



**Universidad del
Rosario**

**PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS SERVICIOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS:
UN SCOPING REVIEW**

Autor:

Brian Hernando Casilimas Torres

Directores de tesis:

Leonardo Palacios Sánchez

Jenny Paola Blanco

Título por el que opta:

Magíster en Salud Pública

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Maestría en Salud Pública

Universidad del Rosario

Bogotá D. C.

2026

Tabla de contenido

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	4
3. JUSTIFICACIÓN	5
4.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	6
5. OBJETIVOS	7
5.1 Objetivo General	7
5.2 Objetivos Específicos	7
6. MARCO METODOLÓGICO	7
6.1 Estrategia de Búsqueda y Selección	7
6.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	7
6.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	8
6.4 BÚSQUEDA DE DATOS	8
6.5 Extracción de datos	9
6.6 Selección de datos	10
6.7 Control de sesgos	11
6.8 Proceso de consenso entre revisores	11
6.9 Análisis y síntesis de la evidencia	12
7. RESULTADOS	12
7.1 Distribución geográfica de los estudios incluidos	12
7.1.1 Caracterización metodológica de los estudios	13
7.1.2 Diseños metodológicos y enfoque de percepción	14
7.2 Síntesis de los factores	15
8. DISCUSIÓN	18
9. CONCLUSIONES	20
9.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS	21
9.2 FINANCIACIÓN Y CONFLICTO DE INTERÉS	21
9.3 DISPONIBILIDAD DE DATOS, CÓDIGOS Y OTROS MATERIALES	22
10.REFERENCIAS	23

**Percepción de la atención recibida en los servicios de imágenes diagnósticas:
Un scoping review**

1. RESUMEN

Introducción: Históricamente, la atención en servicios de imágenes diagnósticas se ha centrado en la precisión técnica y eficiencia operativa. Sin embargo, la experiencia del paciente adulto en estos entornos altamente tecnificados es un componente crítico que condiciona la satisfacción y la calidad del cuidado. **Objetivo:** Analizar la percepción de pacientes adultos sobre la atención recibida en servicios de imágenes diagnósticas, mediante una revisión de la literatura científica publicada en la última década. **Metodología:** Se realizó una revisión de alcance (scoping review) siguiendo el marco metodológico del Manual JBI y las directrices PRISMA-ScR. Tras un proceso de selección sistemática, se incluyeron 24 artículos para la síntesis de evidencia. **Resultados:** La percepción del paciente se configura como un fenómeno multidimensional integrado por cuatro categorías: relacional, operativa, física/clínica e informativa. La dimensión relacional, representada por la empatía y el contacto visual, destaca como el principal modulador de la ansiedad. Por su parte, los factores operativos e informativos influyen en la satisfacción logística. Al contrastar la evidencia con la normativa colombiana, se observa una concentración de estudios en la Satisfacción del Usuario (50%) y la Seguridad (29.2%), revelando vacíos investigativos en los atributos de continuidad y oportunidad. **Discusión:** Los servicios de imágenes deben trascender el proceso técnico-administrativo hacia intervenciones multidisciplinarias que respondan a necesidades individuales. Se requiere el diseño de políticas de salud pública con enfoques humanizados que mitiguen la baja adherencia derivada de entornos deshumanizados. **Conclusión:** La calidad en la atención demanda un equilibrio sistémico entre la excelencia tecnológica y el acompañamiento empático. La adopción de un modelo de atención integral no solo optimiza la percepción del paciente, sino que fortalece la adherencia clínica.

2. INTRODUCCIÓN

La humanización en salud ha adquirido un papel central en el análisis de la calidad de los servicios sanitarios. Este enfoque reconoce que la atención no puede limitarse al abordaje técnico de la enfermedad, sino que debe comprender la experiencia integral de la persona durante su proceso de atención. En este sentido, el concepto de experiencia del paciente ha evolucionado desde una visión asistencial tradicional hacia una comprensión más amplia del ser humano dentro del sistema de salud, incorporando dimensiones emocionales, sociales y éticas del cuidado (1,2). Esta transformación ha impulsado la necesidad de evaluar la atención desde la percepción del usuario como un componente fundamental de la calidad.

La atención centrada en la persona constituye uno de los pilares de esta evolución conceptual. De acuerdo con el marco propuesto por Santana y colaboradores, este enfoque reconoce los valores, expectativas y necesidades individuales del paciente como elementos esenciales para la toma de decisiones en salud (3). De manera coherente, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que los sistemas de salud deben fortalecer su capacidad de respuesta, promoviendo modelos de atención orientados a las personas y no exclusivamente a los procesos clínicos (4). Bajo esta perspectiva, la percepción del paciente se configura como un indicador que permite valorar el grado de humanización de los servicios.

Los servicios de imágenes diagnósticas representan un escenario particular dentro del proceso asistencial. Estos entornos se caracterizan por el uso intensivo de tecnología, tiempos de interacción limitados y procedimientos que, en muchos casos, generan ansiedad, temor o incertidumbre frente a la posibilidad de un diagnóstico grave. Diversos estudios han evidenciado que estas condiciones pueden favorecer percepciones de despersonalización, especialmente cuando la comunicación y el acompañamiento durante el procedimiento son insuficientes (8–11). En consecuencia, la experiencia del paciente en estos servicios no depende únicamente de la precisión diagnóstica, sino también del trato recibido y de la forma en que se desarrolla la interacción con el personal de salud. La literatura relacionada con la humanización de la atención en servicios de radiología y ayudas diagnósticas destaca la relevancia de factores como la empatía, el respeto, la comunicación clara y la consideración de las necesidades emocionales del paciente adulto (7,10–12). Asimismo, se ha señalado que la percepción de la atención influye directamente en la satisfacción del usuario y en su confianza frente al sistema de salud, aspectos que adquieren especial importancia desde la salud pública al estar vinculados con la adherencia a los procesos diagnósticos y de seguimiento.

Desde el contexto colombiano, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) reconoce la humanización como un principio transversal del modelo de atención, orientado a garantizar servicios dignos, pertinentes y centrados en la persona (6). De igual manera, los atributos de calidad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social resaltan la satisfacción del usuario como un componente fundamental de la evaluación de los servicios de salud (19). No obstante, persisten desafíos para trasladar estos lineamientos normativos a la experiencia real del paciente, particularmente en servicios altamente tecnificados como los de imágenes diagnósticas.

A pesar del crecimiento de la producción científica relacionada con la experiencia del paciente y la atención humanizada, la evidencia disponible presenta abordajes heterogéneos y resultados dispersos. Además, predomina la producción científica proveniente de sistemas de salud de altos ingresos. Este quebrantamiento limita una comprensión integral del fenómeno y dificulta identificar, de manera estructurada, los factores que influyen en la percepción de los pacientes adultos en los servicios de imágenes diagnósticas.

En este contexto, se desarrolló un scoping review con el propósito de analizar la percepción de los pacientes adultos sobre la atención recibida en los servicios de imágenes diagnósticas durante los últimos diez años, permitiendo mapear la evidencia disponible y reconocer las principales dimensiones que configuran esta experiencia. Este abordaje busca contribuir a una comprensión más amplia del fenómeno, coherente con los principios de la atención centrada en la persona y con los retos actuales de la salud pública frente a la humanización del cuidado.

3. JUSTIFICACIÓN

En el día a día de los servicios de salud, ya no basta con entregar un resultado médico exacto, lo que realmente marca la diferencia es cómo se siente el paciente durante su atención (1,2). En las unidades de imágenes diagnósticas, este tema es crítico para la mayoría de los adultos, el ingreso a servicios como rayos X, tomografía computarizada, resonancia magnética o ecografía representa una situación generadora de tensión e incertidumbre. No es un trámite cualquiera, es un momento que genera estrés, frío y mucha incertidumbre por la expectativa del procedimiento y sus resultados (8,9). A veces, el ambiente se siente tan hostil y cerrado que el paciente se percibe como un objeto más del entorno y no como un ser humano con necesidades específicas.

Desde la mirada de la salud pública, se sabe que si un paciente percibe una atención de mala calidad o siente que no le brindaron un trato digno, su confianza en el sistema se rompe, e impacta desfavorablemente los resultados de su proceso diagnóstico, clínico o de rehabilitación. Un paciente

asustado y/o mal informado es un paciente que se mueve durante el examen, que no sigue bien las indicaciones o que, peor aún, decide no volver a sus controles (10,14). En este sentido, la humanización no constituye únicamente un concepto teórico, sino un componente esencial de la atención centrada en la persona, con impacto directo en los resultados clínicos y en la seguridad del proceso asistencial (3,5).

La normatividad actual exige con mayor frecuencia una atención humanizada y centrada en la persona, la realidad es que la alta carga de trabajo y el enfoque en la productividad hacen que el trato se vuelva mecánico y distante (6,11). Además, al revisar la literatura, vemos que hace falta organizar la información de los últimos 10 años (2014-2025) para entender qué está pasando realmente en la mente de nuestros pacientes cuando ingresan por los diferentes servicios de salud. (15,18).

La razón de este estudio radica en la necesidad de identificar los aspectos que influyen en la percepción de la atención en los servicios de imágenes diagnósticas desde la mirada del paciente como eje central de la atención en salud. Al final de esta revisión se proporcionan las recomendaciones para el fortalecimiento de la atención en salud con un enfoque de mejoramiento continuo de la calidad. Se pretende además contribuir en aspectos clave para la construcción de políticas públicas en salud, toda vez que sean concebidos los servicios de imágenes diagnósticas como entornos cálidos y seguros a los que los pacientes acudan con la tranquilidad de ser tratados como seres holísticos e integrales.

4.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Población (P): Pacientes adultos

Concepto (C): Percepción de la atención recibida

Contexto (C): En servicios de imágenes diagnósticas en los últimos 10 años

¿Cuál es la percepción de los pacientes adultos sobre la atención recibida en los servicios de imágenes diagnósticas en los últimos 10 años?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Analizar la percepción de los pacientes adultos en relación con la atención recibida en los servicios de imágenes diagnósticas en los últimos 10 años.

5.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar la evidencia disponible en relación con la percepción de los pacientes adultos sobre la atención recibida en los servicios de imágenes diagnósticas en los últimos 10 años.
2. Identificar los factores que influyen en la percepción de los pacientes sobre la atención recibida.

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1 Estrategia de Búsqueda y Selección

Se realizó búsqueda de literatura en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y SciELO. Fueron seleccionadas por su relevancia en el ámbito de la salud y la investigación científica. Para la gestión de las referencias y la eliminación de duplicados se utilizó el software Rayyan, lo que permitió organizar los artículos encontrados.

El proceso de selección de los artículos se llevó a cabo en dos fases. En la primera se realizó la revisión de títulos y resúmenes, con el fin de reconocer aquellos potencialmente relacionados con el objetivo de la investigación. Posteriormente, los estudios preseleccionados fueron evaluados a texto completo, verificando su cumplimiento con los criterios de inclusión establecidos.

6.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Artículos que abarquen percepción del paciente.
- Atención en servicios de imágenes diagnósticas como radiología, ecografía, tomografía, resonancia.
- Estudios centrados en pacientes adultos (mayores de 18 años).
- Artículos publicados en base de datos científicos.
- Estudios publicados en español, inglés y portugués
- Artículos publicados en los últimos 10 años (2014-2025).

6.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Artículos de reflexión.
- Editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos, artículos de opinión sin respaldo metodológico.
- Documentos a los que no se pueda tener acceso completo.
- Estudios repetidos en diferentes fuentes serán excluidos conservando la versión más completa y accesible.

- Se excluirán estudios centrados exclusivamente en cuidadores cuando no reporten percepción directa del paciente.

6.4 BÚSQUEDA DE DATOS

Para la búsqueda se emplearon descriptores y términos libres relacionados con la percepción, experiencia y satisfacción del paciente adulto, así como con los servicios de imágenes diagnósticas. Las ecuaciones de búsqueda se fueron generando a partir de las particularidades de cada base de datos, así:

- **PubMed/MEDLINE:** (("Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Experience"[tiab] OR "Patient Perception*"[tiab] OR "Person-Centered Care"[Mesh]) AND ("Diagnostic Imaging"[Mesh] OR "Radiology"[tiab] OR "Radiography"[tiab] OR "Magnetic Resonance Imaging"[Mesh]) AND ("2014/01/01"[Date - Publication] : "2025/12/31"[Date - Publication]))
- **Scopus:** (TITLE-ABS-KEY ("patient perception" OR "patient satisfaction") AND TITLE-ABS-KEY ("diagnostic imaging" OR "radiology services") AND TITLE-ABS-KEY ("quality of care" OR "care received")) AND PUBYEAR > 2014 AND PUBYEAR < 2025
- **Web of Science:** TS=(("patient perception" OR "patient satisfaction" OR "patient experience" OR "patient perspective") AND ("diagnostic imaging" OR radiology OR "radiology services" OR "medical imaging") AND ("quality of care" OR "care received" OR "healthcare quality" OR "quality improvement"))
- **SciELO:** (percepción OR satisfacción) AND (radiología OR "imágenes diagnósticas"), ((percep* OR satisfac* OR experienc*) AND ("imágenes diagnósticas" OR radiolog* OR tomograf* OR resonanc*) AND (atención OR calidad OR care))

6.5 Extracción de datos

Para la extracción de la información se elaboró una matriz en el programa Microsoft Excel, la cual permitió organizar de manera sistemática los datos relevantes de los estudios incluidos en la revisión. Esta herramienta facilitó el análisis ordenado de la evidencia y la comparación entre los diferentes artículos seleccionados.

La matriz de extracción contempló variables orientadas a caracterizar los estudios y a profundizar en los aspectos relacionados con la percepción del paciente frente a la atención recibida en los servicios de imágenes diagnósticas. Dentro de la información recopilada se incluyeron los autores,

el año de publicación y el país de origen de cada estudio, así como su objetivo y el diseño metodológico empleado.

Finalmente, se consignaron las principales conclusiones y las recomendaciones propuestas por los autores, cuando estas se encontraban explícitamente reportadas.

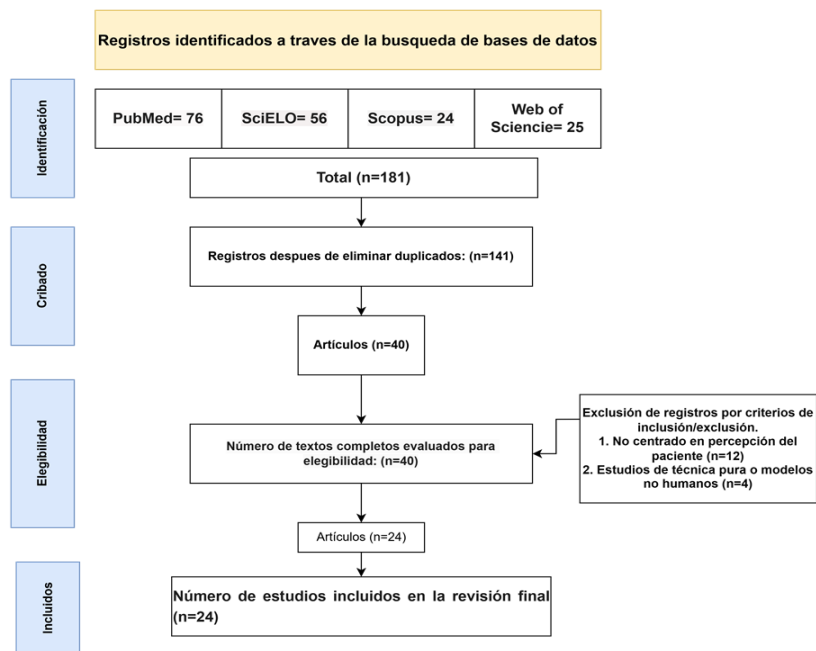
Flujo de Selección (PRISMA-ScR)

Tal como se presenta en el diagrama PRISMA-ScR, el proceso de búsqueda bibliográfica permitió identificar inicialmente 181 artículos científicos relacionados con el tema de estudio. A partir de esta primera revisión, se realizó la depuración de los registros, eliminando los documentos duplicados, lo que permitió conservar 40 artículos únicos para la revisión de título y resumen.

Posteriormente, estos estudios fueron analizados en texto completo, con el propósito de verificar su coherencia con los criterios de inclusión definidos para la investigación. Como resultado de esta revisión más detallada, se excluyeron 16 artículos que no cumplían con el enfoque temático y no se relacionaban directamente con el objetivo de este estudio.

Finalmente, se seleccionaron 24 artículos que, por su pertinencia y aporte al análisis, conformaron la muestra definitiva de esta revisión, permitiendo profundizar en la comprensión de la percepción del paciente adulto frente a la atención recibida en los servicios de imágenes diagnósticas.

Grafico 1 Diagrama prisma (PRISMA-ScR)



Nota: Adaptado de la extensión PRISMA para Revisiones de Alcance (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

6.6 Selección de datos

La selección y tamización de la evidencia se ejecutó mediante una aplicación rigurosa de los criterios de inclusión y exclusión. Se llevó a cabo durante la aplicación de dos fases consecutivas de revisión de título, resumen y lectura crítica de texto completo. Siguiendo las recomendaciones del manual de revisores del JBI, este proceso fue realizado de forma independiente por el investigador para garantizar la reproducibilidad y minimizar el sesgo de selección, utilizando la plataforma Rayyan para la tamización de los 181 artículos iniciales y la eliminación de duplicados. Las discrepancias fueron resueltas mediante la intervención y el consenso con los asesores metodológico y temático.

Para la extracción de datos, se tuvo en cuenta las directrices para Revisiones de Alcance JBI (Joanna Briggs Institute) y PRISMA-ScR, priorizando las que por su aporte académico y profundidad de las descripciones sobre la experiencia y percepción del adulto respondían al objetivo del estudio. A partir de los 24 artículos seleccionados, se sistematizaron, permitiendo identificar patrones de percepción y recomendaciones prácticas orientadas a fortalecer la atención humanizada en los servicios de imágenes diagnósticas.

6.7 Control de sesgos

Con el fin de fortalecer el rigor metodológico y minimizar posibles sesgos, se implementaron estrategias específicas en las distintas etapas del proceso, en concordancia con las recomendaciones del JBI. En la fase de búsqueda, se utilizaron múltiples bases de datos, así como ecuaciones de búsqueda adaptadas a las particularidades de cada una de ellas, lo que permitió reducir el sesgo de publicación y de indexación. Asimismo, se emplearon descriptores controlados y términos libres, garantizando una cobertura amplia y sensible de la literatura relevante.

Durante la selección de estudios, el uso de la plataforma Rayyan facilitó la identificación y eliminación de documentos duplicados, así como el registro explícito de los motivos de inclusión y exclusión de cada artículo durante las fases de revisión de título, resumen y texto completo, de acuerdo con los criterios previamente establecidos. Este procedimiento permitió asegurar que las decisiones de selección estuvieran basadas en criterios homogéneos y transparentes, disminuyendo el riesgo de sesgo de selección. Adicionalmente, la aplicación explícita de criterios de inclusión y exclusión previamente definidos contribuyó a la consistencia del proceso de tamización.

Aunque las revisiones de alcance no tienen como objetivo principal evaluar la calidad metodológica de los estudios para su exclusión, se realizó una lectura crítica de los artículos incluidos con el propósito de identificar limitaciones metodológicas y posibles fuentes de sesgo en el cuerpo de la evidencia disponible. Esta información fue considerada en la interpretación de los hallazgos, permitiendo contextualizar los resultados y fortalecer la transparencia del análisis.

6.8 Proceso de consenso entre revisores

El proceso de selección y extracción de datos se desarrolló mediante un procedimiento estructurado de consenso. La tamización de títulos, resúmenes y textos completos se realizó de forma sistemática, y las discrepancias identificadas durante estas fases fueron discutidas de manera deliberativa entre el investigador principal, el asesor metodológico y el asesor temático. Este proceso permitió alcanzar acuerdos fundamentados en los criterios PCC (Población, Concepto y Contexto) y en el objetivo de la revisión.

La participación de expertos diferentes al investigador principal garantizó una mirada crítica adicional y contribuyó a disminuir el sesgo interpretativo.

6.9 Análisis y síntesis de la evidencia

La síntesis de los resultados se realizó siguiendo un enfoque descriptivo y analítico; inicialmente, se efectuó una síntesis descriptiva de los estudios incluidos mediante la caracterización de sus principales atributos (año, país, diseño metodológico, población y contexto), lo que permitió mapear la distribución y heterogeneidad de la evidencia disponible.

Posteriormente, se desarrolló una síntesis descriptiva basada en la identificación de patrones recurrentes relacionados con la percepción del paciente adulto frente a la atención recibida en los

servicios de imágenes diagnósticas. Los hallazgos fueron organizados en categorías temáticas, construidas a partir de los objetivos de los estudios y de los contenidos emergentes durante la extracción de datos. Este proceso permitió integrar de manera estructurada las experiencias, percepciones y recomendaciones reportadas en la literatura.

7. RESULTADOS

Para dar cumplimiento al primer objetivo, se realizó una caracterización de la evidencia disponible mediante un análisis sistemático de 24 documentos. Estos fueron clasificados según su procedencia geográfica y su diseño metodológico, lo que permitió identificar las tendencias globales en la percepción del paciente.

7.1 Distribución geográfica de los estudios incluidos

La Tabla 1 presenta la distribución de los artículos según su país de origen, lo que permite describir la procedencia geográfica de la producción científica relacionada con la percepción del paciente adulto en los servicios de imágenes diagnósticas.

Tabla 1. Caracterización de la evidencia incluida según origen geográfico de los estudios

País	Cantidad de Artículos	% de Representación
EE. UU	7	29,2%
ESPAÑA	3	12,5%
REINO UNIDO	3	12,5%
ETIOPÍA	2	8,3%
CHILE	1	4,2%
GHANA	1	4,2%
GRECIA	1	4,2%
IRLANDA	1	4,2%
ISRAEL	1	4,2%
P. BAJOS	1	4,2%
PORTUGAL	1	4,2%
AUSTRALIA	1	4,2%
SUIZA	1	4,2%
Total	24	100%

Construcción propia

Como se observa en la Tabla 1, los estudios incluidos corresponden a diferentes regiones del mundo, con representación de países de América del Norte, Europa, África, América Latina y Oceanía.

7.1.1 Caracterización metodológica de los estudios

La Tabla 2 presenta la caracterización de los estudios originales incluidos en la revisión, considerando el año de publicación, el país de origen, el diseño metodológico y la población estudiada.

Tabla 2. Caracterización de la Evidencia: Estudios Originales (2014-2025)

Año	País	Diseño Metodológico (Teoría de Inv.)	Población Adulta / Muestra
2015	Sudáfrica	Cualitativo, Interpretativo-Fenomenológico.	Pacientes y proveedores de imágenes diagnósticas.
2015	Perú	Cuantitativo, No exp., Transversal-Correlacional.	357 pacientes adultos (Radiodiagnóstico).
2017	Etiopía	Cuantitativo, Transversal-Analítico (SERVQUAL).	321 pacientes (Muestreo estratificado).
2017	Portugal	Estudio de Caso, Descriptivo-Correlacional (Cuan).	Pacientes de servicios de radiología pública.
2018	EE. UU.	Descriptivo de Mejora de Procesos.	Pacientes en localización de mama.
2019	Países Bajos	Observacional, Retrospectivo y Longitudinal.	94 registros de quejas (Centro Terciario).
2020	Ghana	Mixto (Cua-Cuan), Transversal-Descriptivo.	191 clientes (Adultos ≥ 18 años).
2021	EE. UU.	Cuantitativo, Observacional (Cohorte Prospectiva).	355 mujeres con diagnóstico de DCIS.
2024	Dinamarca	Cualitativo, Fenomenológico y Etnográfico.	15 casos clínicos (Cáncer/Biopsias).
2024	Australia	Cualitativo, Exploratorio-Descriptivo.	12 radiógrafos (Enfoque en geriatría).
2024	EE. UU.	Cuantitativo, Observacional y Comparativo.	Pacientes hospitalizados (Uso de POCUS).
2025	Israel	Cuantitativo, No exp., Transversal-Exploratorio.	557 adultos (Representativa nacional).

Construcción propia

De acuerdo con la información presentada, los estudios incluidos corresponden a diferentes enfoques metodológicos aplicados a población adulta atendida en servicios de imágenes diagnósticas.

7.1.2 Diseños metodológicos y enfoque de percepción

La Tabla 3 describe los tipos de estudios incluidos en la revisión y el enfoque desde el cual fue abordada la percepción del paciente en la literatura analizada.

Tabla 3. Caracterización de la Evidencia: Diseños Metodológicos y Enfoque de Percepción (2014-2025)

Año	Alcance	Diseño Metodológico (Teoría de Investigación.)	Enfoque de Percepción
2016	Global	Revisión Sistemática de literatura.	Resultados de salud y práctica avanzada.
2016	Global	Revisión Narrativa / Estado del Arte.	Encuestas de satisfacción en imágenes diagnósticas.
2016	EE. UU.	Investigación de Desarrollo (Quality Map).	Herramientas centradas en el paciente.
2019	Europa	Revisión Sistemática (Síntesis cualitativa).	Valores y preferencias en tamizaje.
2024	Chile	Revisión Teórica / Documental.	Gestión de calidad y ética profesional.
2024	Global	Revisión Sistemática (Metasíntesis).	Cuidado centrado en la persona (LMICs).

Construcción propia

Según lo reportado en la Tabla 3, los estudios incluidos abordaron la percepción del paciente desde diferentes enfoques, que incluyen la satisfacción del usuario, la experiencia del paciente y el cuidado centrado en la persona.

7.2 Síntesis de los factores

A partir del análisis de los estudios incluidos, se identificaron los factores relacionados con la percepción del paciente adulto frente a la atención recibida en los servicios de imágenes diagnósticas, los cuales fueron organizados en categorías para su descripción.

Tabla 4 de "Síntesis de Hallazgos". Esta tabla clasifica los factores

Categoría de factor	Elementos específicos	Autores de referencia
Relacionales	Empatía, trato digno, apoyo emocional, amabilidad, respeto, escucha activa, tiempo cara a cara, contacto visual, acompañamiento durante el procedimiento, comunicación interpersonal.	DiGiacinto (2016); Dibble et al. (2017); Van den Berg et al. (2019); Díaz Marín (2020); Sousa y Fialho (2021); Lewis et al. (2022); Kofina et al. (2023); Beardmore et al. (2024).
Operativos	Tiempos de espera, facilidad de agendamiento, entrega oportuna de resultados, continuidad del servicio, carga laboral, fragmentación de la atención, organización del flujo asistencial.	Abujudeh et al. (2016); Pereira-Gandía (2019); Fazeli et al. (2021); Ubeda de la Cerda (2024); Parra-Calderón (2024); Singer et al. (2025).
Físicos / Clínicos	Dolor durante la mamografía, ruido del equipo, claustrofobia en resonancia magnética, incomodidad física, postura forzada, exposición corporal, privacidad durante el examen.	Mulisa et al. (2017); Connor et al. (2020); Bhatnagar et al. (2022); Lewis et al. (2022); Kofina et al. (2023); Ding et al. (2024).
Informativos	Claridad de reportes, explicación previa del procedimiento, visualización de imágenes, preparación del paciente, lenguaje comprensible, educación al usuario, orientación posterior al examen.	DiGiacinto (2016); Hardy et al. (2016); Sapulito (2018); Gadeka y Esena (2020); Mendelson (2021); Rogers et al. (2023); Balmuth et al. (2024).

Construcción propia

Factores relacionales

Los factores relacionales fueron identificados en siete de los estudios incluidos, destacándose como uno de los componentes más relevantes en la percepción de la atención humanizada. Los autores describen que la empatía, el trato digno y el respeto durante la interacción entre el profesional de la salud y el usuario influyen de manera significativa en la experiencia del paciente.

DiGiacinto (2016) y Dibble et al. (2017) señalan que una comunicación cercana y una actitud empática favorecen la confianza y reducen la ansiedad asociada a los procedimientos diagnósticos. De igual forma, Van den Berg et al. (2019) y Díaz Marín (2020) identifican que gran parte de las inconformidades de los usuarios se relacionan con deficiencias en el trato interpersonal más que con aspectos técnicos del examen.

Asimismo, Sousa y Fialho (2021) y Lewis et al. (2022) destacan la importancia del acompañamiento emocional, la escucha activa y el tiempo cara a cara, especialmente en procedimientos que generan temor o vulnerabilidad. Beardmore et al. (2024) refuerza estos hallazgos al señalar que la empatía y el respeto constituyen pilares fundamentales de la atención humanizada en los servicios de imágenes diagnósticas.

Factores operativos

Los factores operativos fueron abordados en seis estudios y se relacionan con la organización y el funcionamiento de los servicios. Los hallazgos evidencian que los tiempos de espera prolongados, las dificultades en el agendamiento y la fragmentación del proceso asistencial influyen negativamente en la percepción de humanización.

Abujudeh et al. (2016) y Pereira-Gandía (2019) describen que las limitaciones administrativas y estructurales reducen la posibilidad de una atención centrada en la persona. Fazeli et al. (2021) añade que la carga asistencial y la presión laboral condicionan el tiempo disponible para la interacción con el paciente.

Por su parte, Ubeda de la Cerda (2024) y Parra-Calderón (2024) resaltan que una adecuada gestión institucional y la organización de los procesos favorecen una experiencia más ordenada y digna. Singer et al. (2025) complementa estos resultados al señalar que la eficiencia en el agendamiento y la entrega oportuna de resultados contribuyen a mejorar la percepción global del servicio.

Factores físicos y clínicos

Cinco estudios abordaron los factores físicos y clínicos, los cuales se relacionan con las características propias de los procedimientos diagnósticos. Los autores coinciden en que el dolor, la incomodidad física y las condiciones del entorno influyen directamente en la experiencia del usuario.

Mulisa et al. (2017) y Ding et al. (2024) evidencian que el dolor durante la mamografía representa una de las principales barreras para una experiencia humanizada. Asimismo, Connor et al. (2020) y Kofina et al. (2023) describen que el ruido del equipo y la claustrofobia durante la resonancia magnética generan ansiedad y malestar en los pacientes.

Bhatnagar et al. (2022) resalta la importancia de la privacidad y del cuidado durante la exposición corporal, señalando que estos aspectos inciden en la percepción de respeto y dignidad durante el examen.

Factores informativos

Los factores informativos estuvieron presentes en seis estudios y se relacionan con la claridad y oportunidad de la información brindada al usuario. Los autores destacan que la explicación previa

del procedimiento, el uso de un lenguaje comprensible y la adecuada preparación del paciente favorecen una experiencia más positiva.

Hardy et al. (2016) y Sapulito (2018) señalan que la ausencia de información genera incertidumbre y temor, mientras que una orientación adecuada mejora la cooperación del paciente durante el examen. Gadeka y Esena (2020) y Mendelson (2021) enfatizan la importancia de la educación al usuario como parte del cuidado humanizado.

Rogers et al. (2023) y Balmuth et al. (2024) identifican que la claridad de los reportes y la visualización comprensible de las imágenes fortalecen la confianza del paciente en el servicio, contribuyendo a una percepción de transparencia y respeto.

Síntesis general de los resultados

De manera global, los resultados evidencian que la atención humanizada en los servicios de imágenes diagnósticas se configura a partir de la interacción entre factores relacionales, operativos, físicos/clínicos e informativos, los cuales influyen de forma complementaria en la experiencia del usuario durante el proceso diagnóstico.

Tabla 5. Distribución porcentual de los factores que influyen en la percepción de los pacientes sobre la atención recibida en servicios de imágenes diagnósticas.

Atributo de Calidad	Cantidad de Artículos	% de Representación
Accesibilidad: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.	2	8,3%
Oportunidad: Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.	1	4,2%
Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.	7	29,2%
Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.	1	4,2%
Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.	1	4,2%
Satisfacción del Usuario: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.	12	50,0%
Total	24	100%

Construcción propia

Como se muestra en la Tabla 5, los factores identificados en la literatura se distribuyen entre los diferentes atributos de calidad en la atención en salud.

8. DISCUSIÓN

Los hallazgos de la presente revisión permiten comprender que la percepción del paciente adulto en los servicios de imágenes diagnósticas se construye a partir de la interacción entre la dimensión técnica del procedimiento y la experiencia humana del cuidado. Si bien la tecnología diagnóstica constituye un elemento central para la toma de decisiones clínicas, su predominio puede generar procesos asistenciales orientados principalmente a la eficiencia operativa, lo que influye en la forma como el paciente experimenta la atención recibida (1,2).

Desde esta perspectiva, la percepción del paciente no se limita a la calidad técnica del examen, sino que se ve condicionada por aspectos relacionales, comunicativos y emocionales. La literatura analizada coincide en que la ausencia de información clara, el trato distante y la limitada interacción con el personal de salud pueden incrementar la ansiedad previa al procedimiento, especialmente en el paciente adulto que enfrenta la incertidumbre frente a un posible diagnóstico (8,10). Esta situación adquiere relevancia desde la salud pública. Una experiencia negativa durante el proceso diagnóstico puede afectar la confianza del usuario y su adherencia a las rutas de atención posteriores.

El análisis de la evidencia sugiere que la humanización de la atención en los servicios de imágenes diagnósticas no depende exclusivamente de las competencias individuales del profesional, sino que se encuentra mediada por condiciones institucionales y organizacionales. Factores como la carga asistencial, los tiempos asignados por procedimiento y los modelos de productividad limitan las posibilidades de una comunicación efectiva y de un acompañamiento empático. En este sentido, se identifica una brecha entre los principios de la atención centrada en la persona y las dinámicas reales de prestación del servicio, lo que representa un desafío para la gestión de la calidad en salud (3,6).

Al contrastar los hallazgos entre distintos contextos, se evidencian diferencias relevantes en la forma como se aborda la experiencia del paciente. En países con sistemas de salud consolidados, la discusión se orienta hacia el fortalecimiento de la experiencia humana y la participación activa del usuario; mientras que, en contextos latinoamericanos, persisten dificultades relacionadas con el acceso oportuno, la capacidad instalada y la disponibilidad del recurso humano. Esta diferencia refleja desigualdades estructurales que inciden directamente en la percepción del cuidado y en la posibilidad de implementar estrategias sostenidas de humanización (4,6).

Desde el enfoque de salud pública, la humanización de la atención debe ser entendida como un componente transversal de la calidad y no como una práctica aislada o dependiente de la disposición individual del personal. Los marcos normativos y bioéticos vigentes reconocen el trato digno, el respeto y la autonomía del paciente como principios fundamentales del sistema de salud (5,16); sin embargo, la evidencia muestra que su aplicación en escenarios altamente tecnificados continúa siendo heterogénea.

Asimismo, los resultados de esta revisión ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la evaluación de los servicios de imágenes diagnósticas incorporando indicadores que trasciendan la satisfacción del usuario y permitan comprender la experiencia del paciente como un proceso continuo. En este sentido, la percepción del paciente se configura como una herramienta relevante para orientar acciones de mejora, identificar brechas en la atención y promover modelos más coherentes con las necesidades de la población adulta.

Finalmente, los hallazgos invitan a reflexionar sobre el rol de los servicios de imágenes diagnósticas dentro del sistema de salud, reconociéndose no solo como espacios técnicos, sino como escenarios de cuidado que impactan de manera directa la experiencia del paciente. Avanzar hacia modelos que integren la seguridad diagnóstica con la comunicación efectiva y el acompañamiento humano representa un reto prioritario para la salud pública y para el fortalecimiento de la calidad de la atención en estos servicios.

9. CONCLUSIONES

La presente revisión de alcance permitió mapear la evidencia científica disponible sobre la percepción de los pacientes adultos frente a la atención recibida en los servicios de imágenes diagnósticas durante el periodo comprendido entre 2014 y 2025. A partir del análisis de los estudios incluidos, se identificó que la percepción del paciente constituye un fenómeno multidimensional. Esta se ve influenciada por factores relacionales, operativos, físicos/clínicos e informativos, los cuales interactúan de manera complementaria durante el proceso diagnóstico.

La evidencia disponible muestra que los aspectos relacionados con la interacción humana, la comunicación y el acompañamiento durante el procedimiento son frecuentemente abordados en la literatura, mientras que otros componentes estructurales del servicio, como la continuidad, la oportunidad y la pertinencia, presentan una menor representación. Este hallazgo permite reconocer vacíos de conocimiento relevantes que limitan una comprensión integral de la experiencia del paciente adulto en los servicios de imágenes diagnósticas.

Asimismo, el mapeo de la literatura evidenció una concentración significativa de estudios provenientes de sistemas de salud de altos ingresos, lo que restringe la transferencia directa de los hallazgos a contextos latinoamericanos. Esta distribución geográfica de la evidencia pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la producción científica local, particularmente en países donde las condiciones de acceso, organización del sistema y carga asistencial pueden influir de manera diferenciada en la percepción de la atención.

En cuanto a las limitaciones, esta revisión se vio condicionada por la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, así como por la diversidad de instrumentos empleados para evaluar la percepción del paciente, lo que impidió realizar comparaciones directas entre los resultados. Adicionalmente, la restricción idiomática a publicaciones en español, inglés y portugués pudo haber excluido literatura relevante publicada en otros idiomas.

A partir de los vacíos identificados, se reconoce la necesidad de desarrollar futuras investigaciones que profundicen en la percepción del paciente adulto mediante estudios primarios en contextos locales, así como revisiones que exploren de forma específica cada una de las dimensiones identificadas. De igual manera, se sugiere avanzar en investigaciones que integren la experiencia del paciente como un componente estructural de la evaluación de la calidad en los servicios de imágenes diagnósticas, en coherencia con los principios de la atención centrada en la persona.

9.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Considerando que el presente trabajo se define como una revisión de la literatura científica (Scoping Review), su ejecución no implica el contacto directo, la intervención o la experimentación con seres humanos ni especies biológicas. Por tanto, según los lineamientos bioéticos vigentes, no hay lugar a riesgos físicos o biológicos directos derivados de la investigación.

Sin embargo, el estudio se ha desarrollado bajo los siguientes compromisos éticos y académicos:

Integridad y Propiedad Intelectual: Se garantiza el respeto absoluto a la propiedad intelectual de los autores de las fuentes analizadas. Cada documento ha sido debidamente citado y referenciado, asegurando la transparencia en el manejo de la información y la integridad académica en todo el proceso de síntesis

Finalidad de la Información: El análisis de los datos se realizó con el objetivo primordial de aportar conocimiento útil para el sistema de salud. La revisión confirma que la percepción del paciente es un indicador crítico de calidad, ligado estrechamente al equilibrio entre la eficiencia técnica de los equipos y la calidez humana del trato recibido en el servicio.

Marco Normativo: Este protocolo se ajusta a las pautas éticas para la investigación en salud, enfocándose en la veracidad de los hallazgos y en la construcción de recomendaciones que promuevan la atención humanizada y el respeto a la dignidad de los pacientes en los servicios de imágenes diagnósticas.

9.2 FINANCIACIÓN Y CONFLICTO DE INTERÉS

Bajo el marco de la transparencia investigativa, se declara que el presente *scoping review* fue financiado en su totalidad con recursos propios del autor, prescindiendo de cualquier tipo de apoyo económico proveniente de organismos externos o la industria médica. A este respecto, el acceso a la literatura científica y el uso de repositorios especializados se gestionaron a través de las redes suscritas por la Universidad del Rosario, lo cual garantiza la autonomía intelectual necesaria para caracterizar la evidencia sin condicionamientos de terceros.

9.3 DISPONIBILIDAD DE DATOS, CÓDIGOS Y OTROS MATERIALES

La revisión de alcance utilizó el gestor bibliográfico Zotero, disponible en la web <https://www.zotero.org/> para la realización de la descarga de los artículos, la gestión y citación de referencias, al igual se utilizó el software Rayyan para la extracción y selección de artículos disponible en <https://www.rayyan.ai/> para ejecución en línea. El acceso a las bases de datos Pubmed, Scopus y science se realizó a través de la suscripción de la Universidad El Rosario en modalidad de estudiante y la revisión de los artículos seleccionados y la selección de palabras claves se realizó uso de IA Chatgpt4 para arreglo de redacción y ortografía disponible <https://chatgpt.com/es-419/>

Anexo 1. Matriz de recolección de datos

N°	Autor/es	Año	DOI	País	Objetivo del estudio	Diseño Metodológico	Profesionales de salud	Tipo de servicio	Factores percepción (Pacientes)	Atributos de Calidad	Barreras y Facilitadores	Principales Conclusiones	Recomendaciones
1	DiGiacinto, D.	2016	10.1177/8756479316650887	EE. UU.	Optimización encuestas.	Revisión	Sonografistas	Eco	Tiempo cara a cara.	Satisfacción del Usuario	F: Información escrita.	Interacción reduce estrés.	Más diálogo en examen.
2	Abujudeh, H.	2016	10.2214/AJR.16.16803	EE. UU.	Mapa centrado paciente.	Modelo	Todo el staff	Gestión	Respeto/Continuidad.	Continuidad	B: Fragmentación.	Diseñar desde el paciente.	Viaje del paciente.
3	Hardy, et al.	2016	10.1259/bjr.20151066	R. Unido	Práctica avanzada.	Revisión Sist.	Técnicos avanz.	Varios	Confianza técnica.	Seguridad	F: Autonomía.	Mejora resultados.	Especialización humana.
4	Mulisa, T., et al.	2017	10.1186/s12913-017-2384-z	Etiopía	Satisfacción SERVQUAL.	Transversal	Admin/Técnicos	Gral.	Privacidad física.	Satisfacción del Usuario	B: Hacinamiento.	Privacidad es prioridad.	Remodelar vestidores.
5	Dibble, E., et al.	2017	10.1016/j.jacr.2017.03.012	EE. UU.	Validación encuestas.	Psicométrico	Todo el staff	Ambulatorio	Interés genuino.	Satisfacción del Usuario	F: Empatía.	Calidez > Rapidez.	Encuestas específicas.
6	Spalluto, L.	2018	10.1016/j.ro.2018.04.001	EE. UU.	Localización y confort.	Revisión	Radiólogos	Mamografía	Confort físico.	Seguridad	F: Semillas (sin cable).	Menos invasión = mejor.	Innovación técnica.
7	Pertierra-Galindo	2019	S1138359318303770	España	Satisfacción At. Primaria.	Observacional	Médicos Fam.	Ecografía	Confianza/Cercanía.	Seguridad	F: Médico conocido.	Cercanía = Calidad.	Eco en centros locales.
8	Van den Berg, P.	2019	10.1007/s00330-019-06158-z	P. Bajos	Análisis de quejas.	Retrospectivo	Intervencionistas	Intervención	Profesionalismo.	Seguridad	B: Fallas verbales.	Quejas por mal trato.	Gestión de reclamos.
9	Díaz Marín, R.	2020	N/A (88-Texto)	España	Calidad percibida.	Transversal	Técnicos	Convencional	Amabilidad del técnico.	Satisfacción del Usuario	F: Trato humano.	El técnico es clave.	Informar esperas.
10	Gadeka & Esena	2020	10.1016/j.jmir.2019.11.001	Ghana	Calidad desde cliente.	Mixto	Todo el staff	Gral.	Puntualidad/Cortesía.	Pertinencia	B: Miedo a la radiación.	Déficit informativo.	Educación en riesgos.
11	O'Connor, et al.	2020	10.1016/j.radi	Irlanda	IA y percepción.	Encuesta	Radiólogos	Digital	Confianza en IA.	Seguridad	Deshumanización.	IA debe ser asistida.	Explicar uso de IA.
12	Fazeli, S., et al.	2021	10.1001/jamanetworkopen.2021.35334	EE. UU.	Carga del examen.	Cohorte	Radiólogos	RM Mama	Bienestar emocional.	Satisfacción del Usuario	B: Claustrofobia.	RM es estresante.	Apoyo psicológico.
13	Sousa & Fialho	2021	10.19054/0873-1098	Portugal	Satisfacción SERVPERF.	Cuantitativo	Técnicos	Convencional	Cortesía técnica.	Satisfacción del Usuario	F: Capacidad de respuesta.	El técnico es la cara.	Mejorar espera.
14	Mendelson, E.	2021	10.1016/j.jacr	EE. UU.	Diversidad e Imagen.	Perspectiva	Radiólogos	Screening	Equidad y acceso.	Accesibilidad	B: Barreras de idioma.	Inclusión es humanizar.	Traductores/Personal.
15	Bhatnagar, G.	2022	10.1007/s00330-022-08614-9	R. Unido	Experiencia con contraste.	Retrospectivo	Enfermería	Entero-RM	Confort físico.	Seguridad	B: Mal sabor/volumen.	La preparación influye.	Mejorar contrastes.
16	Lewis, et al.	2022	10.1111/1742	Australia	Experiencia en Cáncer.	Cualitativo	Radioterapeutas	Imagen/Terapia	Compasión.	Satisfacción del Usuario	F: Escucha activa.	Trato digno en crónicos.	Soporte emocional.
17	Rogers, C., et al.	2023	10.1177/1742271X221140024	R. Unido	Acceso a informes.	Sistematizada	Radiólogos	Ultrasonido	Claridad del reporte.	Seguridad	B: Jerga técnica.	El reporte causa ansiedad.	Lenguaje amigable.
18	Kofina, et al.	2023	10.1016/j.radi	Grecia	Ansiedad en RM.	Transversal	Técnicos	RM	Apoyo emocional.	Satisfacción del Usuario	B: Ruido/Espacio.	Claustrofobia impacta.	Música/Comunicación
19	Beardmore, C., et al.	2024	10.1186/s13244-024-01868-5	Europa	Papel de la comunicación.	Consenso	Radiólogos	Imagen Gral.	Empatía y trato.	Satisfacción del Usuario	F: Guía comunicación.	El trato define la calidad.	Protocolos verbales.
20	Balmuth, E.A., et al.	2024	10.1371/journal.pone.0298665	EE. UU.	Satisfacción con POCUS.	Prospectivo	Médicos	Eco (POCUS)	Visualización real.	Satisfacción del Usuario	F: Ver imágenes.	Mejora el entendimiento.	POCUS comunicativo.
21	Ding, S., et al.	2024	10.1016/j.radi.2023.11.009	Suiza	Experiencia en mamografía.	Scoping Rev.	Tecnólogos	Mamografía	Dolor y ansiedad.	Satisfacción del Usuario	B: Dolor físico.	El confort predice retorno.	Compresión suave.
22	Ubeda-de la Cerda	2024	10.24875/AJ.23000045	Chile	Gestión ética y calidad.	Revisión	Gestores	Radiología	Dignidad y trato.	Satisfacción del Usuario	B: Foco económico.	Calidad técnica vs ética.	Auditorías de trato.
23	Parra-Calderón	2024	10.3390/healthcare	España	Transformación digital.	Revisión	Todo el staff	Digital	Facilidad de acceso.	Accesibilidad	F: Apps de salud.	Tecnología humanizada.	Humanismo digital.
24	Singer, C., et al.	2025	10.1186/s13584-025-00677-5	Israel	Evaluar dificultad en citas de RM.	Transversal	Admin/Radiólogos	RM	Tiempo de espera.	Oportunidad	B: Demora mas de 1 mes.	La espera afecta la satisfacción.	Agendamiento digital.

10.REFERENCIAS

1. Adams C, Harrison R, Wolf JA. The evolution of patient experience: from holistic care to human experience. Patient Exp J. 2024;11(1):4-13.
2. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Reexamining defining patient experience: the human experience in healthcare. Patient Exp J. 2021;8(1):16-29.
3. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: a conceptual framework. Health Expect. 2018;21(2):429-40.
4. World Health Organization. Strengthening the responsiveness of health systems: strategy for strengthening health systems based on primary health care. Geneva: WHO; 2007.
5. Pan American Health Organization. Ethics in health research: selected bioethical issues. Washington (DC): PAHO; 2019.

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Bogotá: Minsalud; 2018.
7. Ángel Chavarría K. Percepción sobre humanización de la atención en salud de los usuarios y el personal de la salud de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Lucía de Fredonia [tesis de grado]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2021.
8. Custódio Duarte ML, Noro A. Humanização do atendimento no setor de radiologia: dificuldades e sugestões dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enferm.* 2013;18(3):532-8.
9. Zamudio Torres GS, Jiménez Reyes BS, Varela Zárate M, León Gonzales HM. Humanización en radiología pediátrica: el reto actual para Latinoamérica. *Germina San Mateo.* 2021;3(3):105-9.
10. Farfán Pesante RN. Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. *UCV Scientia.* 2016;8(2):124-30.
11. Silva DR, Costa RO, Freitas PV, Rodrigues LF. Humanização da saúde: percepções de profissionais de radiologia. *Rev Bras Cienc Saude.* 2020;24(3):17-25.
12. Da Costa D, Silva R, Pereira M, Santos L. Humanização de serviços em saúde: percepção e práticas do corpo de enfermagem. *Cad Enferm.* 2021;7(1):55-68.
13. Penn KT. Relationship between employee satisfaction and patient satisfaction within the Veterans Affairs Health Care System [doctoral thesis]. Minneapolis (MN): Walden University; 2022.
14. Pérez Villegas NI, Guillén Flórez MJ, Guillén Miranda AM, Posada Cataño S. Calidad y humanización de la atención de los pacientes que acuden al servicio de ayudas diagnósticas [tesis]. Bogotá: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2023.
15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-73.
16. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013;310(20):2191-4.
17. Aromataris E, Munn Z, editors. JBI manual for evidence synthesis. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2020.
18. Friese S. Qualitative data analysis with ATLAS.ti. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2019.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la calidad en la atención en salud [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2026 [citado 22 ene 2026]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co>