

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS, FAMILIARES Y/ O ACOMPAÑANTES CON
ATENCION DE ENFERMERIA DOMICILIARIA DE REGIMEN ESPECIAL EN UNA IPS
EN BUCARAMANGA, ENTRE EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2016.

MÓNICA ÁLVAREZ VERGARA

NATHALIA CANIZALES RODRIGUEZ

ANDREA ESLAVA CERÓN

ASESORA

ANABELLE ARBELAEZ VELEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA-UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA

BUCARAMANGA

2016

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS, FAMILIARES Y/ O ACOMPAÑANTES CON
ATENCION DE ENFERMERIA DOMICILIARIA DE REGIMEN ESPECIAL EN UNA IPS EN
BUCARAMANGA, ENTRE EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL AÑO 2016.

MÓNICA ÁLVAREZ VERGARA

NATHALIA CANIZALES RODRIGUEZ

ANDREA ESLAVA CERÓN

TESIS

ASESORA

ANABELLE ARBELAEZ VELEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA-UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD

BUCARAMANGA

2016

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	5
ABSTRACT AND KEYS WORDS.....	6
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 MARCO HISTÓRICO.....	10
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	14

2.3 MARCO SITUACIONAL.....	18
2.4 MARCO LEGAL.....	19
3. OBJETIVOS.....	21
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
3.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	21
4. METODOLOGÍA.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	22
4.2 POBLACIÓN.....	22
4.2.1 Criterios de Inclusión.....	22
4.2.2 Criterios de Exclusión.....	22
4.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	23
4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	25

4.4.1 Fuentes de Información	25
4.4.2 Instrumento para la recolección de la información.....	25
4.4.3 Proceso para la obtención de la información.....	26
4.5 PRUEBA PILOTO	26
4.6 CONTROL DE ERRORES Y SEGOS.....	26
4.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO.....	26
4.8 ANÁLISIS DE DATOS.....	27
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	28
6. RESULTADOS.....	29
6.1 VARIABLE SEXO.....	29
6.2 VARIABLE EDAD.....	29

6.3 MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN.....	30
6.3.1 Variable pregunta 1.....	30
6.3.2 Variable pregunta 2.....	30
6.3.3 Variable pregunta 3.....	31
6.3.4 Variable pregunta 4.....	31
6.3.5 Variable pregunta 5.....	32
6.3.6 Variable pregunta 6	32
6.3.7 Variable pregunta 7.....	33
6.3.8 Variable pregunta 8.....	33
6.3.9. Variable pregunta 9.....	34
6.3.10. Nivel de satisfacción general.....	35
7. DISCUSIÓN.....	36

8. CONCLUSIONES.....	37
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
10. ANEXOS.....	41

RESUMEN

La atención domiciliaria se define como el conjunto de actividades biopsicosociales realizadas por un equipo interdisciplinario, que incluyen contenidos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en el domicilio de la persona, para detectar, valorar, apoyar y realizar el seguimiento a los problemas tanto de salud como sociales del usuario y su familia, con el fin de potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida.

Se ha reconocido el papel protagónico del enfermero/a en cuidados domiciliarios en donde la calidad de atención está estrechamente relacionada con una elevada capacidad científico-técnica y experiencia profesional que se ve reflejada en la eficiencia, eficacia y efectividad del cuidado. Por lo tanto el perfil del equipo de enfermería debe contar con capacidad de interactuar, dar adecuada calificación a cada caso y cierto grado de autonomía en la realización de las actividades asignadas.

Esta investigación busca conocer el grado de satisfacción que tienen los usuarios, familiares y/o acompañantes, que utilizan el servicio de enfermería domiciliaria de una IPS (cuyo nombre se omitirá por petición de la empresa al tratarse de pacientes de régimen especial). Con el resultado de este estudio los pacientes se beneficiarán en las mejoras que la institución establezca en la prestación del cuidado de enfermería elevando la calidad de vida personal y familiar. La institución y el personal de enfermería se beneficiarán conociendo la satisfacción del usuario respecto al servicio ofrecido y a su vez dando prestigio, credibilidad y confiabilidad a los servicios que ofrece.

El desarrollo de este trabajo se realizó bajo un estudio de tipo descriptivo entre el segundo y tercer trimestre del año 2016 con recursos propios, por medio de la aplicación de una encuesta estructurada y validada de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria de enfermería (SATISFAD-10).

Posterior al análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta que el objetivo del estudio es determinar el nivel de satisfacción de los usuarios con atención domiciliaria de enfermería, se puede concluir que el 80% de los pacientes se encontraban satisfechos con la atención brindada por el servicio de enfermería quienes aportaban al cuidado del

paciente y permitían la vinculación de la familia en los cuidados, educando constantemente en las actividades básicas que desarrollaban, además de siempre velar por la intimidad y el buen trato al usuario buscando su comodidad y bienestar.

Palabras claves: atención domiciliaria, enfermería, usuario, satisfacción.

ABSTRACT

Home care is defined as the set of biopsychosocial activities carried out by an interdisciplinary team, including content promotion, prevention, treatment and rehabilitation, at the address of the person to detect, evaluate, support and monitor the problems both health and social user and his family, in order to strengthen the autonomy and improve the quality of life.

Has recognized the leading role of the nurse / a in home care and quality of care is closely related to high scientific and technical expertise and professional experience that is reflected in the efficiency, effectiveness and efficiency in care, therefore the profile of the nursing team must have ability to interact, appropriate rating for each case and a degree of autonomy in carrying out the assigned activities.

This research seeks to know the degree of satisfaction with users, family and / or companions, who use the service nursing home IPS (whose name be omitted by request of the compañía to be special regime patient). With the result of this study patients will benefit improvements that the institution established in the provision of nursing care by raising the quality of personal and family life. The institution and the nursing staff will benefit by knowing user satisfaction regarding the service offered and in turn giving prestige, credibility and reliability of the services offered.

The development of this work was done under a descriptive study during the second quarter of 2016 with own resources through the application of a structured and validated assessment of satisfaction with services nursing home care survey (SATISFAD- 10).

After analyzing the data obtained and given that the aim of the study is to determine the level of user satisfaction with nursing home care, It can be concluded that 80% patients were satisfied with the care provided by the nursing service who contributed to patient care and allow linking the family in care, constantly educating on core activities developed, besides always ensure privacy and good treatment of users looking for their comfort and welfare.

Keywords: home care, nursing, user, satisfaction.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención domiciliar es un programa que brinda cuidados en el propio domicilio a las necesidades de los usuarios mayores, con enfermedades crónicas y/o terminales de diagnóstico y tratamiento establecido o con discapacidades que les impiden el acceso a los servicios de salud por sus propios medios. ⁽¹⁾

Uno de los principales retos del sistema de salud es mejorar la calidad de la atención, por lo tanto en los últimos años las instituciones de salud han centrado su interés en este tema.

En términos de la evaluación de la calidad de los servicios, la satisfacción del usuario es uno de los aspectos que debe tomarse en cuenta como parte sustantiva de la atención, considerándola como una forma de evaluar los servicios otorgados y como una estrategia para mejorar su planeación y organización. De acuerdo con Deming, la calidad significa dar respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas del usuario, enfocándose siempre en la mejora continua del servicio.⁽²⁾

Donabedian propone para el modelo de atención a la salud la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, donde el usuario sea el árbitro final de la calidad y sea quien decida si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. ⁽³⁾

La evaluación de las prestaciones y los servicios sociales por parte de los usuarios responde a las nuevas exigencias que deben reunir los servicios y el compromiso ético en las disciplinas que involucran lo social. ⁽⁴⁾

La gestión en las organizaciones se hace por algo y sobre todo para alguien, por tal motivo prima la orientación hacia el cliente o usuario y es aquí donde se demuestra la validez y eficacia de la calidad en las instituciones. ⁽¹⁾

Aunque se hagan encuestas de satisfacción a los usuarios de los servicios domiciliarios, su trascendencia social es escasa, y prueba de ello es la ausencia de referencias en la literatura científica que las avale o que, simplemente, sirvan para que se conozca su existencia. ⁽⁵⁾

Los estudios de satisfacción de los usuarios en la IPS domiciliaria es poco o casi nulo, sin embargo es evidente la importancia de realizar este tipo de evaluación y seguimiento ya que los cuidados domiciliarios son imprescindibles para los pacientes dependientes los cuales son los directamente afectados en la atención, quienes necesitan enfermeras con gran autonomía para desarrollar su trabajo, debido a que ellos son considerados como el principal objetivo de este tipo de servicio y por ende el grado de satisfacción del paciente y/o familiares es un indicador básico de la calidad asistencial ofrecida. ⁽⁶⁾

La atención brindada por parte del personal de enfermería por medio de aspectos objetivos y subjetivos, permiten lograr un nivel de satisfacción al usuario, aspectos que implican igualar o sobrepasar las expectativas del mismo frente al servicio, de tal manera que cuando se superan las necesidades de los usuarios y predomina el bienestar, aumenta la calidad de los servicios prestados garantizando una mejor disposición en la atención, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo al estado de salud, mejora el prestigio de la institución, razón por la cual es de importancia medir la satisfacción del usuario y que la institución implemente estrategias que mejoren las condiciones de los servicios domiciliarios. ⁽⁴⁾

Una evaluación sistematizada, periódica y permanente de la calidad con que se presta la atención y de la satisfacción de sus usuarios, es estratégica para la identificación, registro y seguimiento de los problemas hasta su solución, representando una metodología efectiva para mejorar la calidad de los servicios domiciliarios. ⁽³⁾

1.2 JUSTIFICACIÓN

Estudios han indicado fallas en la calidad y seguridad en la atención con ocurrencia de eventos indeseados que han perjudicado la imagen de algunas instituciones de salud; tal motivo nos incentiva investigar y analizar las expectativas y puntos de vista que tienen los

usuarios, familiares y/o acompañantes sobre la atención recibida por parte del prestador de servicio domiciliario de enfermería. ⁽⁴⁾

Es importante saber la opinión de los usuarios sobre el cuidado que se le ha prestado y su satisfacción, porque se convierte en un indicador de resultado, direccionando a la institución a tomar caminos decisorios de transformación e innovación. ⁽²⁾

La satisfacción del usuario con los cuidados de enfermería, generalmente se mide considerando dimensiones, dentro de las cuales se incluyen aspectos técnicos (procedimientos), psicológicos (confianza, relaciones positivas y calidez) y sociales (relación interpersonal enfermera-paciente y educación al paciente); algunos otros instrumentos incluyen una dimensión más que se refiere al monitoreo y seguimiento de la evolución de la salud del usuario. ⁽⁷⁾

El cumplimiento adecuado de estas dimensiones durante la atención, por parte de los profesionales de enfermería, hace que los usuarios afirmen un sentimiento de satisfacción con la atención proporcionada por parte del profesional. ⁽⁷⁾

El espacio de la atención domiciliaria debe caracterizarse por un servicio de enfermería altamente calificado, al que la población identifique como una fuente de cuidados y donde estos se evalúen con criterios de pertinencia y efectividad. ⁽²⁾

La medición y evaluación de la calidad percibida por los usuarios es un objetivo clave de la evaluación en las instituciones de servicios y se recomienda su aplicabilidad, no solo por el proceso en sí mismo, sino por su destacada pertinencia en el mejoramiento continuo. Los servicios de salud resultan susceptibles a la medición por medio de instrumentos que preguntan al usuario por la calidad, pues se reconoce la utilidad que brindan los hallazgos obtenidos en las instituciones, al favorecer la atención, disminuir los costos, motivar al personal y crear una diferenciación respecto a la competencia. ⁽⁸⁾

El cuidado de enfermería aborda aspectos de atención hospitalaria e involucra determinantes subjetivos tales como la cordialidad, la empatía y la credibilidad que marcan la diferencia en la atención individualizada del usuario e influyen en el bienestar y la satisfacción de las necesidades del mismo. Los aspectos de calidad percibida por el usuario impulsan estrategias para el mejoramiento de los servicios y la prestación, en tanto los usuarios son el motivo principal de las instituciones de salud. ⁽⁹⁾

Con los resultados de este estudio los pacientes se beneficiarán en las mejoras que la institución establezca en la prestación del cuidado de enfermería elevando la calidad de vida personal y familiar. La institución y el personal de enfermería se beneficiarán conociendo la satisfacción del usuario respecto al servicio ofrecido y a su vez dando prestigio, credibilidad y confiabilidad a los servicios que ofrece.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios, familiares y/o acompañantes con la atención de enfermería domiciliaria de régimen especial en una IPS entre el segundo y tercer trimestre del 2016?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO HISTÓRICO

La hospitalización domiciliaria a nivel mundial es una modalidad de prestación de servicios de salud que trae consigo amplios beneficios para el usuario, la familia, sus cuidadores y por supuesto para las instituciones que brindan la oportunidad de la atención en casa. El profesional de enfermería por ser participante activo en el proceso de cuidado holístico del paciente en su domicilio, tiene la responsabilidad directa de ofrecer un servicio con calidad, valiéndose de sus conocimientos, valores, actitudes y habilidades para satisfacer las expectativas del sujeto de cuidado. Dicha satisfacción se logra a través de la relación terapéutica establecida entre la enfermera y su sujeto de cuidado, siendo la percepción positiva o negativa que este último tenga de dicha relación la que finalmente determina la calidad de la atención. ⁽¹⁰⁾

El primero de estos programas a nivel mundial fue creado en 1947 por el doctor E.M Bluestone en New York. En Colombia, el pionero en esta modalidad fue la Fundación Santa Fé con su programa “Home Care” en 1993, seguido por otras instituciones, las cuales han contribuido ampliamente al desarrollo de esta modalidad en el país. Dicha modalidad brinda asistencia a pacientes con patologías de baja y media complejidad para los cuales se ofrecen servicios de antibiótico-terapia, administración de medicamentos parenterales, cuidados paliativos, manejo de dolor, clínica de heridas, manejo de anticoagulación, toma de laboratorios, nutrición enteral, oxigenoterapia y rehabilitación, entre otros. ⁽¹⁰⁾

Este modelo multidisciplinar requiere para la prestación de sus servicios de personal administrativo y asistencial donde los profesionales del área de la salud como: médicos, enfermeras, terapeutas de todas las áreas, nutricionista, auxiliares de enfermería entre otros, son quienes brindan la asistencia integral al paciente en su domicilio, siendo las enfermeras las responsables directas del cuidado holístico del paciente y su familia, valorando, planeando, ejecutando, controlando y evaluando su asistencia. ⁽¹⁰⁾

En Colombia se empezó a implementar la atención y la hospitalización domiciliaria de manera sistemática con la aplicación de la Ley 100, hasta el punto que hoy casi todas las grandes aseguradoras tienen sus empresas filiales para la prestación del servicio domiciliario, y está en crecimiento constante. Se aprecia notablemente el interés por este tipo de servicio con el fin de mejorar las condiciones de vida y disminuir costos de hospitalización. ⁽¹¹⁾

Ya hace varios años algunas IPS y EPS del régimen contributivo de salud adoptaron el modelo de hospitalización domiciliaria para aquellos afiliados que requerían hospitalización institucional, pero dadas las condiciones clínicas y geográficas del paciente permitían que se hicieran en su propio domicilio, facilitándole estar en un entorno familiar, garantizándole su privacidad y una recuperación más pronta de su estado de salud a través de actividades como la administración de medicamentos, oxígeno domiciliario, curaciones. ⁽¹²⁾

La atención domiciliaria desde sus inicios ha venido evolucionando rápidamente, ofreciendo servicios como:

-La hospitalización domiciliaria: "Una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja" considerado servicios de: enfermería, curación de heridas, terapia física o respiratoria, manejos de ostomías y catéteres. ⁽¹⁰⁾

-Atención Domiciliaria o Home Care: "Cuidados a domicilio" Estos servicios son designados así de forma genérica a un amplio abanico de servicios de apoyo para personas dependientes y con incapacidades. La denominación incluye tareas domésticas que requieren una cualificación mínima, hasta cuidados profesionales que utilizan tecnologías sofisticadas. Esta modalidad de atención varía también en términos de la duración de los servicios: en unos casos se ofrecen por un breve periodo tras una hospitalización, mientras que en otros se trata de cuidados de larga duración requeridos a consecuencia de procesos crónicos invalidantes. ⁽¹⁰⁾

-Tele asistencia domiciliaria: a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, ubicado en un centro de atención, y en el domicilio de los usuarios permite a las personas mayores, con sólo pulsar el botón del medallón o reloj que llevan constantemente, entrar en contacto verbal desde su domicilio, con un centro atendido por profesionales. ⁽¹⁰⁾

-Ayuda a domicilio: servicio que tiene como prioridad la atención a aquellos ciudadanos de la tercera edad que presenten limitación de su autonomía personal, y que tengan dificultades para el desarrollo de su vida, tanto a nivel físico como psicológico. Referentes importantes de estos servicios se encuentran en España. ⁽¹⁰⁾

En Colombia se encontró que en términos de salud se tiene una oferta de profesionales en medicina, nutrición, enfermería, psiquiatría, y neuropsicología; servicio de terapias en: fonoaudiología, psicología, fisioterapia, terapia respiratoria y terapia ocupacional, planificación y administración de medicamentos formulados, cuidados y controles alimentarios, identificación de factores de riesgo con sus respectivas medidas preventivas. ⁽¹⁰⁾

La atención domiciliaria se conoce como la primera modalidad de atención en salud que se conoció en el mundo, la egiptología narra cómo los médicos y las personas encargadas de la sanidad visitaban a los enfermos en sus viviendas para curarlos; actualmente en todos los países de Suramérica existe esta modalidad de hospitalización. ⁽¹²⁾

Desde el punto de vista asistencial y de gestión, existen diferentes modelos organizativos de la atención domiciliaria. Tanto el modelo integrado (MI) como el modelo dispensarizado (MD) están formados por equipos interdisciplinarios, habitualmente constituidos por profesionales de medicina, enfermería y trabajo social, con el fin de ofrecer una atención integral a los usuarios y a sus familias. La principal diferencia entre dichos modelos radica básicamente en las horas dedicadas a la atención domiciliaria por parte de los profesionales involucrados. Mientras los miembros del equipo del MI disponen habitualmente de una hora diaria para realizar visitas domiciliarias, los del MD dedican la totalidad de su práctica asistencial a dicha actividad. ⁽⁶⁾

En los últimos años, el estudio de la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de gran utilidad en la gestión sanitaria para optimizar recursos, ya que los pacientes son considerados el principal objetivo de dichos servicios y, por ende, su grado de satisfacción es un indicador básico de la calidad asistencial ofrecida. En es decir, una mayor satisfacción se asocia a una mejor adherencia farmacológica y a un mayor seguimiento de las recomendaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. ⁽⁷⁾

Específicamente dentro del área de la enfermería, Cortés y Serrezuela mencionaron que la satisfacción es “la medida que hace que el paciente se sienta satisfecho con respecto al cuidado de enfermería y que se haya cumplido con las expectativas que tenía con respecto a la resolución del problema de salud”. ⁽⁸⁾

Desde la aparición de los primeros estudios de satisfacción del cliente hasta la década de 1960, se ha presentado una gran proliferación de estudios de investigación acerca de la importancia que tiene este tema para las empresas prestadoras de servicio de salud. La necesidad de tener en cuenta la opinión de los usuarios en las empresas de servicios de salud, obtuvo el reconocimiento merecido en el año de 1983, cuando la NHS (NATIONAL HEALTH- SERVICE- SERVICIO NACIONAL DE SALUD DE ESTADOS UNIDOS) hizo un llamado para tener en cuenta la percepción que los pacientes tenían sobre el servicio recibido. ⁽¹³⁾

Actualmente la satisfacción del paciente es vista con un objetivo real en los procesos de atención en salud y por lo tanto se ha convertido en un requisito indispensable para realizar una atención con calidad, es decir, la atención no puede ser de alta calidad a menos que el paciente este satisfecho. Para lograrlo es necesario realizar evaluaciones periódicas de manera continua en las cuales se tenga en cuenta la opinión de los usuarios, con el fin de obtener datos que permitan implementar acciones de mejoramiento. ⁽¹³⁾

En la evaluación de la calidad del cuidado, es fundamental medir el grado de satisfacción que el paciente ha tenido del servicio ofrecido por parte del profesional de enfermería. Avedis Donabedian resalta dentro del enfoque de resultados, la satisfacción como un elemento importante, ya que “es un aspecto del bienestar” y constituye juicios del paciente sobre la calidad de atención recibida y sus resultados. La satisfacción puede evaluarse a

través de la percepción que se tiene del servicio ofrecido, en este caso, el cuidado de enfermería. ⁽¹⁰⁾

En el año 2005 el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, en ella sugirió que dada la heterogeneidad y descentralización del país, las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, tenían la posibilidad de desarrollar “diferentes modelos de prestación de servicios” en el marco del sistema de salud vigente. En este sentido, se promueve la participación del sector privado con la finalidad de establecer redes de servicios de salud para optimizar recursos y mejorar el acceso, desarrollando un sistema de incentivos para prestadores en todo el territorio Colombiano; es así, como se fomentaron nuevas formas de operación de los prestadores públicos articulando acciones con el sector privado en la operación de los servicios. ⁽¹⁴⁾

El aumento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población ha producido un incremento en el número de personas que presentan múltiples problemas de salud, en ocasiones cambiantes e interrelacionados y de origen multifactorial. El cuidado de estas personas conlleva una importante carga de trabajo para los profesionales de la salud y sus familiares, así como un colapso en la red de prestadores hospitalarios, ya que la capacidad física de estos no es suficiente para el manejo de dichos problemas, existiendo en la actualidad un consenso sobre la necesidad de reorganizar los Sistemas de Atención en Salud mediante la creación de modelos que respondan a las exigencias sociales y que garanticen la forma de la atención extra hospitalaria, que permita brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con un relativo menor costo comparado con la atención tradicional. ⁽¹⁴⁾

En la atención domiciliaria, la constitución de un modelo o de un programa que oriente dicha atención, debe mantener unos parámetros que no coloquen en riesgo la vida del paciente y brinden siempre una solución a los problemas de salud, manteniendo como ventaja competitiva una calidad de vida exitosa para el paciente de acuerdo a su estado de salud, mental, físico y psíquico. ⁽¹⁵⁾

La hospitalización domiciliaria permite trasladar al hogar del usuario el personal en salud necesario para su tratamiento con igual calidad que la intrahospitalaria, propiciando la participación activa del personal de salud, el usuario y su familia en el proceso de recuperación del estado de salud. Con la medición de la satisfacción de los usuarios hospitalizados en casa, se busca tener conocimiento respecto a la apreciación de los servicios prestados por el hospital en el programa hospitalización y atención domiciliaria a fin de medir la operatividad y calidad de los mismos. ⁽¹⁶⁾

En este caso el estudio que se va a realizar es con el fin de indagar el nivel de satisfacción de los usuarios, familiares y/o acompañantes, ya que no se cuenta con ningún tipo de información al respecto en la Institución y es necesario conocer cómo se está brindando la atención y así constituir un plan de mejoramiento continuo en base a la información recolectada por medio de las encuestas de satisfacción.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Satisfacción: La satisfacción, del latín *satisfactio*, es la acción y efecto de satisfacer o satisfacerse. Este verbo refiere a pagar lo que se debe, saciar un apetito, sosegar las pasiones del ánimo, cumplir con ciertas exigencias, premiar un mérito o deshacer un agravio. Se entiende la satisfacción como un estado mental que se produce por la optimización de la retroalimentación cerebral. Diferentes regiones del cerebro compensan su potencial energético y brindan la sensación de plenitud. ⁽³⁾

Al alcanzar la satisfacción, el funcionamiento mental del ser humano se encuentra en armonía. La satisfacción contribuye a la felicidad mientras que por el contrario la insatisfacción genera sufrimiento. ⁽¹⁷⁾

Satisfacción en salud :

La satisfacción del usuario implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio; está subordinada a numerosos factores como las expectativas, valores morales, culturales,

necesidades personales y a la propia organización sanitaria. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus usuarios, y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la calidad de la atención de salud. ⁽¹⁸⁾

Para el Ministerio de Salud el abordar las inquietudes del usuario externo es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el usuario, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y sobre todo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos le ofrecen un servicio que no solo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad. Al respecto Diprette y Col. refieren que en los momentos actuales se es competitivo como organización o como persona si se está, entre los que, de acuerdo a criterios del mercado, proporcionan mayor satisfacción al cliente, de tal forma que la calidad de los servicios de salud pasa a constituir una exigencia que se extiende progresivamente desde una perspectiva de los usuarios y trabajadores de los servicios de salud, que los enfoques gerenciales denominan usuarios externos e internos respectivamente. ⁽¹⁸⁾

Asimismo Delbanco T. y Daley J. refieren que la satisfacción del usuario es uno de los resultados más importante de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento.

Para estos autores la satisfacción del cliente puede influir en:

- El hecho que el usuario procure o no procure atención.
- El lugar al cual acuda para recibir atención.
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios.
- El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios.

- El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

Según Cantú H., la calidad de servicio o satisfacción del usuario es más difícil de medir, no se puede almacenar, es complicada inspeccionar, no se puede anticipar un resultado, no tiene vida, sólo duración muy corta, se ofrecen bajo demanda, dependen mucho de las personas de menores sueldos; todo eso hace que la calidad de un servicio sea juzgada por el cliente en el instante que lo está recibiendo, lo que Calzan (citado por Cantú H.) popularizó como “los momentos de la verdad”. Los momentos de la verdad ocurren durante la interacción personal entre el que proporciona el servicio y quien lo recibe. ⁽¹⁸⁾

Al respecto, Cantú considera que los principales factores que determinan la satisfacción del usuario son el comportamiento, actitud y habilidad del empleado en proporcionar el servicio, el tiempo de espera y el utilizado para ofrecer el servicio; y, los errores involuntarios cometidos durante la prestación del mismo. ⁽¹⁸⁾

Asimismo, en lo que respecta a las actitudes se espera que el servidor sea amistoso, atento, responsable, educado, amable, cortés, etc. Su apariencia se ve influenciada por el uso de vestimenta apropiada, la limpieza y el aspecto general de su persona. En cuanto al comportamiento, debe ofrecer respuesta rápida, dar explicaciones claras, mostrar respeto al cliente, utilizar un lenguaje adecuado y saber escuchar con atención al cliente. ⁽¹⁰⁾

Thompson y Col. refieren que la satisfacción del usuario depende no solo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes. ⁽¹⁸⁾

Satisfacción del usuario:

La definición del término satisfacción, ha sido ampliamente debatida y discutida por las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad pone en necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en

salud y ha sido necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios.⁽¹⁹⁾

La satisfacción puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario, representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.⁽²⁰⁾

La satisfacción es un parámetro útil para evaluar los modelos de comunicación, como por ejemplo el éxito en transmitir la información e involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. La satisfacción del paciente en relación con los servicios de salud es un punto nodal para determinar la calidad de la atención médica que se presta. Es importante considerar que la satisfacción de los usuarios, es una actitud que esta condicionada por el estado emocional e influenciado por la información que reciben los pacientes y la evaluación de los servicios que ellos admiten.⁽²¹⁾

Satisfacción evaluada desde la percepción del usuario: La percepción, según Hermann L. F. Helmholtz “es el resultado de la capacidad del individuo de sintetizar las experiencias del pasado y las señales sensoriales presentes”. Como dimensión de la calidad es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en varios de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información. La percepción es una dimensión determinada por el contexto socio-cultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado.⁽¹⁸⁾

La percepción de los servicios de salud por parte de los usuarios se evidencia en la importancia de los siguientes factores: tiempo de espera, costo o modalidades de pago, trato recibido por el personal de salud, limpieza del área, nivel de comunicación entre personal de salud y el usuario, accesibilidad a los servicios de salud, comprensión de los problemas personales, confiabilidad de las instituciones, competencia técnica y seguimiento por parte de los doctores entre otros.⁽²²⁾

Satisfacción del usuario frente al cuidado de enfermería: Según Melum & Sinioris, aunque no exista una definición única de calidad de la atención de salud, varios de los autores considera la satisfacción del usuario como un buen punto de partida en el análisis de la calidad. Las quejas y los reclamos de los usuarios permiten que los proveedores de los

servicios definan los estándares de calidad adecuados para cada servicio a fin de implementar los cambios necesarios.

El cuidado de enfermería debe ofrecer un marco de garantía de calidad que lo haga competitivo, que satisfaga las necesidades de los usuarios y al mismo tiempo del personal de enfermería que trabaja en la unidad asistencial para que se sienta satisfecho de su labor. Ahora el usuario se ha convertido en el principal centro e impulso para elevar la calidad de los servicios sanitarios, por lo que su grado de satisfacción es el indicador fundamental de la calidad asistencial. ⁽²²⁾

Atención domiciliaria:

La atención domiciliaria consiste en la asistencia de los cuidados físicos, psíquicos y social prestados en el domicilio del individuo cuando este o la familia padece un proceso agudo o crónico y no tiene la capacidad o independencia suficiente para acudir al centro de salud.

Existen dos tipos de asistencia domiciliaria:

-La espontánea/imprevisible: se es por problemas agudos a iniciativa del paciente que solicita la atención.

-La programada/previsible: seguimiento de patologías crónicas por indicación de un profesional.

La atención domiciliaria tiene unas características especiales:

Es un proceso de atención longitudinal y continua, se realiza en el domicilio del individuo, se realiza bajo una concepción de atención psicosocial, el núcleo de la atención es la persona enferma y la familia cuidadora, los recursos necesarios para la atención a los problemas son fácilmente movilizables en el domicilio, actuación programada de intervención multidisciplinar.

La atención domiciliaria se define también como un programa de salud que establece objetivos y actividades asistenciales para los pacientes permitiendo una evaluación objetiva para su mejora. ⁽²³⁾

En el campo de la organización del cuidado de la salud, la atención domiciliaria representa una posibilidad de crear un modelo consensuado y armónico de organización y financiación entre los diferentes niveles del sistema de salud, procurando lograr el establecimiento y la consolidación de servicios que respondan adecuadamente a las necesidades del usuario. ⁽²²⁾

En general las razones del interés que despierta la atención domiciliaria tienen sustento en dos puntos de vista. Por un lado están las consideraciones sobre efectividad. Se reconoce que el sistema de atención domiciliaria suele traducirse en una mejor atención, así como en mayor satisfacción y participación por parte del paciente y sus familiares durante el tratamiento. También se asocia con una mejor evolución clínica en el caso de algunas enfermedades, con la reducción de ciertas complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada o innecesaria, y con una asistencia más humana. ⁽²³⁾

Beneficios para el paciente de la atención domiciliaria:

Recuperarse en su propio entorno, participación familiar directa, personaliza el vínculo con el equipo de salud. fomenta la educación del paciente y su familia, facilita el acceso a los servicios de salud a pacientes discapacitados, mejora la calidad de vida de pacientes crónicos y con enfermedad terminal, disminuye el riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias. ⁽²⁴⁾

2.3 MARCO SITUACIONAL

En los últimos años en Colombia han ido aumentando el número de servicios de enfermería domiciliaria, debido al incremento de la población mayor de 65 años, en donde este envejecimiento de la población produce un aumento de personas susceptibles para solicitar atención domiciliaria, al aumentar las enfermedades crónicas y/o discapacitadas.

La atención domiciliaria corresponde a un programa de atención que brinda una solución a las dificultades de accesibilidad en los servicios de salud bajo un modelo multidisciplinario generando calidad de vida y confianza al paciente. El programa se ha

posicionado durante los últimos años y ha sido una estrategia para las entidades aseguradoras en brindar servicios de salud humanizadas y oportunos a la población demandante.

La IPS nace como respuesta a la necesidad del entorno de servicios de salud a nivel domiciliario que se presten con calidad, calidez y compromiso social. Es por esto que un grupo de profesionales de la salud, conscientes de su experiencia en el tema, y motivados por su actitud de servicio, deciden crear empresa y ofrecer a las entidades aseguradoras y a la comunidad en general, sus conocimientos y recursos como fuerza generadora de bienestar, empleo a la región y mejoramiento en el manejo de los recursos para la salud de nuestra sociedad.

Esta sociedad anónima simplificada se constituye bajo la razón social XXXXXX S.A.S en Septiembre de 2009 en la Cámara de Comercio de Bucaramanga.

Esta institución brinda cuidado a usuarios afiliados a un régimen de seguridad especial, cuyos diagnósticos son:

Tumor maligno de cerebro (3,3%), secuelas de ACV (23,3%), hemorragias gastrointestinales (3,3%), ataxia cerebral (3,3%), hemiparesia (3,3%), aneurisma cerebral (3,3%), parálisis cerebral (3,3%), escaras (6,6%), cirrosis (3,3%), demencia senil (10%), alzheimer (30%), parálisis cerebral infantil (6,6%), Parkinson (13,3%), demencia vascular (3,3%), diabetes mellitus (6,6%), EPOC (3,3%), mielopatía cervical (3,3%), poliomielitis (3,3%), cáncer de medula (3,3%), secuela de glioblastoma en hemisferio derecho (3,3%), tromboflebitis (3,3%), sonda de gastrostomía (10%), Colostomía (13,3), hipertensión (3,3%), marcapasos (3,3%), osteoporosis (3,3%), trombolisis dorsal (3,3%), retraso psicomotor (3,3%), autismo (3,3%), ceguera bilateral total (3,3%) y válvula de Hakim (3,3%) .

Misión de la IPS

Prestar servicios de salud integrales a nivel domiciliario a aseguradoras y particulares, a través de alianzas estratégicas, con profesionales técnicamente preparados, idóneos y éticos, garantizando la satisfacción de nuestros clientes, proveedores, trabajadores,

accionistas y la comunidad en general, con responsabilidad social y buscando el bienestar de las partes interesadas.

Visión de la IPS

Será líder en el modelo de atención domiciliaria en la zona nororiental Colombiana caracterizándose por el desarrollo de procesos que dan respuesta oportuna a las necesidades de nuestros clientes y sus asegurados, con servicios de calidad, oportunidad y eficiencia.

Objetivo de la IPS

Brindar atención médica domiciliaria a la población que se encuentra con algún grado de discapacidad física o que presente dificultad en su desplazamiento y que les impide el acceso a los servicios de salud de primer nivel de complejidad, específicamente en tratamiento y rehabilitación.

2.4 MARCO LEGAL

Ley 100 de 1993

Artículo 153 numeral 9 “Calidad, el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno”.

Resolución 5261 de 1994

Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 8 “asistencia domiciliaria, es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el

apoyo de personal médico y /o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las guías de atención integral establecidas para tal fin”. Artículo 23 “el paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar”.

Decreto 1011 de 2006

Artículo 3 “Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, cumpliendo con las siguientes características; Accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad”.

Ley 1122 del 2007

El modelo de atención domiciliaria se reconoció en Colombia Artículo 33 “Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria”.

Acuerdo 03 y 09 de 2009

Artículo 28 “cobertura de la atención domiciliaria: la EPS podrá organizar la atención domiciliaria en su red de servicios como una modalidad de atención que beneficie al afiliado y mejora la calidad de vida siempre y cuando se asegure la atención bajo las norma de calidad adecuada y contemplado en POS”.

Acuerdo 029 de 2011

La Comisión de Regulación en Salud CRES, por el cual se actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Artículo 25 “la atención en la modalidad domiciliaria estará cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad establecida en la normatividad vigente”.

Resolución 5521 de Diciembre de 2013

Artículo 29 “la atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Dicha cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud”.

Resolución 2003 de mayo de 2014

2.3.2.9 “Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador; que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener al paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad”.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el grado de satisfacción de los usuarios, familiares y/o acompañantes con el programa de atención domiciliaria de régimen especial en una IPS entre el segundo y tercer trimestre de 2016.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar oportunidades de mejora en los cuidados brindados al paciente por parte del personal de enfermería.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo a la población, en el cual se evaluaron los factores que influyen en su nivel de satisfacción con los servicios de atención domiciliaria por enfermería que presta la institución.

Esta investigación es de tipo descriptivo transversal. Es descriptivo porque describe una característica que es el nivel de satisfacción con la atención de enfermería y transversal porque el nivel de satisfacción se mide una vez en un solo momento. ⁽²⁵⁾ Se realizó en un periodo de tiempo determinado (entre el segundo y tercer trimestre de 2016), en una IPS de Atención domiciliaria en Bucaramanga, Santander. La recolección de los datos se realizó en el domicilio de los usuarios a través de la aplicación de una encuesta estructurada y validada “Satisfad-10”.

4.2 POBLACIÓN

La población objeto de estudio está constituida por 60 usuarios vinculados a un régimen especial de salud pertenecientes a la IPS en Bucaramanga, que utilizaron los servicios de atención de enfermería domiciliaria entre el segundo y tercer trimestre de 2016, sin distinción de sexo, con edades entre los 12 y los 95 años. Para el presente estudio se utilizó el total del universo por lo tanto no aplica el cálculo de muestra.

4.2.1 Criterios de Inclusión.

La encuesta se aplicara en primera instancia al usuario de la IPS, pero según su estado de salud podrá aplicarse a un familiar o acompañante permanente.

4.2.2 Criterios de Exclusión.

-Usuario, familiar, y/o acompañante que no pertenezca a IPS.

-Usuario, familiar, y/o acompañante que no pertenezca a la población del régimen especial escogido para el estudio.

-Usuario, familiar y/o acompañante que no se mostraran interesados a colaborar expresando su negativa.

-Usuario con estado mental/cognitivo anormal.

-Familiar y acompañante menor de edad.

4.3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición operacional	Escala de medición	Valor que asume
Sexo.	Género al cual pertenece el encuestado.	Cualitativa-Nominal	Masculino Femenino
Edad.	Edad en años del encuestado.	Cuantitativa-Discreta	17 o menos Entre 17 y 64 Mayor de 64
Nivel de satisfacción.	Opinión del encuestado relacionada con sus expectativas de	Cualitativa-Nominal	Nunca Casi nunca Algunas veces

	atención.		Siempre
Es escuchado y comprendido por parte de la enfermera.	Opinión del encuestado relacionado con la atención por parte de la enfermera.	Cualitativa-Nominal	Nunca Casi nunca Algunas veces Siempre
Se entiende a la enfermera.	Opinión del encuestado con relación si entiende las explicaciones por parte de la enfermera.	Cualitativa-Nominal	Nunca Casi nunca Algunas veces Siempre
Las enfermeras informan si no van a acudir o si se van retrasan.	Opinión que tiene el encuestado, frente a si lo tienen en cuenta cuando la enfermera no va a asistir o se va a retrasar en su hora de llegada.	Cualitativa-Nominal	Nunca Casi nunca Algunas veces Siempre
Las enfermeras enseñan al paciente cómo cuidarse por sí solo.	Opinión que tiene el encuestado, con relación a la enseñanza del autocuidado por parte de la enfermera.	Cualitativa-Nominal	Nunca Casi nunca Algunas veces Siempre
La enfermera atiende al paciente de manera íntima	Opinión que tiene el encuestado, con relación a la	Cualitativa-Nominal	Nunca Casi nunca

y reservada.	manera que es tratada por parte de la enfermera.		Algunas veces Siempre
El paciente puede programar las visitas en los días y horas que desee.	Opinión que tiene el encuestado, si puede decidir los horarios y días de visitas de sus allegados.	Cualitativa- Nominal	Nunca Casi nunca Algunas veces Siempre
La enfermera se preocupa de la comodidad del paciente mientras está siendo atendido.	Opinión que tiene el encuestado con relación, a si se tiene en cuenta su comodidad al ser atendido.	Cualitativa- Nominal	Nunca Casi nunca Algunas veces Siempre
La enfermera de enlace hace un buen trabajo organizando la atención que necesita el paciente.	Opinión que tiene el encuestado frente a la relación que existe entre la enfermera de enlace y la que está en su domicilio para mejorar sus condiciones de salud.	Cualitativa- Nominal	Nunca Casi nunca Algunas veces Siempre
El familiar y el cuidador pueden participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el	Opinión que tiene el encuestado frente a si se tiene en cuenta las decisiones del	Cualitativa- Nominal	Nunca Casi nunca Algunas veces Siempre

domicilio.	familiar y el cuidador para los cuidados y atención del usuario.		
Los servicios que recibe el cuidador lo ayudan a hacer mejor su trabajo.	Opinión que tiene el cuidador, frente si los servicios que recibe lo ayudan a mejorar su trabajo.	Cualitativa- Nominal	Nunca Casi nunca Algunas veces Siempre

4.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.4.1. Fuente de Información.

Usuarios, familiares y/o acompañantes perteneciente a la IPS durante el segundo y tercer trimestre de 2016.

4.4.2. Instrumento de recolección de información (Anexo 1).

La información para el presente estudio se obtuvo a través de la encuesta estructurada y validada de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria SATISFAD 10.

El cuestionario Satisfad fue construida por un equipo investigador que elaboraron un listado de aspectos a evaluar a partir de su experiencia personal en atención domiciliaria, complementados con algunas dimensiones que recogía el HOME CARE Satisfaction Measure de Geron et al, instrumento validado en Estados Unidos que mide específicamente la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria y que goza de una gran validez. Para agrupar las áreas de exploración propuestas, se utilizaron las

dimensiones SERVQUAL del modelo de Parasuraman, Zeithmal y Berry (accesibilidad: facilidad del contacto, facilidad de acceso físico y telefónicos, tiempos de espera, horario adecuado; capacidad de respuesta: prontitud de trámites, diligencias; fiabilidad: realizar las cosas bien a la primera; exactitud; comunicación: comprensión del lenguaje, escucha, opinión del paciente; cortesía: amabilidad y consideración; competencia: conocimiento 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. Se obtuvo a inicio un listado de 39 ítems, seguido de 21, 16 ítems, 15 y como resultado final del proceso de validación, el instrumento ha quedado reducido a una versión global de 10 ítems (SATISFAD 10) que estaría destinada a evaluar la satisfacción en el caso de que concurriera la atención mediante gestión de casos y el paciente tuviese cuidadora. Esta versión, en función de que falte alguno de estos elementos descritos, adopta dos versiones más reducidas: SATISFAD 9 (en el caso de que haya cuidadora) y SATISFAD 7 (si el paciente no dispone de cuidadora). Cada ítem se puntuaba mediante una escala de Likert, que comprendía 4 niveles ordenados categóricamente de 0 a 3 (0 correspondía al mínimo valor de cada ítem y 3 al máximo). ⁽²⁶⁾

4.4.3. Proceso de obtención de la información.

Se utilizó la encuesta validada y estructurada SATISFAD-10.

La encuesta fue entregada presencialmente por 3 encuestadores en el mes de Agosto de 2016 a 60 usuarios que utilizaron el servicio de enfermera domiciliaria de la IPS entre el segundo y tercer trimestre de 2016 en la ciudad de Bucaramanga.

Dichas encuestas fueron auto diligenciadas por los pacientes, familiares y/o acompañantes dependiendo de la capacidad cognitiva del usuario para responderla.

4.5. PRUEBA PILOTO

No se realizara por que el instrumento de evaluación se encuentra diseñado y validado.

Satisfad 10, su validez se realizó a través de un análisis factorial exploratorio mediante una extracción de componentes principales realizadas con rotación varimax, se realizó el test de KMO y el test de esfericidad de Barlett para comprobar la pertinencia del mismo (el valor KMO para satisfad fue de 0,768 y el test de esfericidad de Barlett mostro una aproximación 2 significativa; $p < 0,001$). La diagonal de la matriz antiimagen también corrobora la adecuación de la muestra para cada una de las variables. ⁽²⁶⁾

4.6 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

La aplicación del instrumento para la recolección de los datos fue realizada por los estudiantes de este proyecto.

Cada integrante reviso los datos de las encuestas realizadas, posteriormente fueron revisados por los otros dos estudiantes con el fin de corroborar que no hubiera errores de digitación, campos vacíos en las encuestas ni repetición de personas encuestadas.

Adicionalmente se realizaron llamadas aleatorias a pacientes para confirmar la aplicación presencial de las encuestas.

4.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO

Una vez realizada la recolección de los datos a través de la encuesta SATISFAD 10, se realiza la clasificación o agrupación de los datos referentes a cada variable objetivo de estudio y su presentación conjunta, mediante cuatro pasos para el análisis de datos:

Validación y edición de los datos: es el grado hasta el cual lo que se supone que se está midiendo, se mida realmente.

Codificación: agrupar o asignar los códigos numéricos, a las varias respuestas de unas preguntas determinadas, todas las preguntas de la encuesta están cerradas y pre codificadas.

Introducción de datos: es el proceso de convertir la información escrita a un formato electrónico para su almacenamiento.

Tabulación y análisis estadístico: Tabulación de frecuencia en un solo sentido: muestra el número de entrevistados, que dieron una posible respuesta a cada pregunta, es el primer resumen de los resultados de la encuesta que ve el analista de la investigación. Estas tablas comúnmente indican el porcentaje de aquellos entrevistados que dieron cada posible respuesta a cada pregunta.

Presentación grafica de los resultados: utilizan imágenes y de tablas para presentar los resultados de la investigación.

4.8. ANÁLISIS DE DATOS

Análisis univariado

Consiste en el análisis de cada una de las variables estudiadas por separado. La estadística descriptiva tiene la finalidad de analizar los datos de una serie y describir su comportamiento. Para facilitar esta tarea, se utilizan las tablas de frecuencia y las representaciones gráficas.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio es considerado sin riesgo, de acuerdo en lo descrito en la resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en el título I, artículo 11.

Investigación sin Riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Para el desarrollo de este trabajo se tuvo en cuenta los principios éticos pertinentes, se hizo énfasis respecto a la autonomía, privacidad y beneficencia. Para ello se hizo lo siguiente:

Se solicitó aprobación por parte de los directivos de la institución, con el compromiso de retroalimentarla con los resultados y omitir el nombre de la empresa por tratarse de pacientes del régimen especial.

Los pacientes que decidieron participar en el estudio tomaron la decisión en forma voluntaria y dieron su autorización verbal.

Se respetó la decisión de los pacientes que decidieron no participar y de igual forma se le informo que el hecho de no participar no afectaría su atención.

La información obtenida fue utilizada únicamente para el estudio, con fines netamente académicos.

6. RESULTADOS

A continuación se presentan las estadísticas descriptivas de las variables de la encuesta, la cual fue aplicada a 60 usuarios que reciben atención domiciliaria por enfermería a través de la IPS.

6.1. VARIABLE DE SEXO

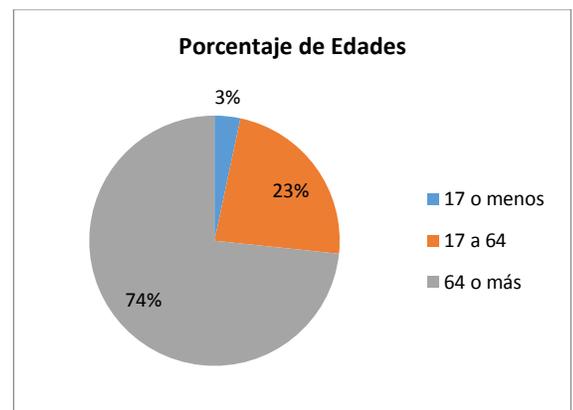
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mujer	38	63,33
Hombre	22	36,66
Total	60	100



El 63,3% de los encuestados fueron mujeres y el 36,6% hombres, lo cual nos indica que el servicio de enfermería domiciliaria es más utilizado por pacientes del sexo femenino.

6.2. VARIABLE DE EDAD

RANGO EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17o menos	2	3,33
17 a 64	14	23,33
64 o más	44	73,33
Total	60	100



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estratificado a las personas según su edad de la siguiente forma: hasta 17 años, 18 a 64 años y más de 65 años; rangos que representan las principales etapas de la vida, como lo son: la niñez, la adultez y la vejez respectivamente. ⁽²⁷⁾ En nuestro caso podemos determinar que la población mayor de 65 años es la que utiliza con mayor frecuencia el servicio de enfermería domiciliaria.

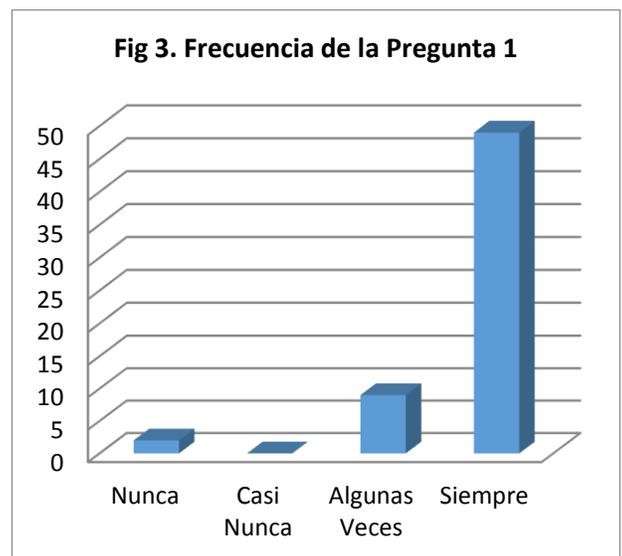
La edad de los pacientes presenta una moda de 79 años y una mediana de 73,5 años.

6.3. MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN

La encuesta fue respondida por 8 Pacientes y 52 familiares y/o acompañantes. Es importante resaltar, que la novena pregunta es formulada solo para los acompañantes de los pacientes, lo que quiere decir que los pacientes no contestaron dicha pregunta.

6.3.1. Variable Pregunta 1. Me siento escuchado/a y comprendido/a por mí enfermera cuando le explico mis problemas de salud y dificultades que me causa.

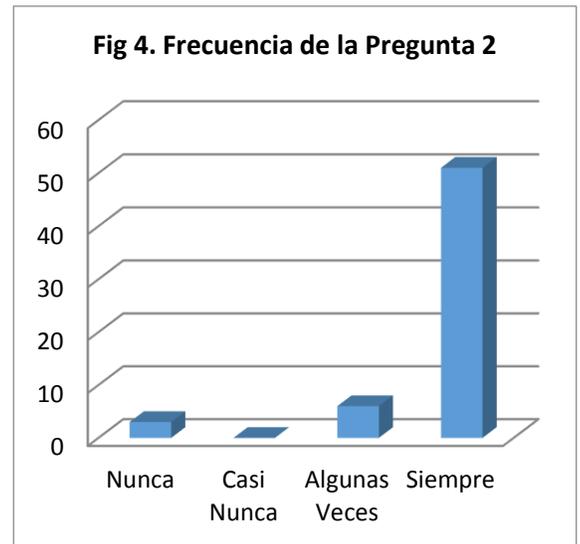
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	2	3,33
Casi Nunca	0	0
Algunas Veces	9	15
Siempre	49	81,66
Total	60	100



La variable de la pregunta 1 presenta un comportamiento similar en toda la población, en cuanto a sentirse escuchado y comprendido por la enfermera, lo cual se traduce como satisfacción en el 81% de los usuarios frente a este ítem.

6.3.2. Variable Pregunta 2. Entiendo a mi enfermera cuando me explica las cosas.

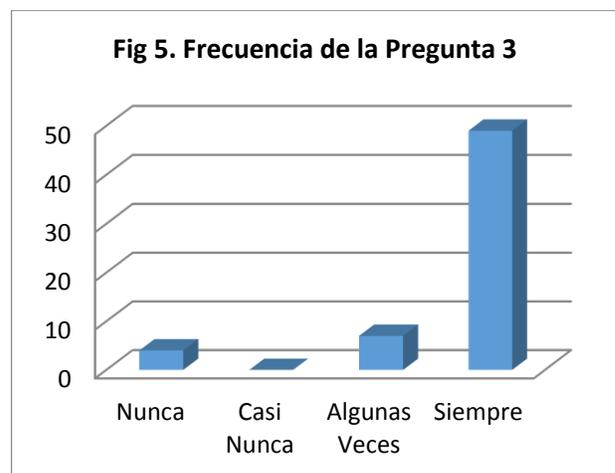
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	3	5
Casi Nunca	0	0
Algunas Veces	6	10
Siempre	51	85
Total	60	100



El 85% de los usuarios de atención domiciliaria entienden cuando la enfermera le explica las cosas.

6.3.3. Variable Pregunta 3. Las enfermeras se preocupan por contar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar.

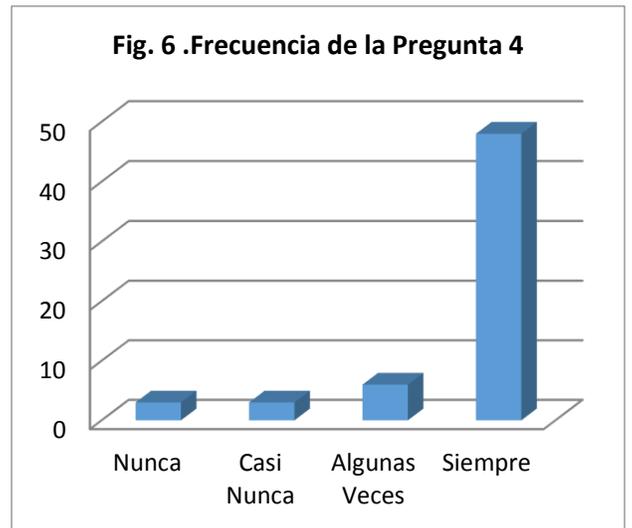
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	4	6,66
Casi Nunca	0	0
Algunas Veces	7	11,66
Siempre	49	81,66
Total	60	100



El 81,66% de los usuarios encuestados refieren que siempre las enfermeras se preocupan por contar con el usuario y/o familiar si no pueden acudir o se van a retrasar, frente a un 6,66% en donde nunca sucede.

6.3.4 Variable Pregunta 4. Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mi mismo/a.

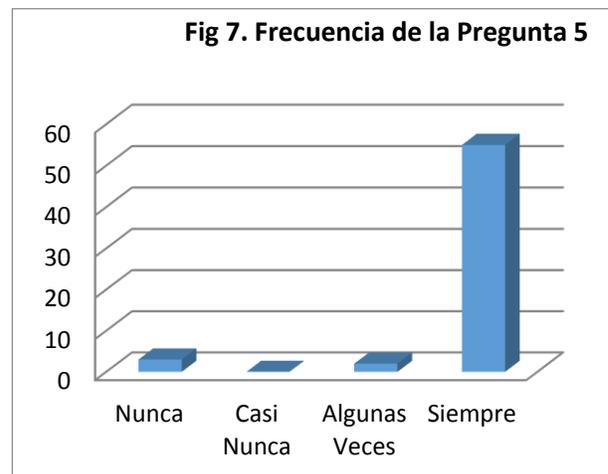
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	3	5
Casi Nunca	3	5
Algunas Veces	6	10
Siempre	48	80
Total	60	100



Se observa en la figura 6 que en el 80% de los usuarios las enfermeras siempre enseñan a los usuarios el autocuidado frente a un 5% donde se evidencia la no enseñanza de esta actividad de enfermería.

6.3.5. Variable Pregunta 5. Mi enfermera me atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada.

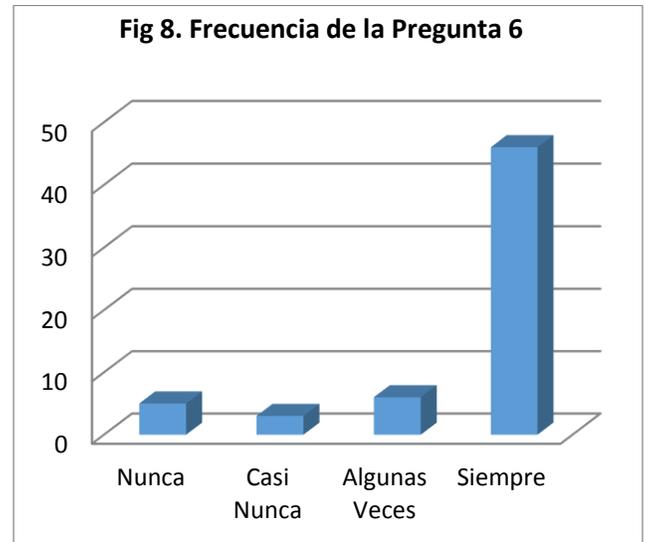
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	3	5
Casi Nunca	0	0
Algunas Veces	2	3,33
Siempre	55	91,66
Total	60	100



La figura 7 representa que el 91,6% de los usuarios siempre son atendidos con la suficiente intimidad y de manera reservada por parte del personal de enfermería y un 5% refieren que nunca han sido atendidos de la forma anteriormente descrita.

6.3.6. Variable Pregunta 6. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor.

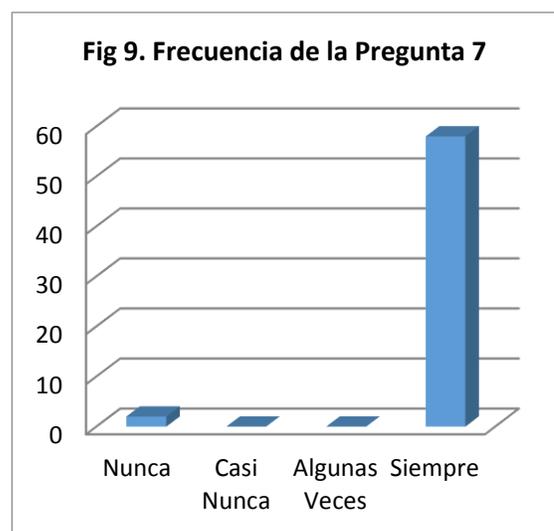
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	5	8,33
Casi Nunca	3	5
Algunas Veces	6	10
Siempre	46	76,66
Total	60	100



El 76.6% de los usuarios encuestados refieren siempre no tener inconvenientes para la programación de las visitas por parte de la IPS en comparación con un 8% los cuales no fue fácil la programación acorde a su disponibilidad.

6.3.7. Variable Pregunta 7. Las enfermeras se preocupan por mi comodidad mientras me están tratando o cuidando.

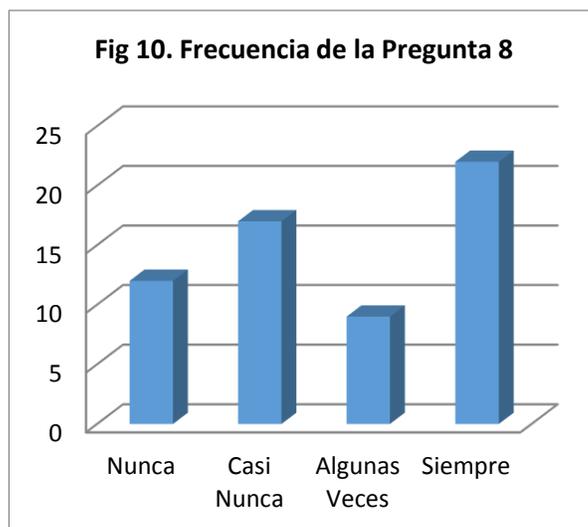
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	2	3,33
Casi Nunca	0	0
Algunas Veces	0	0
Siempre	58	96,66
Total	60	100



En la figura 9 se observa que el 96% de los usuarios perciben que las enfermeras se preocupan por la comodidad del usuario mientras lo están tratando o cuidando, sin embargo, el 3,33% de estos refiere nunca haber percibido esa preocupación por parte del personal.

6.4.8. Variable Pregunta 8. En general, la enfermera de enlace hace un buen trabajo organizando la atención que necesito (solo si usted ha recibido atención por enfermeras de enlace).

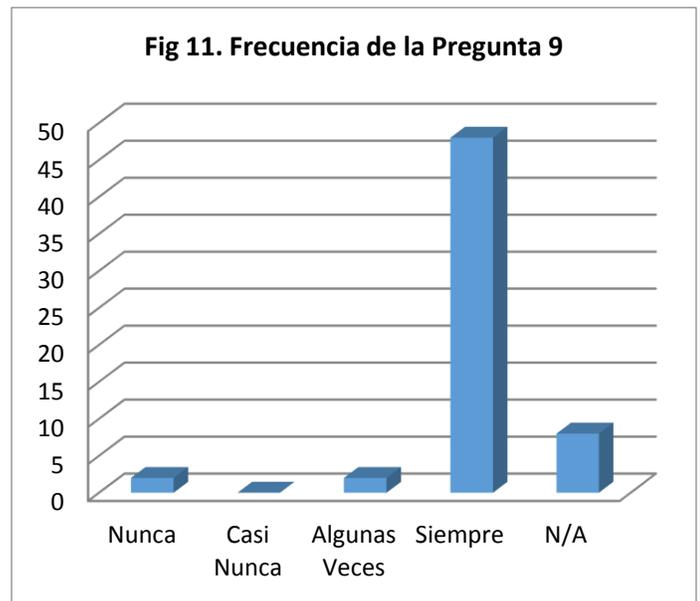
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	12	20
Casi Nunca	17	28,33
Algunas Veces	9	15
Siempre	22	36,66
Total	60	100



Las respuesta a la pregunta número 8, no obtuvo un resultado satisfactorio en general ya que el 48% de los pacientes consideran que la enfermera de enlace nunca o casi nunca hace un buen trabajo organizando la atención que necesita el usuario de servicios de atención domiciliaria, manifestando quejas de actitud y mal trato telefónico ante la solicitud de sugerencias y reclamos de atención prestada.

6.3.9. Variable Pregunta 9. Mi familiar y yo (cuidador/a) hemos podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	2	3,33
Casi Nunca	0	0
Algunas Veces	2	3,33
Siempre	48	80
N/A	8	13,33
Total	60	100

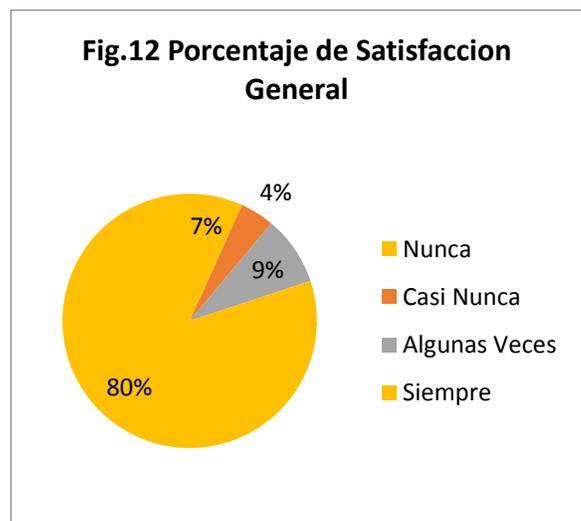


La figura numero 11 nos representa que el 13.3% de los usuarios respondieron la encuesta por si mismos contra un 86,6% las cuales fueron respondidas por su familiar y/o acompañante pues sus condiciones de salud les impedía contestar por sí mismos.

El 80% de los encuestados manifestaron siempre participar en los cuidados diarios que se realizaban al usuario en su domicilio, organizando con la enfermera dichas actividades.

6.3.10 Nivel de satisfacción general.

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nunca	36	6,76
Casi Nunca	23	4,32
Algunas Veces	47	8,83
Siempre	426	80,07
TOTAL	532	100



Se tomó la totalidad de las respuestas a las 9 preguntas clasificadas como: Nunca, casi nunca, algunas veces y siempre para determinar cuál fue la de mayor y menor porcentaje del total de las 60 encuestas aplicadas.

La figura numero12 nos demuestra que el 80% del total de los encuestados respondieron siempre a las preguntas realizadas esto significa que el nivel de satisfacción fue alto contra un 6,76% que corresponde a nunca en sus respuestas siendo un porcentaje bajo de no satisfacción del total de los 60 encuestados y un 13,15% que respondieron a algunas veces o casi siempre a las preguntas realizadas los cuales no están totalmente insatisfechos con la atención prestada.

7. DISCUSIÓN

Este estudio contribuye a mejorar el programa de atención domiciliaria de enfermería de la IPS y permite identificar las características del servicio que percibe el paciente.

Una indiscutible fuente de sesgos es la variabilidad del encuestado producida por el estado de salud del usuario; esta variabilidad en la recogida de los datos puede deberse a cambios en la estructura familiar por lo cual es importante evaluar el entorno demográfico, económico, social y cultural para extraer conclusiones que permitan establecer una política de atención domiciliaria eficaz. ⁽²⁸⁾

Considerando los resultados de las encuestas y los encontrados en los estudios previamente publicados, afirmamos que es necesario reforzar la coordinación entre la enfermera de enlace y los usuarios. ⁽²⁹⁾

Ante esta situación, se hace evidente la necesidad de elaborar estrategias que incentiven e impulsen proyectos de coordinación operativa. Una buena coordinación proporciona una mejor atención, participación y responsabilidad para los pacientes y sus familiares, una mayor rentabilidad y un incremento de la eficacia y efectividad para este sistema de salud. ⁽³⁰⁾

La atención domiciliaria, como cualquier otra actividad, debe ser evaluada con el objetivo principal de mejorar la calidad de la atención prestada, debiéndose tener en cuenta que la evaluación de los servicios prestados en el ámbito de la atención primaria precisa de la utilización de fuentes de información diversas y con diferentes aproximaciones: eficacia/efectividad, eficiencia, satisfacción, pese a ello, las varias de las publicaciones sobre el tema se limitan a una descripción de la situación. ⁽³¹⁾

Los pacientes valoran, además de los resultados, la accesibilidad a los servicios, la información recibida, la relación con los profesionales, lo que en conjunto puede denominarse satisfacción, siendo esta un factor clave en la evaluación de actividades. ⁽³¹⁾

Los distintos datos encontrados en nuestro estudio permiten afirmar que existe una amplia satisfacción con los servicios del programa de atención domiciliaria que presta la institución.

8. CONCLUSIONES

Posterior al análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta que el objetivo del estudio es determinar el nivel de satisfacción de los usuarios con atención domiciliar de enfermería de la IPS en el periodo comprendido entre el segundo y tercer trimestre del años 2016, se puede concluir que el 80% de los pacientes se encontraban satisfechos con la atención brindada por el servicio de enfermería quienes aportaban al cuidado del paciente y permitían la vinculación de la familia en los cuidados, educando constantemente en las actividades básicas que desarrollaban, además de siempre velar por la intimidad y el buen trato al usuario buscando su comodidad y bienestar.

En cuanto a características de los usuarios encuestados se encontró la utilización del servicio en un 63% por personas del sexo femenino, la edad de los usuarios a los que se presta el servicio con un alto porcentaje son mayores de 65 años con condiciones de salud complejas que les impedían contestar por sí mismo la encuesta la cual fue resuelta por un familiar o acompañante al pendiente de su cuidado.

A pesar de encontrarse un nivel alto de satisfacción en cuanto al servicio de enfermería, fue evidente las inconformidades del 48% de los usuarios, familiares y/o acompañantes con la enfermera de enlace quien no conocían físicamente por el poco seguimiento y visita a domicilio de parte de dicha representante de la entidad y no lograron una aceptación adecuada por considerar una mala actitud frente a las sugerencias y reclamaciones que emitían los usuarios a la entidad a través de dicha persona.

La encuesta validada y estructurada "Satisfad-10" fue una herramienta útil para evidenciar el nivel de satisfacción de los usuarios por contener preguntas y respuestas de fácil comprensión para los encuestados, permitiendo una aplicación rápida y precisa en lo que se quería conocer. La versión auto-administrada es un medio que permite un acercamiento con el usuario donde él expresa sus conformidades y realiza las sugerencias de mejora ante el servicio que se está prestando.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Medina ME, Medina E. Análisis de la calidad percibida en usuarios/as de servicios sociales comunitarios. Zerbitzuan, Revista de servicios sociales, ISSN 1134-7147, Nº. 50, 2011, págs. 85-100
2. Corrales D, Palomo L. la importancia de la longitudinlidad, integralidad, coordinaciòn y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. Enfermería Clínica. 2014; 24(1):51-58.
3. Gogeoascoechea M, Pavón león P, Blázquez S & col. Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario, Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa, Rev Med UV, Enero - Junio, 2009. Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2009/muv091a.pdf>
4. Pérez B. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Aquichán [Internet]. 2015. [citado 01 Dic 2015]; 2(1)1-4. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972002000100005&script=sci_arttext&ting=en
5. Tornero ME, Medina E. Análisis contextual y metodológico en la evaluación de la satisfacción de los servicios sociales. Congreso Internacional de Facultades y Escuelas de Trabajo Social (1. 2014. Murcia).
6. Gorina M, Limonero J, Peñart X, Jimenez J, Gassó J. Comparación de la satisfaccion de los usuarios de atención domiciliaria: Modelo integrado vs. Modelo dispensarizado. Atención Primaria. 2014; 46(6):276-282.
7. Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes M. Calidad de los cuidadores de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(3):454-60.
8. Blázquez M, Quesada A. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna con el cuidado de enfermería. Rev Med UV. 2014; 14(1):14-16.

9. Huamán M, Satisfacción del usuario de los servicios de salud. [Internet]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos101/satisfaccion-del-usuario-servicios-salud/satisfaccion-del-usuario-servicios-salud.shtml#ixzz3xGJoyYmV>
10. Molina E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Maestría Tesis. Universidad Nacional de Colombia; 2011.
11. Jiménez J, Leguizamón D, Merchán C. Diseño del plan de negocios de servicios de atención domiciliaria para el adulto mayor, Bogotá D. C. 2014. Tesis de grado. Universidad Javeriana; 2015.
12. González A, Acevedo D. Revisión del estado de arte de la atención domiciliaria en salud, 2009. Tesis especialización. Universidad CES; 2009.
13. Neira F, Maldonado L, Mejía L. Evaluación de los factores que influyen en el nivel de satisfacción de los afiliados de asistencia médica de emergencia en Bucaramanga (AME Bucaramanga). Tesis especialización. Universidad CES; 2010.
14. Mejía L, Montes E, Muñoz M, Ramírez J, Ríos L. Oportunidad del servicio del plan de atención domiciliaria en una Ips de Manizales. Tesis Especialización. Universidad Católica de Manizales; 2012.
15. Salazar A, Estrada C, Porta R, Lolo M, Thomas S, Álvarez M. Home hospitalization unit: an alternative to standard in patient hospitalization. *European Journal of Emergency Medicine*. [Internet]. 2009. [citado 07 dic 2015]; 16(3):121-123.
16. Bustamante D, Warner Delgado García. medición de la satisfacción de usuarios hospitalizados en el programa hospitalización y atención domiciliaria en hospital de baja complejidad en Tuluá -Valle del Cauca. [Tesis] [Universidad] Católica de Manizales. 2012-05-15.
17. Definición.DE [Internet]. WordPress; 2008 [actualizado 2015; citado 05 dic 2015]. Disponible en: <http://definicion.de/satisfaccion/#ixzz3snl9em4> .
18. Marky Bazán, Giuliana Andrea. Satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria aguda en el hospital nacional dos de mayo

diciembre 2012. [Tesis],[Lima-Perú], Universidad Ricardo palma, escuela de enfermería padre Luis tezza. 2013.

19.Tolaba ME, Juárez A, Robles M. Atención domiciliaria. [Tesis] 18 de mayo de 2013. Disponible en: <http://saludbuena-s.blogspot.com.co/2013/05/atencion-domiciliaria.html>.

20.Pérez C, Ortiz R, Llantá M, Peña M, Infante I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev. Cubana Salud Pública[Internet]. 2008Dic [citado 13 dic 2015];34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es.

21.Blázquez M, Quesada A. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna con el cuidado de enfermería. Rev Med UV. 2014; 14(1):17-19.

22.SlideShare.net: Blanquear JJ; 2011[2015; 07 dic 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/jjbg7982/programa-atencin-domiciliaria>

23.Sepúlveda G, Rojas L, Cardenas O, Guevara E, Castro E. Estudio piloto de la validación del cuestionario 'care-q' en versión al español en población colombiana. Revista Colombiana de Enfermería. 2009; (4):13-22.

24.Barragán A, Pedraza Y, Rincón M. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados. Revista Facultad Nacional de Salud Publica. 2013; 31(2): 187-193.

25.Metodología de la investigación, capítulo 3. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/arenas_m_a/capitulo3.pdf

26.Morales JM, De las Nieves C, Celdrán M, Morilla J, & Col. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Gac Sanit. 2007;21(2):106-13. Disponible en URL:<http://www.scielosp.org/pdf/gs/v21n2/original3.pdf>

27.Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud . OMS. Fuente: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>

28.Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria Organización y práctica. [Internet]. 1ra ed. Barcelona; 1999. Disponible en:

https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=5hv_aNaqvKYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=evaluacion+atencion+domiciliaria+enfermeria&ots=8OYBJSpHQj&sig=xcxw_UWZkCrQkfWCCp5mFVF0puM#v=onepage&q=evaluacion%20atencion%20domiciliaria%20enfermeria&f=false

29. Jara E. Descripción y análisis de la coordinación asistencial de la atención domiciliaria a enfermos con necesidades de cuidados paliativos en dos organizaciones sanitarias de distintas ciudades: Sabadell y Reggio Emilia. [Internet]. San cugat del Vallés. Junio 2015. Disponible en: <http://eugdSPACE.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/242/Descripci%C3%B3n%20y%20an%C3%A1lisis%20de%20coordinaci%C3%B3n%20asistencial%20de%20atenci%C3%B3n%20domiciliaria%20a%20enfermos%20con%20necesidades%20de%20cuidados%20paliativos%20en%20dos%20organizaciones%20sanitarias%20de%20distintas%20ciudades%20Sabadell...pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Terraza R, Vargar L, Vazquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gceta Sanitaria ISSN 0213-9111. Vol 20, N6 Pag 485-495. 2006.

31. Sánchez R, Gómez R, Sanches A, & col. Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes. REV CLÍN MED FAM 2012; 5 (1): 3-8. Disponible en URL: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v5n1/original1.pdf>.

10. ANEXOS

SATISFAD 10. Encuesta de satisfacción con los servicios de atención domiciliaria				
<p>Este cuestionario intenta conocer si usted está satisfecho/a con la atención que recibe o ha recibido en su domicilio por parte de las enfermeras de su centro de salud.</p> <p>Solo tiene que contestar a las preguntas que se le hacen, del siguiente modo:</p> <p>Si nunca ocurre lo que dice en la pregunta, marque con una equis (X) en la casilla 0.</p> <p>Si ocurre muy pocas veces, marque con una equis (X) la casilla 1.</p> <p>Si ocurre algunas veces, marque con una equis (X) la casilla 2.</p> <p>Si ocurre siempre, marque con una equis (X) la casilla 3.</p>				
Preguntas	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Siempre
Me siento escuchado/a y comprendido/a por mí enfermera cuando le explico mis problemas de salud y dificultades que me causa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo a mi enfermera cuando me explica las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las enfermeras se preocupan por contar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mi mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi enfermera me atiende con la suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

intimidad, de manera reservada.				
Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor.				
Las enfermeras se preocupan por mi comodidad mientras me están tratando o cuidando.				
En general, la enfermera de enlace hace un buen trabajo organizando la atención que necesito (solo si usted ha recibido atención por enfermeras de enlace).				
Mi familiar y yo (cuidador/a) hemos podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio.				