CALIDAD EN LA CONSULTA DOMICILIARIA BASADO EN EL INSTRUMENTO CARE-
Q - Caring Assessment Instrument QUE MIDE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN
ENFERMERIA

LAURA VANESSA MERCADO CUELLO
SANDRA SORIANO RAMÍREZ

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
ESPECIALIZACIÓN AUDITORÍA EN SALUD
BOGOTÁ D.C
2018

CALIDAD EN LA CONSULTA DOMICILIARIA BASADO EN EL INSTRUMENTO CARE-
Q - Caring Assessment Instrument QUE MIDE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN
ENFERMERIA

LAURA VANESSA MERCADO CUELLO
SANDRA SORIANO RAMÍREZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD

TUTORA
ALEJANDRA VALENZUELA CAZÉS
ENFERMERA, MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
ESPECIALIZACIÓN AUDITORÍA EN SALUD
BOGOTÁ D.C
2018

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	5
2. PROBLEMA DE INVESTIGACION	6
3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
4. OBJETIVOS	9
4.1. OBJETIVO GENERAL	9
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
5. JUSTIFICACIÓN	10
6. ELEMENTOS CONCEPTUALES	11
6.1. MARCO LEGAL	11
6.2. CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	13
6.3. CUIDADO DE ENFERMERÍA	13
6.4. CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	14
6.5. SATISFACCIÓN DEL USUARIO	14
6.6. PERCEPCIÓN DEL USUARIO	15
6.7. ATENCION DOMICILIARIA	15
6.8. INSTRUMENTO PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO	16
7. METODOLOGÍA	18

Calidad en la consulta domiciliaria	4
8. RESULTADO	19
8.1 ACCESIBILIDAD	19
8.2 EXPLICA Y FACILITA	19
8.3 CONFORTA	200
8.4 SE ANTICIPA	20
8.5 MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA	20
8.6 MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO	21
9. DISCUSIÓN	22
10. CONCLUSIONES	25
11. RECOMENDACIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	31

1. RESUMEN

El presente documento tiene como propósito analizar la importancia de la aplicación del instrumento CARE - Q (Caring Assessment Instrument) para la evaluación de la calidad de la prestación de los servicios de enfermería en la atención domiciliaria.

Para el desarrollo de este trabajo fue necesario tomar como base de referencia el marco legal donde se citan leyes, como la ley 100 de 1993, la cual contiene aspectos que orientan la gestión del cuidado de enfermería determinado dentro del Sistema, la resolución 1043 de 2006, la cual establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad en relación a la atención; también dentro de la normativa base de este tema, se referencia de manera relevante el decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Entre otras normas que sustentan el desarrollo de la labor del profesional de enfermería en relación con la atención domiciliaria.

De igual manera fue necesario desarrollar conceptos que permitieron exponer un contexto amplio de todos los componentes básicos de la atención en enfermería relacionados con la calidad, la satisfacción del usuario, la importancia de la percepción sobre la atención que recibe el paciente y la conceptualización general del instrumento empleado para medir la satisfacción de la calidad en la prestación de los servicios por parte del profesional de enfermería.

Como núcleo de desarrollo de este estudio se analizan cada uno de los componentes del instrumento CARE - Q para la evaluación de la calidad; donde se citan la accesibilidad, el módulo de Explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene la relación de confianza, monitoreo y seguimiento; con el fin de profundizar en el alcance que tiene cada uno sobre la atención que se le presta al paciente para así poder analizar el impacto que cada uno puede ejercer para medir la atención del profesional.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

Las necesidades de la población actual en materia de salud, ha obligado al mercado del sector a buscar nuevas opciones que le permitan ofertar a los usuarios nuevos mecanismos de atención en aras de satisfacer dichas necesidades de atención oportuna, eficiente, eficaz, pertinente y sobre todo humana. Es ahí donde, con el paso de los últimos años se ha observado un aumento de la oferta de las instituciones que prestan servicios de salud en diversas áreas de desempeño.

De manera particular, la oferta en el mercado de las instituciones de salud en cuanto a la atención domiciliaria ha propuesto una amplia gama de servicios, lo que genera la necesidad de abordar la calidad desde una perspectiva más amplia a la que se abarca en una institución de atención tradicional.

Si bien es cierto, en las instituciones que prestan los servicios dentro de sus instalaciones la calidad es un aspecto que se puede controlar de manera más efectiva, es necesario trasladar de manera tácita todos los criterios de calidad que se debe cumplir en la atención domiciliaria de pacientes, para garantizar la satisfacción de los usuarios en ese tipo de servicios.

Ahora bien, según lo referenciado en el estudio realizado por la enfermera Molina E. y la percepción según Hermann L.F. Helmholtz, define dimensión de la calidad, como “la capacidad del individuo de simplificar las experiencias sentidas del pasado y las señales sensoriales presentes”, es decir, estos resultados no se relacionan con aspectos científico-técnicos, sino con el carácter subjetivo que poseen las necesidades de afecto, bienestar, protección, comprensión, información, determinada por el ámbito donde se brinda cuidado. ⁽¹⁾

Desde este punto de vista, diferentes exponentes de las teorías que abarcan el arte de la enfermería, han postulado el concepto del cuidado, entre ellas Watson J. en 1979, quién desde el principio definía este como la “esencia de la práctica enfermera”, y como una actitud orientada al trabajo, fundada en el cuidado transpersonal, fenómenos que manan desde el momento que se establece una relación enfermera-paciente” también estipulaba que “la claridad de la expresión de ayuda, de la información y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la relación y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera y el paciente”. ⁽²⁾

Para Watson la salud está relacionada con la conexión existente entre lo que se percibe y con nuestras pasadas experiencias, estipula que el cuidado es una expresión importante para el equipo de enfermería, pues representa la actitud que se toma frente a la interacción con el usuario y su

familia, y los comportamientos que se llevan a cabo para satisfacer las necesidades identificadas a través de la observación crítica de los factores intrínsecos y extrínsecos del paciente, afirma que el cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes, con el fin de percibir los sentimientos del otro y reconocer su condición de único”.⁽²⁾

Esto nos hace visualizar como necesario el cuidado, en el rol enfermero; es decir, el principal objetivo de la disciplina es la relación enfermero-paciente como un acto moral, que debe cubrir la perspectiva de los usuarios, logrando satisfacer sus necesidades en salud.

3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Ahora bien para enfocarnos de manera más específica en el objeto de estudio de este trabajo; se genera el interrogante de si se cumplen a cabalidad todos los criterios de calidad en la atención domiciliaria en comparación a la atención tradicional. Dado la anterior inquietud es necesario analizar la importancia de la aplicación de manera regular de instrumentos de medición que faciliten el diagnóstico del cumplimiento de los estándares de calidad y así tener herramientas que faciliten el análisis del establecimiento de estrategias como mecanismo para el mejoramiento de la prestación de los servicios con el objetivo fundamental de garantizar la satisfacción de los usuarios.

Porque como bien decía Henderson: “El cuidado de enfermería debe estar centrado en las necesidades fundamentales de todo ser humano, pues la salud es la armonía entre mente, cuerpo y alma y es tarea del enfermero ayudar a satisfacer estas necesidades individuales, quien es el mejor juez para evaluar la satisfacción con el cuidado brindado, el yo percibido y el yo experimentado”.

(3)

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la importancia de la aplicación del instrumento CARE - Q para la evaluación de la calidad de la prestación de los servicios de enfermería.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Exponer el marco conceptual y de referencia normativa que fundamenta la aplicación del instrumento CARE-Q - Caring Assessment Instrument, en relación a la atención de los pacientes atendidos en su domicilio.
- Interpretar el instrumento CARE Q en sus diferentes criterios de evaluación para medir el que se puede generar del resultado de cada uno de ellos.
- Considerar la importancia de la aplicación del instrumento CARE-Q - Caring Assessment Instrument en las instituciones de atención domiciliaria en los últimos años en Colombia.

5. JUSTIFICACIÓN

Sin duda alguna la prestación de servicios de atención domiciliaria han cobrado cada vez mayor participación en el mercado de los servicios de salud razón por la cual es de vital importancia abarcar los aspectos que fundamentan la atención del personal de enfermería en la atención convencional y trasladarlos a la atención domiciliaria con el fin de garantizar de la misma manera la calidad en todos los aspectos en la prestación de los servicios.

La Ley 266 de 1996, reglamenta la profesión de enfermería en Colombia, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación, con el fin de asegurar un cuidado de enfermería de calidad científica, técnica, social, humana y ética se incluye la calidad de la atención como uno de los principios rectores. Define la calidad como "una ayuda eficiente, eficaz y efectiva, en términos de oportunidad y uso adecuado de los recursos; es decir, que se obtengan los resultados deseados, para quienes reciben servicios de salud; todo lo anterior basado en la ética profesional y estándares técnicos, científicos, sociales y humanos".⁽⁴⁾

En referencia al último aparte de la norma se puede decir que el cuidado de enfermería es uno de los valores de esta profesión razón por la cual cobra sentido de ser y por lo cual esta se le otorga legitimidad social a la profesión.

Por otro parte el decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que su campo de aplicación abarca a los Prestadores de Servicios de Salud sin distinción por lo cual las instituciones de atención domiciliaria deben adoptar las medidas establecidas por esta normativa razón por la cual es inherente aplicación las medidas necesarias para medir y evaluar las condiciones de calidad de la prestación de los servicios de este tipo instituciones.⁽⁵⁾

La labor que desempeña el profesional de enfermería involucra varios componentes desde el aspecto técnico hasta la esencia del cuidado todo enmarcado en la humanización del servicio por lo cual el profesional de enfermería constituye un elemento fundamental dentro de las instituciones de salud y con mayor relevancia en aquellas que prestan atención de servicios domiciliarios por crear un vínculo más directo y permanente con el paciente por la naturaleza de la prestación del servicio es allí donde la calidad se percibe por parte del paciente o de sus familiares desde una perspectiva diferente lo que hace necesario el fortalecimiento de esta en todos los aspectos necesarios con el fin de garantizar la satisfacción del usuario.

6. ELEMENTOS CONCEPTUALES

6.1 MARCO LEGAL

Estos antecedentes tienen un recorrido a partir del año 1993 con la Ley 100, donde el Congreso de la República establece y crea el Sistema de Seguridad Social integral, el cual se reforma en el 2007 con la Ley 1122 y luego con la Ley 1438 de 2011 y se orienta con el Decreto 780 de 2016, estos servicios de salud deben estar inscritos y habilitados, como lo establece la Resolución 2003 de 2014. A continuación desglosaremos la normatividad vigente:

- Ley 100 de 1993. Organización de Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual contiene aspectos que orientan la gestión del cuidado de enfermería determinado dentro del Sistema. ⁽⁶⁾
- Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema y considerar todos los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud. ⁽⁶⁾
- Resolución 1043 de 2006. por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Los prestadores de servicios de salud deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente: Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente: la capacidad tecnológica y científica, (teniendo en cuenta estándares de fiabilidad, esencialidad, sencillez) suficiencia patrimonial y financiera, de capacidad técnico-administrativa. ⁽⁷⁾
- Ley 1438 de 2011: “Por medio de la cual se reforma el Sistema General De Seguridad Social En Salud y se dictan otras disposiciones”, tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios

de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.⁽⁸⁾

- Decreto 1011 de 2006: “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.⁽⁹⁾
- Decreto 780 de 2016: “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, el cual es creado con el fin de simplificar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único. Es importante mencionar este decreto debido a que en este se racionalizan los lineamientos del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, que está centrado en el usuario y a mejorar los resultados en la atención en salud, a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad aspectos que son primordiales en el ejercicio de la atención domiciliaria.⁽¹⁰⁾
- Ley 1122 de 2007; Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones el objetivo de esta Ley, será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. De manera específica en el literal I en esta Ley se reconoce en Colombia el modelo de atención domiciliaria, así: “Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria”.⁽¹¹⁾
- Resolución 2003 de 2014; la cual tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, donde se deben considerar estándares y criterios para tal fin. Para los servicios de atención domiciliaria, nos referimos al literal 2.3.2.9, que corresponde al grupo: otros servicios, servicio: atención domiciliaria y es definida como: 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, incluye: atención domiciliaria paciente agudo; atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador; atención domiciliaria paciente crónico con ventilador y la consulta domiciliaria.⁽¹²⁾

6.2 CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

Según lo referenciado por los estudios de Molina E. fue la enfermera precursora Florence Nightingale, quien introdujo el concepto de calidad en el cuidado de enfermería, y definió que las “Leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados e implementando herramientas para medir los sistemas de cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales”.⁽¹³⁾

Avedis Donabedian en 1980, define la calidad de la atención en salud, de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"⁽¹⁴⁾, lo que traduce a que la calidad es atribuible a la atención sanitaria, de acuerdo con los recursos disponibles, valores individuales y sociales que primen, tomando los mayores beneficios de estos, en función de minimizar riesgos para el paciente.

De acuerdo con Donabedian son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta, que están relacionadas y a su vez son independientes: El componente técnico, que por definición, es la aplicación de la ciencia y la tecnología, al momento de la prestación del servicio, donde se obtengan más beneficios que riesgos para el usuario y se resalta el rol del profesional de enfermería; el segundo, el interpersonal, está basado en la relación de las personas (profesional de la salud y el paciente/familia), de acuerdo con las normas individuales, sociales y las que expidan los dictados éticos profesionales; el último es el relacionado con el confort, el entorno o ambiente en el que se desarrolla la prestación del servicio donde se debe proporcionar una atención confortable teniendo en cuenta criterios de accesibilidad, comodidad, entre otros que son necesarios para ofrecer un adecuado servicio.⁽¹⁴⁾

6.3 CUIDADO DE ENFERMERÍA

Según lo referenciado en el estudio piloto realizado por Sepulveda LROCEGAC; el cuidado de enfermería ha sido definido por muchas teoristas y filósofos, pero destaca lo descrito por la enfermera Florence Nightingale, reconocida mundialmente como la "gran administradora de hospitales", quien enfatizó: “Cuidar implica el deseo de dar cuidado, y de llevar a cabo acciones de cuidado. La enfermera debe desarrollar la habilidad de observación inteligente para atender a los pacientes y medir su mejoría o falta de respuesta ante las diversas intervenciones de enfermería. Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, a la mejoría y la preservación de la dignidad del otro. En el cuidado humano, la relación entre curar y cuidar está invertida: su énfasis está, más bien, en la idea de que el cuidado potencializa los resultados de la autocuración y por lo tanto, cuidar puede ser un medio para curar”.⁽¹⁵⁾

Según lo anterior, podemos definir el cuidado de enfermería como la implementación de un proceso de interacción sujeto-sujeto, donde la observación sistemática juega un papel fundamental, y lo que se deduce a partir de esta debe responder a las necesidades individuales y colectivas, mediante el acompañamiento y la orientación para el goce del bienestar de la salud.

6.4 CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Se define la calidad del cuidado de enfermería como la oportunidad para analizar y mejorar la identidad profesional, lo cual permite aportar más y mejores elementos al usuario a través de la empatía que se establezca con este y su familia, lo obtenido se mide de acuerdo a la percepción y al grado de satisfacción del usuario. ⁽¹⁶⁾

Según lo referenciado en el estudio piloto realizado por Goría Sepulveda LROCEGAC; los cuidados de enfermería con calidad se deben caracterizar por tener una dimensión holística, respaldado en el conocimiento técnico-científico y definido mediante los procesos de la relación interpersonal terapéutica, a través la educación individual- colectiva y el apoyo a los cambios de la persona debidos al desarrollo, crecimiento, enfermedad, o a cualquier interacción con el entorno.

Desde este contexto la calidad de los cuidados es el grado de adecuación de un determinado bien o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas. ⁽¹⁷⁾

La frecuencia con la que se mide en las instituciones la satisfacción del usuario, actualmente, es un tema importante para validar los servicios de salud brindados por estas instituciones; de aquí parte la imperiosa necesidad de que la información recolectada sea confiable, con el fin de incentivar planes de mejora y lograr consecuentemente el fortalecimiento de las instituciones y sus servicios prestados. ⁽¹⁸⁾

6.5 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Se ha conceptualizado como un resultado y como un proceso, como una respuesta tanto cognitiva como emocional. Según Pascoe en 1983, la satisfacción es una evaluación personal del servicio recibido, basado en patrones subjetivos de orden cognitivo y afectivo y están establecidos por la experiencia vivida del usuario, estos criterios subjetivos, están compuestos de los siguientes elementos: un ideal del servicio, lo que supone significa el servicio merecido y una medida de las experiencias basadas en situaciones de servicio similares en un nivel subjetivo mínimo de calidad de los servicios a alcanzar para ser aceptado. ⁽¹⁹⁾

El estado de satisfacción del usuario influye positivamente en las tres esferas que se deben manejar como son el bienestar físico, mental y social a favor del usuario en la institución de salud; por eso la importancia de contar con estándares medibles de satisfacción, ya que no solo el usuario es responsable de su salud, sino la familia, la institución y la sociedad, pues se debe ofrecer de manera integral la atención de la salud de cada miembro de ésta, logrando el goce efectivo y el fomento adecuado de estilos de vida saludables, para evitar los riesgos de enfermar, prolongando la vida y estimular de esta forma el mejoramiento de la población. ⁽²⁰⁾

6.6 PERCEPCIÓN DEL USUARIO

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. ⁽²¹⁾

Según la psicología de la forma o psicología de la configuración o Gestalt, la percepción es el proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales, postuló la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes. ⁽²¹⁾

Como elemento fundamental de la calidad, la percepción es la experiencia expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades cualitativas de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información; aquí destaca la veracidad con la que se reporta este tipo de información, pues va más allá de tabular números, la forma en la que son medidas y tratadas las experiencias subjetivas del usuario, denotan la capacidad organizacional de la institución de salud.

6.7 ATENCION DOMICILIARIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.

Según Torra i Bou, la atención domiciliaria es “un conjunto de actividades, planificadas y desarrolladas por profesionales en salud, cuyo principal objetivo es proporcionar servicios de salud, a través de la promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de la responsabilidad compartida, del usuario y/o familia con los profesionales de la salud, en el domicilio de aquellas personas, que debido a sus estado de salud o a otros criterios no pueden desplazarse al centro de salud”. La atención a domicilio se constituye en una opción por parte del usuario dependiente de recibir atención continuada, integral y multidisciplinaria, agrupada en un conjunto de servicios que se prestan desde los equipos de salud, mediante funciones y tareas sanitarias y sociales. ⁽²²⁾

Los principales atributos de la atención domiciliaria son:

- Atención biopsicosocial.
- Proporcionar cuidado continuo y comunicación permanente.
- Coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.
- Considerar las necesidades de los individuos para brindar una atención multidisciplinaria.

Además los atributos de la atención domiciliaria planteados por Starfield & Shin (2004) estos autores la definen como un servicio de salud en el cual se provee una asistencia continuada en el hogar de patologías que no requieren hospitalización, e incluye aquellas personas que por su limitación física no pueden asistir a un centro de salud; también se pueden brindar cuidados primarios, y evitar el sobrecargo en las instituciones de salud, logrando una atención personalizada, propiciando mayor adaptación a los cuidados brindados en el hogar.

También hace referencia a otros tipos de atención en el domicilio entre ellos, la urgencia y la hospitalización domiciliaria, cuyas principales características son el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación. ⁽²²⁾

La atención domiciliaria tiene un papel muy importante en el cuidado integral de la salud de las personas, si se tienen en cuenta todas las dimensiones que lo comprometen como ser humano, y siempre y cuando esté basada en una responsabilidad compartida, es decir, actuando como puente entre los principales niveles de atención del sistema de salud.

Este modelo de atención domiciliaria, representa la posibilidad de crear una buena estructura organizacional y financiera en el sistema de salud, pues también responde adecuadamente a las necesidades de los usuarios, generando satisfacción y participación del paciente y su familia.

6.8 INSTRUMENTO PARA MEDIR LA SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO

El cuestionario CARE-Q (Caring Assessment Instrument) creado por Patricia Larson & Ferketich en 198, definido como el cuestionario de satisfacción del cuidado, plantea en sus subescalas la percepción del usuario con relación al cuidado brindado por el cuerpo de enfermería y define el cuidado como “acciones intencionales que llevan al cuidado físico y la preocupación emocional que promueven un sentido de seguridad”. ⁽²³⁾

Según el estudio realizado por Molina E. en el año 2009 se realizó la validación del instrumento traducido al español y aplicado a una población colombiana, el CARE-Q arrojó una validez interna de 0.88 a 0.97, con una varianza explicada del 52%. Los índices de confiabilidad de las dimensiones se encontraron entre 0,57 y 0,90; ha sido adaptado y utilizado en varios países como

Estados Unidos, Australia, China, Taiwán; este instrumento contiene 50 conductas de atención de enfermería que permiten al usuario, mediante escala análoga de cuatro puntos, determinar los comportamientos que perciben importantes para sentirse satisfechos frente al cuidado, cuenta con 6 categorías: “accesible” y “explica y facilita” se miden a través de 6 preguntas cada uno, “conforta” mediante 9 preguntas, “se anticipa” con 5, “mantiene relación de confianza” incluye 16 preguntas y “monitorea y hace seguimiento” con 8 preguntas cada uno. ⁽²³⁾

A través de estas subescalas se pretende asegurar que el profesional de enfermería realiza actividades con el fin de que el usuario este cómodo, confiado, seguro y establezca empatía, además velar por el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos, todo con el fin de hacer seguimiento al proceso salud-enfermedad.

7. METODOLOGÍA

Este estudio es no experimental con enfoque descriptivo.

Es una investigación no experimental porque se basa en categorías, conceptos, variables, sucesos, donde se observan los fenómenos o acontecimientos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Descriptivo porque en esta investigación se pretende a través del análisis, conocer cómo es el cuestionario y sus componentes, relacionados con la calidad del cuidado de la enfermería teniendo como base las categorías estipuladas en el instrumento CARE-Q (Caring Assessment Instrument) Cuestionario de Satisfacción del Cuidado; creado por Patricia Larson & Ferketich en 1981, el cual fue traducido, adaptado y validado al español por Sepúlveda Gloria, en julio 2009.

8. RESULTADO

8.1 ACCESIBILIDAD:

Contiene 6 ítems (1 – 6) que indican los comportamientos de cuidado que son esenciales en la relación de apoyo enfermera-paciente, como es el acercarse al paciente para ayudarlo de forma oportuna.

El Ministerio de Salud define accesibilidad, como: “Posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud”.⁽²⁴⁾

El cuestionario CARE–Q (Caring Assessment Instrument) en las seis conductas que se analizan para la subescala de accesibilidad; se expone lo que menciona Watson en los factores referentes al cuidado que “la el cuerpo de enfermería ha de desarrollar una relación de ayuda y apoyo, brindar cuidados con rostro humano”, “ejercer el cuidado, de forma amorosa, amable y equitativa para sí mismo y para otros”, se cumple con los criterios de garantizar la atención integral, basándose en comportamientos humanizados, mostrando al profesional accesible y comprometido con el bienestar del paciente.

Según estudios realizados por la Universidad Federal de Brasil, el cuerpo enfermero, considera que sus actividades son percibidas como relevantes por los usuarios, porque se muestran como profesionales accesibles; la buena relación interpersonal; la recolección de datos, y la identificación de factores psicológicos, sociales y educativos, para abordar al usuario con una perspectiva holístico e individual.⁽²⁵⁾

8.2 EXPLICA Y FACILITA:

Contiene 6 ítems (7 – 12) y se refieren a la información brindada por el profesional de enfermería al usuario, con respecto a su enfermedad, tratamientos, conceptos difíciles de entender con relación al mantenimiento y recuperación de su salud, en forma clara, logrando la fácil comprensión y ejecución de las actividades que logren su bienestar.

Según el estudio realizado por Moura, Rodríguez y Magallanes en Ceará Brasil; se concluyó que el cuerpo de enfermería debe hacer partícipes a los pacientes sobre el cuidado de su salud, lo cual esta constituido como un derecho del usuario, recibir información sobre su situación de salud, es decir, es el principal participe en la toma de decisiones que afecten o benefician la misma; la claridad y veracidad de esta información impacta directamente los resultados del cuidado.⁽²⁵⁾

En los seis comportamientos analizados en la segunda subescala del instrumento CARE-Q, se detalla el rol de la enfermera educativa, donde no solo se compromete con el estado biológico, sino también con su estado psicosocial, entiende que los pacientes son seres íntegros y que cada esfera

en la que se desempeñe, impacta positiva o negativamente en su estado de salud, de aquí la imperiosa necesidad, de ser orientadoras en los procesos de autocuidado, identificando posibles riesgos y explicando actividades para la minimización de los mismos, sin olvidar potenciar las conductas positivas.

8.3 CONFORTA:

Contiene 9 ítems (13 – 21) referidos al ánimo y los cuidados que el profesional de enfermería infunde al paciente y sus cuidadores, con el fin de hacerlos sentir cómodos, en un entorno desconocido para ellos, logrando así mayor bienestar.

En el estudio realizado por Torres sobre la percepción de la calidad, se concluyó, que si los pacientes perciben mayor cortesía, y empatía por parte del cuerpo de enfermería, se obtendrán mayores niveles de satisfacción con el cuidado por parte de los usuarios. ⁽²⁶⁾

En esta subescala, que es más detallada que las anteriores, pues, analiza nueve comportamientos, donde se considera importante que la enfermera integre a la familia o cuidadores en el cuidado de la salud, esto permitirá que los pacientes se sientan más seguros, logrando disminuir la tensión, miedo o ansiedad, favoreciendo un ambiente más cálido y ayudando a la toma adecuada de decisiones en salud.

8.4 SE ANTICIPA:

Contiene 11 ítems (22 – 32) que hacen alusión a los cuidados y comportamientos de los enfermeros que se planean previamente, conociendo con anterioridad las necesidades del paciente, logrando oportunidad en la atención y prevención de complicaciones; aportando para ellos guías, que involucren activamente a los actores del cuidado (familia, cuidadores allegados) y que gracias a estas orientaciones, se obtenga el apoyo para el autocuidado del paciente y los mejores resultados.

El estudio de Molina, que fue realizado en el ámbito ambulatorio, entre sus resultados destaca la necesidad de incentivar el autocuidado, como una función primordial del cuerpo enfermero en el contexto comunitario y como un pilar fundamental en la atención primaria en salud. ⁽²⁷⁾

Se debe tener en cuenta la importancia del autocuidado, en la promoción de la vida y el bienestar de los seres humanos, lo cual repercute en que sea este, un objetivo fundamental en el cuidado de enfermería, que busca en principio evitar complicaciones en la salud, de acuerdo con las características culturales, ciclo vital, de género y etnia de los usuarios.

8.5 MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA:

Contiene 10 ítems (33 – 42) y tienen que ver con la cercanía que infunde el profesional de enfermería, basados en la seguridad, serenidad y confianza al paciente y su familia, a través de los

cuidados que se ofrecen dirigidos a su recuperación, asentados en la empatía y la consecuente aceptación de la presencia física del equipo de enfermería hacia el usuario.

Watson refiere que “el grado de sinceridad de la expresión de la enfermera, el estar presente, el permitir manifestar sentimientos, está relacionado con la eficacia del cuidado, pues se puede crear una relación de confianza si ésta es capaz de apoyar el llanto o los temores del otro, sin huir y esto constituye en un acto de sanar” ⁽²⁷⁾

En esta subescala se analizan 10 conductas, que hacen énfasis en la percepción que tiene el usuario sobre la confianza y el hecho de “estar presente” por parte de enfermería, como sabemos, la percepción es un término subjetivo, el instrumento logra establecer concretamente lo que logra impactar en la salud del paciente, y estimulando a que las enfermeras y enfermeros, realicen un estudio del tiempo que realmente se requiere para la atención autentica de los pacientes, imperando lazos de empatía.

8.6 MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO:

Contiene 8 ítems (43 – 50) y se refiere a los cuidados de enfermería que implican un conocimiento oportuno de cada usuario y manejo adecuado de los conceptos y procedimientos científico-técnico. Contiene también los planes de acción, que responden a la forma de educar al grupo de trabajo, sobre cómo se deben realizar las actividades, procesos y procedimientos, a través de la observación crítica y la valoración asertiva para que todo se haga bien y a tiempo. ⁽²⁸⁾

Las investigaciones de Molina en la atención domiciliaria y la de Ramírez en la atención ambulatoria, nos explican la manera en que se perciben las actividades del cuidado, contenidas en esta escala, lo que responde al importante papel que desempeña el equipo de enfermería en lo relacionado a la satisfacción de necesidades y expectativas en el contexto de calidad de atención. ⁽²⁹⁾

Los ocho comportamientos analizados en esta dimensión, explican muy bien la capacidad organizativa, el dominio de las competencias y la seguridad en la atención, lo cual propicia un alto grado de confianza y satisfacción con el cuidado, por parte del usuario.

9. DISCUSIÓN

Por ser este un estudio descriptivo y siendo consecuentes con el interrogante que se plantea como objeto de este trabajo, donde se cuestiona si se cumplen a cabalidad todos los criterios de calidad en la atención domiciliaria en comparación a la atención tradicional; es importante analizar el interrogante desde los diferentes aspectos aquí tratados.

Podemos observar de acuerdo al marco normativo que el instrumento se ubica dentro de este contexto en la búsqueda permanente del bienestar del paciente como las citadas en la resolución 1043 de 2006 donde se busca implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención ⁽³⁰⁾ de igual manera que con el decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud ⁽³¹⁾; cabe resaltar que en el marco normativo de este decreto es donde se desarrolla el plan nacional de salud; hace énfasis en el fortalecimiento de la capacidad de la comunidad y reconoce los diferentes modelos de atención entre ellos la atención domiciliaria. El instrumento en este sentido se adapta a los campos de acción que se pretenden abarcar con la normativa mencionada.

De acuerdo al marco conceptual los diferentes autores ven la calidad de la atención en salud desde una perspectiva más amplia y no solo se centra en los aspectos técnico- científico que sin restarle la importancia que merece, muestra la calidad como un concepto global donde el bienestar del paciente se ve reflejado, no solo en el conocimiento técnico de la profesión de enfermería sino en la percepción del usuario y por ende en la satisfacción del mismo derivado de aspectos de la relación enfermero(a)-paciente que si los traducimos a la atención domiciliaria se vuelve un aspecto aún más fácil de evaluar por la naturaleza del servicio prestado dada la proximidad y los estadios de permanencia con el paciente.

Es importante mencionar que el cuestionario CARE-Q (Caring Assessment Instrument) puesto dentro del contexto de la atención domiciliaria juega un papel importante, ya que de los resultados derivados de la atención evaluados con dicho instrumento podemos hacer uso de ellos para reforzar aspectos en el profesional de enfermería que pueden contribuir a la recuperación efectiva y progresiva del bienestar del paciente, evitando reingresos a las instituciones en aquellas patologías que pueden seguir siendo manejadas desde el domicilio del paciente.

Con respecto al instrumento, es importante mencionar que se encuentran algunos estudios relacionados con este tema, tal como los realizados por la Universidad Nacional en el año 2014, también el realizado por la enfermera Edith Milena Molina Cardona, donde se evaluó la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria, mediante la aplicación

del instrumento CARE Q, este estudio fue de tipo descriptivo-transversal con abordaje cuantitativo, con doce enfermeras que ejercen sus labores en este tipo de servicios.

Los resultados de aplicación del instrumento fueron descritos en detalle por variables, donde se evidenció la manera en que las enfermeras del servicio se están desempeñando en relación con cada una ellas. ⁽³²⁾

El porcentaje de cumplimiento por parte del estudio fue de un 83%, por lo que se puede concluir que existe un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios.

De igual manera se cuenta con el estudio realizado por la Universidad Javeriana, presentado por Diana Isaura Piñarte Suárez y Nancy Victoria Reinoso Martínez, donde el objetivo en dicho estudio, fue detallar las características de la atención médica en el domicilio, y su relación con la atención primaria en salud en instituciones prestadoras de salud de la ciudad de Bogotá, ⁽³³⁾ en este estudio se considera el instrumento como una herramienta necesaria para aplicar la integralidad entre la atención domiciliaria y la atención primaria.

Los dos anteriores estudios, nos muestran, en el primero la aplicación práctica del instrumento y el segundo como la atención domiciliaria apoyada de este instrumento funciona como un elemento fundamental para la integración entre la atención del paciente domiciliario y la atención primaria.

Es importante mencionar que también hay otro aspecto relevante que es necesario tener en cuenta y que puede influir en la calidad del servicio prestado; y es el aumento de instituciones que han surgido en los últimos años dedicadas a la atención domiciliaria; si observamos 6 o 7 años atrás el número de instituciones es muy reducido y este tipo de atención no se divulgaba de forma permanente.

Según el estudio de Gómez, en la actualidad unas 720.000 personas afiliadas y un mercado de 235.000 millones de pesos, que crece a un ritmo del 20 por ciento anual, y genera unos 6.000 empleos, compone el negocio de la medicina domiciliaria. ⁽³⁴⁾

Si bien es cierto que hay instituciones reconocidas dedicadas exclusivamente a la prestación de este tipo de servicios; como estas han surgido muchas otras de las cuales no se tiene la total certeza de calidad de su servicio; no se puede desconocer que dentro de la normatividad más reciente la resolución 2003 establece los estándares para la habilitación de la prestación de los servicios de las instituciones de salud incluyendo la instituciones de atención domiciliaria; lo cual garantiza de cierta manera la calidad del servicio en aspectos técnicos mas no la calidad de la relación del profesional de enfermería con el paciente lo cual es un aspecto fundamental en el proceso de recuperación del mismo.

Dado lo anterior se hace necesario y más aún en este tipo de servicios de atención domiciliaria implementar de forma regular y obligatoria una herramienta como el instrumento CARE-Q - Caring Assessment Instrument que mide la satisfacción del usuario y que nos permite evaluar la calidad en un sentido más extenso el cual va mucho más allá del cumplimiento de unos criterios técnicos y que por ende nos brinda herramientas para establecer estrategias de mejoramiento continuo de la humanización del servicio.

10. CONCLUSIONES

- El instrumento CARE-Q - Caring Assessment Instrument es una herramienta que cuenta con diferentes categorías que abarca aspectos indispensables que facilitan la medición de aspectos de calidad en la atención de pacientes la cual es de gran utilidad para detectar oportunidades de mejora, diagnosticar debilidades implementar planes de acciones y fortalecer competencia en el profesional de enfermería en pro de mejoramiento en la atención a los pacientes.
- De acuerdo a otros estudios realizados dedicados a la aplicación de la herramienta se observa que no se obtiene en su totalidad la calidad de forma satisfactoria en todos los aspectos evaluados por lo cual se evidencia que la herramienta tiene un enfoque objetivo que muestra de manera adecuada los resultados y los aspectos que se deben fortalecer con el profesional.
- Se evidencia que los aspectos considerados dentro del instrumento CARE-Q - Caring Assessment Instrument se alinean con la normatividad vigente fortaleciendo la evaluación de la calidad desde una perspectiva más amplia del concepto en busca de minimizar la brecha entre el cumplimiento de aspectos técnicos y aspectos inherentes propios de la atención y el comportamiento frente a la atención de cara al paciente.
- Dado el crecimiento de las instituciones de prestación de servicios de atención domiciliaria el establecimiento de la aplicación de la herramienta juega un papel fundamental en el fortalecimiento de este tipo de atención ya que el instrumento es apropiado en pacientes con estancias prolongadas de atención lo cual facilita obtener resultado más acertados del comportamiento del profesional en un periodo de tiempo más amplio y así tener resultados más precisos.
- Por las características del instrumento y los aspectos que abarca; la aplicación de esta herramienta con una periodicidad más frecuente en paciente con tiempos prolongados de atención puede brindar de manera oportuna un diagnóstico de la atención para establecer planes de acción inmediatos para corregir fallas y desviaciones del proceso buscando garantizar el mejoramiento de la atención de forma más oportuna.

11. RECOMENDACIONES

- Establecer la aplicación del instrumento de forma obligatoria en la prestación de servicios de atención domiciliaria con el fin de obtener mecanismos más amplios de control en la medición de la calidad para este tipo de servicios.
- Hacer uso de los resultados de la aplicación de este instrumento como mecanismo educativo en las instituciones de formación de escuelas de enfermería con el fin de profundizar en los aspectos que demuestren mayor debilidad.
- Basado en los resultados de la aplicación del instrumento se deben fortalecer los planes de capacitación en las instituciones prestadoras de los servicios de salud en aras de alinearse con los componentes del sistema de gestión de calidad relacionados con la aplicación de la mejora continua.

BIBLIOGRAFÍA

1. MOLINA E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C.: 2011.
2. NIGHTINGALE F. Notas sobre asuntos que afectan la eficiencia de la salud y la administración hospitalaria del ejército británico. London: Editorial; Harrison. 1858.
3. MELO M. Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal. Bogotá D.C.: 2013.
4. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 266. 1996.
5. Decreto 1011. Bogotá D.C.: Ministerio de Protección Social; 2006. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf. Acceso 14 de mayo de 2018.
6. Resolución número 8430, art.1, 2 y 4; Bogotá D.C. Ministerio de Protección Social; 1993 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDFA>. Acceso 14 de mayo de 2018.
7. Resolución número 1043 2006-Art.1-3 ; Bogotá D.C. Ministerio de Protección Social; 2006. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>; Acceso 14 de mayo de 2018
8. Ley 1438. 2011; ; Bogotá D.C.: Ministerio de Protección Social; 2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf; Acceso 14 de mayo de 2018

9. Decreto 1011; Bogotá D.C.; Ministerio de Protección Social; 2006. Disponible en : https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf; Acceso 15 de mayo de 2018
10. Decreto 780. Bogotá D.C.; Ministerio de Protección Social; 2016. Disponible en : https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf; Acceso 22 de mayo de 2018
11. Ley 1422; Bogotá D.C.; Ministerio de Protección Social; 2007. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>; Acceso 14 de mayo de 2018.
12. Resolución 2003; Bogotá D.C.; Ministerio de Protección Social; 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf; Acceso 14 de mayo de 2018.
13. MOLINA CARDONA E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C.: 2011.
14. DONABEDIAN, A. “La calidad de la atención médica”. La Prensa Médica Mexicana. México.: 1984.
15. SEPULVEDA G. Estudio piloto de la validación del cuestionario "CARE-Q" en versión al español en población colombiana. Bogotá D.C.: 2009.
16. CAMINAL J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Revista Calidad Asistencial. Barcelona.: 2001.
17. OTERO M. Qué es la calidad en salud. Ed. Mc GrawHill. 2002.

18. ARIZA C. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardíaco. Hospital Universitario de San Ignacio Julio–Agosto 2001. Rev. Enfermería en cardiología. 2004.
19. PASCOE G. Patient satisfaction in primary healthcare: a literature review and analysis. Eval Program Plann. 1983.
20. CAPETILLO R., HERNÁNDEZ P, DELGADO P, GARCÍA M. Evaluación de la calidad del proceso de atención de enfermería del paciente hospitalizado. Habana.: 2000.
21. ARIZA C. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardíaco. Hospital Universitario de San Ignacio Julio–Agosto 2001. Rev. Enfermería en cardiología. 2004.
22. ARMITAGE P., BERRY G. Estadística para la investigación biomédica. 1997.
23. MOLINA E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C.: 2011.
24. Atributos de la calidad en la atención en salud; Bogotá D.C.; Ministerio de Protección Social; 2016. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>; Acceso 14 de mayo de 2018
25. CIELO S. Universidad Federal do Ceará. Brasil. Precepciones de enfermeros y gestantes sobre la asistencia prenatal. Rejane Ferreira M., AMPR y MNRdS. 2003.
26. CIELO S. Revista Cuidarte. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. Claudia Torres Contreras, Marcela Buitrago-Vera.
27. MOLINA E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. 2011.

28. SEPULVEDA G . Estudio piloto de la validación del cuestionario "CARE-Q" en versión al español en población colombiana. Bogotá DC.: 2009.
29. MOLINA E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C.: 2011.
30. Resolución número 1043 2006-Art.1-3 ; Bogotá D.C. Ministerio de Protección Social; 2006. Disponible en:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>; Acceso 14 de mayo de 2018
31. Decreto 1011;Bogotá D.C.; Ministerio de Protección Social; 2006. Disponible en :
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf; Acceso 15 de mayo de 2018
32. MOLINA E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. 2011.
33. PIÑARTE D, REINOSO N. Atención domiciliaria en salud realizada por instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Bogotá y su relación con la atención primaria en salud. Bogotá D.C.:2013.
34. GOMEZ G. Salud a domicilio. El Tiempo. Bogotá D.C.: 2013.

ANEXOS

ANEXO 1 INSTRUMENTO CARE Q- (Caring Assessment Instrument)

	Importantísimo	Muy Importante	Algo Importante	Ni Importante- Ni sin importancia	Poco Importante	Muy poco Importante	Nada Importante
	7	6	5	4	3	2	1
ES ACCESIBLE							
1. Con frecuencia se aproxima primero al paciente.							
2. Se ofrece a hacer pequeñas cosas para el paciente.							
3. Administra al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente.							
4. La enfermera lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado de salud.							
5. Responde rápidamente el llamado del paciente.							
6. Anima al paciente a que llame si tiene problemas.							
EXPLICA Y FACILITA							
7. Informa al paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares.							
8. Ayuda al paciente a expresarse, proporcionándole información adecuada.							
9. La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación de salud							
10. Enseña al paciente a cuidar de sí mismo siempre que sea posible.							
11. Sugiere al paciente las preguntas que puede formularle a su médico.							
12. Es honesta con el paciente en cuanto a su condición médica.							
CONFORTA							
13. Procura medidas básicas de confort, tales como iluminación adecuada, control de ruido y sabanas							

adecuadas, para que pueda descansar cómodamente.							
14. Infunde ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente.							
15. La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles.							
16. Es jovial.							
17. Se sienta con el paciente							
18. Toma al paciente de la mano, cuando él necesita que alguien lo anime.							
19. Escucha al paciente.							
20. Habla con el paciente.							
21. Involucra a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado.							
SE ANTICIPA							
22. La enfermera le presta mayor atención a usted en las horas de la noche.							
23. Se anticipa al impacto del paciente y su familia con relación al diagnóstico y planifica oportunidades para hablarlas al respecto, individualmente o en grupo.							
24. Sabe cuando el paciente "ha tenido lo suficiente" y actúa en concordancia, por ejemplo, reprograma un examen, selecciona la visita de acuerdo con el gusto del paciente y garantiza privacidad.							
25. Es receptiva ante las necesidades del paciente, planea y actúa en consecuencia, por ejemplo, administra un medicamento para evitar las náuseas, cuando el paciente está recibiendo una medicina que probablemente le causará náuseas.							
26. Prevé que las "primeras veces" son las más difíciles y pone atención especial al paciente durante estas oportunidades.							
MANTIENE RELACIÓN DE CONFIANZA							
27. Cuando esta con un paciente, se concentra sólo en ese único paciente.							

28. Continúa interesada en el paciente aunque haya pasado por una crisis o fase crítica.							
29. Ofrece al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo para las citas , tiempo para el baño,etc.							
30. Ayuda al paciente a establecer metas realizables.							
31. Comprueba con el paciente la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su estado.							
32. Comprueba las percepciones del paciente con el mismo paciente antes de iniciar cualquier intervención, por ejemplo si la enfermera tiene la percepción de que el paciente esta ofuscado con el plan de tratamiento, lo discute con el paciente antes de hablar al respecto con el médico.							
33. Ayuda al paciente a aclarar su pensamiento acerca de su enfermedad.							
34. Acepta que el paciente es el que mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible, en la planificación y administración del cuidado.							
35. Anima al paciente para que formule las preguntas que pueda tener.							
36. Coloca al paciente en primer lugar, sin importar lo que pase.							
37. Es agradable y amistosa con los familiares del paciente y los demás allegados.							
38. Permite al paciente expresar totalmente sus sentimientos acerca de su enfermedad y tratamiento, manejando la información confidencialmente.							
39. Pregunta al paciente como prefiere que lo llamen.							
40. Tiene una proximidad estable con el paciente.							
41. Logra tratar al paciente como una persona.							

42. Se presenta al paciente, le explica el procedimiento a realizar							
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO							
43. Su uniforme e insignias la caracterizan como enfermera.							
44. Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo, procedimientos especiales, se acomodan a la real situación del paciente.							
45. Es organizada.							
46. Sabe aplicar inyecciones, etc. y manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos que haya en el servicio.							
47. Es calmada							
48. Proporciona buen cuidado físico al paciente.							
49. Se asegura de que otros sepan cómo cuidar al paciente.							
50. Sabe cuándo llamar al médico.							