

# EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN UNA EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA EN BOGOTÁ

MARCELA MONTAÑEZ SANTOYA\*

\*Fisioterapeuta Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar y Magister en Administración en Salud  
marcelasoto4@hotmail.com - Bogotá (Colombia)

**RESUMEN:** Actualmente la satisfacción de los usuarios constituye un elemento muy importante en el momento de medir la calidad de los servicios sanitarios la cual incluye tres elementos esenciales: estructura, procesos y resultados como componentes de una armazón conceptual que facilite la medición de dicha satisfacción entre los pacientes domiciliarios. Por ello, el objetivo del estudio fue evaluar el programa de satisfacción del usuario de atención domiciliaria con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) de una empresa de medicina prepagada en la ciudad de Bogotá a fin de determinar las causas de la falta de retroalimentación sobre la percepción de los usuarios del Programa de Terapias de Paciente Domiciliario con EPOC frente a la atención recibida por parte de los profesionales que los atienden. Se realiza un estudio de tipo mixto (cualitativo y cuantitativo) con alcance descriptivo. Se aplicó el Instrumento de *Evaluación de Percepción del Servicio Domiciliario para el Paciente con EPOC* en un grupo de 10 usuarios de la base de datos de la empresa de medicina prepagada sus propios domicilios en el periodo del 10 al 15 de septiembre de 2018. Los datos recolectados se analizan mediante estadística descriptiva y se presentan en gráficas utilizando la herramienta de Excel a fin de determinar los hallazgos que permitieron estructurar la propuesta. Se encontró que, pese a que los usuarios tienen una alta percepción del servicio, es necesario reestructurarlo para elevar los niveles de calidad y por ello la investigadora presenta una propuesta en este artículo.

**PALABRAS CLAVE:** atención domiciliaria, calidad en salud, gestión de calidad en salud, gestión domiciliaria, satisfacción.

**ABSTRACT:** *Currently the satisfaction of users is a very important element when measuring the quality of health services which includes three essential elements: structure, processes and results as components of a conceptual framework that facilitates the measurement of such satisfaction among patients domiciliary. Therefore, the objective of the study was to evaluate the user satisfaction program of home care with COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) of a prepaid medicine company in the city of Bogotá in order to determine the causes of the lack of feedback on the perception of the users of the Home Patient Therapy Program with COPD in front of the attention received by the professionals who attend them. A mixed type study (qualitative and quantitative) with descriptive scope is carried out. The Perception Evaluation Instrument of the Home Service for the Patient with COPD was applied in a group of 10 users of the database of the prepaid medicine company at their own homes during the period from September 10 to 15, 2018. The data collected are analyzed by descriptive statistics and presented in graphs using the Excel tool in order to determine the findings that allowed the structure of the proposal. It was found that, although users have a high perception of the service, it is necessary to restructure it to raise quality levels and therefore the researcher presents a proposal in this article.*

**KEYWORDS:** *home care home management, quality in health, quality management in health, satisfaction.*

## INTRODUCCIÓN

A través del paso del tiempo y el desarrollo en particular de la humanidad, es importante pensar en los servicios y en la asistencia en salud que se están ofreciendo en la actualidad, por lo que es necesario detenerse a pensar en las garantías que se ofrecen en cuanto a calidad y humanización de los servicios médicos, con el fin de garantizar la accesibilidad, equidad, un personal capacitado y los recursos necesarios, de modo que cada entidad logre la satisfacción plena de los usuarios a los que se les presta el servicio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En la actualidad, la satisfacción de los usuarios constituye un elemento muy importante en el momento de medir la calidad de los servicios sanitarios (Gómez, Del Rio,

Manrique & Rodríguez, 2011), investigadores en el tema han demostrado que existe una alta correlación entre la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios de estos, pues la medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud nos informa sobre el nivel de calidad de los servicios de salud prestados por la institución (Ríos & Barreto, 2016).

La satisfacción del usuario hoy en día es considerada como uno de los principales objetivos de calidad de atención, y así mismo un indicador del óptimo funcionamiento de las instituciones de salud (Massip, Ortiz, Llantá, Peña & Infante, 2008).

Para lo cual resulta importante tener claridad sobre lo que realmente significa la calidad, pues bien, este término

aplicado a los servicios de salud refleja las características de todos los servicios ofrecidos. En este sentido, se han reconocido las siguientes dimensiones de la calidad: componente científico-técnico, accesibilidad (facilidad en la obtención de los diferentes servicios de salud ofrecidos por la empresa), efectividad, satisfacción y eficiencia, como lo señalan Net y Suñol (2014).

Según Donabedian "el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades" (1992, p.382) e incluye estructura, procesos y resultados como los tres componentes de una armazón conceptual para evaluar la atención sanitaria y, bajo esta teoría, existe una relación funcional fundamental entre estos tres elementos de forma tal, que uno le sigue al otro (Massip, Ortiz, Llantá, Peña & Infante, 2008). Además, la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima (2014) en México identifica tres etapas en el proceso de la evaluación de los programas de atención al paciente: (1) definir los propósitos de la evaluación, (2) definir las fases del programa para poder identificar las acciones individuales y (3) rediseñar si es necesario dicho plan de abordaje para organizar y ejecutar una retroalimentación permanente.

Como lo definen Zas, Grau & Hernández (2005), el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional y hace que cada persona involucrada en el mismo desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Además, la calidad es definida por el nivel de satisfacción del usuario y no por la institución dado que se trata de un enfoque basado en dar al usuario lo que él necesita, lo que desea, lo que quiere y demanda por lo que la calidad se debe fundamentar en lograr usuarios satisfechos.

Los diferentes estudios sobre la evaluación de la satisfacción, han reportado diversas dimensiones en las cuales se puede valorar la satisfacción del usuario frente a los servicios de salud, por una parte Maldonado, Morales y Villanueva (2013), reportan que existen tres dimensiones de carácter actitudinal de gran importancia a la hora de evaluar la satisfacción del usuario, denominadas así: (1) cualidades personales del médico, (2) competencia profesional y, (3) costos y conveniencia de los servicios.

Por otra parte, Vargas (2016) reporta en su estudio que existen aproximadamente 18 dimensiones sobre las cuales se puede evaluar la satisfacción del usuario, entre las cuales se encuentran: (1) acceso a los servicios de salud, (2) calidad de los servicios, (3) competencia de los proveedores, (4) explicaciones adecuadas por parte del médico y (5) percepción del paciente.

Hacia el año 1978 los investigadores Wolf, Putnam, Sherman y Stiles (1978) desarrollaron una escala de medición de la satisfacción del usuario denominada *The medical interview satisfaction 45 scale*, con la cual

midieron diferentes variables agrupadas en tres dimensiones: (1) Dimensión cognitiva compuesta por 11 ítems, los cuales hacían relación a las explicaciones e información proporcionada por parte del profesional de salud para la comprensión del diagnóstico, la etiología, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad del paciente. (2) Dimensión afectiva compuesta por 10 ítems, los cuales hacían referencia a la percepción que tenía el paciente frente a su relación con el médico tratante, incluyendo aspectos tales como la confianza y la confidencia, la percepción positiva del doctor frente a la atención y escucha de su paciente. (3) Dimensión técnico-instrumental compuesta por nueve ítems, los cuales hacían alusión al desempeño profesional del médico, el examen completo, los procedimientos de diagnóstico, prescripción del tratamiento y dispensa de medicamentos.

De acuerdo con el estudio de Lavielle, Cerón, Tovar y Bustamante (2008) los principales aspectos que se mencionan en la evaluación de la satisfacción del usuario en la atención en salud son: (1) La interacción del médico con el paciente, (2) tiempos de consulta y espera, (3) accesibilidad y calidad de las instalaciones de los servicios de salud, (4) habilidades técnico-procedimentales de los profesionales en salud y, (5) los resultados de la atención. Se trata de puntos críticos que el profesional de salud considera importantes para la evaluación de la satisfacción del usuario en atención en salud.

Si bien es cierto que al momento de hablar de satisfacción el concepto se dirige directamente a los usuarios, ya que esta está relacionada íntimamente con la interacción que se lleva a cabo entre el médico y el paciente, es importante también observar la percepción de la contraparte, en este caso la concepción de los funcionarios/ profesionales en salud, pues esta determina lo que para ellos puede ser satisfacción en salud; esta concepción del profesional en salud podrá afectar el diseño y la prestación de los servicios ofrecidos y simultáneamente nos permitirá tener una mirada más amplia y objetiva de los problemas que manifiesta la población usuaria o clientes, debido a la naturaleza interactiva entre estos dos actores (Riveros, Berné, & Mugica, 2010).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la Encuesta Mundial de Salud del año 2003, Bleich, Özaltın y Murray (2009) revelan que existen una serie de factores que se asocian directamente y significativamente con el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud; en primera instancia 52 mencionan que la experiencia del paciente se asocia en un 10.4% con la satisfacción con el sistema de atención de salud; otros factores predictores de la satisfacción significativos fueron las expectativas del paciente, el estado de salud, el tipo de cuidado, la cobertura y la inmunización, explicando el 17.5% de la variación, el 72% restante de la variación lo explican factores de orden social externos al sistema de salud y a la experiencia de la atención del paciente. Es necesario aclarar que este reporte corresponde tan solo a los 21 países que conforman la Unión Europea.

Ahora bien, es necesario citar que en Colombia los problemas de insatisfacción del usuario frente a los servicios de salud, se consideran una problemática constante del sector; investigaciones realizadas en los diversos departamentos del país, dejan al descubierto que la calidad de la atención en salud y la satisfacción del usuario son una problemática emergente y por lo tanto debe ser trabajada desde la gerencia hasta el personal operativo de las instituciones hospitalarias (Delgado, Vásquez & Moraes, 2010).

De esta manera evaluar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios que acuden a los servicios que se prestan las instituciones prestadoras de salud en Colombia, constituye de manera muy importante el enfoque integral que toda administración debe manejar siendo la medición la clave para gerenciar sus procesos y alcanzar los objetivos de excelencia a nivel nacional (Brito, 2000).

No se pueden desarrollar mejoras si no se tiene claridad sobre lo que se va a mejorar por lo tanto, el análisis de la satisfacción de los usuarios se constituye en una herramienta vital para la toma de decisiones y una oportunidad para generar cambios significativos dentro de la organización. "Si no se mide lo que se hace, no se puede controlar y si no se puede controlar, no se puede dirigir y si no se puede dirigir no se puede mejorar" (Lezama, 2016, p.6).

Partiendo de esto y teniendo en cuenta que con el presente estudio se busca evaluar la satisfacción de los usuarios con EPOC de atención domiciliaria en una empresa de medicina prepagada en Bogotá, se aclara que dicha empresa ha diseñado e implementado diferentes programas de tipo ambulatorio y domiciliario, como el Programa de EPOC o Enfermedades Respiratorias, el cual cuenta con un grupo de trabajo conformado por enfermera jefe especializada, médicos, terapeutas, personal administrativo. Dichos profesionales están encargados de realizar todas las labores asistenciales y administrativas del programa requeridas según el objetivo de cada usuario, quienes deben realizar el debido informe de cada una de las actividades ejecutadas en cada visita. Sin embargo, es claro que no existe una herramienta que permita evaluar la satisfacción de este grupo de usuarios domiciliarios lo cual lleva a la propuesta de la presente investigación, dado que la empresa sí cuenta con esta metodología para el paciente hospitalizado y de atención ambulatoria.

De esta forma la empresa durante los últimos seis años no ha contado con información precisa sobre la satisfacción de los usuarios domiciliarios que han sido atendidos a lo largo de este periodo de tiempo, pese a que ésta cuenta con un área encargada específicamente de realizar encuestas de satisfacción y su respectivo protocolo de atención de PQRS (buzones de sugerencias) así como la línea de atención al usuario (telefónica y virtual) pero solo del paciente hospitalizado y de atención ambulatoria.

Por lo que, a lo largo de este tiempo no es claro lo que los usuarios con EPOC piensan o perciben del programa de atención domiciliaria para esta empresa en particular, lo cual ha llevado a que los profesionales encargados de este proceso no realicen una retroalimentación precisa que permita desarrollar e implementar actividades encaminadas a mejorar la prestación de los servicios domiciliarios, como igualmente lo encontraron en su estudio Lavielle, Ceron, Tovar y Bustamante (2008). Además, en la empresa analizada pese a existir herramientas de evaluación de la satisfacción para aplicar a usuarios institucionalizados, no existe este tipo de evaluaciones para el paciente de atención domiciliaria, lo cual da como resultado que no se estén realizando acciones de mejora con el fin de lograr la máxima satisfacción del usuario y así prestar un servicio de calidad.

Para desarrollar la evaluación el programa de satisfacción del usuario de atención domiciliaria con EPOC de dicha empresa de medicina prepagada a fin de determinar las causas de la falta de retroalimentación sobre la percepción de los usuarios de los programas de atención domiciliaria frente a la atención recibida por parte de los profesionales que los atienden, se deben llevar a cabo los siguientes procesos: Evaluar el sistema de información del programa de satisfacción del usuario de la empresa; caracterizar los procesos y procedimientos del programa de satisfacción del usuario; analizar la gestión de respuesta a usuarios de atención domiciliaria frente a la atención de usuarios intra institucionales; a partir de los resultados obtenidos proponer acciones que permitan mejorar la gestión en el marco del programa de atención al usuario; y proponer una herramienta modelo que permitan evaluar la satisfacción de los usuarios con EPOC de servicios domiciliarios.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo mixto (cualitativo y cuantitativo) con alcance descriptivo buscando evaluar el programa de satisfacción del usuario de atención domiciliaria con EPOC de una empresa de medicina prepagada en la ciudad de Bogotá determinando las causas de la falta de retroalimentación sobre la percepción de los usuarios de los programas de atención domiciliaria frente a la atención recibida por parte de los profesionales que los atienden,

Se tuvo en cuenta una búsqueda minuciosa y exhaustiva de información en diferentes bases de datos, portales científicos y repositorios de universidades. Solo se buscó información de fuentes primarias, la ventana de tiempo de los documentos fue entre el año 2000 al 2018, aunque se tuvo en cuenta un documento de 1978 titulado *The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior* de Wolf, Putnam, Sherman y Stiles (1978), conceptos de la escala que sirvieron de fundamento para desarrollar el presente estudio.

Se aplicó el Instrumento de *Evaluación de Percepción del Servicio Domiciliario para el Paciente* (ver el Anexo 1) en un grupo de 100 usuarios de la base de datos de la empresa de medicina prepagada sus propios domicilios en el periodo del 10 al 15 de septiembre de 2018. El tamaño de muestra fue seleccionado a conveniencia por la investigadora.

Las variables contempladas en el instrumento son: el nivel de satisfacción respecto a los equipos y herramientas utilizados por el profesional; su presentación personal; el nivel de habilitación de éste para solucionar los problemas de salud relacionados con la EPOC; atención respetuosa; uso de lenguaje adecuado y claro del profesional tanto para explicar la enfermedad como para explicar el tratamiento; ambiente de confianza propiciado por el profesional; actuación ética del profesional; el profesional brinda alternativas individualizadas de tratamiento según condición clínica; satisfacción respecto a la facilidad para programar las visitas domiciliarias y de la puntualidad de las visitas domiciliarias; satisfacción respecto a la facilidad para realizar trámites relacionados con su enfermedad y con el tratamiento; satisfacción con el interés manifestado por el personal que lo atiende para el seguimiento de su caso; satisfacción respecto a la seguridad y confianza que le trasmite el grupo de profesionales que lo vistan además de la recibida por parte de la empresa a las inquietudes; cabida a sugerencias generales del servicio domiciliario.

Los datos recolectados se analizaron mediante estadística descriptiva, a fin de determinar los hallazgos que permitieron estructurar la propuesta.

Para la estructuración de la propuesta, jurídicamente se tuvo en cuenta aspectos normativos vigentes en el país, los cuales también son mencionados en las *Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud* del Ministerio de la Protección Social (2007) y del documento *Calidad en salud en Colombia: los principios* del Ministerio de la Protección Social (2008).

A continuación, se realiza la descripción cualitativa a de la información recolectada con el fin de apoyar teóricamente la propuesta que consiste en plantear una metodología que facilite a la empresa de medicina prepagada de Bogotá medir el nivel de satisfacción del usuario de atención domiciliaria con EPOC.

## RESULTADOS

Se propone el diseño de un instrumento denominado **Evaluación Periódica Propuesto para el Servicio Domiciliario de Terapias**, construido con base en el modelo *The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior* (Wolf, Putnam, Sherman & Stiles, 1978), que pretende evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios teniendo en cuenta preguntas específicas que incluyen variables como: nivel de satisfacción respecto a los

equipos y herramientas utilizados por el profesional; su presentación personal; el nivel de habilitación de éste para solucionar los problemas de salud relacionados con la EPOC; atención respetuosa; uso de lenguaje adecuado y claro del profesional tanto para explicar la enfermedad como para explicar el tratamiento; ambiente de confianza propiciado por el profesional; actuación ética del profesional; el profesional brinda alternativas individualizadas de tratamiento según condición clínica; satisfacción respecto a la facilidad para programar las visitas domiciliarias y de la puntualidad de las visitas domiciliarias; satisfacción respecto a la facilidad para realizar trámites relacionados con su enfermedad y con el tratamiento; satisfacción con el interés manifestado por el personal que lo atiende para el seguimiento de su caso; satisfacción respecto a la seguridad y confianza que le trasmite el grupo de profesionales que lo vistan además de la recibida por parte de la empresa a las inquietudes; cabida a sugerencias generales del servicio domiciliario.

El instrumento propuesto debe ser aplicado por parte de la Coordinadora del Programa al finalizar el ciclo de las visitas en el domicilio de los pacientes, con el fin de realizar una valoración del servicio a la vez que se hace seguimiento al paciente buscando trazar actividades respecto a la retroalimentación de los profesionales que hacen la visita así mismo generar acciones de mejora del servicio buscando elevar la calidad del mismo. El instrumento no debe ser aplicado por el grupo de profesionales que hace las visitas domiciliarias por cuestiones de sesgos en las respuestas.

El instrumento fue revisado por expertos y posteriormente piloteado con 10 de pacientes de atención domiciliaria del programa de EPOC, con el objetivo de probar su claridad en el lenguaje, extensión, metodología de aplicación, exhaustividad de las preguntas entre otros.

Una vez aplicado el instrumento se evidenció aceptabilidad por parte de los usuarios frente al mismo, con un tiempo de aplicación de 4 a 6 minutos, hubo comprensión de las preguntas y el lenguaje empleado. No se consideran cambios en el mismo, ni inclusión de nuevas preguntas. Frente a la satisfacción expresada por estos usuarios en la prueba piloto, se encontró que:

- El 70% de los pacientes domiciliarios se encontró muy de acuerdo con los equipos y herramientas utilizadas por el profesional y el 30% algo de acuerdo.
- El 100% de los pacientes domiciliarios está algo de acuerdo con la presentación del profesional que lo visita.
- El 50% de los pacientes domiciliarios está muy de acuerdo con la habilitación del profesional para solucionar problemas de salud y el 50% restante está algo de acuerdo.
- El 100% de los pacientes domiciliarios se encontró muy de acuerdo con el hecho que el personal que lo atiende es respetuoso.

- El 60% de los pacientes domiciliarios se encontró muy de acuerdo con el lenguaje utilizado por el profesional y el 40% algo de acuerdo.
- El 50% de los pacientes domiciliarios se encontró muy de acuerdo con el lenguaje claro que utiliza el profesional para explicar la enfermedad y el otro 50% algo de acuerdo.
- El 100% de los pacientes domiciliarios se encontró algo de acuerdo con el lenguaje claro que el profesional utiliza para explicar el tratamiento.
- El 60% de los pacientes domiciliarios se encontró muy de acuerdo con el ambiente de confianza que el personal brinda para la realización de preguntas y el 40% algo en acuerdo.
- El 50% de los pacientes domiciliarios está muy de acuerdo con la forma ética cómo el personal actúa durante la visita y el otro 50% algo de acuerdo.
- El 70% de los pacientes domiciliarios está algo de acuerdo con las alternativas de abordaje que brinda el profesional y el 30% está muy de acuerdo.
- El 60% de los pacientes domiciliarios se encontró algo de acuerdo con la facilidad para programar las visitas domiciliarias respecto al 40% que se encontró algo en desacuerdo.
- El 50% de los pacientes domiciliarios está algo de acuerdo con la puntualidad de las visitas domiciliarias y el otro 50% está algo en desacuerdo.
- El 50% de los pacientes domiciliarios está algo de acuerdo con la facilidad de realizar trámites relacionados con la enfermedad y un 20% está totalmente en desacuerdo, otro 20% está muy de acuerdo y el 10% restante está algo de acuerdo.
- El 60% de los pacientes domiciliarios está algo en desacuerdo con la facilidad para realizar trámites relacionados con el tratamiento, un 20% está algo de acuerdo, el 10% muy de acuerdo, y otro 10% está totalmente en desacuerdo.
- El 70% de los pacientes domiciliarios está algo de acuerdo con el seguimiento del caso que hace el personal que lo visita respecto a un 30% que está muy de acuerdo.
- El 70% de los pacientes domiciliarios está muy de acuerdo con la seguridad y confianza brindada por los profesionales y el 30% algo de acuerdo.
- El 70% de los pacientes domiciliarios está algo en desacuerdo con la respuesta recibida a las inquietudes, un 20% algo de acuerdo y el 10% restante totalmente en desacuerdo.

- El 80% de los pacientes domiciliarios está muy de acuerdo con la recepción de sugerencias generales del servicio domiciliario y el 20% algo de acuerdo. En este sentido las observaciones generales recolectadas de los pacientes incluyen los siguientes comentarios: la mayoría de los usuarios desconocen el mecanismo o herramienta disponible para que sus inquietudes o comentarios sean atendidos porque consideran que muchas de sus quejas quedan sin resolver; cuando llaman al Call Center para recibir respuesta a todo lo relacionado con PQRS (Peticiónes - Quejas - Reclamos - Sugerencias) es claro que éste solo integra grupos especializados en áreas específicas y no se incluye el servicio de atención domiciliaria por lo que los usuarios se sienten excluidos y algunos incluso se sienten discriminados; la mayoría de los usuarios manifiestan que no reciben una respuesta que satisfaga sus inquietudes. Pese a todo esto, la mayoría de los pacientes considera que se siente satisfecho con la atención prestada por los profesionales que integran el programa de atención domiciliaria para paciente con EPOC aunque indican que el servicio de PQRS debe mejorarse para integrarlos dentro del mismo.

#### **Análisis cualitativo sobre el que se sustenta la propuesta**

En Colombia a partir de la Ley 100 de 1993 se establecieron los principios por los cuales se debe regir el servicio público esencial de seguridad social: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. En este último el papel de la comunidad resulta fundamental para realizar el debido "control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto" (Congreso de Colombia, 1993, p.1) como lo señala el artículo 2° de dicha ley.

Para el caso de la empresa de medicina prepagada objeto de estudio, la administración cuenta con toda la logística para realizar dicha gestión de fiscalización en todos los servicios prestados a los usuarios intra institucionales; sin embargo, presenta grandes vacíos en cuanto a la evaluación de la atención terapéutica domiciliaria del paciente con EPOC, por lo que es pertinente realizar esta propuesta.

Con base en esta reorganización del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, se expidió el Decreto 1757 de 1994 el cual en el artículo 4° indica que las empresas de salud del país deben contar con dependencias de participación social a fin de organizar un servicio de atención a la comunidad buscando "canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos" (Presidencia de la República, 1994, p.1), pero en la empresa de medicina prepagada objeto de estudio el paciente domiciliario con EPOC no cuenta con este beneficio.

El artículo 14 de este mismo Decreto establece lo siguiente como funciones de los usuarios de los servicios del SGSSS: (1) informar a las instancias que corresponda y a las instituciones prestatarias y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado no satisface la necesidad de sus afiliados; (2) atender las quejas que los usuarios

presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso; (3) proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento (Presidencia de la República, 1994). En la empresa de medicina prepagada objeto de estudio el paciente domiciliario con EPOC no tiene forma de plantear su insatisfacción o satisfacción frente a los servicios prestados.

En conformidad con el anterior decreto, el Ministerio de Salud expide la Resolución 4029 de 1996 por la cual se conformó el Grupo de Atención al Usuario y se establece el Sistema de Quejas y Reclamos del Ministerio. El artículo 8° establece que todas las quejas y reclamos deberán ser recepcionados y radicados, y la dependencia o funcionario que reciba la queja o reclamo, deberá firmar la constancia de recibo de la misma, con la indicación del día y la hora (Ministerio de Salud, 1996). La empresa de medicina prepagada objeto de estudio no cuenta con suficientes herramientas estratégicas que le permitan medir la calidad de forma efectiva y acertada, específicamente en el nivel de satisfacción de los servicios domiciliarios, pese a existir avances tecnológicos por los cuales el usuario puede acceder y transmitir sus inquietudes..

Ahora bien, la organización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del SGSSS se dio por el Decreto 2174 de 1996 el cual describe que, sus principales características son: accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica. Y esta calidad integra idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integralidad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida (Presidencia de la República, 1996). Pese a que la empresa objeto de estudio cuenta con los recursos para implementar políticas encaminadas al mejoramiento de sus servicios, en el área de atención del paciente domiciliario con EPOC, aún no cumple lo establecido por la ley.

La definición y los alcances del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del SGSSS se dio por el Decreto 2309 de 2002 el cual en su artículo 4° indica que "la calidad de la atención de salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario" (Presidencia de la República, 2002, p.2). Por ello se evidencia la importancia de una propuesta metodológica que incluya una herramienta que permita medir el nivel de satisfacción del usuario domiciliario con EPOC.

El artículo 39 de este mismo Decreto establece que, las "instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los

resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención, y la satisfacción de los usuarios" (Presidencia de la República, 2002, p.11).

Además, la investigadora por formar parte del Grupo de Profesionales de Atención Domiciliaria del Programa de EPOC, es consciente de la importancia de trasladar las inquietudes del caso para que sus superiores lleven a la práctica lo exigido por este Decreto, específicamente lo detallado en los artículos que se citan a continuación:

El artículo 40 indica que, la entidad de salud "evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, y al acceso y oportunidad de los servicios" (Presidencia de la República, 2002, p.11).

El artículo 42 define que "la entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos" (Presidencia de la República, 2002, p.12), aspectos en los cuales la empresa de medicina prepagada objeto de estudio presenta grandes vacíos en cuanto a la atención domiciliaria del paciente con EPOC.

En el 2006 el Ministerio de la Protección Social expidió el Decreto 1011 con el cual se reorganizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del SGSSS de 1996 antes citado, y en su artículo 36 define los procesos de auditoría en las entidades de salud indicando que. "la entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos" (Ministerio de la Protección Social, 2006, p.10). La empresa de medicina prepagada objeto de estudio para el usuario domiciliario con EPOC no realiza la evaluación de su nivel de satisfacción por lo que actualmente no cuenta con herramientas que permitan recolectar dicha información básica para evaluar el servicio.

Como complemento al Decreto 1011, el Ministerio expidió las Resoluciones 1445 y 1446, las cuales redefinieron el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Ministerio de la Protección Social, 2006), estos aspectos tampoco son atendidos en forma asertiva por la empresa de medicina prepagada objeto de estudio en el área del usuario domiciliario con EPOC, porque se requiere ampliar la logística de comunicaciones existente para que el usuario pueda realizar consultas sobre sus inquietudes y así reciba una respuesta efectiva y rápida a las mismas.

La Resolución 1043 estableció las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan

otras disposiciones (Ministerio de la Protección, 2006), pese a que la empresa objeto de estudio cuenta con el componente de auditoría para evaluar la atención de usuarios intra institucionales, no ocurre lo mismo con el usuario domiciliario con EPOC.

En el 2007 se realizó una reforma al SGSSS con la Ley 1122 y que en su artículo 1° indica como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios en aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema (Congreso de Colombia, 2007). En este caso la empresa de medicina prepagada objeto de estudio cumple a cabalidad lo estipulado por dicha ley.

En el proceso de reformar al SGSSS, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1441 en la cual se definieron los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b). La empresa de medicina prepagada objeto de estudio ha implementado de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud exigidos por dicha resolución.

Así las cosas, Colombia se encuentra en un proceso de modernización total de su SGSSS, y en aras de impulsar dichos servicios el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 3280 por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Dichas RIAS y MIAS.

Actualmente en la empresa de medicina prepagada objeto de estudio se están implementando. Ésta cuenta con un Call Center que integra grupos especializados en áreas específicas para dar respuesta a todo lo relacionado con PQRS (Peticiónes - Quejas - Reclamos - Sugerencias). Cada persona encargada de resolver las dudas cuenta con un protocolo de gestión de atención al usuario. Además, en cada centro de atención la empresa encuentra con un buzón de sugerencias para que los usuarios depositen en él sus comentarios, y la resolución de cada inquietud también cuenta con un protocolo específico.

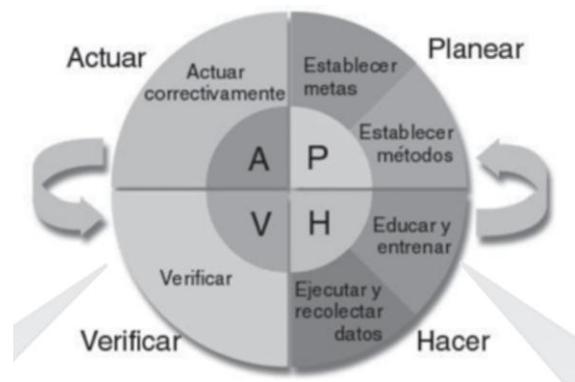
Toda la logística anteriormente citada no está disponible específicamente para los programas de atención domiciliaria de la empresa, por ello la pertinencia de este estudio. Esto pese a que existe una persona responsable del departamento de atención al usuario domiciliario, la empresa no dispone de un área específica en este sentido dentro de su organigrama, por ende no dispone de herramientas específicas como por ejemplo una encuesta de atención domiciliaria, tampoco existen procesos de seguimiento a indicadores ni tampoco mecanismos de retroalimentación a

funcionarios domiciliarios ni aquellos encaminados a medir el nivel de satisfacción de los usuarios de este tipo de programas. Por ende, la gerencia no cuenta con un protocolo de reuniones cara a cara para analizar los procesos de mejoramiento o retroalimentación frente a la satisfacción del usuario domiciliario.

De otra parte y teniendo en cuenta que dicha empresa debe implementar todo lo anteriormente citado para el área de atención al paciente domiciliario con EPOC ya que cuenta con estos mismos procesos en otras áreas para evaluar la atención de usuarios intra institucionales a continuación, se explica la metodología que debería seguirse para lograr el objetivo partiendo de la base que la empresa cuenta con la logística para hacerlo.

Dicha metodología se fundamenta en el ciclo descrito por Edwards Deming, también conocido como círculo PDCA (por las siglas en inglés plan-do-check-act que significa planificar-hacer-verificar-actuar) o también conocida como la espiral de mejora continua (Hamilton, 2014).

Para el caso de la empresa de medicina prepagada objeto de estudio se proponen las siguientes acciones (ver la Figura 1).



**Figura 1. Espiral de mejora continua**

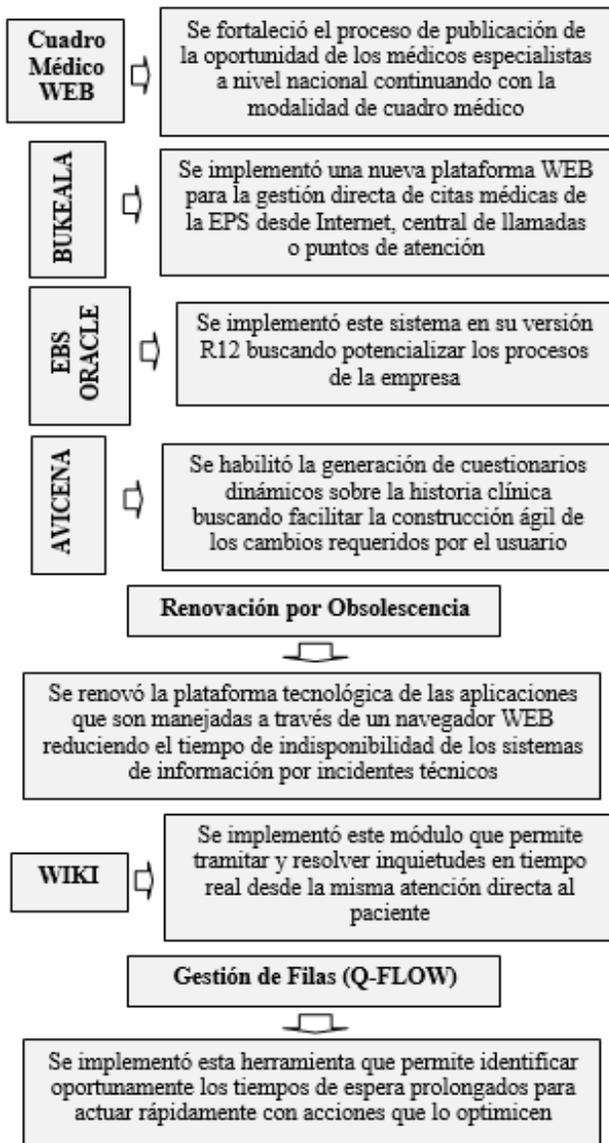
Fuente: Ministerio de la Protección Social (2007).

En la variable *Planear* se trata del indicador específico para evaluar el servicio de atención domiciliaria del paciente con EPOC, por lo que se recomienda la elaboración de una ficha técnica como la propuesta en el Anexo 1 denominada *Evaluación de percepción de calidad del servicio domiciliario para el paciente con EPOC*. Esto con el fin de identificar los procesos por mejorar a la vez que se priorizan los procesos de obligatorio monitoreo y los procesos con fallas de calidad determinando los factores críticos que impiden el éxito. Para ello se deben tener en cuenta las variables descritas en el proceso descrito en el flujograma del Anexo 2, especialmente en el ítem Coordinación de Programas de Salud en el cual se debe realizar seguimiento periódicamente de los hallazgos máximo cada 30 días.

La variable *Hacer* se propone partir de los análisis de la información recolectada, las conclusiones y recomendaciones, planeando un cronograma de actividades

que permitan visualizar y ejecutar las acciones necesarias para optimizar la prestación de los servicios, siempre teniendo presente que el propósito es lograr la mayor satisfacción del usuario del servicio domiciliario con EPOC. La metodología de los procesos desarrollados dentro del Programa de Terapias de Paciente Domiciliario con EPOC se encuentra descrita en el Anexo 2 y en el Anexo 3 se definen las variables que permiten la autoevaluación del servicio domiciliario. Ésta se desarrolla obteniendo información específica ya sean informes estadísticos, indicadores, voz del usuario, buzón de sugerencias u otras aplicaciones que facilitan al paciente domiciliario con EPOC comunicar sus inquietudes, sugerencias, quejas entre otros. La empresa de medicina prepagada objeto de estudio actualmente cuenta con las herramientas descritas en la Figura 1, las cuales han facilitado el evaluar el nivel de satisfacción en la atención de usuarios intra institucionales, pero aún no se han aplicado en la atención domiciliaria del paciente con EPOC, por lo que una de las metas es que empresa amplíe estas herramientas a dicho servicio dado que cuenta con la logística necesaria para hacerlo.

Una vez identificados los aspectos vulnerables, se procede a realizar la *Verificación* que abarca un análisis del indicador y seguimiento incluyendo la retroalimentación sobre el mismo.



**Figura 3. Informe de sostenibilidad 2015-2017**

Fuente: Empresa de medicina prepagada (2018).

Dentro de la variable *Actuar* las acciones propuestas para la empresa objeto de estudio se inician con la implementación de una herramienta tipo encuesta denominada *Evaluación de percepción de calidad del servicio domiciliario para el paciente con EPOC*, la cual permite recolectar información de 18 aspectos relacionados con: calidad de los equipos utilizados; presentación personal del profesional; nivel de profesionalismo de la visita domiciliaria; respeto en el trato; lenguaje utilizado; forma de dirigirse del profesional al usuario y sus familiares/cuidadores; confianza brindada para que el usuario familiares/cuidadores pregunten; ética profesional; descripción de los procedimientos; alternativas individualizadas de tratamiento; facilidad para agendar la visita domiciliarias; puntualidad de las visitas; nivel de satisfacción por las respuestas oportunas de la empresa; cabida a sugerencias generales del servicio domiciliario (ver el Anexo 1). Las preguntas son cerradas y se califican según la escala Likert (ver la Figura 2) con cinco opciones de respuesta.



**Figura 2. Escala likert**

Fuente: Aiken (2003).

## DISCUSIÓN

La globalización de los servicios de salud ha traído oportunidades para el sector como la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos y tecnologías para controlar y prevenir el riesgo y la enfermedad, lo cual ha propiciado los procesos de transición epidemiológica característicos del aumento progresivo de la población con la consecuente carga de morbilidad asociada a enfermedades crónicas y

degenerativas. Por ello, ha sido necesario desarrollar nuevas modalidades asistenciales que respondan a las necesidades y características propias de cada grupo etario, tales como los cuidados domiciliarios (Puchia & Jara, 2015).

A nivel internacional que, la atención domiciliaria no es nueva y en países de economías emergentes en los últimos años se han logrado avances en el sistema de salud en este sentido, pero aún falta un mayor enfoque en aspectos de prevención del riesgo y la enfermedad, en donde el rol del terapeuta y del personal de enfermería resulta fundamental (García, 2001) a partir de la percepción de calidad que el usuario tenga del servicio prestado.

Al respecto Morales et. al. (2007) indican que, la evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria puede realizarse a través de instrumentos diseñados para tales efectos en los cuales se incluyan las dimensiones habitualmente utilizadas en los estudios de satisfacción. Igualmente destacan que, la accesibilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales adquieren un alto valor explicativo en la satisfacción de este tipo de evaluaciones. Dichas dimensiones fueron propuestas en el modelo de Parasuraman, Zeithmal y Berry (1988) que incluyen: accesibilidad: facilidad de contacto, facilidad de acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario adecuado; capacidad de respuesta: prontitud de trámites, diligencia; fiabilidad: realizar las cosas bien a la primera, exactitud; comunicación: comprensión del lenguaje, escucha, opinión del paciente; cortesía: amabilidad y consideración; competencia: conocimientos y habilidades del personal para proveer el servicio, coordinación interna de la organización; seguridad: seguridad física y fluctuaciones con la provisión del servicio, intimidad; credibilidad: reputación, confianza; tangibilidad: evidencia física del servicio.

El estudio de Gorina, Limonero, Peñart, Jiménez y Gassó (2013) en donde compararon el nivel de satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria, indicó que los usuarios del modelo dispensarizado (como se le denomina en España a este tipo de servicios) estaban más satisfechos que los del modelo integrado intrahospitalario. Esto en razón a que existía una mayor continuidad asistencial en el modelo dispensarizado y un menor porcentaje de ingresos hospitalarios en el último año. Se destaca que la satisfacción de los usuarios de ambos modelos no estaba asociada al género ni a la percepción de salud y autonomía por parte del paciente.

Planas, Pérez, Rodríguez, Puiggrós y Dalmau (2007) estudiaron el grado de satisfacción de un programa de nutrición enteral domiciliaria y encontraron que, en general los pacientes y cuidadores consideran bueno o muy bueno el servicio recibido. Si este tratamiento se ofrece en el domicilio lo habitual es que quieran seguir con esta modalidad y no volver al hospital para recibirlo. Finalmente, la posibilidad de disponer de contacto telefónico seguido de visita si es necesaria, es la preferencia de elección.

Hernández, Barragán y Moreno (2018) analizaron el bienestar de los pacientes domiciliarios en los cuidados de enfermería. Encontraron que en teoría este tipo de intervenciones deben evidenciar logros en los cuidados para el bienestar de personas en condiciones especiales; siendo necesario establecer estrategias institucionales enfocadas al cuidado de enfermería humanizado domiciliario con el debido sustento disciplinar.

En este sentido Suárez (2012) indica que, la atención a domicilio se constituye en una opción por parte del usuario dependiente de recibir atención continuada, integral y multidisciplinaria, agrupada en un conjunto de servicios que se prestan desde los equipos de salud, mediante funciones y tareas sanitarias y sociales.

Este sería el caso de los pacientes con EPOC que se adhieren a un programa de terapias domiciliarias de una empresa de medicina prepagada. El estudio de Pascual et. al. (2003) donde se buscó analizar la viabilidad de dos programas dirigidos a la reducción tanto de la estancia media por paciente como del número de ingresos en pacientes con EPOC, determinó que el programa de prevención de agudizaciones permitió disminuir el número de hospitalizaciones por año ( $p = 0,001$ ). Las consultas al servicio de urgencias sin hospitalización disminuyeron de 1.2 a 0.4 por paciente ( $p = 0,05$ ). Finalmente, la estancia media hospitalaria descendió de 38 a 16 días ( $p = 0,0001$ ).

Además, la implementación de este tipo de servicios domiciliarios puede ampliar su cobertura urbana hacia las zonas rurales. Un estudio desarrollado por Martel et. al (1999) encontró que, en el medio rural, los pacientes en programas de atención domiciliaria perciben una menor posibilidad de contar con personas a las que les puedan comunicar sus problemas, hechos relevantes o situaciones conflictivas que requieran comprensión y ayuda, y no ocurre lo mismo con los pacientes domiciliarios de las grandes urbes. Esto porque se ha demostrado que, la relación entre apoyo social y salud, aumenta el apoyo social en entre los pacientes a la vez que mejora tanto la salud física, psíquica, actitudinal y el estado mental de los mismos.

Sánchez y Fuentes (2016) analizaron la gestión clínica de los programas de cuidados domiciliarios y encontraron que hoy en día se constituye en una modalidad de atención que permite solventar las dificultades derivadas de la sobreocupación hospitalaria y la cronicidad, los cuales constituyen un problema de interés en salud pública en los países desarrollados y que pueden ser manejados en el domicilio del paciente como una opción costo-efectiva y segura. Para lo cual es necesario buscar estrategias que permitan su desarrollo, gestión de riesgos y modelos de atención, logrando mejorar las condiciones de salud de la población.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los hallazgos de este estudio parten del análisis de una muestra importante de pacientes domiciliarios del Programa de EPOC de una empresa de medicina prepagada de la ciudad de Bogotá, a partir de lo cual se diseñó una herramienta para evaluar la percepción de calidad del servicio domiciliario para el paciente con EPOC.

La investigadora tuvo la oportunidad de realizar la aplicación del instrumento diseñado y se pudo comprobar completamente el sistema de evaluación de satisfacción del usuario y PQRS (Peticiónes - Quejas - Reclamos - Sugerencias) prestado por la entidad, encontrando que los usuarios actualmente manifiestan altos índices de satisfacción respecto a los servicios domiciliarios que presta la empresa de medicina prepagada. Sin embargo, se hace necesario fortalecer los canales de comunicación del usuario domiciliario con la institución.

Otro pilar importante en una institución debe ser la comunicación con el cliente interno, debido a que los profesionales de la salud deben ser permanentemente retroalimentados, propendiendo por la mejora continua y la calidad en la atención en salud. Los profesionales de atención domiciliaria no tienen un canal directo de comunicación con el usuario respecto a su satisfacción, necesidades sentidas y adherencia al tratamiento y tampoco los profesionales tienen ese contacto con la institución, en cuanto a cumplimiento de actividades, calidad en la atención, adherencia a guías y protocolos, entre otros.

Si bien existen materiales de Información, Educación y Comunicación institucional dirigido a pacientes con EPOC tratados de forma intramural, se requiere que la institución construya un programa de educación y sensibilización para pacientes domiciliarios, pues si bien tienen la misma enfermedad, tienen necesidades especiales que ameritan enfocar acciones para este grupo específico.

Se requiere construir procesos de educación continua a los profesionales de la salud de atención domiciliaria, así como crear espacios de reunión de todo el grupo y con los líderes, para hacer evaluación del programa,

Se pudo evidenciar la importancia de conocer las diferentes falencias, dificultades y vacíos percibidos por los usuarios del servicio de atención domiciliaria, de forma tal que dichas debilidades puedan ser evaluadas y con base en ellas, planear acciones de mejora que permitan elevar la calidad en la prestación de este tipo de servicios.

Dado que la empresa cuenta con la logística e infraestructura necesarias para llevar a la práctica la presente propuesta, la investigadora sugiere que se incorpore al organigrama organizacional el área de atención al usuario domiciliario (independientemente del programa que atienda), por lo que se requiere ajustar esta propuesta a otras áreas de la atención domiciliaria dado que la misma se

plantea a partir de las necesidades del paciente domiciliario con EPOC.

Igualmente se sugiere realizar una prueba piloto poniendo en práctica la presente propuesta a fin de retroalimentar los ajustes que se requieran para llevarla a la práctica.

Una vez implementado el programa, a los profesionales que forman parte del grupo de atención domiciliaria se recomienda realizar retroalimentaciones sobre los hallazgos obtenidos en la aplicación de la *Evaluación de percepción de calidad del servicio domiciliario para el paciente con EPOC* a fin de realizar las acciones de mejora.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aiken, L. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. 11 ed. México: Pearson Education. p. 1-528.
- Bleich, S., & Ozaltin, E., & Murray, C. (2009). How does satisfaction with the health care system relate to patient experience?. *Boletín de la WHO*, 271-278. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401-ab/es/>.
- Brito, P. (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2): 43-54.
- Congreso de Colombia. (1993). Ley 100. (23, diciembre). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá; 41148:1-22.
- Congreso de Colombia. (2007). Ley 1122. (9, enero). Por la cual se hacen algunas modificaciones al SGSSS y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá; 46506: 1-12.
- Delgado, M., Vásquez, M., & Moraes, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista Salud Pública*, 12(4): 533-545.
- Donabedian A. (1992). Evaluación de la calidad de la atención médica. En: *OPS/OMS, editores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington D.C.: OPS/OMS. p. 382-404.
- Empresa de Medicina Prepagada. (2018). *Informe de sostenibilidad 2016-2017*. Bogotá: Presidencia. p. 1-22.
- García, C. (2001). Ensayo clínico aleatorizado de una intervención basada en visitas de enfermeras a ancianos hipertensos. En *Múltiples facetas de la*

- investigación en salud. Proyectos Estratégicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.* México: El Instituto. p. 261-275.
- Gómez, S., Del Rio, O., Manrique, A., & Rodríguez, M. (2011). Satisfacción del usuario en el Hospital Geriátrico Virgen del Valle de Toledo. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(2): 78-84.
- Gorina, M., Limonero, J., Peñart, X., Jiménez, J., & Gassó, J. (2013). Comparison of level of satisfaction of users of home care: Integrated model vs. dispensaries model. *Atención Primaria*, 46(6): 276-282.
- Hamilton, M. (2014). *Plan-do-check-act 32 success secrets. 32 Most asked questions on plan-do-check-act - what you need to know.* Australia: Emereo Publishing. p. 1-32.
- Hernández, N., Barragán, J., & Moreno, C. (2018). Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. *Revista Cuidarte*, 9(1): 2045-2058.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A working document.* Ottawa: Government of Canada. p. 1-158.
- Lavielle, M., Ceron, M., Tovar, P., & Bustamante, J. (2008). Satisfacción con la atención a la salud. La perspectiva del usuario. *Revista Médica Institucional México Seguro Social*, 46(2): 129-134.
- Lezama, C. (2016). Indicadores de gestión y aplicaciones de herramientas de calidad. *Blog Centro de Tesis, Documentos, Publicaciones y Recursos Educativos*, 1-12. Recuperado de <https://www.monografias.com/trabajos55/indicadores-gestion/indicadores-gestion2.shtml>.
- Maldonado, M., Morales, J., & Villanueva, L. (2013). Condiciones asistenciales y administrativas que potencialmente influirían en la satisfacción del cliente interno y externo de un servicio de salud: implicaciones para la gestión operacional. *Trabajo de grado (Magister en Administración en Salud)*. Bogotá: Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. p. 1-132.
- Manrique, C. (2011). Determinantes de la Salud. *Blog Grupo de Investigación, Economía y Gestión de la Salud*, 1-3. Recuperado de <http://ecoygesalud.blogspot.com/>.
- Martel, A. et. al (1999). Functional social support perceived by patients in a home-care programme in both rural and urban settings. *Atención Primaria*, 24(1): 1-55.
- Massip, C., Ortiz, R., Llantá, M., Peña, M., & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de La Habana, Cuba*, 34(4): 1-8. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm).
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.* Bogotá: Imprenta Nacional. p. 1-148.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 1011. (10, marzo). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá; 46230: 1-15.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). Resolución 1445. (8, mayo). Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá; 46271: 1-6.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). Resolución 1446. (8, mayo). Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá; 46271: 1-4.
- Ministerio de la Protección. (2006). Resolución 1043. (3, abril). Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones *Diario Oficial*. Bogotá; 46271: 1-5.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Calidad en salud en Colombia: los principios.* Bogotá: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. p. 1-233.
- Ministerio de Salud. (1996). Resolución 4028. (1, noviembre). Por la cual se conforma el Grupo de Atención al Usuario y se establece el Sistema de Quejas y Reclamos del Ministerio de Salud. *Diario Oficial*. Bogotá. p. 1-6.
- Ministerio de Salud. (2018). Atributos de la calidad en la atención en salud. *Boletín de Prensa*, 57: 1-2. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRI-BUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013a). *Guía Metodológica Sistema Estándar de Indicadores*

- Básicos de Salud en Colombia*. Bogotá: el Ministerio. p. 1-62.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). Resolución 1441. (6, mayo). Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*. Bogotá; 48787: 1-9.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Anexo técnico: calidad y humanización de la atención a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes*. Bogotá: Minsalud. p. 1-50.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280. (2, agosto). Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. *Diario Oficial*. Bogotá; 50674: 1-4.
- Morales, J. et. al. (2007). Design and validation of a home care satisfaction questionnaire: SATISFAD. *Gaceta Sanitaria*, 21(2): 1-4. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112007000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000200004).
- Net, A., & Suñol, R. (2014). La calidad de la atención. *Blog Fundación Avedis Donabedian*, 1-13. Recuperado de [http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/ros\\_a\\_sunol.pdf](http://www.coordinadorapofunds.org/docs/214/ros_a_sunol.pdf).
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal Retailing*; 64(1): 12-24.
- Pascual, T. et. al. (2003). Results of a preventive program and assisted hospital discharge for COPD exacerbation. A feasibility study. *Medicina Clínica*, 120(11): 400-440.
- Planas, M., Pérez, C., Rodríguez, T., Puiggrós, C., & Dalmau, E. (2007). Patient satisfaction in a home enteral nutrition program. *Nutrición Hospitalaria*, 22(5): 612-615.
- Presidencia de la República. (1994). Decreto 1757. (3, agosto). Por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994. *Diario Oficial*. Bogotá; 41477: 1-11.
- Presidencia de la República. (1996). Decreto 2174. (28, noviembre). Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá; 42931: 1-10.
- Presidencia de la República. (2002). Decreto 2309. (15, octubre). Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*. Bogotá; 44967: 1-16.
- Puchia, C., & Jara, P. (2015). Nursing and home care for the elderly in the globalization era. *Enfermería Universitaria*, 12(4): 219-225.
- Oficina Sanitaria Panamericana - PAHO. (1995). Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. *Boletín Epidemiológico*, 22(4): 1-2. Recuperado de [http://www1.paho.org/spanish/sha/be\\_v22n4-indicadores.htm](http://www1.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm).
- Ríos, A., & Barreto, A. (2016). Percepción de la satisfacción en la atención en salud en usuarios del servicio de consulta externa, de los hospitales San Antonio de Chía y Santa Rosa de Tenjo, marzo de 2016. *Trabajo de grado (Médico Especialista en Auditoría en Salud)*. Bogotá: UDCA. p. 1-82.
- Riveros, J., Berné, C., & Mugica, J. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Revista Médica de Chile*, 138(5): 630-638.
- Sánchez, M., & Fuentes, G. (2016). Management clinic home care programs. *Salud Pública*, 7(2): 1-11.
- Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima. (2014). Modelo de evaluación de programas de salud. *Manual de Operación*; 1-92. Recuperado de <http://www.saludcolima.gob.mx/images/documentos/ModeloDeEvaluacionDeProgramasDeSalud.pdf>.
- Suárez, M. (2012). Atención integral a domicilio. *Revista Médica La Paz*, 18(2): 10-14.
- Vargas, O. (2016). La medición de la percepción de la calidad de los servicios odontológicos como herramienta para su mejoramiento. Aplicación en las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá. *Trabajo de grado (Magister en Administración)*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. p. 1-182.
- Wolf, M., Putnam, S., Sherman, J. & Stiles, W. (1978). The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of

physician behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4): 391-401.

Zas, B., Grau, J., & Hernández, E. (2005). Psicología de la salud y gestión Institucional. En: *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. México: Universidad de Guadalajara. p. 1-677.

**Anexo 1. Modelo de evaluación periódica propuesto para el servicio domiciliario de terapias**

**EVALUACIÓN DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO DOMICILIARIO PARA EL PACIENTE CON EPOC**

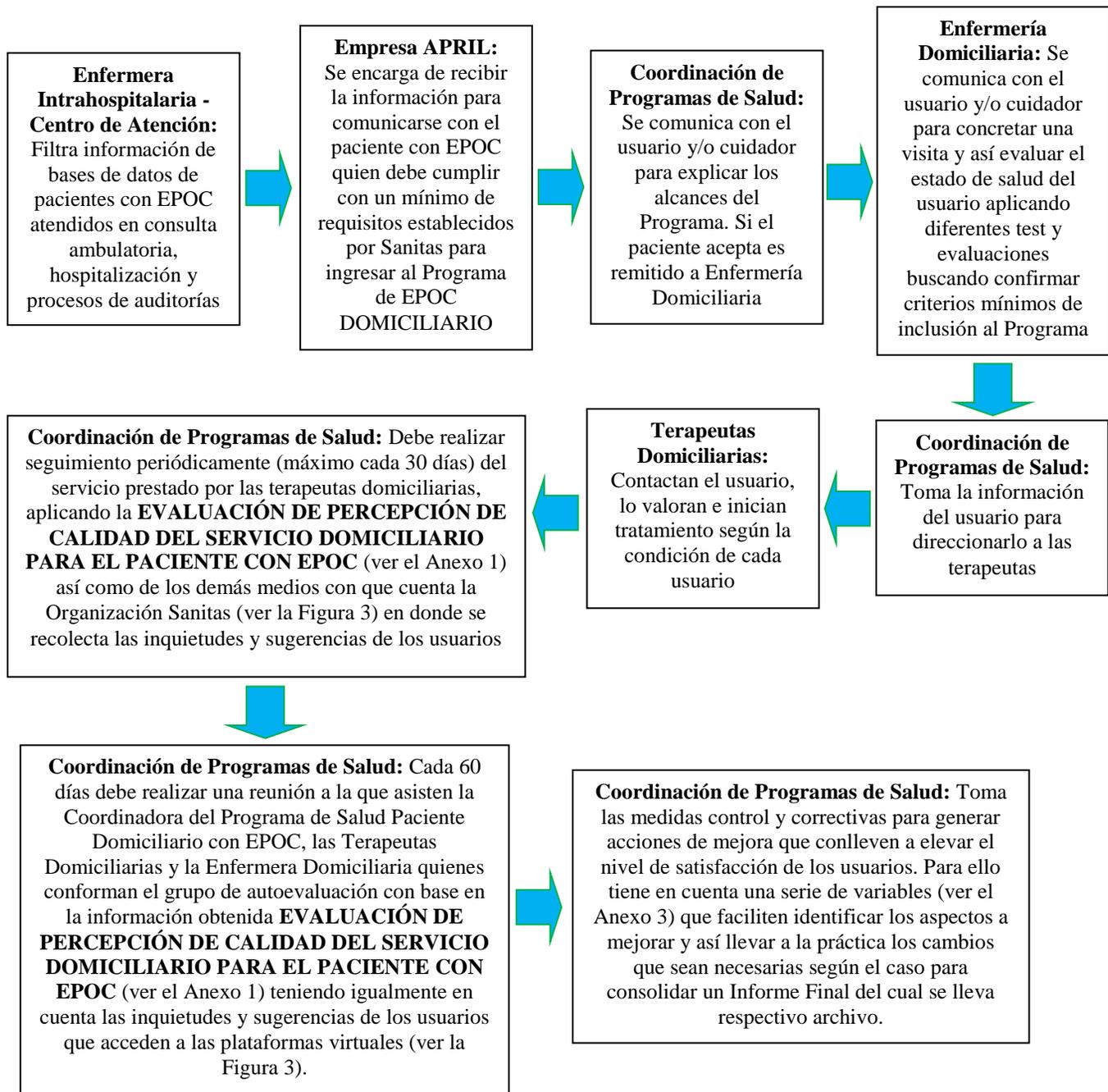
Fecha de la visita domiciliaria: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Nombre del profesional que atiende la visita domiciliaria: \_\_\_\_\_  
 Especialidad: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente domiciliario: \_\_\_\_\_  
 Documento de identificación: \_\_\_\_\_

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Le es indiferente	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los equipos y herramientas utilizados por el profesional son adecuados					
2. La presentación personal del profesional que lo visita es adecuada					
3. Usted considera que el profesional está plenamente habilitado para solucionar los problemas de salud relacionados con su EPOC					
4. El personal que lo atiende es respetuoso con Usted y/o familia/cuidador					
5. El profesional utiliza un lenguaje adecuado cuando se dirige a Usted y/o familia/cuidador					
6. El profesional utiliza un lenguaje claro para explicar su enfermedad					
7. El profesional utiliza un lenguaje claro para explicar el tratamiento					
8. El profesional brinda la suficiente confianza para que el usuario familiar/cuidador hagan preguntas					
9. Usted considera que el profesional actúa con ética durante la visita					
10. El profesional le brinda alternativas individualizadas de tratamiento según su condición clínica					
11. Está satisfecho con la facilidad para programar las visitas domiciliarias					
12. Está satisfecho con la puntualidad de las visitas domiciliarias					
13. Está satisfecho con la facilidad para realizar trámites relacionados con su enfermedad					
14. Está satisfecho con la facilidad para realizar trámites relacionados con su tratamiento					
15. Está satisfecho con el interés manifestado por el personal que lo atiende para el seguimiento de su caso					
16. Está satisfecho con la seguridad y confianza que le transmite el grupo de profesionales que lo visitan					
17. Se siente satisfecho con la respuesta recibida por parte de la empresa de medicina prepagada a sus inquietudes					
18. Considera que hay cabida a sugerencias generales del servicio domiciliario					

Observaciones generales: \_\_\_\_\_

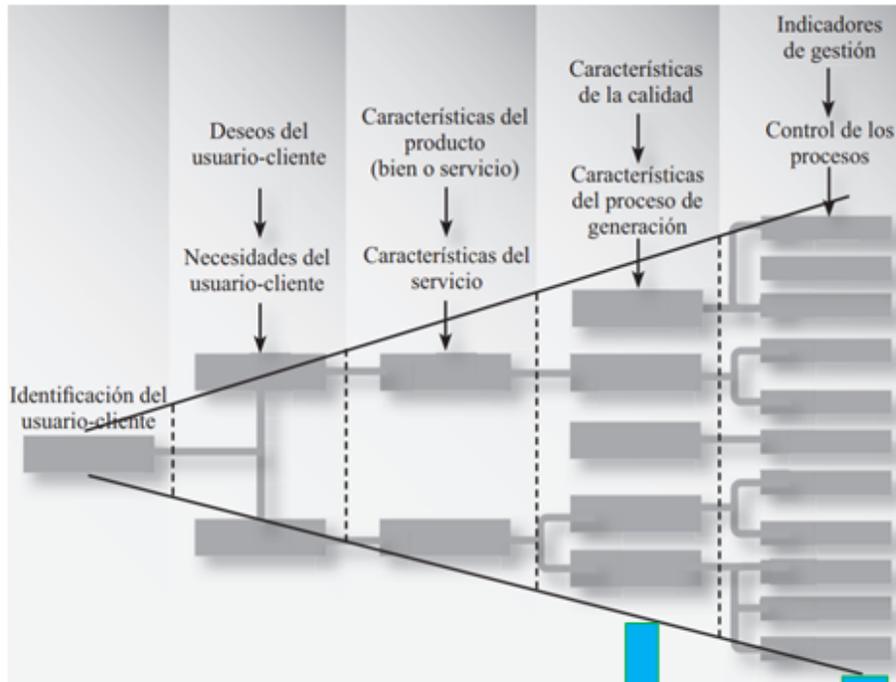
Fuente: Propuesta de Montañez (2018).

**Anexo 2. Flujograma del proceso propuesto a la empresa de medicina prepagada en el programa del paciente domiciliario con EPOC**

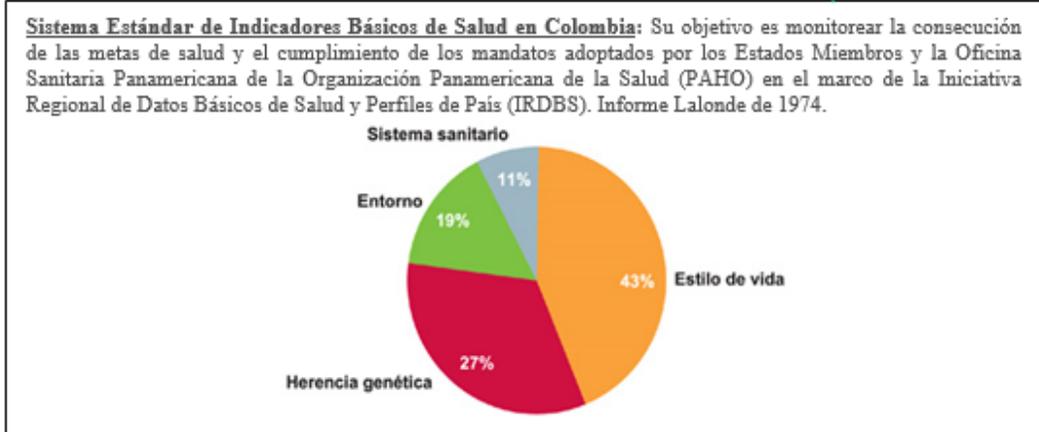


Fuente: Propuesta de Montañez (2018).

### Anexo 3. Variables que permiten la autoevaluación



- Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.
- 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.
- Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.
- Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
- 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.
- Satisfacción del Usuario:** Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.



Fuente: Propuesta adaptada por la investigadora con base en información tomada del Ministerio de la Protección Social (2007), Ministerio de Salud y Protección Social (2013a), Ministerio de Salud (2018), Oficina Sanitaria Panamericana - PAHO (1995), Manrique (2011) y Lalonde (1974).