EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN EN UNA IPS DE BOGOTÁ

Corrales Padilla Luisa Fernanda – Farfán Díaz Camilo Andrés – Jiménez Villamil Martha Catalina

La atención domiciliaria contempla como escenario de atención el domicilio del paciente que cuenta con limitaciones físicas y geográficas. Esta modalidad de servicio comprende una atención continua, integral y multidisciplinaria que ha cobrado fuerza a causa de la sobreocupación de las camas y el aumento de esperanza de vida, lo que se asocia con el aumento de la prevalencia en las Enfermedades Crónicas no transmisibles. Lo anterior evidencia que se presentará mayor demanda en la prestación de servicios de rehabilitación, siendo una de las problemáticas más preocupantes en Colombia por dejar secuelas y discapacidad a su paso. Con base en la problemática mencionada, se puede evidenciar que en la modalidad de atención domiciliaria se presentan falencias que determinan la calidad de los servicios prestados, por lo que se hace necesario evaluarlos a través de los atributos de la calidad establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, como son: *Continuidad, Oportunidad, Accesibilidad, Seguridad, Pertinencia y Satisfacción del usuario.* Por tal motivo, se consideró importante evaluar la percepción de la satisfacción de los usuarios de una IPS de atención domiciliaria en la ciudad de Bogotá, teniendo en cuenta como instrumento de evaluación una encuesta de satisfacción. La metodología utilizada contempló la revisión de 216 encuestas, analizadas considerando los 6 atributos de calidad. Como resultado del análisis, se logró la identificación de los atributos que se ven más afectados, según la percepción del usuario, entre los que se destacan la *accesibilidad*, la *oportunidad* y la *continuidad*, los cuales se consideraron de gran importancia para el desarrollo de la propuesta de implementación de plan de mejora, a partir de las cuatro fases del ciclo de gestión de la calidad PHVA.
Palabras clave: Atención domiciliaria, atributos de calidad, satisfacción del usuario, rehabilitación, paciente crónico.

Home care contemplates the home of the patient with physical and geographic limitations as the setting for care; this modality of service includes continuous, comprehensive and multidisciplinary care that has gained strength due to the overcrowding of beds and the increase in life expectancy, which is associated with the increase in the prevalence of non-communicable chronic diseases. This shows that there will be a greater demand for the provision of rehabilitation services, which is one of the most worrying problems in Colombia because it leaves sequelae and disability in its wake. Based on the aforementioned problems, it can be evidenced that in the home care modality there are deficiencies that determine the quality of the services provided, so it is necessary to evaluate them through the quality attributes established by the Ministry of Health and Social Protection, such as: Continuity, Opportunity, Accessibility, Safety, Relevance and User Satisfaction. For this reason, it was considered important to evaluate the perception of satisfaction of the users of a home care IPS in the city of Bogota, taking into account as

an evaluation instrument a user satisfaction survey and other elements for the evaluation of different variables. The methodology used contemplated the review of 216 surveys, analyzed considering the 6 quality attributes. As a result of the analysis, it was possible to identify the attributes that are most affected, according to the user's perception, among which are accessibility due to insecurity in service areas, and consequently timeliness and continuity, which were considered of great importance for the development of the proposal for the implementation of the improvement plan, based on the four phases of the PHVA quality management cycle.
Keywords: Home care, quality attributes, user satisfaction, rehabilitation, chronic patient.

Introducción

La normatividad y las acciones que se han ejecutado en el contexto de la atención y de la educación sanitaria en Colombia han cambiado radicalmente para proponer estrategias eficientes, que promuevan la satisfacción de los pacientes o cuidadores de acuerdo con los servicios de los cuales son beneficiados. Por tanto, el Sistema de Salud ha tenido que identificar estrategias para afrontar, adaptar y transformar el futuro de la atención en este ámbito, con los individuos y todo el Sistema, pues como lo afirma Montañez (2019) "En Colombia los problemas de insatisfacción del usuario frente a los servicios de salud, se consideran una problemática constante, más aún como resultado de la pandemia por Covid – 19 que ha llegado para generar nuevos cambios a nivel del Sistema de Salud nacional y mundial" (p. 3).

Por consiguiente, la atención en salud se establece en diferentes escenarios, adoptando modalidades que permitan la *accesibilidad*, dado que se presentan altos índices de inseguridad en algunas zonas de la ciudad de Bogotá en las que se presta el servicio, *oportunidad* que permita brindar la atención en el menor tiempo posible y la *continuidad* para una prestación de servicios sin interrupciones y posteriormente mejorar la calidad de la atención para los pacientes. En la actualidad, se evidencia un gran auge de pacientes y sus familias que prefieren la atención domiciliaria en salud, a una unidad hospitalaria, por evitar desplazamientos. Esto significa "optar por una atención médico-paciente más focalizada, efectividad en la *oportunidad* de la atención, en donde se presentan menor número de complicaciones tales como, enfermedades infecciosas y síndromes geriátricos como dependencia funcional, úlceras por presión, malnutrición o deterioro cognitivo asociado a la estancia hospitalaria con mayor deterioro funcional, frecuencia de complicaciones y mayor tasa de mortalidad" (Peralta et al., 2020, p.4).

En consecuencia, y tal como lo plantea Arroyo (2019) "la atención médica domiciliaria es una estrategia que se ha implementado en aras de cumplir el triple objetivo que va encaminado a la mejora de la experiencia del paciente, aporta efectividad y es eficiente, desde el trabajo en equipo, la mirada centrada en el paciente y la mejor evidencia disponible, pues dadas las circunstancias sociosanitarias con el aumento de la prevalencia de patologías crónicas, la atención domiciliaria es el tipo de asistencia que se impone, y debe procurarse desde el rigor propio de la atención primaria" (p. 527). Del mismo modo, la visión de esta modalidad de atención debe estar centrada en el paciente y sus necesidades, tratándose de población con discapacidad.

De esta manera, evaluar la satisfacción de dichas necesidades y expectativas de los pacientes o cuidadores que se benefician de la atención por parte del servicio de rehabilitación, constituye un enfoque integral en la administración de servicios de salud, como elemento clave y estratégico para la gerencia de

los distintos procesos, alcanzar y cumplir los estándares de acreditación acogidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y dispuestos en el Decreto 780 de 2016, junto con la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, respaldados por la Ley 100 de 1993.

Dada la relevancia que ha tomado la atención a nivel domiciliario en Colombia, y en mayor medida en época de pandemia, a partir de la percepción de los usuarios de la IPS, este estudio se propone evaluar las causas de insatisfacción frente a los servicios de rehabilitación integral bajo los atributos de calidad, con el fin de proponer acciones de mejora que lleven a optimizar la prestación de los servicios.

Metodología

El presente es un estudio descriptivo de corte retrospectivo, puesto que se basó en la recolección de datos, análisis de variables y la respectiva observación de estos con anterioridad al inicio del estudio. Se analizaron variables que describían una situación determinada sin efectuar intervención en esta. En este caso, se tuvo en cuenta la percepción de los usuarios del régimen subsidiado de una IPS de modalidad domiciliaria de la ciudad de Bogotá para el respectivo análisis de los atributos de seguridad, oportunidad, continuidad y satisfacción del usuario, y como complemento de dicha revisión se tuvo en cuenta la revisión de dos bases de datos del servicio para el análisis de cumplimiento de los atributos de continuidad, oportunidad y accesibilidad.

El estudio se realizó en una IPS de modalidad domiciliaria de la ciudad de Bogotá, específicamente en el Servicio de Rehabilitación, teniendo en cuenta las líneas de atención en terapia física, terapia respiratoria, terapia del lenguaje y terapia ocupacional. La información se obtuvo mediante encuestas de satisfacción de usuarios, bases de datos de usuarios con información sociodemográfica, bases de datos de servicios prestados mes a mes y las bitácoras de atención domiciliaria por paciente. Se tomó como población de referencia a los usuarios beneficiados por la prestación del servicio durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2019, con una totalidad de 216 encuestados, antes de la pandemia por causa del covid – 19.

A partir de la revisión inicial, se determinaron los siguientes criterios de inclusión: pacientes que fueron encuestados durante el año 2019 y pacientes que recibieron atención por el Servicio de Rehabilitación entre el mes de enero y el mes de diciembre del año 2019. La estrategia de búsqueda contempló las bases de datos Pubmed, Science direct, Elsevier, Clinical key y Google Académico, incluyendo líneas temáticas relacionadas con atención domiciliaria a nivel nacional e internacional, trabajos de investigación basados en atención médica domiciliaria en Bogotá y en toda Colombia publicados del año 2016 en adelante, la legislación colombiana que respalda la atención en salud en modalidad domiciliaria y la importancia de la prestación de servicios de salud.

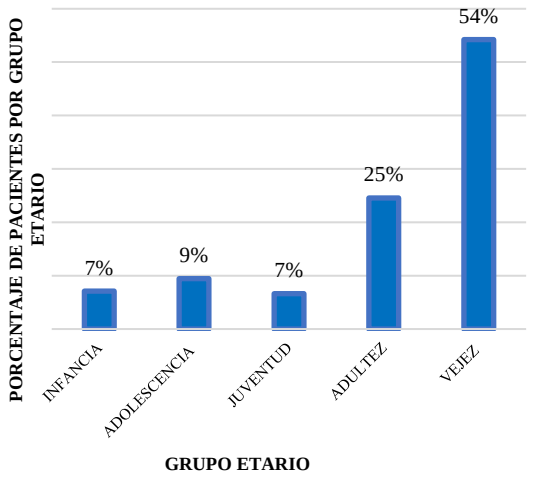
Los resultados obtenidos fueron consolidados en una matriz de lectura construida en el programa Microsoft Excel ®, en la cual se reunieron las características generales de cada uno de los atributos. Finalmente, se llevó a cabo un proceso de caracterización de la información recolectada, para lo cual se diseñó una guía de selección específica en el programa Microsoft Excel ®, y permitió la selección y verificación de los datos, de los elementos y criterios de análisis con el fin de clasificarlos en cada uno de los atributos de calidad, asumidos como categorías principales del estudio.

Resultados

El proceso de búsqueda, recolección y análisis de los datos se realizó mediante la consolidación de 216 encuestas, las cuales fueron aplicadas previamente durante el año 2019. Se presentan los resultados relacionados con la distribución por grupos etarios, en donde se encontró la mayor proporción de pacientes ubicados en el rango de 60 años o más (53%), seguido de los rangos entre los 27 a 59 años (24%), 12 a 18 años (9%), 19 a 26 años (7%) y 6 a 11 años (7%). No se

evidenciaron pacientes menores de 6 años. (Gráfica 1)

Gráfica 1. *Pacientes de la IPS encuestados por grupos etarios*



Fuente*: Los autores, a partir de resultados del análisis de la base de datos sociodemográfica del departamento de rehabilitación de la IPS objeto de estudio en el año 2019*

Por otro lado, se pudo determinar que las localidades en las cuales se realizó la mayor prestación de servicios son: Ciudad Bolívar con un 23%, seguida de la localidad de Kennedy representando un 15,7%, Tunjuelito con un 12 %, Usme con el 11,6%, Engativá con el 9,3%, Suba con el 8,3%, Bosa con el 7,4%, San Cristóbal con el 5,1%, Rafael Uribe Uribe con el 3,2%, Usaquén con el 2,8%, Puente Aranda con el 1,9%, Chapinero con el 0,95, y en menor proporción Antonio Nariño con 0,5%. De las localidades de Santa Fe, Fontibón, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires y Candelaria no se identificaron beneficiarios de la atención domiciliaria de la IPS objeto de estudio.

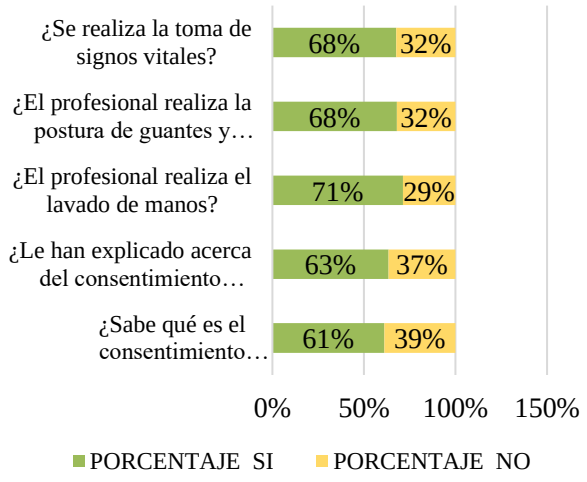
Llegados a este punto, se evidenció que el diagnóstico que prevaleció dentro del grupo de enfermedades atendidas fue la *Parálisis cerebral* con un 30,1%, seguido de *secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares* con un 22,7% y el diagnóstico de menor prevalencia correspondiente a *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)* con un 8,8%.

En relación con la proporción de pacientes beneficiados por las distintas líneas del servicio de rehabilitación se encontró en mayor proporción terapia física con un 35% de la muestra, seguido de terapia respiratoria con un 28%, terapia del lenguaje con un 22%, y en menor proporción terapia ocupacional con el 15%.

Para evaluar el primer atributo que corresponde a *seguridad* se plantearon cinco preguntas de referencia dando como resultado: para la primera pregunta: ¿se realiza la toma de signos vitales? Se obtuvo un resultado del 68% de respuestas afirmativas, respecto al 32% de respuestas negativas por parte de los encuestados. En cuanto a la pregunta: ¿El profesional realiza la postura de guantes y tapabocas? se obtuvo una similitud de respuestas con respecto a la pregunta anterior. Para la pregunta: ¿El profesional realiza el lavado de manos? Se evidenció un resultado del 71% con respuestas afirmativas, en relación con el 29% de respuestas negativas. Con respecto a la pregunta ¿Le han explicado acerca del consentimiento informado? se presentó un resultado del 63% de respuestas afirmativas en relación con el 37% de respuestas negativas y finalmente, la última pregunta que indica: ¿Sabe qué es el consentimiento informado? obtuvo un resultado del 61% de respuestas positivas, en relación con el 39% de respuestas negativas. (Gráfico 2.)

Para el análisis del segundo atributo *pertinencia*, se utilizó la pregunta ¿La bitácora se firma diariamente? arrojando el siguiente resultado: 94.4% de los encuestados mencionó que se firma la bitácora, mientras que el 5,6% respondió que no se firmaba ésta.

Gráfico 2. *Porcentaje de respuestas relacionadas con el atributo de seguridad.*



Fuente: *Los autores, a partir de resultados del análisis de la base de datos de tabulación de encuestas de satisfacción de usuarios del departamento de rehabilitación de la IPS objeto de estudio en el año 2019.*

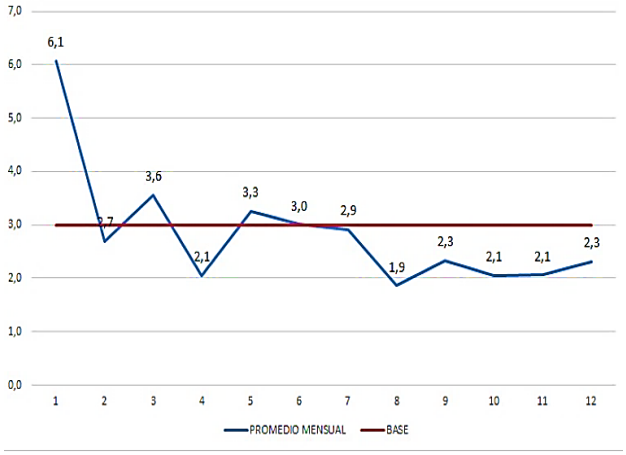
Frente al análisis del tercer atributo, se destacó un elemento de gran relevancia relacionado con la *accesibilidad*, asociado al índice de inseguridad en Bogotá en el año 2019, proporcionado por la *Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia*. Se identificó que la localidad con mayor índice de inseguridad es Kennedy con un 14%, seguida de Ciudad Bolívar con un 10% y Bosa con un 9% las cuales fueron zonas prestantes afectadas en esta modalidad de prestación de servicios.

En cuanto al cuarto atributo: *continuidad*, se realizó la revisión del cumplimiento de las sesiones de terapia física prescritas a los pacientes encuestados de los meses de enero a diciembre del año 2019, en comparación con las sesiones prestadas, encontrando que los meses en donde se presentó cumplimiento a las sesiones prescritas del servicio fueron: febrero con el 94%, marzo y abril con el 93%, seguido de los meses de mayo con el 86%, enero y agosto con 85%, septiembre con el 83%, octubre con el 82% y julio con el 80%. Los meses con menor porcentaje de cumplimiento de las sesiones prescritas en terapia física fueron: noviembre con el 78%, diciembre con el 76% y junio con el 70%.

Para el análisis del quinto atributo, que concierne a la *oportunidad*, se determinó el número de días transcurridos a partir de la asignación de la orden de terapias hasta el día en que comenzó la prestación del servicio en el mes.

Teniendo en cuenta que en la IPS objeto de estudio la meta definida para el comienzo de la prestación del servicio por parte del profesional es de máximo 3 días, se encontró que los meses que cumplieron con esta meta fueron: agosto con un promedio de 1,9 días, los meses de abril, octubre y noviembre tuvieron un promedio de 2,1 días, los meses de septiembre y diciembre tuvieron un resultado de 2,3 días de atención, febrero con 2,7 días, julio con 2,9 días y por último junio con 3 días en promedio de atención. Por el contrario, los meses que no cumplieron con la meta definida fueron mayo con 3,3 días, marzo con 3,6 días y finalmente enero que presentó un promedio de 6,1 días. La moda obtenida en el análisis de esta variable fue de 2,1 días de atención (Gráfica 3).

Gráfico 3. *Oportunidad de atención en línea de terapia física.*



Fuente: *Los autores, a partir de resultados del análisis de la bitácora de atención domiciliaria, 2019*

El atributo *de satisfacción del usuario* se evaluó mediante el enunciado: "indique su nivel de satisfacción global con respecto a los servicios recibidos", evidenciándose una satisfacción global del 93,5%. Adicionalmente, se realizó el análisis de las preguntas *¿Hay algo en particular que le gusto / disgustó de la IPS?* Para dicha

pregunta se agruparon las respuestas en aspectos favorables y desfavorables, obteniendo como aspectos favorables: *agradecimientos por los servicios recibidos* con un 33%; aspectos desfavorables: incumplimientos tales como *impuntualidad del profesional, discontinuidad de las sesiones terapéuticas, cambio de terapeuta que perjudica el inicio del plan de atención* con un resultado del 38%; inconsistencias administrativas como: *errores de formulaciones médicas, demoras de entregas de MIPRES, medicamentos e insumos por parte de la EPS, falta de información acerca del diagnóstico y tratamiento, y demoras en los procesos y procedimientos, poca adherencia al lavado de manos, falta de seguimiento a curaciones, falsificación de firmas y trato inhumano* con un resultado del 25%.

Con relación a la pregunta: *¿Qué aspectos se podrían mejorar?, el 87% de* los usuarios encuestados refirió que *no había aspectos por mejorar*. El 13% restante refirió que se deben mejorar aspectos como: *educación y formación del profesional, prestación de servicios constante y seguimiento a tratamientos* con el 3%, subsiguiente a *cumplimiento y trámites administrativos* con el 2% y por último el *cambio de dispositivos médicos* con el 1%.

Discusión

La caracterización de los usuarios permitió establecer que la población que presentó mayor demanda en la prestación de los servicios de rehabilitación de la modalidad domiciliaria correspondió a pacientes clasificados en el grupo etario de vejez, con una mayor proporción de mujeres (64%), en relación con los pacientes hombres (36%). Este hallazgo es similar al encontrado en el estudio de Gutiérrez y Jiménez (2020) indicando que la cronicidad está íntimamente ligada al envejecimiento poblacional, que a su vez se traduce en problemas de multipatologías, describiendo la cronicidad y las condiciones demográficas de los pacientes. Indica así mismo, que países como España cuentan con una proporción más alta de adultos mayores con incrementos notables del número de pacientes con enfermedades crónicas y visibles sobre los 80 años (Gutiérrez y Jiménez, 2020).

En cuanto al diagnóstico del grupo etario de adultos mayores y en el grupo de mujeres, se identificó la *Enfermedad Cerebro Vascular* con una prevalencia del 39,47%, y la *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica* con una prevalencia del 11.4%. Dicha prevalencia hace que el paciente requiera los servicios de manera oportuna y continua, ya que son patologías de alto riesgo en índices de mortalidad; enfermedades como el EPOC pueden presentar exacerbaciones que al no ser atendidas generan insatisfacción de los usuarios por la no prestación de los servicios domiciliarios y complicaciones asociadas.

Conforme a la ubicación geográfica en la que residen los pacientes adultos mayores beneficiados del servicio de rehabilitación de la IPS objeto de estudio en la modalidad domiciliaria, se precisó que este grupo de pacientes se concentra en las localidades de Ciudad Bolívar y Kennedy (Bogotá), las cuales se reportan como las localidades con mayor índice de inseguridad, generando en consecuencia una disminución en la prestación de las terapias, derivada de causas no inherentes a la institución, las cuales están explícitas en el atributo de *accesibilidad* que causa insatisfacción.

Cabe mencionar que los cuidadores de pacientes hombres fueron los más insatisfechos junto con los pacientes que se encuentran en la localidad de Bosa, de acuerdo con el análisis de las variables de caracterización. Sin embargo, no se identificó relación entre las variables de edad, diagnóstico y línea de servicio con respecto a la satisfacción.

Desde la perspectiva gerencial es importante conocer el índice de envejecimiento y cronicidad de los pacientes, ya que de esta manera se podrá cumplir con las políticas establecidas en los ejes estratégicos que van dirigidos al cumplimiento de protección social integral del adulto mayor, envejecimiento activo, satisfactorio y saludable y así mismo al cumplimiento de los atributos de calidad en salud. Por lo tanto, se busca garantizar

el acceso integral a los servicios de salud en atención domiciliaria para la población con cronicidad, que permita proponer el desarrollo de una política dirigida al diseño de instrumentos, guías, normas técnicas para la intervención de la dependencia funcional, garantizando condiciones de vida dignas para los pacientes y sus cuidadores.

En cuanto al análisis de la variable de *accesibilidad*, se presentan barreras de prestación tales como: alcance de la IPS en cuanto a sus traslados, condiciones demográficas en donde viven los pacientes, falta de integralidad en la atención, barreras geográficas, situaciones económicas desfavorables, cultura o creencias y el contexto socioeconómico del paciente, barreras que generan discontinuidad en la prestación de los servicios.

De acuerdo con el presente estudio, se puede decir que el contexto de atención domiciliaria permite dar a conocer las barreras de acceso y aspectos facilitadores que pueden presentarse en el momento de la prestación de los servicios en salud. En primera instancia, las condiciones geográficas se convierten en una de las principales barreras de acceso, ya que no cuentan con vías en adecuadas condiciones, limitando la movilidad y traslado entre domicilios en donde se presta la atención. Asimismo, se evidenció que para el 2019 las 5 localidades con mayor concentración de pacientes fueron: Ciudad Bolívar (21,7%), Kennedy (16%), Tunjuelito (12,3%), Usme (11,8%) y finalmente la localidad de Engativá (9,4%). Lo anterior permitió identificar las zonas con mayor índice de inseguridad de acuerdo con el reporte de la *Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia (SIEDCO)* de la *Dirección de Investigación Criminal e Interpol (DIJIN) – Policía Nacional de Colombia (PONAL)*, quienes reportaron para el mismo año, que el riesgo de inseguridad es mayor en las localidades de Ciudad Bolívar y Kennedy.

Con base en esta información se puede determinar que los profesionales cada vez se sienten menos seguros al brindar atención domiciliaria, lo cual afecta directamente *la oportunidad* en la atención de los pacientes y la *continuidad* en el cumplimiento adecuado de las sesiones terapéuticas establecidas para el manejo de la patología del paciente, siendo esta variable una causa no inherente al manejo institucional y expresada en insatisfacción por parte de los usuarios por no prestación de los servicios. Dicho lo anterior, se sugiere la búsqueda de estrategias estructuradas para brindar una atención integral a los pacientes y buscar alianzas estratégicas gerenciales con entes territoriales tales como la *PONAL, la Secretaría de Integración Social* y las Alcaldías de cada localidad a fin de brindar acompañamiento a los profesionales que prestan los servicios de atención domiciliaria.

De igual manera, se sugiere a la institución prestadora de los servicios de atención domiciliaria proporcionar un medio de transporte para desplazar a los profesionales de salud, solo cuando se presenten casos con una problemática específica, como por ejemplo zonas con difícil acceso ya sea por la inseguridad, vías inestables o dificultades de acceso por transporte público.

Por otra parte, a nivel institucional, la *accesibilidad* es significativa para la atención con calidad, por lo tanto, es importante desde el inicio de la prestación del servicio segregar las condiciones sociodemográficas en las cuales se encuentra el paciente y determinar la efectividad de la prestación del servicio, teniendo en cuenta el cumplimiento en su totalidad de los criterios de ingreso establecidos por la IPS objeto de estudio, de acuerdo con el convenio o contratación que se obtenga.

Una de las variables que tuvo mayor impacto en los resultados, fue el atributo de *seguridad*, frente al cual los encuestados describieron de manera relevante cinco aspectos evaluados tales como*: toma de signos vitales, uso de elementos de bioseguridad, aspectos relevantes del consentimiento informado y lavado de manos.*

De los aspectos relevantes mencionados se encontraron algunas dificultades con el diligenciamiento del consentimiento informado, en donde se evidencia la falta de explicación verbal por parte del profesional, en un porcentaje considerable del 63% de los encuestados. En este

mismo sentido 61% de los encuestados indicó no haber obtenido explicación de lo descrito en el consentimiento informado. El impacto de este resultado puede derivar en problemas médico-legales, ético-legales y financieros en la institución, entendidos como sanciones e indemnizaciones; y más importante aún, la falta de comprensión por parte del paciente o cuidador primario relacionada con las actividades, riesgos y beneficios derivados del tratamiento en rehabilitación, dejando a un lado la autonomía del paciente y del cuidador primario en cuanto a la aceptación o no de los procedimientos de acuerdo con la carta de derechos del paciente (FONASA – Fondo Nacional de Salud, 1999). Por lo tanto, al no explicar el contenido del consentimiento informado y que el cuidador primario no lo entienda, se incurre en incumplimiento al artículo 15 de la Ley 23 de 1981, la cual establece "Se le explicará al paciente o a sus responsables las consecuencias anticipadamente y que el médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados y pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos".

En consecuencia, es necesario realizar un rediseño del proceso que implique acciones de mejoramiento que incluyan entre otras, una política de comprensión y diligenciamiento del consentimiento informado con la dirección médica, estandarizando las etapas del proceso de obtención del consentimiento de la siguiente manera: etapa I brindar información previa al paciente sobre los riesgos y beneficios del tratamiento; etapa II el paciente entiende y acepta la información brindada; etapa III dejar registro escrito del procedimiento como soporte dentro de la historia clínica; y etapa IV custodia de la información en el archivo como anexo de historia clínica.

Por otra parte, y en relación con *el lavado de manos*, evidenciado como una importante estrategia para la prevención de infecciones de manera trascendental para fortalecer la cultura de seguridad del paciente (Escobar y García, 2020), se encontró en los resultados del presente estudio un cumplimiento del 71%, teniendo en cuenta que la meta definida estaría en un 90% de acuerdo con el protocolo institucional, mostrando una significativa baja adherencia.

Concretamente Villegas, et al. (2017) demostró que los profesionales de la salud antes del contexto de pandemia se dedicaban a realizar un procedimiento rutinario y mecánico sin ser conscientes de ser agentes transmisores de infecciones, y resultaba necesaria la participación de todos los profesionales de la salud en el uso de las técnicas y procedimientos del lavado de manos como elemento fundamental en *seguridad* del paciente, y como responsabilidad como miembros del equipo de salud. Entre tanto, en la IPS objeto de estudio, se encontró baja adherencia al lavado de manos y la no realización de éste en los cinco momentos establecidos por la OMS, a pesar de que se han impartido planes de capacitación.

En comparación con el contexto de pandemia por COVID-19, Escobar y García (2020) afirman que el lavado de manos es una de las medidas más importantes para prevenir el contagio por vía respiratoria y contacto. Los profesionales sanitarios han tenido adherencia debido a la necesidad de prevenir infecciones causadas por SARS-CoV-2, puesto que el miedo a infectarse a sí mismo y a su familia se asocia con una mejor adherencia entre los profesionales sanitarios e impulsa el cumplimiento a las recomendaciones de salud pública. El aspecto más importante que demuestra el presente estudio en atención domiciliaria, antes y después de la pandemia por COVID-19, es que la práctica se realiza más con un fin autoprotector que de protección al paciente, porque las indicaciones que más se cumplen se enfocan en el último momento del lavado de manos que corresponde a "después del contacto con el paciente". A pesar de que el lavado de manos es un aspecto significativo para la *seguridad* del paciente, no presenta relevancia frente a la percepción de la satisfacción en la atención domiciliaria.

Por otro lado, el uso de elementos de protección personal es parte fundamental para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud; así mismo, los trabajadores de la salud

son las personas que presentan mayor riesgo de contagiarse debido al contacto directo que se tiene con los pacientes, los fluidos corporales y la exposición a aerosoles. En este sentido, se pudo observar que la percepción de los cuidadores con relación al uso de elementos de protección personal por parte del personal responsable de la atención es del 68%. Sin embargo, es un porcentaje bajo teniendo en cuenta que el uso de los elementos de protección personal debe ser del 100%. Cabe agregar que en una organización es fundamental velar por el uso de los elementos de protección personal, procesos que se relacionan con el programa de seguridad y salud en el trabajo y también están estrechamente relacionados con la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) respectiva, a pesar de que la IPS objeto de estudio efectúa entrega de guantes y tapabocas.

En relación con el cumplimiento de la toma de signos vitales por parte del profesional, y teniendo claro que la toma de estos signos es un proceso mandatorio y relevante para la atención del paciente, dado que determina su condición a nivel fisiológico para recibir un plan de rehabilitación, se identificó un cumplimiento por debajo de la meta que está dada por el 100%. Desde la perspectiva gerencial, se sugiere a la institución equipar a los profesionales de rehabilitación con equipos biomédicos para la toma de signos vitales, con un proceso debidamente documentado que evidencie una trazabilidad y que cumpla con el programa de tecnovigilancia, que promueva el cumplimiento del protocolo de toma de signos vitales, así como el plan de capacitaciones.

Atendiendo a lo expuesto, las estrategias de mejora gerenciales enfatizadas en el atributo de *seguridad*, deben estar orientadas en líneas estratégicas tales como mejorar la cultura de seguridad, factores humanos y organizativos que se explicaron con detalle en cada resultado analizado. En primera instancia, se debe hacer énfasis en el equipo directivo de forma que demuestre activamente el compromiso con la *seguridad* del paciente, en objetivos y acciones específicas a desarrollar anualmente y consensuadas con los profesionales asistenciales, relacionados con la *seguridad* del paciente; difundir el plan de *seguridad* del paciente y comunicar las estrategias de implementación de las acciones para que los profesionales puedan cumplir con los objetivos marcados.

En cuanto al atributo de *pertinencia* se encontraron en el estudio aspectos positivos ya que la mayoría de los encuestados (94.4%), mencionó que se firmaba la bitácora después de finalizar la sesión.

Visto que hay cumplimiento de dicho atributo, aun así, se deben implementar acciones gerenciales encaminadas a la educación del cuidador primario y al cumplimiento de sus deberes desde que el paciente ingresa al programa de atención domiciliaria, así como jornadas de capacitación para el cuidador, ya que el 5.6% de los encuestados no está cumpliendo con la realización de la firma diaria, siendo esta el soporte de la prestación de los servicios.

Prosiguiendo con el análisis de los atributos de calidad, desde la óptica de la evaluación de la *continuidad* en la atención domiciliaria, de acuerdo con los hallazgos de esta investigación, se encontró que solamente tres meses (febrero, marzo y abril), cumplieron con la meta definida determinada por el indicador institucional que corresponde a un referente del 90%.

Desde la mirada de gerencia de la calidad, garantizar la atención domiciliaria sin que se produzca fragmentación de los cuidados, es una responsabilidad ineludible para todos los profesionales en salud, desde la perspectiva, tanto organizacional como asistencial, pero concierne particularmente a los terapeutas responder a gran parte de las necesidades de cada paciente, por cuanto muchos de ellos van a precisar cuidados profesionales constantes, prolongados en el tiempo y con distintos grados de complejidad. Indiscutiblemente, la importancia de la constancia en los tratamientos implica *continuidad*, una cualidad determinante para un paciente crónico, pues pone a los profesionales en rehabilitación en función de prevenir complicaciones y anticiparse a los cuidados en salud. Adicionalmente la

continuidad se favorece cuando es el mismo profesional quien efectúa, coordina y decide el plan a realizar, siendo más rápido, eficaz y seguro para el paciente y más costo-efectivo para la institución.

Es de agregar, que también se presentan circunstancias tales como temporadas vacacionales en las cuales los cuidadores primarios salen de la ciudad con los pacientes y circunstancias que se convierten en barreras para la prestación de los servicios, que afectan directamente el atributo de *continuidad* porque no se puede cumplir el plan prescrito del mes, y otros factores como la hospitalización o incumplimientos del cuidador frente a los criterios de atención domiciliaria, como la disponibilidad del tiempo completo para recibir a los distintos profesionales de la salud. Esta falta de continuidad se reflejó principalmente en porcentajes relacionados con los meses de noviembre, diciembre y junio de 2019. Sin embargo, la mayoría de los encuestados referenciaron positivamente el cumplimento y asistencia de los terapeutas, encontrándose satisfechos con la atención prestada a los pacientes, porque existe cumplimiento de los planes que prescribe el médico tratante mes a mes.

Considerando el atributo de la *oportunidad*, éste fue valorado bajo la meta definida de 3 días, como el tiempo estipulado para el inicio del plan de atención al paciente; se evidenció que el incumplimiento más notable fue para el mes de enero con un promedio de 6.1 días, duplicando el tiempo estipulado.

La *oportunidad* se ve afectada a causa de retrasos en la asignación del terapeuta en el inicio de las sesiones prescritas, lo que representa una evaluación negativa que se traduce en un descredito para la institución, ya que se presentarán *preguntas, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS)*, o acciones legales y una implicación desfavorable contractual con la EPS.

Asimismo, se evidencia la falta de medición de *oportunidad* en el servicio como una labor de autocontrol institucional, que se pueda ver reflejada en un indicador de calidad. También la falta de capacitación y compromiso del personal son factores incidentes que ponen en riesgo los pacientes y que crean una problemática para la dirección estratégica que obstaculiza las políticas institucionales y normativas que buscan alcanzar unas metas y objetivos, frente a sucesos que no se pueden cumplir cabalmente.

Cabe agregar que la *oportunidad* es directamente proporcional a la *accesibilidad* y su resolutividad vital en términos de eficiencia en los procesos y como una respuesta rápida que contribuye a la atención o tratamiento de la enfermedad, disminuyendo las complicaciones, secuelas y riesgos inherentes de las patologías.

Por último, para el análisis de la *satisfacción global del usuario* del presente estudio se tuvo en cuenta la percepción de los encuestados, en donde se evidenció que la satisfacción global fue del 93,5 %, resaltando aspectos tales como: el cumplimiento de plan de terapias, el cumplimiento por parte del profesional en cuanto a la llegada a cada uno de los domicilios y los agradecimientos a la institución. Sin embargo, el 6,5% restante manifestó inconformidades relacionadas con falta de adherencia al lavado de manos, trato inhumano, falsificación de firmas, falta de seguimiento a curaciones e inconsistencias en trámites administrativos. Considerando las inconformidades manifestadas, éstas permiten identificar que se presentan importantes problemáticas que atañen con procesos administrativos y asistenciales relacionados con la plataforma estratégica, lo que hace necesario implementar acciones de mejora orientadas al replanteamiento de procesos a nivel administrativo y asistencial.

También el hecho de abordar una problemática que se relaciona con el trato inhumano hacia los pacientes, la falsificación de firmas y las dilaciones de índole administrativo, hace pensar que se debe revisar la plataforma estratégica y los valores corporativos, que permitan cumplir la misión, puesto que la ética es reconocida cada vez más como un componente importante del cuidado clínico de alta calidad. Se debe destacar que los terapeutas deben actuar conforme a la singularidad del hogar para optimizar la no –

maleficencia, así como compartir el cuidado con los cuidadores de los pacientes para fomentar la beneficencia.

En definitiva, la atención domiciliaria es una modalidad de atención que brinda facilidades de acceso a los servicios, planes de tratamiento del paciente y sus problemas de salud, que por su situación de discapacidad física no le permiten desplazarse a un centro de salud, buscando también disminuir las demoras en la atención en salud. No obstante, se encuentran incumplimientos de procesos y procedimientos institucionales en los cuales se debe reforzar la supervisión, seguimiento y evaluación, pues el equipo de salud perteneciente al programa cumple con los requerimientos del paciente en las diferentes visitas domiciliarias.

Conclusiones y recomendaciones

Las encuestas analizadas con respecto a la satisfacción del usuario frente a los servicios de salud recibidos se convirtieron en una herramienta pertinente para la caracterización de la población sujeto de estudio y aportar a la toma de decisiones determinando las causalidades y expectativas frente a la atención en salud en modalidad domiciliaria, las cuales se relacionan a continuación.

- En las características sociodemográficas de los pacientes con atención domiciliara, se encontró mayor prevalencia del grupo etario denominado vejez en donde predominó el sexo femenino; la patología con mayor incidencia fue parálisis cerebral y con menor incidencia la fractura de fémur no especificada. De igual manera se pudo determinar una asociación entre el género y la insatisfacción frente a la atención ya que son pacientes dependientes de un cuidador primario, siendo éste el responsable de diligenciar la encuesta de satisfacción. En las localidades de la zona sur de Bogotá es donde se concentra la mayoría de los pacientes beneficiados por el servicio de rehabilitación de la IPS objeto de estudio, influyendo de manera importante el que haya mayor índice de inseguridad en las localidades como Ciudad Bolívar, Kennedy y Bosa ya que contribuye al incumplimiento de los atributos de *accesibilidad*, *oportunidad* y *continuidad*. Se determinó, por último, que la línea de servicio que mayor demanda presentó fue terapia física frente a las otras líneas de servicio de la IPS.
- Para determinar la satisfacción del usuario, se tuvo en cuenta el análisis del cumplimiento de los diferentes atributos de calidad. Para el atributo de *seguridad* se identificó el cumplimiento de uso de elementos de protección personal y medidas de bioseguridad, con el fin de asegurar los procesos asistenciales, adherencia a los procedimientos, guías de práctica clínica y procesos relacionados con el consentimiento informado; sin embargo se evidencia que existe un sesgo que afecta la Política de Seguridad del Paciente Institucional, la cual da lugar a la ocurrencia de eventos adversos, como por ejemplo el no realizar el adecuado uso de los elementos de protección personal y la baja adherencia al lavado de manos, lo que conlleva a *infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)*.

A su vez, el consentimiento informado es diligenciado de manera rutinaria y consecuentemente no hay una cadena de procesos que prevengan la ocurrencia de riesgos durante los procedimientos, ejemplificado en el desconocimiento por parte del cuidador acerca de los procedimientos a realizar por parte del personal en salud.

- Se logró identificar que el atributo de *accesibilidad* tiene gran relevancia en la atención domiciliaria, ya que de este depende el cumplimiento de los demás atributos, siendo de vital importancia para los procesos de referencia y contrarreferencia entre EPS e IPS determinado como una barrera para el cumplimiento de los atributos de *oportunidad* y *continuidad, p*or lo cual resulta necesario el desarrollo de alianzas con diferentes entidades con objeto de garantizar el derecho a la salud del paciente.
- Los atributos que reportaron tener mayor causa de insatisfacción fueron los de *continuidad y oportunidad*. Se logró evidenciar en el presente estudio en cuanto a la *continuidad* de los servicios efectivamente prestados, versus los

servicios solicitados del servicio de terapia física, una alta demanda durante el año, exceptuando los meses de junio, noviembre y diciembre, los cuales son meses de receso por temporadas de descanso específicas, lo que evidencia una discontinuidad en el servicio de terapia física generando reprocesos clínicos en la evolución de los pacientes y por consiguiente deterioros en la salud, que implican mayores gastos y tiempo de terapias para continuar con el proceso terapéutico.

- El atributo de *oportunidad* es directamente proporcional a la *accesibilidad y a la continuidad* en la atención domiciliaria. La cual se ve afectada a causa de factores contributivos como dificultad en cobertura de los servicios que se prestan a pacientes que viven en zonas de difícil acceso o de alta peligrosidad, que generan importantes repercusiones en el avance y tratamiento del paciente, como también complicaciones pues no se cumple a cabalidad la prescripción médica.
- En cuanto a los atributos de *pertinencia* y *satisfacción del usuario* se pudo identificar satisfactoriamente un porcentaje por encima de una meta proyectada del 90% de cumplimiento. Es importante recalcar que el cumplimiento al diligenciamiento diario de las bitácoras de atención conlleva a que la IPS objeto de estudio correlacione estas con el cumplimiento a los planes de manejo estipulados, así, cumpliendo con lo pautado en las relaciones contractuales EPS – IPS y usuarios – IPS. Las causales de insatisfacción analizadas para la presente investigación se ven enmarcadas en los incumplimientos de los atributos de calidad presentados previamente.

Se puede afirmar entonces, que es importante trabajar de la mano con la alta gerencia en aras de brindar *seguridad*, *oportunidad* y calidad en la atención de los pacientes beneficiados con el programa de rehabilitación a nivel domiciliario ofertado por la IPS objeto de estudio, encontrando que los usuarios actualmente manifestaron altos índices de satisfacción respecto a los servicios domiciliarios que presta la IPS objeto de estudio. Sin embargo, se hace necesario fortalecer los canales de comunicación del usuario con la institución y a su vez la comunicación con los profesionales de salud en aras de buscar capacitación continua para llegar a una adherencia completa de guías, protocolos y procedimientos, que ayuden a mejorar la calidad de la atención en salud. De igual manera, es importante conocer las falencias, dificultades y vacíos percibidos por los usuarios del servicio de rehabilitación domiciliaria de forma tal que dichas debilidades se transformen en oportunidades de mejora.

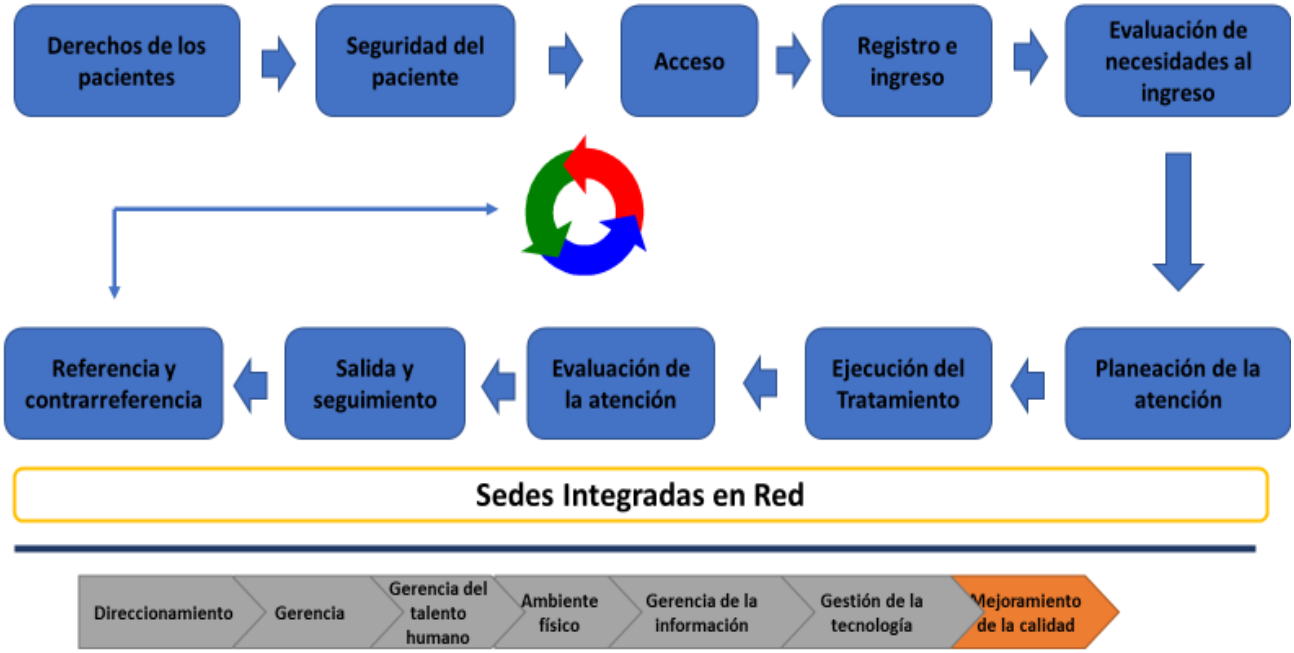
Por último, se sugiere adoptar medidas de mejoramiento continuo tales como capacitaciones, socializaciones, auditorías internas y externas, para realizar retroalimentaciones al personal asistencial y administrativo sobre las debilidades y fortalezas de la IPS objeto de estudio.

Acciones de mejora

Para alcanzar el cumplimiento de los objetivos establecidos por parte de la IPS objeto de estudio es indispensable conocer las causas y las variables que generan insatisfacción frente a la prestación del servicio que reciben los usuarios. Así, es importante desde la parte gerencial que se determinen problemas – soluciones, realizando un seguimiento y buscando una mejora continua a los procesos, buscando la excelencia, la participación y la apropiación por parte del personal de salud, quienes finalmente tienen comunicación directa con el usuario y actúa representando la IPS.

Se proponen acciones de mejoramiento bajo la matriz de priorización 5W1H, con implementación del ciclo PHVA, estrategia sugerida a partir del modelo de acreditación según el ICONTEC. Éste se enmarca bajo una filosofía que contempla la *seguridad* del paciente, que busca minimizar un evento adverso en el proceso de atención, la existencia de políticas de programas dirigidos a la humanización, que tengan en cuenta la dignidad del ser humano, la gestión de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y las instituciones, y el enfoque de gestión del riesgo

Figura 1. *Modelo de acreditación para IPS, según ICONTEC*



Fuente: *Los autores, adaptado de Rodríguez, C. (2021). Comportamiento en el aula [Módulo de acreditación en salud]. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.*

mediante la provisión de servicios de salud, accesibles y equitativos teniendo en cuenta el balance, entre la gestión clínica, administrativa, los beneficios, riesgos y costos.

Para ello, se debe abordar el plan de mejora como un proceso de transformación cultural y organizacional, que sea desde el direccionamiento y el talento humano que tenga en cuenta el aprendizaje organizacional, las estrategias y buenas prácticas que se desarrollen en la institución, con el fin de disminuir las inequidades que se puedan presentar por las dificultades de acceso a los domicilios. Se proponen acciones de mejora bajo los estándares de derechos de los pacientes, *seguridad* del paciente, acceso, registro e ingreso y evaluación de necesidades al ingreso del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1. tal y como se evidencia en la Figura 1.

Una vez analizados los datos, se formularon una serie de recomendaciones para mejorar a partir de las cuatro fases del ciclo de gestión PHVA, teniendo en cuenta los atributos con mayor insatisfacción.

Entre las actividades propuestas se abordaron acciones de mejora planteadas desde el ingreso del paciente a la institución en donde se presta el servicio, tal como identificar las multipatologías y comorbilidades con el fin de priorizar la población por medio de bases de datos y se propongan planes de manejo específicos para el abordaje de dichas patologías y que no se

presenten dilaciones durante el proceso de atención.

Dentro del atributo de *seguridad* se plantearon acciones de mejora dirigidas a determinar claramente la necesidad y la importancia de llevar a cabo un adecuado diligenciamiento del consentimiento informado, proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado dando cumplimiento al estándar 32 del manual de acreditación. Esto a partir de planes de capacitación al personal sobre las guías prácticas de atención segura, mejorando la actuación de los profesionales, en relación con la importancia de la funcionalidad del consentimiento informado, que permita posteriormente evaluar la suficiencia del contenido de información, habilidades de intervención y diálogo, actualización del consentimiento informado, diligenciamiento adecuado, oportuno y veraz, así como el entendimiento de la responsabilidad por parte de los profesionales y el entendimiento por parte del paciente, según el estándar 32 del manual de acreditación.

Entre otros aspectos de mejora, relacionados con el adecuado cumplimiento en la toma y registro de signos vitales, se propuso estandarizar lineamientos para la adherencia al protocolo de toma de signos vitales, previo proceso asistencial y el correcto uso de los mismos, en los cuales se capacite al personal de salud sobre la importancia de la adecuada toma e interpretación de signos vitales, e indagar sobre la existencia de equipos biomédicos que se encuentren en buen uso y tengan trazabilidad para la atención del paciente.

En relación con la mejora del proceso de lavado e higiene de manos, se propuso definir e implementar procesos de prevención y control de infecciones relacionados con la atención del usuario, basados en guías y protocolos, en donde se defina un plan de prevención de control de infecciones con una capacitación inicial y refuerzos periódicos, que permita ser evaluado en la auditoría concurrente en el domicilio, con el fin de establecer mejoras en dichos procesos.

Y finalmente las acciones de mejora enfocadas en los atributos más afectados: *oportunidad y continuidad*, los cuales se especifican en la tabla 1.

Tabla 1. *Acciones de mejoramiento propuestas*

Mejorar los tiempos de inicio de prestación del servicio, así como su continuidad	
QUÉ	Cumplir con los tiempos estipulados para inicio de prestación del servicio y a su vez dar continuidad a los planes de manejo prescritos por historia clínica.
CÓMO	P: Asegurar que las políticas, directrices, proceso y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública se acuerdo al estándar 52 del manual de acreditación. Hacer uso de mesas de ayuda para garantizar adecuada prestación del servicio H: Contar con guías y criterios específicos de los casos en los cuales se remite, el por qué y para qué derivado de la accesibilidad de la zona de prestación de servicio; también conocer la disponibilidad o la capacidad instalada de profesionales de acuerdo con la zona y a la cantidad de planes de manejo estipulado. V: Evaluar la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones por parte de la EPS, como también verificar el número de profesionales prestantes por cada zona. A: Brindar información completa al usuario y a su familia sobre el proceso de ingreso y mantenimiento de los planes de rehabilitación, así como

Mejorar los tiempos de inicio de prestación del servicio, así como su continuidad	
	los procedimientos administrativos a seguir.
POR QUÉ	La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que se le presta el servicio.
DÓNDE	Oficinas administrativas de la IPS
QUIÉN	Gerencia médico - científica
CUANDO	A los dos meses
INDICADOR	Proporción de pacientes que cumplen criterios de ingreso al programa de atención domiciliaria
META	El 90% de los pacientes tendrán cumplimiento total de criterios de ingreso al programa de atención domiciliaria.
SEGUIMIENTO N°1	Al mes de socializada la propuesta
SEGUIMIENTO N°2	Al mes siguiente de la puesta en marcha
RECURSOS Y HERRAMIENTAS CLAVES	Bases de datos de presentación de pacientes y de cumplimiento de criterios de ingreso.

Fuente: *Los autores, a partir del análisis de resultados del estudio, noviembre 2021*

Bibliografía

Álvarez, M., Cañizales, N., & Eslava, A. (s.f.). Satisfacción de los usuarios, familiares y/o acompañantes con atención de enfermería domiciliaria de régimen especial en una IPS en Bucaramanga, entre el segundo y tercer trimestre del año 2016. 35 - 48.

Arroyo, A., & Bayona, X. (2019). Guía de atención domiciliaria: Atención primaria pura. Atención Primaria, 51(9), 527-528.

Bayona, X., Limón, E., & Cegri, F. (2017). Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. Atención primaria, 264-266.

Dávila, G., Pinzón, R., & Saavedra, M. (2019). Percepción de las personas cuidadoras en relación con el programa de atención domiciliaria para adultos mayores. ACC CIETNA, 6(2), 112-129.

Esteban, J., Ramírez, D., & Sánchez, F. (04 de 02 de 2005). Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. Obtenido de https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf

Fuentes, G., & Sánchez, M. (2016). Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. Revista CES salud pública, 7(2), 1-11.

González, R., Fernández, M., González, M., Castro, C., Vaillard, E., Lezama, G., & Carrasco, R. (2008). La calidad de la atención en salud. Revista Oral, 9(1), 1–20.

Loachami, A., & Medranda, A. (2018). Loachami Ariana - medranda Adriana. 14 - 105.

Mazili, D., Gómez, M., Caravias, A., Molero, M., Muñoz, V., & Fernández, I. (18 de 02 de 2006). Guía de actuación clínica: guía de atención domiciliaria. Obtenido de Guía de Actuación Clínica Distrito Santuario Málaga: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0280.pdf

Molina, E. (2011). Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Repositorio Universidad Nacional, 1 - 5.

Montañez, M. (2019). Evaluación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en una empresa de medicina prepagada en Bogotá. Centros de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, 1-16.

Nageswaran, S., & Golden, S. (2017). Improving the Quality of Home Health Care for Children with Medical Complexity. Academic Pediatrics, 665-671.

Parra, D., Valenzuela, V., Quiroz, V., Espinoza, S., Zapata, E., & Vásquez, S. (2016). Satisfacción de la visita domiciliaria por enfermero/a en cuidadores de personas mayores postradas. Revista Perú obstetricia enfermería, 12(1), 10 - 12.

Peralta, A., García, E., Castellanos, N., Chavarro, D., Venegas, L., & Cano, C. (2020). Delirium prevalence in a Colombian hospital, association with geriatric syndromes and complications during hospitalization. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 1-6.

Pinzón, M., Galvis, C., & Vacca, A. (2019). Percepción de directivos de programas de atención domiciliaria en el departamento del Meta. Orinoquía, 23(1), 95 - 104.

Suarez, M. (2021). Atención integral a domicilio. revista Médica La Paz, 18(2), 52-58.

Velandia, F., Ardón, N., & Jara, M. (2007). Satisfacción y calidad: Análisis de la equivalencia o no de los términos. Revista de gerencia y políticas de salud, 6(13), 3-5.

Corrales, D., & Palomo, L. (2014). La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. Elsevier, 51 - 58.

Dávila, G., Pinzón, R., & Saavedra, M. (2019). Percepción de las personas cuidadoras en relación con el programa de atención domiciliaria para adultos mayores ESSALUD, 2016. ACC CIETNA, 112 - 129.

Ministerio de Salud y Protección Social. (09 de 11 de 2021). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Detectar-Infecciones.pdf.

Ministerio de Salud y Protección Social. (09 de noviembre de 2021). https://www.minsalud.gov.co. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-funcionalidad-procedimientos.pdf.

Ministerio de Salud y Protección Social. (09 de 11 de 2021). https://www.minsalud.gov.co/portada-covid-19.html. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf.

Ministerio de Salud y Protección Social. (09 de 11 de 2021). https://www.minsalud.gov.co/portada-covid-19.html. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf.