prestó el servicio de teleorientación en las unidades de Pablo VI Bosa desde mayo de 2020 hasta mayo de 2021, la cual contenía inicialmente 41.462 registros. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta son:

- EPS Capital Salud.
- Régimen subsidiado.
- Citas en estado “Cumplida”.
- Números de teléfono reales.
- Modalidad de teleorientación para el servicio de atención en medicina general.

Criterios de exclusión: Comprende los registros de información que no corresponden al estudio o investigación como:

- Otras EPS o Aseguradoras.
- Régimen contributivo.
- Citas en estado “Incumplida” o “Cancelada”.
- Números de teléfono que no cumplen con la cantidad mínima requerida (7 o 10 dígitos).
- Otras modalidades de atención en salud.

Por lo anterior, la muestra seleccionada corresponde a 120 usuarios que recibieron la teleorientación clasificada por grupos etarios como se evidencia en la tabla 3 a continuación:

Tabla 3 - Clasificación de la muestra

Grupo	Q. Femenino	Q. Masculino
Menores de edad	15	15
De 18 años a 30 años	15	15
De 31 años a 59 años	15	15
Mayores de 59 años	15	15
Total	60	60

Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra obtenida

Cabe agregar que, aunque la muestra corresponde a 120 usuarios, los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento se analizarán bajo el concepto de muestra no probabilística y por conveniencia, considerando que los usuarios que respondan se constituyen en un grupo representativo de la población base del presente estudio.

Fuentes de Información

La principal fuente de información será la aplicación del cuestionario a la población anteriormente indicada, el cual se almacenará en una hoja de cálculo para su posterior análisis estadístico.

Instrumentos

El instrumento utilizado para analizar la información correspondiente al segundo objetivo que pretende conocer la percepción de los usuarios es un cuestionario, que se define como un conjunto de preguntas orientadas a la medición de una o más variables (Hernández & al., 2014).

Las preguntas del cuestionario están basadas en el modelo de evaluación de Donabedian. Este modelo fue diseñado por el médico Avedis Donabedian, considerado el padre de la calidad de la atención en salud, quien enfocó las dimensiones de estructura, proceso y resultado para medir la calidad de la atención médica (Torres & al., 2015).

Según Varo (1994),

Donabedian propone que los enfoques para evaluar la calidad sean:

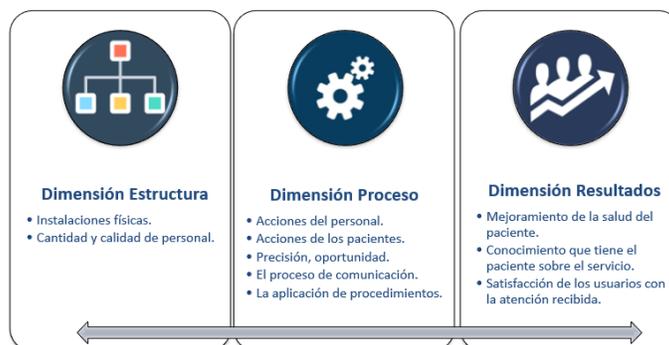
Estructura: factores de producción y organización.

Proceso: contenido, configuración y punto final del procedimiento.

Resultado: punto final del procedimiento e impacto.

Ahora bien, en la figura 2 a continuación, se puede observar la estructura de los tres enfoques del modelo Donabedian:

Figura 2 - Modelo Donabedian



Fuente: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88043199005> - Modelo de Donabedian adaptación propia

Como se evidencia en la figura anterior, la dimensión o enfoque de estructura comprende los recursos utilizados inicialmente para la admisión y prestación de servicios de salud al paciente, tales como cantidad y calidad del personal (administrativo y asistencial), equipos e instrumentos, recursos financieros necesarios para garantizar a las partes involucradas la oportuna asistencia, las instalaciones físicas, las normas (habilitación y acreditación), reglamentos y procedimientos como el protocolo de atención en las diferentes especialidades y servicios y los sistemas de información para el almacenamiento de los datos y registros de la atención.

Así mismo, la dimensión o enfoque de proceso comprende las actividades que se realizan para la atención de las necesidades en salud a los pacientes que lo requieren y finalmente la dimensión o enfoque de resultados, es decir, lo que se consigue una vez se cumplen las dos dimensiones anteriores.

El cuestionario consta de diez (10) preguntas de las cuales cinco (5) corresponden a preguntas dicotómicas o cerradas; cuatro (4) preguntas que usan escalas sencillas para respuestas de conformidad con la escala de Likert y finalmente cuenta con una (1) pregunta tipo Net Promoter Score, en la tabla 4 a continuación se describen las preguntas del cuestionario asociadas con cada dimensión propuesta por el autor de referencia, su escala y tipo de medición.

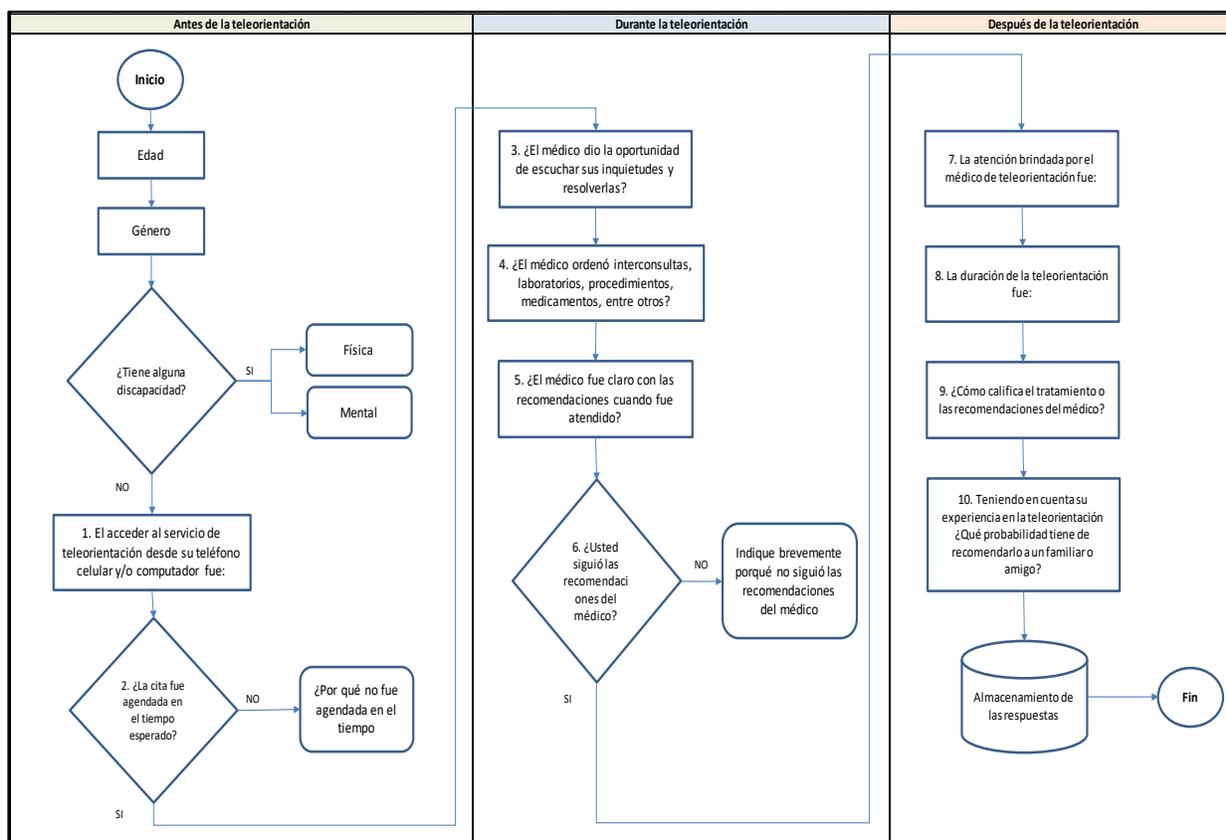
Tabla 4 - Preguntas del cuestionario

<i>Dimensión</i>	<i>Pregunta</i>	<i>Medición</i>	<i>Tipo</i>
<i>Instalaciones físicas</i>	El acceder al servicio de teleorientación desde su teléfono celular y/o computador fue:	Muy Difícil - Difícil - Indiferente - Fácil - Muy Fácil	Escala de Likert
<i>Precisión, oportunidad</i>	¿La cita fue agendada en el tiempo esperado?	Si - No	Dicotómica
<i>Cantidad y calidad del personal</i>	¿El médico fue claro con las recomendaciones ordenadas?	Si - No	Dicotómica
<i>La aplicación de procedimientos</i>	¿El médico ordenó interconsultas, laboratorios, procedimientos, medicamentos, entre otros?	Si - No	Dicotómica
<i>Acciones del personal</i>	¿El médico dio la oportunidad de escuchar sus inquietudes y resolverlas?	Si - No	Dicotómica
<i>Acciones de los pacientes</i>	¿Usted siguió las recomendaciones del médico?	Si - No	Dicotómica
<i>Satisfacción de los usuarios con la atención recibida</i>	La atención brindada por el médico de la teleorientación fue	Excelente - Buena - Indiferente - Regular - Mala	Escala de Likert
<i>Conocimiento que tiene el paciente sobre el servicio</i>	La duración de la teleorientación fue:	Buena - Regular - Mala	Escala de Likert
<i>Mejoramiento de la salud del paciente</i>	¿Cómo califica el tratamiento o las recomendaciones del médico?	Muy satisfecho - Satisfecho - Indiferente - Poco satisfecho - Nada satisfecho	Escala de Likert
<i>Satisfacción de los usuarios con la atención recibida</i>	Teniendo en cuenta su experiencia en la teleorientación ¿Qué probabilidad tiene de recomendarlo a un familiar o amigo?	1 - Poco Probable a 5 - Muy Probable	Net Promoter Score (NPS)

Fuente: Elaboración propia basado en el modelo de la calidad de la atención médica de Avedis Donabedian.

En la figura 3 a continuación, se puede observar el flujograma de preguntas, diseñado de acuerdo con el tiempo de la teleorientación (antes, durante y después):

Figura 3 - Preguntas del cuestionario



Fuente: Elaboración propia

Prueba piloto

Para dar validez y confiabilidad al instrumento determinado se definió la realización de la prueba piloto con el 10% de la muestra seleccionada, es decir, con 12 personas de diferentes edades y géneros, con el fin de observar la dinámica del cuestionario y las respuestas almacenadas. Esta prueba permitió ajustar el instrumento final, el cual fue el aplicado a la muestra seleccionada como se evidencia en el anexo 1, adjunto al presente proyecto.

Procedimiento

Para obtener información sobre la percepción de la atención en teleorientación recibida por parte de los usuarios de Capital Salud EPS con el fin de analizarla, correspondiente al segundo objetivo, se acudió a la herramienta Formularios de Google la cual se encuentra comprendida por las preguntas descritas anteriormente en la tabla 4.

El instrumento que se utilizó para la elaboración del procedimiento de atención del trato humanizado, correspondiente al tercer objetivo es el protocolo, basado en la teleorientación en medicina general con los elementos clave sobre el buen trato. El protocolo contiene estructura comprendida por el objetivo, alcance, definiciones, normatividad, desarrollo, seguimiento y medición del protocolo, referencias y anexos.

Desarrollo de la propuesta

El desarrollo del primer objetivo basado en la elaboración de una matriz de revisión bibliográfica se encuentra como Anexo 2, en el cual se evidencia la recopilación de información de fuentes bibliográficas de temas como telemedicina, telesalud, teleorientación y humanización.

Por ende, la matriz de revisión bibliográfica permitió tomar bases para dimensionar los factores trascendentales en la experiencia de la teleorientación para los usuarios que por diferentes motivos acuden a ella. Es así como dichos términos como atención integral, humanización, gestión, tecnología, telemedicina, estructura, entre otros, se articulan con el desarrollo del presente proyecto de grado y con la elaboración del protocolo de teleorientación en medicina general.

Así mismo, en el desarrollo del segundo objetivo, el cual comprende conocer la percepción de los usuarios en cuanto a la teleorientación recibida; se aplicó el cuestionario a una muestra por conveniencia de 120 personas de diferentes edades y, es preciso contar con los siguientes resultados:

- **Edad:** Inicialmente se realizó la clasificación en grupos etarios de los usuarios consultados con el fin de obtener información precisa en grupos poblacionales, como se evidencia en la table 5 a continuación:

Tabla 5 - Edad

		Indique su edad en años (número)					
				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Infancia (0-5)	1	Válido	1	2	1,7%	1,7%	1,7%
Adolescencia (6-11)	2		2	14	11,7%	11,7%	13,3%
Juventud (12-17)	3		3	14	11,7%	11,7%	25,0%
Adulthood (18-26)	4		4	17	14,2%	14,2%	39,2%
Mayor (27-59)	5		5	43	35,8%	35,8%	75,0%
Adulto Mayor (>60)	6		6	30	25,0%	25,0%	100,0%
			Total	120	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos en el instrumento aplicado a los usuarios seleccionados.

Se observa en la tabla anterior, que el 60.8% contenido en 73 usuarios consultados se encuentra representado por población mayor de 27 años, siendo estos los que inicialmente configuran la

base de consultas por medicina general, mientras que el 39.2% correspondiente a 47 usuarios, restante se encuentra comprendido por población menor de 27 años.

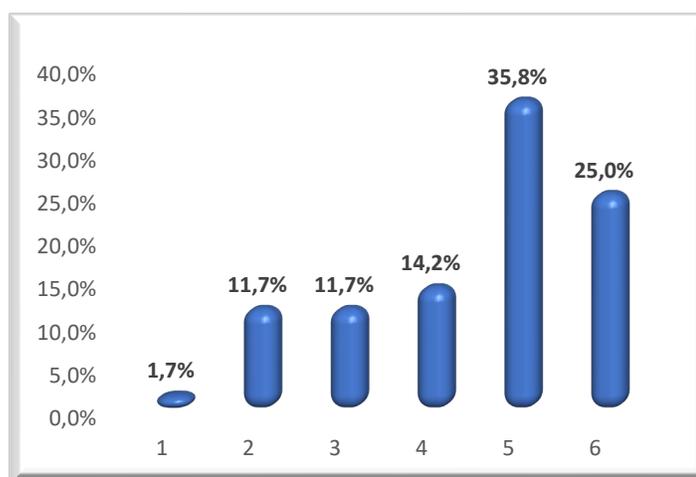
Así mismo, la tabla 6 describe la información estadística resultado de la categorización e ingreso de datos en SPSS (Statistical Package for Social Sciences):

Tabla 6 - Estadísticos - Edad

Estadísticos		
Indique su edad en años (número)		
N	Válido	120
	Perdidos	0
	Media	4,46
	Mediana	5,00
	Moda	5
	Desv. Desviación	1,377
	Varianza	1,897
	Asimetría	-0,716
	Error estándar de asimetría	0,221
	Curtosis	-0,537
	Error estándar de curtosis	0,438
	Rango	5
	Mínimo	1
	Máximo	6
	Suma	535

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 1 - Edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- **Género:** Como se describió en la tabla 3, capítulo muestra del presente documento, el cuestionario se desarrolló con una muestra por conveniencia de 120 personas, divididas en partes iguales en género masculino y femenino como se describe en la tabla 7 a continuación:

Tabla 7 - Género

		Seleccione su género					
				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	1	Válido	1 (M)	60	50,0%	50,0%	50,0%
Femenino	2		2 (F)	60	50,0%	50,0%	100,0%
			Total	120	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Así mismo, la tabla 8 describe la información estadística resultado de la categorización e ingreso de datos en SPSS (Statistical Package for Social Sciences):

Tabla 8 - Estadísticos Género

		Estadísticos	
		Selecciones su género	
N	Válido		120
	Perdidos		0
	Media		1,5
	Mediana		1,5
	Moda		1
	Desv. Desviación		0,502
	Varianza		0,252
	Asimetría		0,000
	Error estándar de asimetría		0,221
	Curtosis		-2,034
	Error estándar de curtosis		0,438
	Rango		1
	Máximo		1
	Máximo		2
	Suma		180

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- **Discapacidad:** En cuanto a la consulta al usuario si tiene alguna discapacidad, el 2.5% de los encuestados indicaron afirmativamente especificando una inhabilidad física, como se evidencia en la tabla 9. Teniendo en cuenta la muestra seleccionada para el diligenciamiento del cuestionario, se identificó que, aunque los usuarios con discapacidad representan una pequeña

parte de la población abordada, no hubo barreras para la continuidad de la prestación de servicios de salud en medicina general.

Tabla 9 - Discapacidad

¿Tiene alguna discapacidad?					
				Frecuencia	Porcentaje
Si	1	Válido	1 (S)	3	2,5%
No	2		2 (N)	117	97,5%
			Total	120	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- **1/10. Acceder al servicio de teleorientación desde su teléfono y/o computador fue:** La tabla 10 que se describe a continuación, corresponde a las respuestas obtenidas en la pregunta 1, siendo esta la facilidad para acceder al servicio de teleorientación cruzada con los grupos etarios, donde es preciso afirmar que a mayor edad incrementa la percepción de dificultad para el acceso al servicio de medicina general en la modalidad de teleorientación.

Según la Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana de México (2007), el adulto mayor no disfruta los beneficios que ofrece la tecnología pues son personas que aprendieron la forma de hacer las actividades de manera autodidacta y podría argumentarse que a mayor edad disminuye la capacidad de comprensión y aprendizaje en el uso de tecnologías de comunicación.

Tabla 50 - Cruzada Acceso y Edad

				1	2	3	4	5	6	Total		
			1	Recuento	2	10	10	9	14	12	57	
Infancia (0-5)	1	1/10. Acceder al servicio de teleorientación desde su teléfono y/o computador fue:	(MF)	% dentro de Indique su edad en años (número)	100,0%	71,4%	71,4%	52,9%	32,6%	40,0%	47,5%	
Adolescencia (6-11)	2			2	Recuento	0	4	3	7	24	17	55
Juventud (12-17)	3		(F)	% dentro de Indique su edad en años (número)	0,0%	28,6%	21,4%	41,2%	55,8%	56,7%	45,8%	
Adulthood (18-26)	4			3	Recuento	0	0	1	1	3	0	5
Mayor (27-59)	5		(I)	% dentro de Indique su edad en años (número)	0,0%	0,0%	7,1%	5,9%	7,0%	0,0%	4,2%	
Adulto Mayor (>60)	6			4	Recuento	0	0	0	0	1	1	2
			(D)	% dentro de Indique su edad en años (número)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	3,3%	1,7%	
Muy Fácil	1		5	Recuento	0	0	0	0	1	0	1	
Fácil	2	(MD)	% dentro de Indique su edad en años (número)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	0,8%		
Indiferente	3			Recuento	2	14	14	17	43	30	120	
Difícil	4	Total		% dentro de Indique su edad en años (número)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Muy Difícil	5											

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

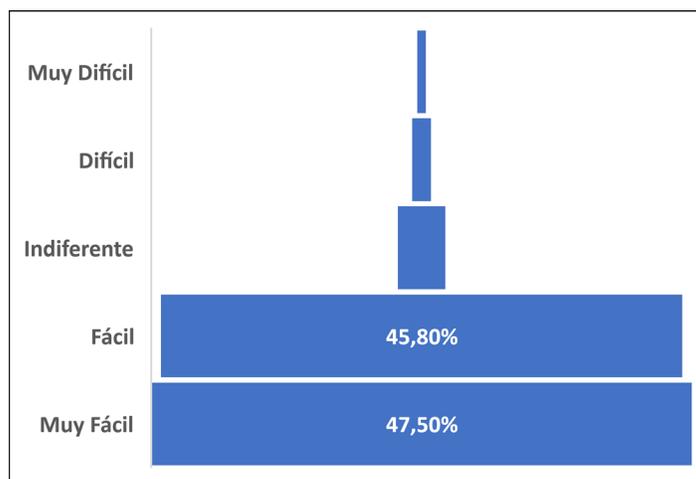
Tabla 11 - Estadísticos Acceso

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,783 ^a	20	0,536
Razón de verosimilitud	22,342	20	0,322
Asociación lineal por lineal	7,445	1	0,006
N de casos válidos	120		

^a. 20 casillas (66,7%) han esperado recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 2 - Acceso



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

2/10. ¿La cita fue agendada en el tiempo esperado? En cuanto a la percepción de los usuarios encuestados respecto al lapso entre la solicitud de la cita y la asignación de esta, se observa que el 85.8% de los usuarios demuestran positivamente la disponibilidad al acceso del servicio de salud de medicina general en la modalidad de teleorientación.

Tabla 12 - Oportunidad

2/10. ¿La cita fue agendada en el tiempo esperado?

				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	1	Válido	1 (S)	103	85,8%	85,8%	85,8%
No	2		2 (N)	17	14,2%	14,2%	100,0%
			Total	120	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Tabla 13 - Estadísticos Oportunidad

Estadísticos		
2/10. ¿La cita fue agendada en el tiempo esperado?		
N	Válido	120
	Perdidos	1
Media		1,14
Error estándar de la media		0,032
Mediana		1
Moda		1
Desv. Desviación		0,350
Varianza		0,123
Asimetría		2,081
Error estándar de asimetría		0,221
Curtosis		2,371
Error estándar de curtosis		0,438
Rango		1
Máximo		1
Mínimo		2
Suma		137
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	1,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

De acuerdo con Donabedian (1966), el componente de precisión y oportunidad refiere que el paciente reciba la atención al momento en que lo requiera de acuerdo con su situación clínica, por consiguiente, el 14.2% restante indica no encontrar la oportunidad esperada para la atención de medicina general en la modalidad de medicina general, como se evidencia en la tabla 14 a continuación:

Tabla 14 – No oportunidad

2/10. ¿La cita fue agendada en el tiempo esperado?						
			Frecuencia	Porcentaje	Razón	
No	2		2 (N)	17	14,2%	Disponibilidad
			Total	17	14,2%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 3 - Oportunidad



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- 3/10. ¿El médico dio la oportunidad de escuchar sus inquietudes y resolverlas?** Avedis Donabedian argumenta que la dimensión de proceso son aquellos esfuerzos que los médicos y los proveedores son capaces de hacer por los pacientes, mediante actividades diagnósticas poniendo en práctica las habilidades, destrezas y técnicas frente a la comunicación. Por ende y como se observa en la tabla 15, el 95% de los encuestados respondieron interactuar con el médico tratante, con el fin de resolver el motivo de la consulta.

Sin embargo, es importante tener en cuenta el 5% restante que menciona la falta de oportunidad de escucha y orientación por parte del profesional de la salud para resolver las inquietudes que dieron origen a la teleorientación.

Tabla 15 - Acciones del personal

3/10. ¿El médico dio la oportunidad de escuchar sus inquietudes y resolverlas?

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	1	Válido	1 (S)	114	95,0%	95,0%
			2 (N)	6	5,0%	100,0%
Total			120	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Tabla 16 - Estadísticos Acciones del personal

Estadísticos		
3/10. ¿El médico dio la oportunidad de escuchar sus inquietudes y resolverlas?		
N	Válido	120
	Perdidos	0
Media		1,05
Error estándar de la media		0,02
Mediana		1
Moda		1
Desv. Desviación		0,219
Varianza		0,048
Asimetría		4,182
Error estándar de asimetría		0,221
Curtosis		15,751
Error estándar de curtosis		0,438
Rango		1
Máximo		1
Máximo		2
Suma		126
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	1,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 4 - Acciones del personal



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Así mismo, la tabla 17 la cual es el resultado de las respuestas a la pregunta 3 y cruzada con los grupos etarios, muestra que en los grupos Juventud, Mayor y Adulto Mayor presentan dificultad en la comunicación acertada durante la teleorientación en cuanto a la resolución de las inquietudes por parte del profesional de la salud.

Tabla 17 - Cruzada Acciones del personal y Edad

		1	2	3	4	5	6	Total			
Infancia (0-5)	1	3/10. ¿El médico dio la oportunidad de escuchar sus inquietudes y resolverlas?	Recuento	2	14	13	17	40	28	114	
Adolescencia (6-11)	2		% dentro de Indique su edad en años (número)	100,0%	100,0%	92,9%	100,0%	93,0%	93,3%	95,0%	
Juventud (12-17)	3		2	Recuento	0	0	1	0	3	2	6
Adulthood (18-26)	4		% dentro de Indique su edad en años (número)	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	7,0%	6,7%	5,0%	
Mayor (27-59)	5		Recuento	2	14	14	17	43	30	120	
Adulto Mayor (>60)	6		Total	% dentro de Indique su edad en años (número)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

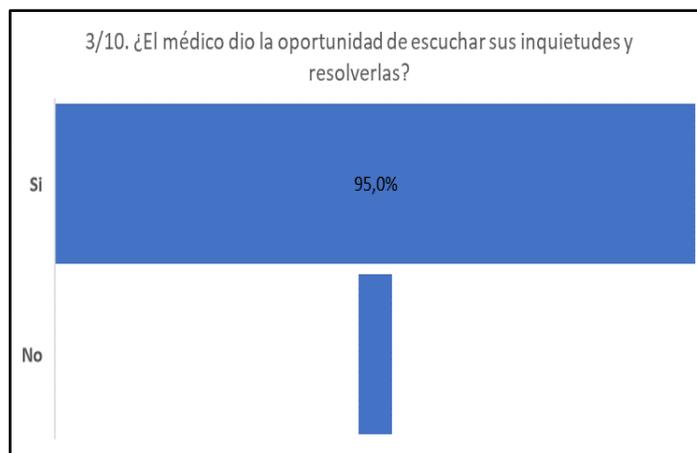
Tabla 18 - Estadísticos cruzada Acciones del personal

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,401 ^a	5	0,791
Razón de verosimilitud	3,982	5	0,552
Asociación lineal por lineal	0,977	1	0,323
N de casos válidos	120		

^a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,0.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 5 - Cruzada acciones del personal



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- **4/10. ¿El médico ordenó interconsultas, laboratorios, procedimientos, medicamentos, entre otros?** Según Donabedian, una de las maneras para rendir al máximo los beneficios de la salud del paciente sin aumentar con ellos sus riesgos, es la aplicación de procedimientos que complementen el diagnóstico profesional basado en los signos y síntomas argumentados por el

paciente. Es así como los resultados pueden ser favorables o no dependiendo del estado actual del usuario permitiendo medir el grado de aspiraciones y actitudes de estos para dar continuidad al tratamiento basado en el enfoque médico lo cual deriva del motivo de consulta.

Como se evidencia en la tabla 19, el 86.7% de los encuestados indicó que el médico tratante sí ordenó interconsultas, laboratorio, procedimientos, medicamentos, entre otros como complemento a la teleorientación desarrollada.

Mientras que, el 13.3 % restante respondió de manera negativa a la pregunta, probablemente porque el médico tratante no consideró necesaria la aplicación de otros procedimientos.

Tabla 19 - Aplicación de procedimientos

4/10. ¿El médico ordenó interconsultas, laboratorios, procedimientos, medicamentos, entre otros?

				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	1	Válido	1 (S)	104	86,7%	86,7%	86,7%
	No		2 (N)	16	13,3%	13,3%	100,0%
			Total	120	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Tabla 20 - Estadísticos aplicación de procedimientos

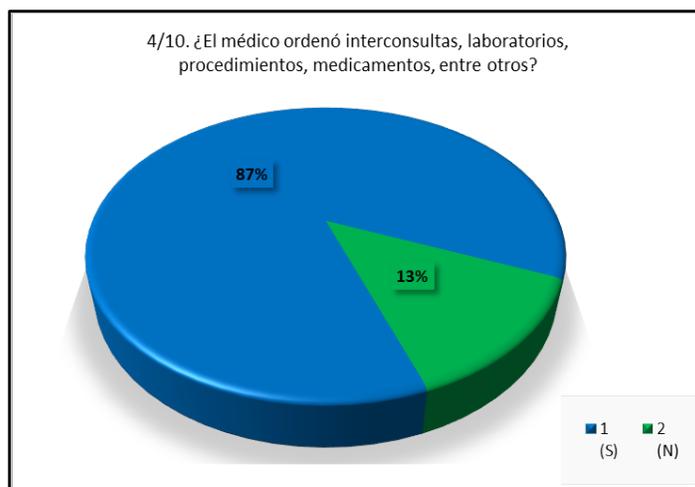
Estadísticos

4/10. ¿El médico ordenó interconsultas, laboratorios, procedimientos, medicamentos, entre otros?

N	Válido	120
	Perdidos	0
Media		1,13
Error estándar de la media		0,31
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. Desviación		0,341
Varianza		0,117
Asimetría		2,185
Error estándar de asimetría		0,221
Curtosis		2,82
Error estándar de curtosis		0,438
Rango		1
Máximo		1
Máximo		22
Suma		136
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	1,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 6 - Aplicación de procedimientos



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- **5/10. ¿El médico fue claro con las recomendaciones cuando fue atendido?** Las respuestas a la pregunta 5 indicaron que, el 98,3 % consideró que el médico si fue claro con las recomendaciones en el momento de la atención, sin embargo, el 1,7 % restante contenido en 2 personas indicó no tener claras las recomendaciones médicas.

Tabla 61 - Calidad del personal

5/10. ¿El médico fue claro con las recomendaciones cuando fue atendido?

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	1	Válido	118	98,3%	98,3%	98,3%
No	2		2	1,7%	1,7%	100,0%
			Total	120	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

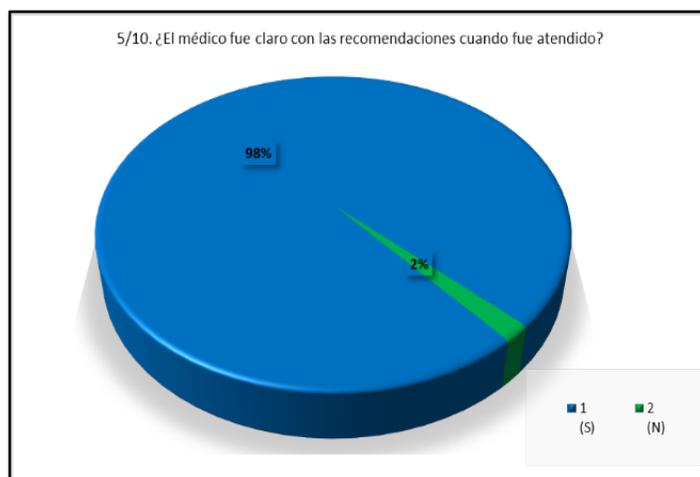
Tabla 22 - Estadísticos Calidad del personal

Estadísticos		
5/10. ¿El médico fue claro con las recomendaciones cuando fue atendido?		
N	Válido	120
	Perdidos	0
	Media	1,02
	Error estándar de la media	0,12
	Mediana	1,00
	Moda	1
	Desv. Desviación	0,129
	Varianza	0,017
	Asimetría	7,647

Error estándar de asimetría	0,221	
Curtosis	57,432	
Error estándar de curtosis	0,438	
Rango	1	
Máximo	1	
Mínimo	2	
Suma	122	
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	1,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 8 - Calidad del personal



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- 6/10. ¿Usted siguió las recomendaciones del médico?** Las recomendaciones del médico tratante de medicina general se basan en hábitos de vida saludables como higiene, ejercicio, alimentación, medicación (de ser necesario) y descanso o reposo, es así como el 96.7 % de los usuarios indicó que sí siguió las recomendaciones del médico, pero el 3.3% restante no, como se evidencia en la tabla 23 a continuación:

Tabla 23 - Acciones de los pacientes

6/10. ¿Usted siguió las recomendaciones del médico?

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	1	Válido	1 (S)	116	96,7%	96,7%
			2 (N)	4	3,3%	3,3%
No	2					100,0%
			Total	120	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Según la OMS, la adherencia de un paciente es la conducta de este respecto a las recomendaciones acordadas con el médico tratante, entendiéndose como el estilo de vida de autoprotección, relación con la toma de medicamentos, seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, sin embargo, es importante tener en cuenta que el 94 % de los afiliados de Capital Salud EPS, es decir aproximadamente 1.045.491 usuarios, se encuentran en el régimen subsidiado y que por recursos económicos, costumbres y creencias presentan poca adherencia a las recomendaciones.

Como se observa en la tabla 24 a continuación, 4 pacientes consultados indicaron no seguir las recomendaciones del médico por razones como “no presté atención” y “porque en ocasiones se sale de las posibilidades cumplirlas”:

Tabla 24 - No Acciones de los pacientes

6/10. ¿Usted siguió las recomendaciones del médico?

			Frecuencia	Porcentaje	Razón
No	2	2 (N)	4	3,3%	“No presté atención”
					“Porque en ocasiones se sale de las posibilidades cumplirlas”
		Total	4	3,3%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Tabla 25 - Estadísticos Acciones de los pacientes

Estadísticos		
6/10. ¿Usted siguió las recomendaciones del médico?		
N	Válido	120
	Perdidos	0
	Media	1,03
	Error estándar de la media	0,16
	Mediana	1,00
	Moda	1
	Desv. Desviación	0,180
	Varianza	0,032
	Asimetría	5,266
	Error estándar de asimetría	0,221
	Curtosis	26,161
	Error estándar de curtosis	0,438
	Rango	1
	Máximo	1
	Mínimo	2
	Suma	124
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	1,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 9 - Acciones de los pacientes



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Por consiguiente, la tabla 26 la cual es el resultado de las respuestas a la pregunta 6 cruzada con los grupos etarios, muestra que el 12.9% los usuarios entre 18 y 59 años no siguieron las recomendaciones del médico tratante sugeridas durante la teleorientación:

Tabla 26 - Cruzada Acciones y Edad

		1	2	3	4	5	6	Total			
Infancia (0-5)	1	6/10. ¿Usted siguió las recomendaciones del médico?	1 (S)	Recuento	2	14	14	16	40	30	116
Adolescencia (6-11)	2		% dentro de Indique su edad en años (número)	100,0%	100,0%	100,0%	94,1%	93,0%	100,0%	96,7%	
Juventud (12-17)	3		2 (N)	Recuento	0	0	0	1	3	0	4
Adulthood (18-26)	4		% dentro de Indique su edad en años (número)	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	7,0%	0,0%	3,3%	
Mayor (27-59)	5		Recuento	2	14	14	17	43	30	120	
Adulto Mayor (>60)	6		Total	% dentro de Indique su edad en años (número)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

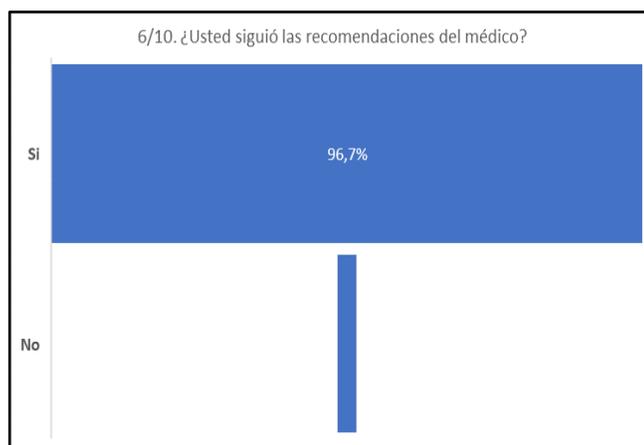
Tabla 27 - Estadísticos Cruzada Acciones y Edad

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,183 ^a	5	0,523
Razón de verosimilitud	5,707	5	0,336
Asociación lineal por lineal	0,186	1	0,667
N de casos válidos	120		

^a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,0.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 10 - Cruzada acciones y edad



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- 7/10. La atención brindada por el médico de teleorientación fue:** La satisfacción de los usuarios con la atención recibida es uno de los resultados humanísticos esperados según el modelo de atención en salud de Donabedian, mediante la cual es posible medir la aprobación final de la calidad de la atención y las habilidades del médico tratante para cumplimentar las necesidades de los pacientes.

La tabla 28 a continuación, ilustra que el 93.3 % de los usuarios encuestados consideran buena y excelente la atención brindada por el médico, y el 6.7% considera indiferente, regular y mala, por lo cual es posible afirmar que la teleorientación debe apuntar al mejoramiento continuo para asegurar la satisfacción total del usuario.

Tabla 287 - Satisfacción de los usuarios con la atención recibida

7/10. La atención brindada por el médico de teleorientación fue:

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Mala	1	Válido	1 (M)	0,9%	0,9%	0,8%	
Regular	2		2 (R)	0,8%	0,8%	1,7%	
Indiferente	3		3 (I)	6	5,0%	5,0%	6,7%
Buena	4		4 (B)	64	53,3%	53,3%	60,0%
Excelente	5		5 (E)	48	40,0%	40,0%	100,0%
			Total	120	100,0%	100,0%	

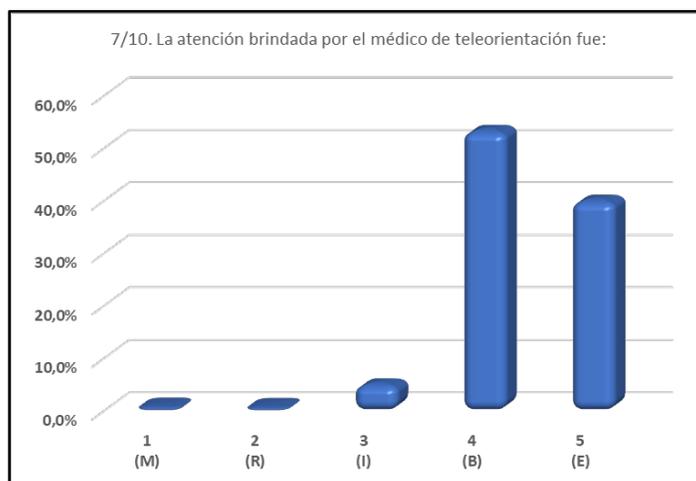
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Tabla 29 - Estadísticos satisfacción

Estadísticos		
7/10. La atención brindada por el médico de teleorientación fue:		
N	Válidos	120
	Perdidos	0
	Media	4,31
	Error estándar de la media	0,062
	Mediana	4,00
	Moda	4
	Desv. Desviación	0,683
	Varianza	0,467
	Asimetría	-1,283
	Error estándar de asimetría	0,221
	Curtosis	4,104
	Error estándar de curtosis	0,438
	Rango	4
	Máximo	1
	Mínimo	5
	Suma	517
Percentiles	25	4,00
	50	4,00
	75	5,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 11 - Satisfacción



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- 8/10. La duración de la teleorientación fue:** La duración establecida para la atención de una consulta médica general (en este sentido, teleorientación) no debe ser menor a 20 minutos, de conformidad con el artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994 y con la demanda de cada unidad servicio. En cuanto a las respuestas a la pregunta sobre la percepción de la duración de la teleorientación, el 86.7 % de los encuestados reconoció que la duración de la teleorientación

fue buena y el 13.3% restante indicó que fue regular. Es importante tener en cuenta que ningún usuario consultado consideró la opción “indiferente” respecto la duración.

Tabla 80 - Conocimiento que tiene el paciente sobre el servicio

8/10. La duración de la teleorientación fue:							
				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Regular	1	Válido	1 (R)	15	12,5%	12,6%	12,6%
Indiferente	2		3 (B)	104	86,7%	87,4%	100,0%
Buena	3		Total	119	99,2%	100,0%	
		Perdidos Sistema	-	1	80,0%		
		Total		120	100%		

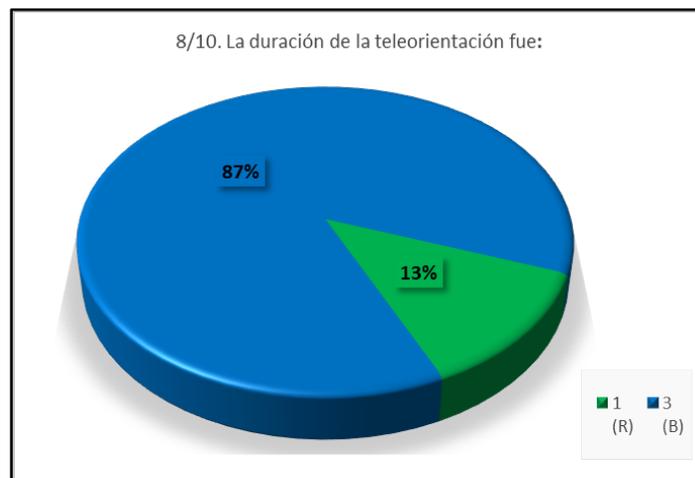
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Tabla 31 - Estadísticos conocimiento

Estadísticos		
8/10. La duración de la teleorientación fue:		
N	Válido	119
	Perdidos	1
	Media	2,75
	Error estándar de la media	0,061
	Mediana	3,00
	Moda	3
	Desv. Desviación	0,667
	Varianza	0,444
	Asimetría	-2,282
	Error estándar de asimetría	0,222
	Curtosis	3,263
	Error estándar de curtosis	0,44
	Rango	2
	Máximo	1
	Máximo	3
	Suma	327
Percentiles	25	3,00
	50	3,00
	75	3,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 12 - Conocimiento que tiene el paciente sobre el servicio



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- 9/10. ¿Cómo califica el tratamiento o las recomendaciones del médico?** Para Donabedian, la dimensión de resultados comprende la satisfacción del paciente por la atención recibida la cual le brinda un completo bienestar después de valorar las pérdidas y ganancias que pueden acompañar el proceso en todas sus etapas, así como el cumplimiento de las expectativas de este mediante la calidad antes, durante y después de la prestación de un servicio de salud.

En la tabla 32 a continuación, se observa que la mayoría de los encuestados se encuentran satisfechos con el tratamiento o las recomendaciones del médico tratante, sin embargo, el 5.8 % de estos, le es indiferente lo cual puede ser correlacionado con la pregunta 6 respecto las recomendaciones médicas.

Tabla 32 - Mejoramiento de la salud del paciente

9/10. ¿Cómo califica el tratamiento o las recomendaciones del médico?

				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Indiferente	1	Válido	1 (I)	7	5,8%	5,8%	5,8%
Satisfecho	2		2 (S)	66	55,0%	55,0%	60,8%
Muy Satisfecho	3		3 (MS)	47	39,2%	39,2%	100,0%
			Total	120	100,0%	100,0%	

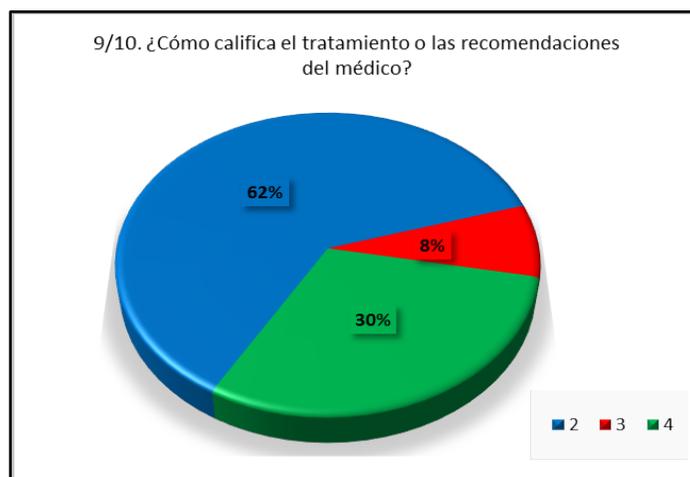
Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Tabla 33 - Estadísticos Mejoramiento de la salud del paciente

Estadísticos		
9/10. ¿Cómo califica el tratamiento o las recomendaciones del médico?		
N	Válido	120
	Perdidos	0
	Media	2,33
	Error estándar de la media	0,053
	Mediana	2,00
	Moda	2
	Desv. Desviación	0,585
	Varianza	0,342
	Asimetría	-0,219
	Error estándar de asimetría	0,221
	Curtosis	-0,639
	Error estándar de curtosis	0,438
	Rango	2
	Máximo	1
	Mínimo	3
	Suma	280
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	3,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 13 - Mejoramiento de la salud del paciente



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

- 10/10. Teniendo en cuenta su experiencia en la teleorientación ¿Qué probabilidad tiene de recomendarlo a un familiar o amigo?** Esta pregunta consta de una valoración y un complemento de calificación libre, la cual evidencia la apreciación individual de distintos aspectos relacionados con la satisfacción del usuario respecto la teleorientación recibida. No obstante, aunque el 89.2% de los consultados recomiendan este servicio en salud, es necesario

proponer herramientas de atención para mantener la adherencia a la teleorientación con el fin de contribuir a la optimización, uso y acceso de la población a la telesalud.

Tabla 34 - Satisfacción de los usuarios con la atención recibida

10/10. Teniendo en cuenta su experiencia en la teleorientación ¿Qué probabilidad tiene de recomendarlo a un familiar o amigo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	1	0,8%	0,8%
	3	12	10,0%	10,8%
	4	47	39,2%	50,0%
	5	60	50,0%	100,0%
Total	120	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Tabla 35 - Estadísticos Satisfacción de los usuarios con la atención recibida

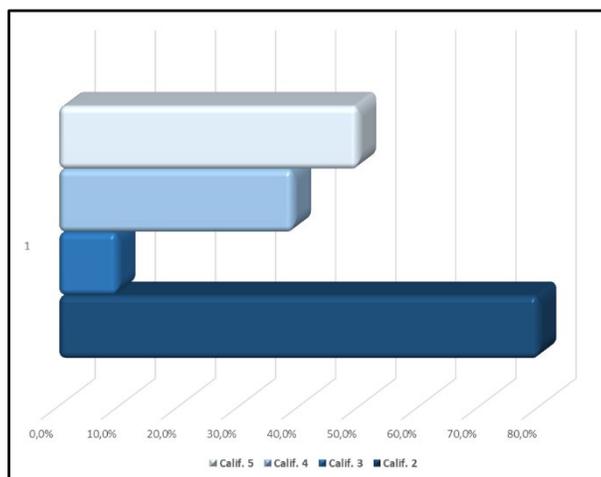
Estadísticos

10/10. Teniendo en cuenta su experiencia en la teleorientación ¿Qué probabilidad tiene de recomendarlo a un familiar o amigo?

N	Válido	120
	Perdidos	0
Media		4,38
Error estándar de la media		0,064
Mediana		4,50
Moda		5
Desv. Desviación		0,700
Varianza		0,490
Asimetría		-0,843
Error estándar de asimetría		0,221
Curtosis		0,079
Error estándar de curtosis		0,438
Rango		3
Máximo		2
Máximo		5
Suma		526
Percentiles	25	4,00
	50	4,50
	75	5,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Gráfico 14 - Satisfacción de los usuarios con la atención recibida



Satisfacción de los usuarios con la atención recibida

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario

Finalmente, el desarrollo del tercer objetivo basado en la realización de un protocolo de atención en teleorientación médica general, para los pacientes de Capital Salud en las unidades de Pablo VI Bosa, a partir de la percepción de los usuarios durante la pandemia por Covid- 19, se encuentra como Anexo 3.

El desarrollo de los objetivos 1 y 2 se articulan con la propuesta del protocolo de atención, que incluye los elementos conceptuales desarrollados en la matriz bibliográfica y las experiencias exitosas descritas en otros países y así mismo permite identificar mediante la percepción de los usuarios las áreas por fortalecer, por lo que el protocolo es resultado de estas revisiones.

El protocolo cuenta con una primera parte que describe lo conceptual y normativo, luego describe el proceso mediante tres momentos: antes, durante y después de la consulta. Con esta propuesta se pretende dar respuesta al problema identificado en la presente investigación la cual comprende la insatisfacción y el mantenimiento de la modalidad de teleconsulta con el fin de evitar desplazamientos, contagios y/o colapsos en las unidades de servicios de salud.

Conclusiones

- La referenciación de conceptos y experiencias desarrolladas en otros escenarios sobre humanización en servicios de teleorientación permite identificar que este es un tema global, que requiere seguirse investigando para establecer estrategias de mejoramiento en cada institución prestadora de servicios de salud articulada con entidades promotoras de salud.
- La teleorientación en la época de pandemia significó la oportunidad para disminuir desplazamientos y minimizar la cadena de contagio, favoreciendo a la población en general y asegurando el acceso a los servicios de salud.
- La percepción en servicios de salud prestado a través de la modalidad de teleorientación es fundamental para poder implementar estrategias de mejoramiento continuo y satisfacción del cliente, insumo definitivo para la elaboración del protocolo propuesto.
- La modalidad de teleorientación de medicina general, minimiza las barreras de acceso a los servicios de salud, sobre todo a la población vulnerable y/o rural.
- La comunicación redundante médico – paciente a través de dispositivos de difusión aumenta la adherencia, asertividad y continuidad del tratamiento de los usuarios.
- El desconocimiento del uso de las TIC puede generar dificultades para el acceso a los servicios de salud en modalidad de teleorientación, lo que puede incidir en la no recomendación por parte del usuario.
- La falta de conocimiento por parte del profesional médico respecto a los protocolos y normas de atención en esta modalidad puede interferir directa o indirectamente en la prestación del servicio de salud.

- Los indicadores de satisfacción del usuario impactan positiva o negativamente en la mejora continua de la prestación de los servicios de salud.
- La satisfacción de los usuarios se refleja a través del buen trato del personal involucrado en el proceso de atención de la teleorientación.
- La característica principal para una atención humanizada es el buen trato, que se enmarca como pilar fundamental en la prestación del servicio.
- La herramienta aportará en la mejora continua del profesional de la salud hacia los pacientes, brindando una atención cálida, segura, confidencial y humanizada buscando siempre satisfacer las necesidades y llegando alcanzar estándares superiores de calidad en la prestación de los servicios.

Referencias Bibliográficas

- Alvarez, G. (2004). *Modelos académicos de Ciencias Sociales y legitimación científica en México*. Ciudad de México: Biblioteca de la educación superior.
- Congreso de la República. (2007, 9 de enero de 2007). *Ley 1122*. Diario Oficial. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
- Congreso de la República. (30 de 07 de 2009). *Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.* Obtenido de Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36913>
- Congreso de la República. (2009, 30 de julio). *Ley 1341*. Diario Oficial. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1341_2009.html
- Congreso de la República. (13 de 12 de 2010). *Ley 1419 de 2010*. Obtenido de Departamento Administrativo de la Función Pública: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=40937
- Díaz, A. M. (2019). La Telemedicina en Colombia: realidad Moral y Jurídica Telemedicine in Colombia. *Revista Científica Hermes*, 566-585.
- eProfessionals. (23 de julio de 2020). *La telemedicina en España y Europa*. Obtenido de La telemedicina en España y Europa: <https://campussanofi.es/e-professionals/noticias/telemedicina-espana/>
- Espinoza, I. M. (25 de mayo de 2021). *La salud despues del Covid*. Obtenido de La republica: <https://www.larepublica.co/especiales/la-salud-despues-del-covid/la-pandemia-acelero-el-uso-de-la-telemedicina-3175267>
- González, J. (7 de octubre de 2020). Desde marzo se han realizado cerca de 9,5 millones de teleconsultas según informó Acemi. *La República*.
- González, X. (24 de marzo de 2020). Telemedicina, acceso más fácil a los servicios de salud por parte de todos los usuarios. *Periodico de la Republica*, págs. 1-2.
- Gutiérrez, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10.
- Gutiérrez, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10.

- Hernández, R., & et all. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México DF: McGraw-Hill.
- Laín, P. (2018). *Viktor von Weizsaecker en la historia del pensamiento médico*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.
- Llauradó, O. (12 de Diciembre de 2014). *Netquest*. Obtenido de La escala de Likert: qué es y cómo utilizarla: <https://www.netquest.com/blog/es/la-escala-de-likert-que-es-y-como-utilizarla>
- Márquez, J. (2020). Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 35.
- Martínez, M., & Et al. (2020). Telemedicina con telemonitorización en el seguimiento de paciente con COVID-19. *Revista Clínica Española*, 472-479. Obtenido de Covid-19: más que una pandemia, un cambio en nuestra consulta.
- Ministerio de la Protección Social. (08 de 05 de 2006). *fucsalud*. Obtenido de fucsalud: <https://www.fucsalud.edu.co/sites/default/files/2017-01/Res1448.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de octubre de 2020). *Durante la pandemia se consolidó la telemedicina en el país*. Obtenido de Durante la pandemia se consolidó la telemedicina en el país: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Durante-la-pandemia-se-consolido-la-telemedicina-en-el-pais.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (29 de abril de 2020). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de Calidad y humanización de la atención: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Propuesta de Política Nacional Humanización de la Salud*. Bogotá: Minsalud.
- Minsalud. (05 de 05 de 2021). *Minsalud*. Obtenido de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
- Mora, V. (18 de noviembre de 2020). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de Habilitar la teleorientación: <https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/DispForm.aspx?ID=1080&ContentTypeId=0x01003F0A1BD895162D4599DC199234219AC7>

- Muñoz, V. (29 de mayo de 2020). *fepasde* . Obtenido de <https://fepasde.com/noticias/telesalud-en-tiempos-de-covid-recomendaciones-para-su-adecuada-practica/>
- Nader, K. (01 de junio de 2012). *Países con Telemedicina avanzada*. Obtenido de Países con Telemedicina avanzada: <https://www.elhospital.com/temas/Paises-con-telemedicina-avanzada+8088177>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2006). *Who.Net*. Obtenido de Constitución de la Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (29 de abril de 2021). *Atrys*. Obtenido de ¿Qué es la Telemedicina?: http://www.atryshealth.com/es/-qu%C3%A9-es-la-telemedicina-_1580
- Organización Panamericana de la Salud. (30 de abril de 2021). *Colombia sigue avanzando en el desarrollo de la política de humanización en salud*. Obtenido de Colombia sigue avanzando en el desarrollo de la política de humanización en salud: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3246:colombia-sigue-avanzando-en-el-desarrollo-de-la-politica-de-humanizacion-de-la-salud&Itemid=562#:~:text=La%20humanizaci%C3%B3n%20de%20la%20salud,la%20defensa%20de%20sus%20derechos
- Organización Panamericana de la Salud. (20 de abril de 2021). *PAHO.ORG*. Obtenido de Teleconsulta durante una pandemia: <https://www.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-es.pdf>
- Orjuela, N. (2018). *Humanización de la atención en salud Factor trascendental en experiencia del paciente*. Bogotá: Organización para la Excelencia de la Salud.
- Ortíz, M. (2005). La informática y el adulto mayor. *Ciencia y el Hombre*, 8-17.
- Padilla, S. C. (27 de noviembre de 2012). Aceptación de la telemedicina entre los profesionales de la salud respiratoria. *Sciencedirect*, págs. 147-155.
- Portafolio. (20 de septiembre de 2020). *La telesalud creció con la pandemia y llegó para quedarse*. Obtenido de La telesalud creció con la pandemia y llegó para quedarse: <https://www.portafolio.co/contenido-patrocinado/la-telesalud-crecio-con-la-pandemia-y-llego-para-quedarse-544776>
- QuestionPro. (20 de julio de 2021). *QuestionPro*. Obtenido de Pregunta Net Promoter Score: <https://www.questionpro.com/es/pregunta-net-promoter-score.html>

Red de Salud del Oriente. (27 de enero de 2021). *Trato Humanizado en Salud*. Obtenido de Trato Humanizado en Salud: <http://www.redoriente.net/new/noticias/179-trato-humanizado-en-salud#:~:text=La%20humanizaci%C3%B3n%20en%20salud%20debe,gestual%2C%20que%20trasmite%20igualmente%20mensajes>

Resolución 2654 (3 de octubre de 2019).

Revista empresarial y Laboral . (7 de Abril de 2021). *Empresarial y laboral* . Obtenido de Percepción del servicio de salud en Colombia: <https://revistaempresarial.com/salud/percepcion-del-servicio-de-salud-en-colombia/>

Rojas, V. (2019). Humanización de los Cuidados Intensivos - Humanization Of Intensive Care. *Revista Médica de Los Condes*, 120-125.

Salud Digital. (08 de septiembre de 2018). *Telemedicina universal en Primaria... una realidad en Francia*. Obtenido de Telemedicina universal en Primaria... una realidad en Francia: https://www.consalud.es/saludigital/121/telemedicina-universal-en-primaria-una-realidad-en-francia_53804_102.html

salud, m. d. (28 de octubre de 2020). *Minsalud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Durante-la-pandemia-se-consolido-la-telemedicina-en-el-pais.aspx>

Sanofi. (23 de julio de 2020). *La telemedicina en España y Europa*. Obtenido de La telemedicina en España y Europa: <https://campussanofi.es/e-professionals/noticias/telemedicina-espana/>

Santacruz, J. (28 de Junio de 2016). *Scielo*. Obtenido de Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a17.pdf>

Secretaría Distrital de Salud. (29 de mayo de 2020). *Secretaría de Salud*. Obtenido de Red hospitalaria del Distrito implementa programas de humanización : http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=1152

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (30 de abril de 2021). *Bogotá Salud Digital*. Obtenido de Bogotá Salud Digital: <http://www.saludcapital.gov.co/digital/Paginas/default.aspx#:~:text=La%20plataforma%20Bogot%C3%A1%20Salud%20Digital%20permite%20contar%20con%20la%20totalidad,m%C3%A1s%20acertados%20y%20sin%20interrupciones.>

- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (12 de febrero de 2021). *Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.* Obtenido de Subred Sur Occidente cuenta con la mejor experiencia de humanización en tiempos de pandemia: <https://www.subredsuroccidente.gov.co/?q=noticias/subred-sur-occidente-cuenta-la-mejor-experiencia-humanizaci%C3%B3n-tiempos-pandemia>
- Tambini, G. (21 de Agosto de 2019). *Organizacion Panamericana de la Salud* . Obtenido de Colombia sigue avanzando en el desarrollo de la política de humanización de la salud: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=3246:colombia-sigue-avanzando-en-el-desarrollo-de-la-politica-de-humanizacion
- Tecno Salud*. (12 de febrero de 2014). Obtenido de HISTORIA DEL HOSPITAL PABLO VI: <http://tecnosalud387698.blogspot.com/p/la-historia-de-nuestro-hospital-se.html>
- Torres, S., & et all. (2015). *Modelos de evaluación de la calidad del servicio : caracterización y análisis*. Barquisimeto: Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado.
- Varo, J. (1994). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Zaporta, E. M. (2008). Telemedicina y responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria. *Dialnet*, 109-134.

Anexos

Como complemento del presente documento y que se ha indicado en el desarrollo de este, a continuación, se listan los anexos, que se presentan como elementos adjuntos:

Anexo 1	Prueba Piloto
Anexo 2	Matriz de revisión bibliográfica
Anexo 3	Protocolo
Anexo 3A	1. Flujograma: proceso general de teleorientación
Anexo 3B	2. Flujograma: proceso de atención en teleorientación