



Revista Gerencia y Políticas de Salud

ISSN: 1657-7027

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Céspedes Londoño, Juan Eduardo; Paz Wilches, Justo Jesús; Guete, Alvaro
Estudio de satisfacción de los usuarios de la Asociación Mutual SER E.S.S. ARS con el programa de
administración del riesgo cardiovascular "De Todo Corazón"

Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 6, núm. 13, julio-diciembre, 2007, pp. 112-138

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54501306>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Estudio de satisfacción de los usuarios de la Asociación Mutual SER E.S.S. ARS con el programa de administración del riesgo cardiovascular “De Todo Corazón”*

Juan Eduardo Céspedes Londoño **
Justo Jesús Paz Wilches*** Alvaro Guete****

Fecha de recepción: 03-09-07 Fecha de aceptación: 19-10-07

Resumen

Objetivos: evaluar la calidad del Programa de Salud Administrada (PSA) de “Todo Corazón”, el cual ofrece la Asociación Mutual SER ESS en Colombia, uno de los primeros en su género, a fin de manejar riesgos cardiovasculares con eficiencia y calidad. La evaluación se enfocó sobre el grado de satisfacción de los usuarios (en términos de accesibilidad, oportunidad, aceptación y adherencia, trato e información recibida, y percepción de beneficios) frente a los siguientes componentes del programa: suministro de medicamentos; talleres de información educación y comunicación (IEC); visitas domiciliarias por parte los agentes educativos; y consulta a enfermería, medico general y especialistas. **Métodos:** siguiendo un diseño de corte transversal, se diseñó, validó y aplicó un cuestionario, para entrevista estructurada, a una muestra de 260 personas, seleccionada aleatoriamente a partir del universo de usuarios del PSA conformado por 17,466 personas distribuidas en ocho departamentos. **Resultados:** en todos los componentes del PSA y aspectos del servicio evaluados, se observaron niveles de satisfacción superiores al 80%, con excepción de dos: (1) visitas domiciliarias, y (2) talleres de información, educación y comunicación. **Conclusiones:** los usuarios del PSA están altamente satisfechos con la mayoría de sus servicios. No obstante, hay oportunidades importantes para el mejoramiento de cada uno de los componentes específicos evaluados.

Palabras clave: calidad del servicio, satisfacción del paciente, gestionamiento de enfermedades, salud gestionada, evaluación de resultados en salud, riesgos cardiovasculares.

* Este artículo es un subproducto de la investigación desarrollada en el contexto del Contrato 164-06, entre el Instituto Ciencias de la Salud CES y Pfizer S.A., para la evaluación y validación del Programa de Administración del Riesgo Cardiovascular, el cual está ejecutando la asociación mutual SERESS ARS en la Costa Atlántica y Bogotá. Los autores agradecen el trabajo realizado por Samuel Arteaga, Milena Lenis y los demás miembros del equipo de campo.

** Juan Eduardo Céspedes Londoño. Coordinador del Grupo de Investigación de Resultados de la Universidad CES de Medellín. Correo electrónico: jcespedes@ces.edu.co.

*** Justo Jesús Paz. Médico epidemiólogo. Gerente de servicios de salud de Mutual SER ESE ESS Asociación Mutual SER ESS. Correo electrónico: jpaz@mtualser.org.

**** Álvaro Guete. Médico de resultados en salud, Pfizer S.A.Pfizer, S.A. Correo electrónico Alvaro.M.guete@pfizer.com



Abstract

Objectives: To evaluate the quality of services provided by the Managed Health Program (MHP) "De Todo Corazón", one of the first of its kind, offered in Colombia by Asociación Mutual SER ESS, in order to manage cardiovascular risks with efficiency and quality. The focus was on patient satisfaction (regarding accessibility, opportunity, acceptance and adherence, information provided, and perception of benefits) with the following components of the MHP: medicines supply; information education and communication (IEC) workshops; home visits by educational agents; and health care provided by nurses, primary care doctors, and specialists. **Methods:** Following a cross-sectional design, a questionnaire for structured interview was designed, validated, and then applied to a random sample of 260 people, selected from a universe comprising 17,466 subjects registered in the MHP, and distributed over eight states. **Results:** Satisfaction levels above 80% were found in all of the components and aspects evaluated, except two: (1) home visits by educational agents, and (2) IEC workshops. **Conclusions:** The clientele served by the MHP is highly satisfied with most of its services, although there are opportunities for improvement.

Key words: Quality of services, patient satisfaction, disease management, managed health, health outcomes evaluation, cardiovascular risks.

Introducción

En los países desarrollados, las enfermedades crónicas (EC) ocasionan más del 80% de la carga global de enfermedad (CGE), medida a través del indicador años de vida saludable perdidos (AVISA), y constituyen uno de los principales desafíos para la respuesta de salud organizada [1,2].

En Colombia, particularmente desde 1995, las EC ocasionan al menos el 50% de la CGE, con tendencia al aumento, y siguen un perfil que eventualmente se asemejará al de los países desarrollados [3].

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), particularmente, representan al menos la mitad de la carga por EC, con tendencia al aumento. Las ECV, en general, constituyen

uno de los principales desafíos en salud pública, incluso en los países en vías de desarrollo [4, 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

Este fenómeno obedece a múltiples y complejos factores asociados con el proceso de transición en salud que experimenta el país [3], entre los cuales cabe destacar los siguientes: (1) el acelerado proceso de urbanización que ha experimentado la población durante los últimos cincuenta años; (2) la disminución de la mortalidad infantil y la prolongación de la esperanza de vida, hecho que se expresa como una pirámide poblacional cuya base se encoge a la vez que su cúspide se ensancha, como consecuencia de los impactos logrados sobre la enfermedades transmisibles; y, (3) en general, al proceso de desarrollo económico y social que hoy tiene lugar en el país.

113



Como resultado, la demanda de tecnologías sofisticadas y costosas es cada vez mayor, generando altos impactos financieros y económicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) [13, 14].

Los eventos de alto costo (EAC), de manera particular, constituyen una de las principales preocupaciones. En general, en una población asegurada, típicamente menos del 5% de los individuos consumen cerca de la mitad de los recursos disponibles [15, 16].

Junto con la carga ocasionada por EC, como se mencionó, la concentración del gasto obedece a ineficiencias en la utilización de los recursos disponibles, ocasionadas principalmente por los fenómenos de riesgo moral, selección sesgada de riesgos (selección adversa y positiva), y fracasos tanto en la prevención primaria como en la secundaria, que afectan el aseguramiento. La situación se torna aún más compleja cuando hay competencia entre las organizaciones gestoras de planes de beneficios (OGPB), las cuales ofrecen la seguridad social, porque se generan incentivos perversos a la selección de riesgos, muy difíciles de controlar.

Para encarar el impacto ocasionado por las EC se precisa actuar sobre dos frentes estratégicos: (1) el modelo de financiamiento del SGSSS y (2) los nuevos modelos para el gerenciamiento de resultados en salud (GERESA [Health Outcomes Management]).

En el frente sistémico es necesario introducir nuevos mecanismos de financiamiento para los EAC; concretamente: redistribución de eventos de alto costo (REAC)¹. En la práctica, de acuerdo con la experiencia de Estados Unidos y de Europa, para que el sistema funcione, el mismo debe retener un porcentaje importante (alrededor de un 30%) de la prima reconocida (la UPC en el caso de Colombia) por la seguridad social a las OGPB,

con destino a un fondo. Este, posteriormente redistribuye los recursos entre las OGPB, en función de los EAC, independientemente de la enfermedad original; así, se corrigen las distorsiones financieras.

La aplicación de los nuevos modelos para el GERESA constituye el otro frente estratégico. La *Case Management Society of America*, CMSA [17] define a estos modelos como sistemas organizados de atención que permiten la integración de múltiples intervenciones con el fin de satisfacer las necesidades individuales de atención en salud de los pacientes, con eficiencia, calidad y, en general, resultados clínicos y económicos que se pueden medir por medio de varios procesos clave, de acuerdo con la *Disease Management Association of America* [18]: (1) identificación de pacientes, (2) educación a pacientes y programas de adherencia, (3) educación médica continuada, (4) tecnología de información, (5) medición de resultados y (6) reportes y retroalimentación rutinaria.

En general, los modelos GERESA representan el más reciente producto de la familia de modelos de atención en salud, la cual se conoce como atención gestionada (managed care). Estos modelos fueron desarrollados originalmente en Estados Unidos [19, 20, 21, 22] con el fin de atacar los problemas de eficiencia y calidad que abundan en el aseguramiento. Su principal característica es que, en contraste con los modelos tradicionales de servicios, centrados en la oferta, los modelos de atención como el GERES están jalones por la demanda, los pacientes concretamente. Para ello, se valen

¹ Aquí cabe una aclaración importante. Los eventos de alto costo no son sinónimo de enfermedades de alto costo. De hecho, cualquier enfermedad puede terminar en un evento de alto costo. Aunque la redistribución de enfermedades es una idea intuitiva, en la práctica no resuelve el problema y además conduce a batallas políticas.



de conceptos económicos y administrativos modernos como el CRM (*customer relations management*) [23] y el BSC (Balanced Scorecard) [24], entre otros.

Los primeros modelos para GERES fueron desarrollados por la industria farmacéutica norteamericana, hace más de una década. Hoy en día, sin embargo, las opciones disponibles reconocen otros orígenes; por ejemplo: (1) aseguradoras, (2) organizaciones prestadoras de servicios de salud, y (3) empresas altamente especializadas que contratan con las anteriores.

Las variantes más importantes del GERESA son: (1) el gerenciamiento de enfermedades, GERE (*disease management*) y (2) el gerenciamiento de eventos de alto costo, GEAC (*high cost management*).

Ambas variantes persiguen el mismo objetivo general: garantizar la eficiencia, la calidad y, en general, la consecución de resultados epidemiológicos que sean económicos, previsibles y medibles. Se complementan entre sí y cumplen las mismas funciones descritas en el Recuadro 1, de acuerdo con el Modelo POMPAS, desarrollado por el Grupo de Investigación de Resultados en Salud de la Universidad CES [25]. Dichas funciones, a su vez, se apoyan en dos recursos esenciales para conseguir los resultados esperados en los consumidores:

1. Soluciones de tecnología de informática (TI): constituyen un soporte crítico para la gestión y, en particular, para las comunicaciones entre todas las partes involucradas en la toma de decisiones. A tal efecto, incorporan herramientas como telemedicina, historia clínica electrónica y citas, entre otras, que permiten registrar y procesar datos con el fin de medir, monitorear, evaluar y retroalimentar (a través de indicadores de estructura,

procesos y resultados de productividad, efectividad e impacto), de manera sistemática, el desempeño de la GERES. Las herramientas de telemedicina, en particular, permiten integrar (vertical y horizontalmente) y mejorar la coordinación y capacidad resolutiva de los niveles primarios de las redes de atención en salud.

2. Recurso humano: típicamente son profesionales de la salud (p. ej., médicos, enfermeras, bacteriólogas, químicos farmacéuticos), entrenados para desempeñar diferentes funciones: gerentes de línea, gerentes de productos y, sobre todo, administradores de casos (*case managers*) que actúan como “directores de orquesta” de todo el proceso de GERESA.

Por último, aunque ambas variantes del modelo de GERESA buscan los mismos objetivos, mejorar los resultados clínicos y económicos, hay diferencias importantes. La primera variante, por ejemplo, GERE, está dirigida a gestionar casos definidos en función de patologías específicas (p. ej., diabetes, asma, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, cáncer). La segunda en cambio, GEAC, está dirigida a gestionar casos definidos en función del costo, independientemente de las patologías involucradas.

Colombia es un terreno fértil en materia de GERESA. Sin embargo, muy pocas de estas experiencias han demostrado sus bondades, por las dificultades asociadas con la evaluación de resultados [26, 27, 28, 29].

El Programa de Salud Administrada (PSA) De “Todo Corazón”, particularmente, que la Asociación Mutual SER ESS (empresa solidaria de salud) ofrece desde 2004, constituye una de las primeras experiencias en Colombia con resultados demostrados. Su objetivo consiste en cuidar la salud de 16,765 personas



RECUADRO 1: FUNCIONES DE LA GERESA

1. Identificar los casos dentro de la población asegurada y evaluar sus necesidades de servicios de salud con base en evidencias epidemiológicas y económicas sobre calidad, eficiencia y utilidad.
2. Diseñar planes individuales de atención, confeccionados con el fin de producir resultados que satisfagan las necesidades de atención de los casos, de acuerdo con guías basadas en evidencias clínicas y económicas.
3. Organizar y coordinar la prestación de los servicios de salud requeridos, con énfasis en la prevención secundaria.
4. Supervisar y controlar la estructura, los procesos y sus resultados (inmediatos, intermedios y finales), con el fin de asegurar la eficiencia y la calidad de la atención, a través de la medición, el monitoreo y la retroalimentación sistemática de información a todas las partes interesadas, incluidos pacientes, profesionales de la salud, planificadores y administradores.

en riesgo cardiovascular, procedentes de una población de 740,000 personas afiliadas al RS del SGSSS, registradas a 30 de octubre de 2006. Para ello, incorpora evidencias disponibles sobre control de ECV [1, 30, 7, 31, 32, 33, 34], e integra, a través de un modelo GERESA, varios componentes (intervenciones): (1) visitas domiciliarias, (2) suministro de medicamentos, (3) consulta ambulatoria (enfermería, médico general, especialista), y (4) laboratorio clínico. Los demás servicios requeridos son provistos a través del Plan Obligatorio de Salud (POS) del Régimen Subsidiado (RS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La supervisión y el control de resultados, en particular, es un componente crítico del PSA; incluye varias estrategias específicas como el monitoreo de los productos, la vigilancia epidemiológica y la evaluación de impacto, entre otras, conocidas en su conjunto como investigación y evaluación de resultados (*outcomes evaluation*) [35, 29, 27, 36].

En general, además de la eficiencia, la calidad es el principal resultado al que debe apuntar el GERESA [27]. Desde una perspectiva epidemiológica, la calidad se puede definir como las características que deben

poseer los productos de salud, concretamente las condiciones necesarias y suficientes, para satisfacer las necesidades de servicios de salud, tanto en el ámbito de la prevención y promoción (P. & P.) como de la atención y apoyo (A. & A.). De acuerdo con Avedis Donabedian [37] y otros autores [38, 27, 39, 40, 41] comprende dos dimensiones: (1) calidad de servicio (*quality of service*), y (2) calidad de la atención (*quality of care*).

El servicio, por su parte, corresponde a la dimensión subjetiva de la calidad. En la práctica, de acuerdo con los modelos utilizados por la industria de servicios (bancos, restaurantes, etc.), se evalúa por medio de encuestas que miden el grado de: (1) satisfacción con la accesibilidad a los servicios prometidos; (2) satisfacción con la oportunidad de la atención; (3) aceptación de, y adherencia a, los planes individuales de tratamiento; (4) satisfacción con el trato e información recibidas por parte del personal de salud; (4) satisfacción con el aspecto de las instalaciones; y (5) percepción de beneficio respecto de los bienes y servicios recibidos.

La atención corresponde a la dimensión objetiva de la calidad, de carácter mucho más técnico y complejo, y se evalúa por medio de



diversas técnicas de auditoria de servicios de salud e investigación de servicios de salud [25]. De hecho, el estudio sobre los resultados del PSA descrito en otro documento ofrece una perspectiva sobre la calidad de la atención.

Cabe aclarar que, en contraste con lo observado en los mercados casi perfectos, en la mayoría de los mercados de salud el grado de correlación observado entre la calidad del servicio y la calidad de la atención es bajo, debido a los fallos de mercado que los caracterizan, especialmente las asimetrías de información [16]. En consecuencia, es posible encontrar altos grados de satisfacción frente a servicios que son técnicamente deficientes, y viceversa.

Para evaluar los resultados (p. ej., inmediatos, intermedios y finales) obtenidos por el PSA, la Asociación Mutual SER ESS convocó a un concurso de méritos en el cual participaron las principales universidades del país.

La investigación fue adjudicada al Grupo de Investigación de Resultados (GIRE) de la Facultad de Medicina de la Universidad CES y fue desarrollada entre octubre de 2006 y junio de 2007.

El objetivo del presente estudio consistió en evaluar la calidad del servicio del PSA “De Todo Corazón”, por parte de los usuarios del programa, desde la perspectiva de la satisfacción, a partir de sus componentes considerados como más prioritarios².

² Junto con el presente estudio, enfocado sobre los productos (específicamente, la calidad del servicio), se realizaron otros dos. Uno, orientado a evaluar los resultados intermedios y finales, y otro, enfocado a otro aspecto del impacto, la imagen y posicionamiento de Mutual SER y su programa de “De Todo Corazón”. Los informes correspondientes se presentan por separado.

Método

Diseño

La presente investigación de servicios de salud fue diseñada como un estudio poblacional de corte transversal, mediante la aplicación de un cuestionario para entrevista estructurada, a una muestra representativa de los usuarios del PSA, con el propósito de indagar sobre sus percepciones acerca de los servicios recibidos del programa.

Muestra

Los sujetos de estudio correspondieron a una muestra de 269 personas, seleccionada en forma aleatoria a partir del universo de usuarios registrados en el PSA, 17,466 residentes en ocho departamentos de la Costa Atlántica (Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Sucre) y la ciudad capital (Bogotá).

Para el muestreo se definió para población finita, probabilístico, estratificado, representativo por los estratos de municipios, por conglomerados y bietápico. Probabilístico, puesto que los municipios y los usuarios tienen una probabilidad conocida mayor que cero de ser elegidos. Estratificado, puesto que los municipios fueron estratificadas por número de usuarios. Por conglomerados, porque cada uno de los municipios de residencia de los usuarios agrupa un número determinado de usuarios del programa, y bietápico, ya que en la primera etapa de selección se eligen los municipios, y luego, de estos se eligen los usuarios del programa quienes acuden a las instituciones prestadoras de servicios de salud a recibir los beneficios del programa; estos últimos conforman la segunda etapa de selección.

En la primera etapa se calculó el tamaño de muestra para los municipios, en función

de los recursos disponibles y de la precisión esperada; para ello se utilizó la siguiente fórmula, propia del muestreo aleatorio simple de elementos (MAS).

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 Npq}{(N-1) \times ESrel^2 + Z_{(\alpha/2)}^2 pq}$$

N = Número total de municipios donde residen los usuarios del programa = 79

p = Proporción de satisfacción de los usuarios del programa, se estima en 80% (0,80)

$$q = 1 - p = 0,20$$

ESrel = Error relativo esperado para determinado tamaño de muestra = 0,22

En la segunda etapa se calculó el tamaño de muestra de los usuarios a ser seleccionados en los municipios elegidos. Para ello se utilizó la misma fórmula de la muestra (n) de municipios, con los siguientes parámetros.

N = Número de usuarios del programa = 17434

p = Proporción de satisfacción de los usuarios del programa, se estima en 80% (0,80)

$$q = 1 - p = 0,20$$

ESrel = Error relativo esperado para determinado tamaño de muestra = 0,05

Ante el interés por adelantar el operativo de campo en forma más eficiente, se introdujeron ajustes en la segunda etapa del muestreo. Se adoptó una estrategia de conglomerados denominada muestreo por cuotas (*quota sampling*) [42,43], muy utilizada en la evaluación de programas de VIH/SIDA [44]. De esta forma, inicialmente se hizo un levanta-

miento etnográfico con el fin de identificar conglomerados; en nuestro caso, los lugares donde los usuarios del PSA se reúnen periódicamente en los municipios y ciudades seleccionadas, a saber: (1) farmacias u otros puntos de entrega de medicamentos, (2) talleres educativos, (3) consulta de control por médico general en las IPS del programa. Se optó por seleccionar la muestra a partir de los sujetos que acuden a las IPS (dado su número reducido) del programa. Así, una vez identificadas y visitadas las IPS, se seleccionaron todas las personas que acudieron a la consulta hasta alcanzar el tamaño deseado de la muestra. Dos supuestos importantes en los cuales descansa esta estrategia son: (1) la mayoría de los usuarios del PSA acuden mensualmente a la consulta por médico general; y, (2) lo hacen en forma aleatoria.

Teniendo en cuenta los parámetros anteriores, la muestra de municipios se estimó en 11 municipios. La muestra de usuarios, por su parte, se estimó en 242 usuarios y se amplió, asumiéndose una respuesta del 10%, para prevenir posibles sesgos de información. Al final quedó una muestra de 269 usuarios para seleccionar en los 11 municipios.

Variables

Las variables consideradas en cada uno de los componentes del PSA evaluados, fueron: (1) accesibilidad a los servicios; (2) oportunidad de la atención; (3) aceptación y adherencia; (4) satisfacción con el servicio (información suministrada y trato); y, (5) percepción de beneficio.

Cuestionario

Para obtener los datos requeridos se diseñó, validó y aplicó un cuestionario para ser aplicado por medio de entrevista estructurada (ver Anexo 1).



Para el diseño del cuestionario inicialmente se construyó una matriz, esto con el fin de operacionalizar las variables antes mencionadas a preguntas concretas. Las preguntas se distribuyeron en dos partes. La mayor parte del cuestionario comprendió preguntas cerradas para ulterior análisis cuantitativo (Parte A). No obstante, con el fin de complementar la información cuantitativa, se incluyeron algunas preguntas abiertas que permitieron registrar las inquietudes y recomendaciones hechas sobre la calidad del servicio, en general, y analizarlas a partir de técnicas cualitativas (Parte B).

Luego se construyeron dos versiones del componente cuantitativo. Estas fueron posteriormente sometidas a una prueba piloto en un grupo de 30 personas, con el fin de evaluar su validez y precisión. Para evaluar la validez, las personas fueron entrevistadas dos veces, a fin de comparar las respuestas obtenidas con el primer cuestionario, diseñado de acuerdo con el método tradicional de medición en escala dicótoma, frente a las obtenidas con el segundo; en el diseño de este se aplicaron y adaptaron técnicas modernas de medición basadas en escalas ordinales [38, 45, 46, 47, 48, 49, 40, 41, 50, 51], acompañadas de un regla con caras alusivas a las opciones de respuesta, con el fin de lograr una mejor comprensión y discriminación de las respuestas. Los índices de concordancia encontrados en las respuestas superaron el 70%.

Adicionalmente, con el fin de evitar errores de digitación, el cuestionario fue diseñado para que las respuestas a las preguntas cerradas fueran registradas en una hoja precodificada para ulterior captura y generación automática de la base de datos por medio de un scanner.

Seguidamente se procedió a construir la versión final del cuestionario, para lo cual se buscó que las preguntas fueran precisas, no presentaran ambigüedades, fueran apropiadas al contexto cultural de las personas entrevistadas y pudieran ser respondidas en menos de 30 minutos.

Por último, se diseñaron los procedimientos para terreno de campo y garantía de calidad, como seleccionar y capacitar el equipo de entrevistadores y supervisores de campo. El perfil requerido correspondió a trabajadoras sociales, enfermeras, psicólogas, administradoras o comunicadoras sociales que estaban cursando últimos semestres o recién graduadas de la universidad, y adicionalmente tuvieran conocimiento de la región.

Procesamiento de los datos e información

En total se recibieron 260 cuestionarios diligenciados, correspondientes a igual número de personas entrevistadas en 11 municipios y ciudades de Colombia.

Siguiendo los procedimientos de calidad establecidos, los cuestionarios resultantes fueron revisados inicialmente por las encuestadoras; luego, enviados a la supervisora de campo para revisión, y, posteriormente, remitidos a la Universidad CES para ulterior procesamiento.

Una vez recibidos en el CES, los cuestionarios fueron revisados de nuevo; las respuestas correspondientes a las preguntas cerradas fueron leídas a través de un scanner, con el fin de generar automáticamente la base de datos (BD); para ello se utilizó el programa Teleform.

La BD resultante de este procesamiento inicial fue procesada en el programa Stata, versión 9.2. Los datos correspondientes al número de la cédula de ciudadanía, inicialmente fueron cruzados con la BD maestra de Asociación Mutual SER ESS, con el fin de obtener los datos demográficos, especialmente edad y género.

Luego se exploraron las distribuciones de los datos. A continuación, se categorizaron



y etiquetaron las variables consideradas. Seguidamente, se calcularon las medidas de tendencia central para variables discretas e intervalos de confianza (I.C.) al 95%.

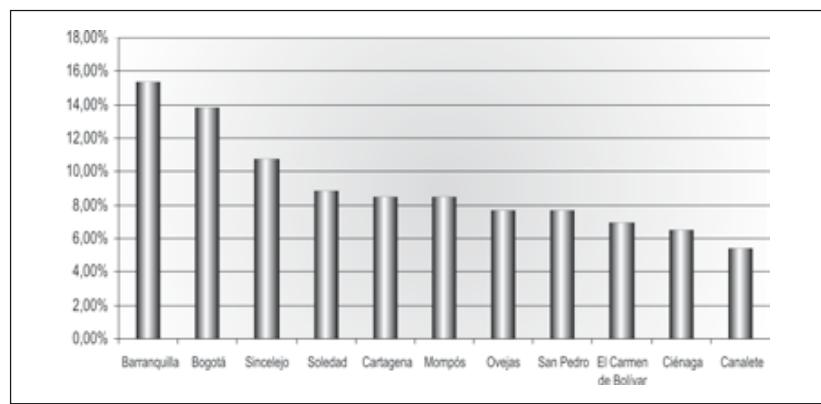
Las respuestas a las preguntas abiertas fueron leídas, interpretadas, clasificadas por categorías y resumidas.

Resultados

Características de los sujetos de estudio

En total fueron encuestadas 260 personas distribuidas en 11 ciudades y municipios de Colombia en donde opera el PSA de Asociación Mutual SER ESS (Cuadro 1).

GRÁFICO 1.
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA



Cabe aclarar que del total de personas entrevistadas se obtuvieron datos demográficos para 212, en las que hubo concordancia entre el formulario y la BD de afiliados a Asociación Mutual SER ESS respecto del número de la cédula de ciudadanía.

El 26.0% de estas 212 personas correspondió a hombres y el 74.0% restante a mujeres.

La edad mínima fue de 35 años. Los individuos entre los 65 y los 75 años representaron el grueso de la muestra, con un 35.38% del total encuestado. En cuanto a las diferencias por género, la edad de los mayoría de hombres entrevistados estuvo entre 65 y 75

años (52.73%), mientras que la de las mujeres (31.85%) se movió entre 55 y 65 años.

Los demás resultados que se presentan a continuación se refieren al total de las 260 personas entrevistadas, de acuerdo con los datos registrados en el formulario de entrevista estructurada.

Su distribución geográfica en los once municipios seleccionados se muestra en el Gráfico 1. Como puede verse, Barranquilla (15.38%), Bogotá (13.85%), Sincelejo (10.77%), Soledad (8.85%), Cartagena (8.46%) y Mompox (8.46%) fueron, en su orden, los lugares donde se entrevistó el mayor número de usuarios del PSA.



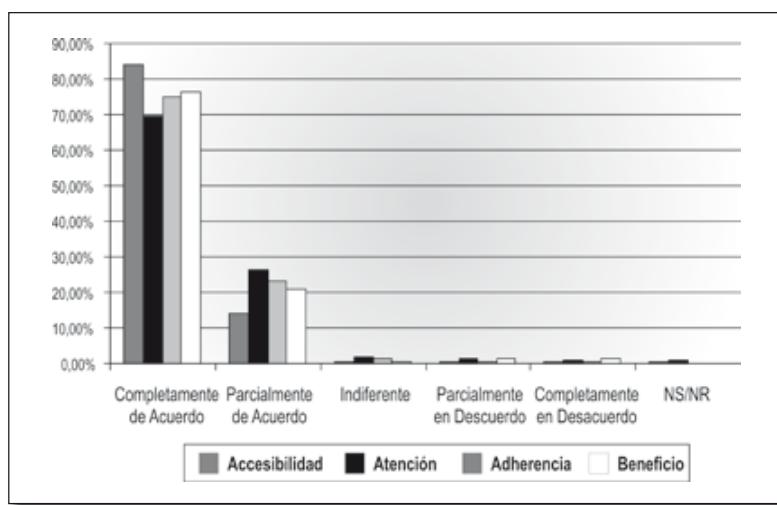
Satisfacción con los medicamentos

La evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con el servicio de medicamentos del PSA incluyó las variables de accesibilidad, trato, adherencia y percepción de beneficio (Gráfico 2).

En relación con la accesibilidad, el 84,23% (79,80%-88,66%) de los usuarios siempre reclamó los medicamentos que el médico le formuló, al menos 7 de cada 10 veces, y el

14,23% (9,98%-18,48%) lo hizo parcialmente. Entre quienes presentaron algún grado de desacuerdo, las razones principales fueron: (1) no les entregan todos los medicamentos (50%), y (2) otras razones (50%). El componente cualitativo de la encuesta detectó otras razones: (1) las distancias que deben recorrer los usuarios para acceder a los puntos de entrega de medicamentos, particularmente en ciudades como Bogotá; (2) la tramitología, y, (3) el hecho de que a veces en la farmacia no están los medicamentos.

GRÁFICO 2.
SATISFACCIÓN CON LOS MEDICAMENTOS



Respecto del trato recibido, al 69,65% (64,03%-75,27%) de los usuarios le agrado completamente y al 26,46% (21,07%-31,85%) parcialmente, la atención que le brindaron en la farmacia y demás sitios donde le entregan los medicamentos. Entre el porcentaje que manifestó algún grado de insatisfacción, las razones principales aducidas fueron: (1) los hacen venir varias veces (20%), (2) los atienden mal (20%), (3) no les resuelven satisfactoriamente las dudas (20%), o, (4) por otras razones (40%).

Frente a la adherencia, el 75,10% (69,81%-80,38%) y el 22,96% (17,82%-28,10%) de los usuarios, respectivamente, siguió completamente o parcialmente las recomendaciones hechas por el médico a la hora de consumir las medicinas. El pequeño porcentaje restante no lo hizo porque: (1) los medicamentos “saben muy malo” o lo hacen sentir mal (50%), u (2) otras razones (50%).

Por último, en relación con la percepción de beneficio, el 76,26% (71,06%-81,43%) de los usuarios estuvo completamente de acuerdo



con que ha sentido mejoría con los medicamentos consumidos, y el 21,01% (16,03%-5,99%) estuvo parcialmente de acuerdo. El porcentaje restante no estuvo satisfecho, por otras razones (100%).

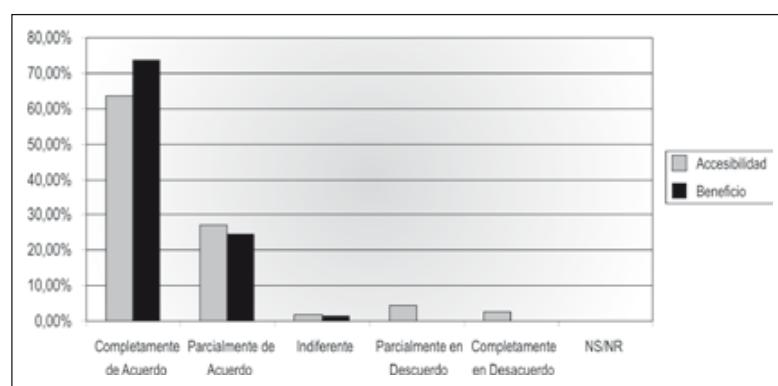
El componente cualitativo mostró también que, en general, el acceso a los medicamentos es percibido como uno de los aspectos más importantes del PSA. Los pacientes aprecian y valoran el hecho de que el programa provea medicamentos a personas de escasos recursos, que de otra manera no tendrían como adquirirlos, y que e incluso, en algunos casos especiales, les sean llevados a sus casas, consiguiendo así minimizar las barreras económicas. Adicionalmente, existe un consenso casi generalizado sobre el efecto positivo de estos medicamentos en la salud, aunque un grupo reducido se queja de que les "caen pesados al estómago". Cuando le plantean el problema al médico, este procede a hacer los cambios correspondientes, corrigiéndolo.

En muchos casos, sin embargo, los usuarios experimentan barreras geográficas para acceder a los medicamentos; en Bogotá, por ejemplo, se quejaron de que la farmacia les queda muy lejos, y, en consecuencia, deben recorrer "enormes distancias" para reclamar los medicamentos. Pero más grave que las barreras geográficas, como es el caso de los municipios pequeños y las ciudades intermedias, son las barreras de tipo funcionales; por ejemplo, muchos pacientes se quejaron de que al momento de reclamar los medicamentos, estos no estuvieran disponibles en la farmacia, o si lo estaban la tramitología impedía acceder a ellos.

Satisfacción con los talleres de IEC

La evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con los talleres de IEC del PSA se centró en las variables de accesibilidad y percepción de beneficio (Gráfico 3).

GRÁFICO 3.
SATISFACCIÓN CON LOS TALLERES DE IEC



En relación con la accesibilidad, el 63,46% (57,61%- 69,31%) de los usuarios asistió a la mayoría de las charlas educativas que ofreció el programa y el 27,31% (21,89%- 32,72%) lo hizo parcialmente. El 7,31% que no lo hizo

adujo las siguientes razones: (1) no le avisan cuando quedan programados los talleres de IEC (45%), (2) se siente enfermo o indisposto (20%), (3) no tienen tiempo (15%), o, (4) por otras razones (15%).



Respecto de la percepción de beneficio, el 73,86% (68,31%-79,41%) de los usuarios estuvo completamente de acuerdo en que las charlas educativas ayudaron a mejorar su salud; el 24,48% (19,05%-29,91%) estuvo parcialmente de acuerdo; un pequeño porcentaje (1,66%) es indiferente, y, nadie se mostró en desacuerdo con los beneficios que reportan los talleres.

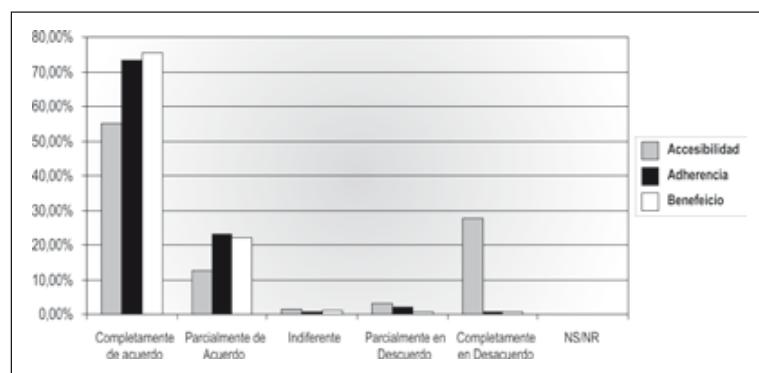
El componente cualitativo de la encuesta reveló que los talleres son de una enorme trascendencia en la vida de los usuarios del PSA. En efecto, para muchos, especialmente

los de más edad, además de ser el vínculo más importante con el programa, constituye un espacio importante para la socialización e interacción con los amigos.

Satisfacción con las visitas domiciliarias

La evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con las visitas domiciliarias realizadas por los agentes educativos del PSA se enfocó en la accesibilidad, adherencia y percepción de beneficio (Gráfico 4).

GRÁFICO 4.
SATISFACCIÓN CON LAS VISITAS DOMICILIARIAS



En relación con la accesibilidad, el 55,00% (48,95%-61,05%) de los usuarios se mostró completamente satisfecho y el 12,69% (8,65%-6,74%) parcialmente satisfecho. El 30,77%, estuvo parcialmente o completamente insatisfecho, por las siguientes razones: (1) en el momento de la visita no se encontraba en su casa (10,26%), (2) su ingreso al programa es reciente (1,28%), (3) no le avisaron a tiempo (1,28%), y (4) otras razones que no se detallan (58,97%). En el componente cualitativo de la encuesta esta fue una de las dimensiones que más quejas y comentarios

suscitó. Por ejemplo, hubo un número considerable de personas que desconocía las visitas como un componente importante PSA. El oportuno suministro de información sobre la programación de las visitas apareció también como un factor importante que dificulta la accesibilidad a este servicio.

Frente a la adherencia, el 73,33% (66,87%-79,79%) de los usuarios manifestó que siempre practica las recomendaciones que le hacen durante la visita domiciliaria (p. ej., comer saludablemente, hacer ejercicio,



dejar de fumar y beber, entre otras), y el 23,33% (17,15%-29,51%) parcialmente. El 2,78% no lo hace en algún grado porque: (1) es muy difícil ponerlas en práctica (40%), (2) siguen igual o peor (20%), y, (3) otras razones (40%).

Respecto de la percepción de beneficio, el 75,56% (69,28%-81,83%) y el 22,22% (16,15%-28,30%), respectivamente, está completamente o parcialmente de acuerdo con que ha mejorado el control de su enfermedad como consecuencia de las visitas. El 1,12% no percibe beneficios, ya que siguen igual o peor (100%).

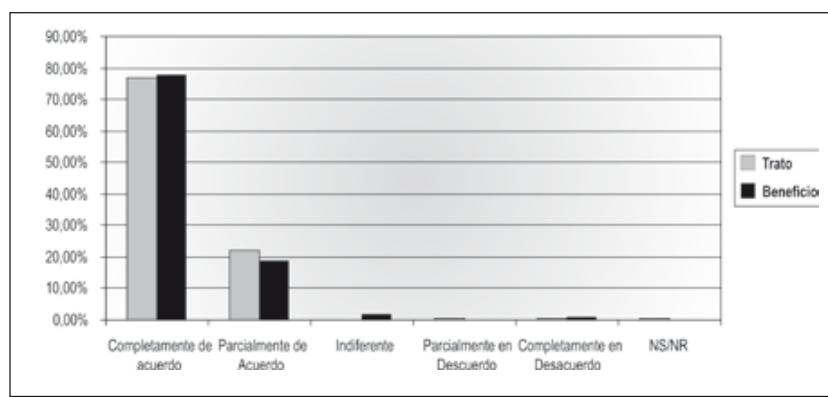
El componente cualitativo mostró, también, que las visitas domiciliarias son percibidas

como una experiencia de enorme trascendencia para la salud de los usuarios del programa. Sin embargo, hay usuarios que manifiestan no haberlas recibido, a pesar de llevar años en el programa. Como se vio en el componente cuantitativo, las visitas domiciliarias fueron el aspecto del PSA donde se registraron los niveles menos altos de satisfacción.

Satisfacción con la consulta por médico general

La evaluación del grado de satisfacción por parte de los usuarios con la consulta por médico general del PSA se centró en el trato y la percepción de beneficio (Gráfico 5).

GRÁFICO 5.
SATISFACCIÓN CON LA CONSULTA POR MÉDICO GENERAL



El 76,92% (71,80%-82,04%) y el 21,92% (16,89%-26,95%), respectivamente, estuvo completamente o parcialmente satisfecho con el trato brindado por el médico general. El 0,76% no estuvo satisfecho, por razones diferentes a: (1) el médico no soluciona sus dudas, (2) el médico no lo saluda cuando empieza la consulta, y (3) el médico es serio y cortante. Sin embargo, el componente cualitativo de la entrevista, reveló dos aspectos

importantes que producen inconformidad: (1) el cambio de médico, hecho que incluso llega a ser vivenciado como una experiencia traumática en la vida de los pacientes; y, (2) que el médico no se tome el tiempo necesario para examinarlos.

Además, el 77,82% (72,74%-82,90%) estuvo completamente de acuerdo con que la consulta por médico general sirvió para



mejorar el control de su enfermedad, y el 18,84% (14,97%-24,72%) consideró que el beneficio fue parcial. Un 0.78% no percibió ningún beneficio porque: (1) sienten que siguen igual o peor (50%), o (2) por otras razones (50%).

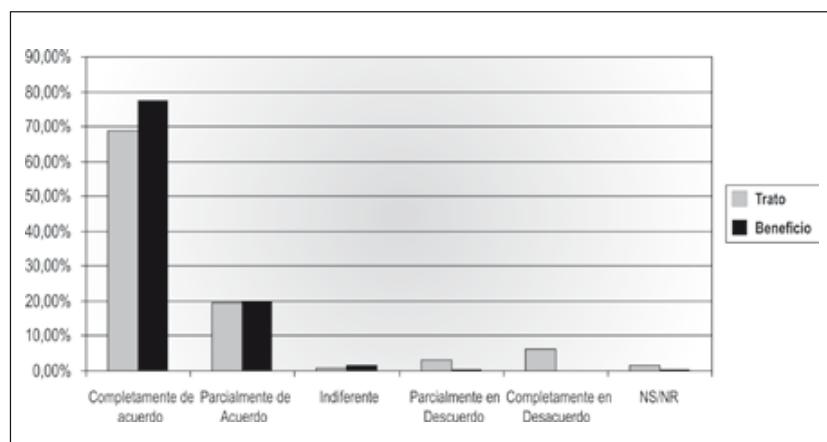
El componente cualitativo reveló que, en general, los usuarios esperan una mayor estabilidad de los médicos, enfermeras y coordinadores en sus municipios; incluso, como es el caso de Monpox, se espera que el médico viva en el municipio. Pero sí por algún motivo el cambio es inevitable, piden que se implanten mecanismos de transición que minimicen el trauma. Los usuarios del PSA crean vínculos emocionales fuertes e importantes con los médicos, enfermeras y coordinadoras del programa. Consideran que se trata de un proceso construido con

“gran cariño”; perciben a los profesionales de salud como personas que se preocupan por su bienestar; y, en consecuencia, los acogen en un lugar privilegiado de sus vidas. Por esa razón, su rotación súbita, sin una previa transición, se constituye en una experiencia negativa, incluso traumática. Otro aspecto que ocasiona malestar a los pacientes es que los médicos no le presten la suficiente atención, no los examinen, y se distraigan respondiendo al celular o charlando con las enfermeras.

Satisfacción con la consulta por médico especialista

La evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con la consulta por médico especialista del PSA también se centró en el trato y la percepción de beneficio (Gráfico 6).

GRÁFICO 6.
SATISFACCIÓN CON LA CONSULTA POR MÉDICO ESPECIALISTA



El 68,85% (63,22%-74,48%) de los usuarios se mostró completamente satisfecho con el trato recibido y el 19,62% (14,79%-24,44%) parcialmente satisfecho. En contraste, el 3,08% y 6.15%, respectivamente, estuvo

parcial o completamente insatisfecho, porque: (1) no le dedican tiempo suficiente (8.33%), (2) sigue igual o peor (8.33%), (3) el especialista no explica lo que el paciente tiene (4.17%), u (4) otras razones (70.83%).



El componente cualitativo del estudio reveló otra causa importante: incumplimiento de las citas.

De otra parte, el 77,59% (72,22%-82,95%) y el 19,83% (14,70%-4,96%) respectivamente, estuvo completamente o parcialmente de acuerdo en que la consulta por médico especialista ha servido para mejorar el control de su enfermedad. Un 0,43% no estuvo de acuerdo, en algún grado, por otras razones (100%).

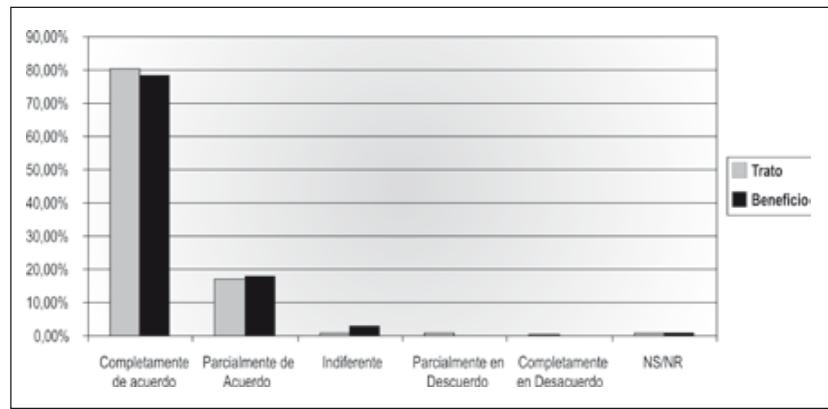
El componente cualitativo mostró inconformidades frente al incumplimiento de las citas por parte de los médicos especialistas, lo cual también ocasiona malestar. De hecho, el costo de oportunidad por parte de los pacientes,

particularmente en las zonas rurales, es alto: con frecuencia precisan madrugar, viajar distancias considerables, y hacer filas; por ejemplo, una persona en Soledad manifestó que durante los años que lleva en el programa no ha podido establecer relación con un especialista, por que cuando finalmente le asignan alguno, este incumple la cita.

Satisfacción con la consulta por enfermería

De modo similar al caso anterior, la evaluación del grado de satisfacción con la consulta por enfermería del PSA también se centró en el trato y la percepción de beneficio (Gráfico 7).

GRÁFICO 7.
SATISFACCIÓN CON LA CONSULTA POR ENFERMERA



El 80,38% (75,56%-85,21%) de los usuarios estuvo completamente satisfecho con el trato y el 16,92% (12,37%- 21,48%) parcialmente satisfecho. Un 1,15% no estuvo satisfecho en algún grado porque: (1) en el momento de la consulta las enfermeras son serias y cortantes (33,33%), u, (2) otras razones que no especifican (66,67%).

126



Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 6 (13): 112-138, julio-diciembre de 2007

Por último, en relación con la percepción de beneficio, el 78,43% (73,38%-83,48%) y el 18,04% (13,32%- 22,76%), respectivamente, estuvo completamente o parcialmente de acuerdo con que la atención de la enfermera del programa ha servido para mejorar el control de la enfermedad. El 2,75%, fue indiferente y nadie se mostró en desacuerdo.

Las expectativas reveladas por el componente cualitativo frente a la consulta por enfermería ya fueron señaladas.

Satisfacción con las instalaciones

Este componente de la satisfacción con el servicio no fue abordado por la parte cuantitativa de la evaluación, pero emergió como algo importante en la parte cualitativa. Por ejemplo, en forma reiterada los usuarios solicitan una mejor dotación de los salones donde se realizan las charlas y los talleres de IEC. Cabe agregar que estos talleres son percibidos como algo de gran trascendencia en la vida de los usuarios, no solo por sus implicaciones para la adopción de estilos de vida saludables, sino porque constituyen una oportunidad para socializar y hacer amigos. De otra parte, en algunos municipios como San Pedro, los pacientes solicitan que el consultorio de su médico sea provisto de una dotación adecuada, incluyendo pesa y tensiómetro.

Discusión

Desde una perspectiva de satisfacción del usuario, las evidencias arrojadas por el presente estudio sugieren altos niveles de calidad en el servicio frente a la mayoría de los componentes (intervenciones) del PSA “De Todo Corazón” de Asociación Mutual SER ESS ARS. Los resultados que soportan esta conclusión son estadísticamente significativos y consistentes con otros estudios realizados en Colombia [52, 53, 54]. Sin embargo, hay oportunidades importantes para el mejoramiento del PSA.

En primer lugar, los altos niveles de satisfacción observados frente al servicio de medicamentos, en particular, además de resultar consistentes con estudios realizados en otros países [55], tienen implicaciones

importantes: en general, los medicamentos constituyen uno de los servicios que más inciden sobre la calidad del servicio dentro un modelo de salud administrada [56, 57, 55, 46].

Sin embargo, las evidencias cualitativas sugieren que si bien la disminución experimentada en las barreras económicas es valorada, persisten barreras geográficas y funcionales importantes, principalmente en Bogotá, las cuales ameritan atención por parte de los planificadores y coordinadores del programa. Para enfrentar esta situación los mismos usuarios solicitan habilitar más puntos de dispensación de medicamentos, particularmente en las ciudades grandes. Es más, a futuro, Asociación Mutual SER ESS deberá mantener un monitoreo más cuidadoso sobre el servicio de medicamentos.

Segundo, también se observó un alto grado de satisfacción con los talleres de IEC. Adicionalmente, la información cualitativa reveló que los talleres son de una enorme trascendencia en la vida de los usuarios. Se trata de personas que, en su mayoría, son adultos mayores o sobrepasan los 55 años de edad. Así las cosas, los talleres, además de proporcionarles una oportunidad para educarse en el auto-cuidado de su salud, constituyen un espacio donde los usuarios establecen vínculos importantes con las enfermeras del programa y entre ellos mismos. De hecho, permiten forjar poderosos vínculos de amistad con otras personas de su misma edad, a través de los cuales se comparten vivencias, experiencias y una visión de la vida para los años que les quedan. Estos talleres constituyen todo un evento social donde los usuarios encuentran una oportunidad para sentirse importantes, queridos y valorados, y lo que es más importante, compartir experiencias; de tal suerte que el control de enfermedades como la hipertensión arterial, los cambios en la alimentación y en los hábitos de consumo

197



de alcohol y cigarrillo, como la realización de actividades físicas, generan toda una dinámica importante de bienestar, la cual es compartida con los compañeros. Por estas razones, cuando se producen cambios inesperados en el personal de enfermería (y demás profesionales de salud, en general), la experiencia se torna traumática; de hecho, sienten que el camino de crecimiento recorrido (que va más allá de una simple relación médico-paciente o enfermera-paciente), se trunca súbitamente; y, en consecuencia, se hace necesario comenzar de nuevo la construcción de vínculos de confianza para recuperar la antigua dinámica fraterna a la cual venían acostumbrados.

Es más: una de las externalidades positivas más importantes que se desprenden de este programa es que el mismo se convierte en un lugar de encuentro para personas que no cuentan con otros espacios para compartir gustos similares, organizar paseos, conocer nuevas amistades con características similares a las suyas; y, además, les permite ver que es posible convivir de manera natural con su enfermedad, sin caer en la depresión y la tristeza.

Los talleres de IEC del PSA, en particular, son esenciales para la promoción efectiva de hábitos y estilos de vida saludables, como la adherencia a los planes individuales de tratamiento, característicos de los modelos de salud gestionada. En general, estas estrategias son críticas para el éxito de los esfuerzos en prevención de enfermedades y promoción de la salud [58, 59, 60, 61, 62]. De hecho, la evaluación de los resultados intermedios del PSA “De Todo Corazón” documentó un incremento en el porcentaje de pacientes en meta para Colesterol HDL, sugestivo de un impacto positivo.

Tercero, las visitas domiciliarias son igualmente importantes para el PSA. Este es el espacio donde se discuten y refuerzan los

conceptos aprendidos en los talleres de IEC; se explica, de manera más personalizada, la forma de aplicar las recomendaciones hechas por los médicos y enfermeras; y, por último, se analiza el estado de la enfermedad y su evolución. Sin embargo, requiere atención porque es el componente donde se observaron los niveles menos altos de satisfacción. Muchas de las personas entrevistadas del programa manifestaron que nunca habían sido visitadas. Más aún, se evidenciaron dificultades para lograr una coordinación efectiva, porque: (1) los visitadores y los pacientes no siempre establecen con antelación el día y la hora tentativa en que se pueden ser realizadas las visitas; (2) hay compromisos de trabajo previamente adquiridos; o, (3) los usuarios no se encuentran en su casa al momento de ser visitados.

Las dificultades señaladas se originan principalmente en la logística de comunicaciones. Para corregir esta situación, los mismos usuarios piden que Asociación Mutual SER ESS haga mayores esfuerzos para establecer un contacto inicial, ya sea por vía telefónica (donde sea posible), con el fin de ubicar a los pacientes e indicarles el día y una hora tentativa en que van a ser visitados. La radio constituye una alternativa que podría utilizarse para transmitir este tipo de información a los usuarios del PSA, en zonas rurales.

Cuarto, la consulta por profesionales de la salud también está asociada con altos niveles de satisfacción. Estos hallazgos son consistentes con estudios realizados en otros países los cuales sugieren que los niveles de satisfacción son mucho más altos entre las personas de la tercera edad [35] y cuando las personas son entrevistadas en una institución prestadora de servicios de salud [45].

No obstante, el componente cualitativo de la entrevista evidenció tres problemas, a saber: (1) el alto nivel de rotación por parte de los



médicos generales; (2) la presencia de actitudes y comportamientos no profesionales durante la consulta; y (3) el incumplimiento de las citas por parte de los médicos especialistas (el papel del médico especialista es muy importante, en la medida en que realiza una evaluación más exhaustiva de las personas vinculadas al programa). Para enfrentar estas situaciones caben varias recomendaciones:

- 1). Aunque los cambios en el personal de salud son inevitables, y algunas de sus expectativas (que los médicos vivan en su municipio) son difíciles de satisfacer, los traumatismos asociados se pueden mitigar, anticipándose a sus consecuencias adversas, y gestionando la transición a través de estrategias que permitan informar y preparar a los usuarios, evitándose la sorpresa.
- 2). El comportamiento del médico durante la consulta puede mejorar con una adecuada inducción al PSA.
- 3). De otra parte, el incumplimiento de citas, particularmente, significa un alto costo de oportunidad para los usuarios del PSA, sobre todo en las zonas rurales. Para evitar situaciones como esta, se precisan mayores esfuerzos; por ejemplo, la solicitud y confirmación de citas por teléfono (donde sea posible), y en su defecto, la utilización de las emisoras locales de radio.

Quinto, la satisfacción con el aspecto de las instalaciones no fue abordada en el componente cuantitativo. Sin embargo, apareció entre las quejas y comentarios hechos por los usuarios como una variable importante. La principal preocupación fue en relación con la infraestructura disponible para los servicios de IEC, uno de los componentes del PSA que más valoran los usuarios. Algunos usuarios también hicieron comentarios en

relación con la dotación de los consultorios médicos, como es el caso de San Pedro. Estos resultados sugieren que Asociación Mutual SER ESS requiere mayores esfuerzos en este sentido, especialmente si se tiene en cuenta que se trata de un componente que puede ser fácilmente evaluado por los pacientes.

En suma, la mayoría de los usuarios del el PSA “De Todo Corazón” que ofrece Asociación Mutual SER ESS perciben que la calidad de los servicios que reciben es buena; en sus propias palabras, consideran que “están en buenas manos”. De hecho, los servicios que reciben del programa son vistos por muchos usuarios como algo trascendental que les reporta beneficios. En particular, además de contribuir a mitigar las barreras económicas para acceder a los servicios de salud, consideran que generan impactos positivos sobre su salud. Estos resultados son consistentes con otros estudios que han encontrado altos niveles de satisfacción, superiores al 80% en el ámbito nacional, con los servicios que ofrece el SGSSS [52, 53, 54]. No obstante, hay oportunidades que Asociación Mutual SER ESS debe aprovechar para mejorar la calidad del PSA, y ampliar su cobertura hacia el resto de la población con necesidad, estimada en 72,035 personas. Las visitas domiciliarias y la consulta por médico especialista, en particular, son los componentes que requieren más atención.

Referencias

1. Gaziano T, Reddy S, Paccaud F et al. Cardiovascular disease. In: Jamison DT (Editor). Disease control priorities in developing countries. Washington: Oxford University Press and The World Bank; 2006, p.645-662.
2. World Bank. World Development Report 1993 Investing in Health. New York: Oxford University Press; 1993. Disponible en: <http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64>

199



- 187510&searchMenuPK=64187511&siteName=WDS&entityID=000009265_3970716142319
3. Céspedes JE, Londoño JL, Escobar ML y otros La carga de enfermedad en Colombia. Colombia: Ministerio de Salud; 1995.
 4. Waring WE (Editor). In Clinical Practice: Cardiovascular Risk Management. Elsevier; 2006.
 5. Leeder S, Raymond S, Greenmberg 2005. A Race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies. The Earth Institute at Columbia 45 University, The University of Sydney, Columbia University Mailman School of Public Health. Disponible en: http://www.earth.columbia.edu/news/2004/images/raceagainsttime_FINAL_0410404.pdf
 6. Earth Institute. Heart Disease and Stroke Hit Younger in Developing Countries, New Report Shows Toll Rises as Treatment And Prevention Lags in Developing Countries. Press release. 2004. Disponible en: <http://www.worldheart.org/pdf/call.to.action.cvd.workforces.earth.institute.press.release.pdf>.
 7. Reddy KS. Cardiovascular Disease in Non-Western Countries. N Engl J Med. 2004; 350 (24): 2438-40.
 8. Srinath Reddy K. Cardiovascular disease in non-western countries. N Engl J Med 2004; 350 (24): 2438-40.
 9. World Health Organization (WHO). Cardiovascular Disease: Prevention and Control. World Health Organization (WHO) Global Strategy On Diet, Physical Activity and Health. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cvd/en/index.html>; 2005.
 10. World Health Organization (WHO). Diet, Nutrition And The Prevention of Chronic Diseases. Disponible en: http://www.who.int/nut/documents/trs_916.pdf; 2003.
 11. World Health Organization (WHO). WHO cvd-risk management package for low-and medium-resource settings. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2002.
 12. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S et al. Global burden of cardiovascular diseases part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. Circulation 2001; (104): 2746-53.
 13. David IM, Medina AM, Martínez E. Enfermedades de alto costo en afiliados a un sistema institucional de aseguramiento y prestación de servicios de salud. Rev Fac Nac Salud Pública 2006; 24 (2): 98-104.
 14. Chicaiza, L. Fallas del mercado de la salud en Colombia: el caso de la insuficiencia renal crónica. Rev.Econ.Inst. [online]. Junio de 2005, 7 (2): 191-208. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962005000100009&lng=es&nrm=iso>. Citado el 8 de noviembre de 2007.
 15. Monheit AC, Berk ML. The Concentration of Health Care Expenditures Revisited. Abstr Acad Health Serv Res Health Policy Meet 2000; 17.
 16. Feldstein PJ. Health Care Economics. Fifth Edition. New York: Delmar Publishers; 1998.
 17. CMSA. Case Management Adherence Guidelines. Case Management Society of America (CMSA), 2005. Disponible en: <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/CMAG2.pdf>. Consultado el 11 de junio 2007
 18. DMAA. Definition of Disease Management. Disease Management Association of America (DMAA), 2007. Disponible en: http://www.dmaa.org/dm_definition.asp
 19. Schalock RL. Outcome-Based Evaluation. 2nd ed. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2001.
 20. De Muro PR. Managed Care & Integrated Delivery Systems S.A. Irving Professional Publishing, 1995.
 21. Gray BH, Field MJ. (Editors). Controlling Costs and Changing Patient Care? The Role of Utilization Management. Washington D.C.: Institute of Medicine, Academic Press; 1990.
 22. Grossman GH (Editor). Controlling Costs and Changing Patient Care? The Role of Utilization Management. Washington: Institute of Medicine; National Academy Press; 1989.
 23. Wikipedia. Customer relationship management. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Customer_relationship_management
 24. Woodward G, Manuel D, Goel V. Developing a Balanced Scorecard for Public Health. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES); 2004. Disponible en: http://www.ices.on.ca/file/Scorecard_report_final.pdf
 25. Céspedes JE. Introducción a la gestión en salud pública: modelo de gestión en salud pública (Curso). Universidad CES: 2006. Material de trabajo inédito.
 26. American Healthways and Johns Hopkins Consensus Conference. Disease Management Standard Outcome Metrics and Evaluation Methodology for



ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA ASOCIACIÓN MUTUAL SER E.S.S. ARS

- Disease Management Programs. Disease Management. Sep 2,003, 6 (3):121-138
27. Berger ML. (editor). Health Care Costs, Quality, and Outcomes: ISPOR Book of Terms. Lawrenceville, NJ: International Society of Pharmaco-economics and Outcomes Research; 2003.
28. Wilson T. Evaluating ROI in State Disease Management Programs. Issue Brief 2003 4(5). Disponible en: <http://statecoverage.net/pdf/issuebrief1103.pdf> Consultado el 25 de marzo 25 de 2007.
29. Murray CJL et al. Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurements, and Applications. Geneva: World Health Organization; 2002.
30. ITFPCHD. Economic Analyses of Primary Prevention of CHD and Stroke at an Individual Level. International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease (ITFPCHD). Disponible en: http://www.chd-taskforce.de/pdf/sk_cost_02.pdf, 2005.
31. Puska P. Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. Public Health Medicine 2002; 4(1):5-7
32. Brunner E, Cohen D, Toon L. Cost effectiveness of cardiovascular disease prevention. Public Health Nutrition 2000; 4(2B): 711-15.
33. Flanagan DEH, Cox P, Paine D et al. Secondary prevention of coronary heart disease in primary care: a health heart initiative. Q J Med. 1999; (92): 245-50.
34. Perreault S, Dorais M, Coupal L et al. Impact of treating hyperlipidemia or hypertension to reduce the risk of death from coronary artery disease. CMAJ 1999; 160 (10):1449-55.
35. Grogan S, Conner M, Norman P, Willits D, Porter I. Satisfaction with general practitioner services Validation of a questionnaire measuring patient. Qual. Health Care 2000; (9): 210-215.
36. Bitran R & Céspedes JE. Resumen ejecutivo. In: Céspedes JE (director). Proyecto Análisis de los problemas y soluciones relacionados con el sistema de vigilancia y control del sector salud. Documento Técnico, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud del Ministerio de Salud/ Unión Temporal Bitran y Asociados-Econometría S.A.-ESAP; 2001.
37. Donabedian, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
38. Levin R. Measuring patient satisfaction. JADA, March 2005; 136, 362-3.
39. Mano H, Oliver RL. Assessing the dimensionality and structure of the consumption experience: evaluation, feeling, and satisfaction. Journal of Consumer Research 1993; 20, 451-66.
40. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. Journal of Marketing, Jul., 1992; 56(3): 55-68.
41. Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. Social Science and Medicine 1981; 15, 557-64.
42. Kalton G. Sampling rare and elusive populations. New York: United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis; 1993.
43. Watters J, Biernacki P. Targeted sampling: options for the study of hidden populations. Soc Prob 1989; 36(4): 416-430.
44. Rehle T (Editor). Evaluating programs for HIV/AIDS prevention and care in developing countries. FHI, Impact, USAID, 1997.
45. Das J, Pavé Sohnesen T. Patient Satisfaction, Doctor Effort and Interview Location: Evidence from Paraguay. World Bank Policy Research Working Paper 4086, December 2006. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/12/06/000016406_20061206154156/Rendered/PDF/wps4086.pdf
46. Gourley G, Gourley D, Rigolosi E, Reed P, Solomon D, Washington E. Development and Validation of the Pharmaceutical Care Satisfaction Questionnaire. Am J Manag Care 2001; 7(5):461-6.
47. Grogan S, Conner M, Norman P, Willits P, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. Qual. Health Care 2000; (9):210-215.
48. Thompson AGH, Suñol R. Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. International Journal for Quality in Health Care 1995; 7 (2): 127-141.
49. Fitzpatrick R, Hopkins A. (Editores). Measurement of Patients' Satisfaction with Their Care. London: Royal College of Physicians; 1993.
50. Oliver R. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decision. Journal of Marketing Research, 17. En: Morales V, Hernández A. Calidad y satisfacción en los servicios:

131



- conceptualización. Buenos Aires: Revista Digital 2004, 10(73). Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd73/calidad.htm> Consultado el 14 de agosto de 2007.
51. Westbrook, RA. Intrapersonal affective influences on consumer satisfaction with products. *Journal of Consumer Research* 1980; 7, 49-54.
52. DANE. Encuesta de calidad de vida 2003. Bogotá: DANE; 2004.
53. Velandia F, Ardón N, Cárdenas JM, Jara MI. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. *Colombia Médica* 2001; (32) 4-9.
54. Céspedes JE y Ramírez, M. Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia (1993-1997). *Econometría* 1998. Informe técnico.
55. Armando P, Uema S, Sola N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapéutico. *Seguimiento Farmacoterapéutico* 2005; 3(4): 205-212.
56. Sunderland B, Burrows S, Joyce A, McManus A, Maycock B. Related Articles, Links. *Ruralpharmacy* not delivering on its health promotion potential. *Aust J Rural Health* 2006; 14(3):116-9.
57. Kamei M, Teshima K, Fukushima N, Nakamura T. Investigation of patient's demand for community pharmacies: relationship between pharmacy services and patient satisfaction. *Yakugaku Zasshi* 2001; 121 (3). Disponible en: http://www.jstage.jst.go.jp/article/yakushi/121/3/215/_pdf
58. IM. Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Washington, D.C.: National Academy Press, Institute of Medicine; 2005.
59. COMMINT. The COMBI Design Process (CDP): Ten Steps for Designing a Communication-for-Behavioral-Impact (COMBI) Plan. The Communication Initiative (COMMINT), 2003. Disponible en: <http://www.commint.com/pmodels/sld-6903.html>. Consultado el 9 de octubre 2006.
60. Health Initiative. TB News from India. Disponible en: <http://www.healthinitiative.org/html/tbnews/>, 2003.
61. Hughes S. The use of non face-to-face communication to enhance preventive strategies. *J Cardiovasc Nurs.* 2003; 18(4): 267-73.
62. World Health Organization (WHO). Mobilizing for Action Communication-for-Behavioural-Impact (COMBI). Tunis: WHO Mediterranean Centre for Vulnerability Reduction (WMC); 2003.

Anexo de cuadros y gráficos

CUADRO 1.
DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO
POR EDAD Y GÉNERO. COLOMBIA, 2006.

Categorías de Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
35 – 45	0	0,00%	7	4,46%	7	3,30%
45 – 55	6	10,91%	34	21,66%	40	18,87%
55 – 65	10	18,18%	50	31,85%	60	28,30%
65 – 75	29	52,73%	46	29,30%	75	35,38%
Mayor de 75 Años	10	18,18%	20	12,74%	30	14,15%
Total	55	100,00%	157	100,00%	212	100,00%



ANEXO 1. CUESTINARIO PARA ENTREVISTA

Presentación

(Previo anuncio de su visita, por parte de Mutual SER, preséntese a la persona encargada del punto de servicios, en el municipio seleccionado, donde entregan medicamentos, realizan de control de tensión arterial, o desarrollan talleres educativos. Explíquelo el propósito de su visita. Pídale la lista de pacientes a atender; y, seleccione una de cada dos personas, o todas si es un municipio pequeño, hasta completar el número requerido para la entrevista).

Buenos días (tarde)!!!

Vengo en representación del Instituto Ciencias de la Salud (CES).

Le voy a hacer unas preguntas sobre el programa “De Todo Corazón” de Mutual SER. Queremos saber qué tan satisfecho se siente usted con los servicios que recibe del programa. Estamos especialmente interesados en varios componentes del programa: los medicamentos que recibe; la información que usted recibe a través de las charlas; las visitas domiciliarias que hacen los agentes educativos; y, por último, la atención que recibe del personal del salud.

La encuesta será muy sencilla: Para cada uno de los cuatro tipos de servicios que acabo de mencionar, le haré una serie de afirmaciones; a continuación, usted simplemente responderá, con la ayuda de esta regla, si esta: (1) completamente de acuerdo, (2) parcialmente de acuerdo, (3) indiferente, (4) parcialmente en desacuerdo, o (5) completamente en desacuerdo. En caso de estar parcial o completamente en desacuerdo, le leeré algunas razones y usted escogerá una.

Quiero asegurarle que la información suministrada por usted será mantenida en confidencialidad y utilizada para mejorar los servicios del programa.

Solo me demoraré unos minutos. ¿Podemos contar con su colaboración?

Muchas gracias por su tiempo!!!

Entrevista

Datos personales

Para comenzar es necesario que me suministre algunos datos personales.

Nombre del usuario:

Cédula de ciudadanía:

(anote en el diario de campo: nombre, dirección y teléfono, si tiene; y cualquier novedad)

Satisfacción con los medicamentos

(Después de recolectar los datos personales)

Para comenzar, le haré una serie de afirmaciones seguidas de preguntas para conocer que tan satisfecho está con los medicamentos que usted recibe del programa “De Todo Corazón” de Mutual SER. Pero antes, quiero que ensayemos la forma como quiero que me responda a las afirmaciones. Por ejemplo: ante la afirmación, hoy es un día soleado, ¿que responde usted? completamente de acuerdo, parcialmente de acuerdo, indiferente, parcialmente en desacuerdo, o completamente en desacuerdo.

(Esta sección contiene cuatro parejas de afirmaciones y preguntas)

133



Bien. Comencemos con la primera afirmación sobre los medicamentos.

1. A Reclama los medicamentos que el médico le formula, es decir, de cada 10 veces, al menos 7 veces, los reclama.

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

(Si responde (d) o (e) a la P 1A, formular la P1B. En consecuencia, no formular la demás preguntas de esta sección; dejar las respuestas correspondientes en blanco (serán interpretadas como No Aplica (NA); y, pasar a la siguiente sección).

1. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. No le gusta tomar medicamentos
- b. Se le olvida
- c. No tiene tiempo
- d. La farmacia o sitio de entrega le queda muy lejos
- e. No lo atienden o le colocan muchas trabas
- f. No le entregan todos los medicamentos
- g. Otra razón
- h. NR/NS

2. A Le agrada la atención que le brindan en la farmacia y demás sitios donde le entregan los medicamentos.

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

2. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. Lo hacen venir varias veces
- b. Lo atienden mal



- c. No le resuelven satisfactoriamente las dudas
- d. Otra razón
- e. NR/NS

3. A Se toma los medicamentos siguiendo al pie de la letra las instrucciones que da el médico.

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

3. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. No dieron instrucciones
- b. No entiende las instrucciones del médico
- c. Los medicamentos saben muy malo o lo hacen sentir mal
- d. Otra razón
- e. NR/NS

4. A Usted ha sentido mejoría con el consumo de los medicamentos

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

4. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a) No le formulan medicamentos buenos
- b) Cuando los toma se siente peor
- c) Son medicamentos de los baratos
- d) Otra razón
- e) NR/NS

Satisfacción con los talleres de IEC

Ahora le haré una serie de afirmaciones seguidas de preguntas para conocer que tan satisfecho está con los talleres educativos realizados por

enfermeras del programa “De Todo Corazón” de Mutual SER, donde le enseñan cosas para cuidar de su salud.

(Esta sección contiene dos parejas afirmaciones y preguntas. Las preguntas sólo se formulan si existe algún grado de desacuerdo con respecto a la afirmación)

5. A Usted asiste a la mayoría de las charlas educativas del programa

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

(Si responde (d) o (e) a la P 5A, formular la P5B. En consecuencia, no formular la demás preguntas de esta sección; dejar las respuestas correspondientes en blanco (serán interpretadas como No Aplica (NA); y pasar a la siguiente sección).

5. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. No le avisaron
- b. No tiene tiempo
- c. No le solucionan las dudas
- d. No le parece importante
- e. Se siente enfermo o indisposto
- f. Por que el trabajo le impide asistir
- g. Otra razón
- h. NR/NS

6. A Las charlas educativas del programa le ayudan a mejorar su salud.

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

6. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. No se entiende el lenguaje

- b. Se demoran mucho hablando
- c. No le solucionan las dudas
- d. Otra razón

NR/NS

Satisfacción con las visitas domiciliarias

Continuando con el desarrollo de la entrevista, con el siguiente bloque de afirmaciones y preguntas quiero saber qué tan satisfecho está con la información que le proporcionan a través de las visitas realizadas por los agentes educativos del programa “De Todo Corazón” de Mutual SER.

(Esta sección contiene dos parejas de afirmaciones y preguntas. Las preguntas sólo se formulan si existe algún grado de desacuerdo con respecto a la afirmación)

7. A Ha sido visitado por el agente educativo.

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

(Si responde (d) o (e) a la P 7A, formular la P7B. En consecuencia, no formular la demás preguntas de esta sección; dejar las respuestas correspondientes en blanco (serán interpretadas como No Aplica (NA); y pasar a la siguiente sección).

7. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. Ingreso al programa recientemente
- b. No se encontraba en la casa cuando lo visitaron
- c. No le avisaron a tiempo
- d. Otra razón
- e. NR/NS

8.A Practica las recomendaciones para comer saludablemente, hacer ejercicio, dejar de fumar y beber, entre otras, que le hacen durante la visita domiciliaria

135



- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

8. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. Es muy difícil ponerlas en práctica
- b. No sirven para nada
- c. Sigo igual o peor
- d. Otra razón
- e. NR/NS

9.A Ha mejorado el control de su enfermedad como consecuencia de las visitas domiciliarias que recibe del programa “De Todo Corazón”.

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

9. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. No tienen la realidad cultural
- b. No sirven para nada
- c. Sigo igual o peor
- d. Otra razón
- e. NR/NS

Satisfacción con la consulta por médico general

Apreciamos enormemente la disposición con que ha participado en el desarrollo de esta encuesta. A continuación evaluaremos uno de los componentes más importantes del programa “De Todo Corazón” de Mutual SER: la atención que le proporciona nuestro equipo de médicos generales.

formulan si existe algún grado de desacuerdo con respecto a la afirmación)

10. A Esta contento con el trato que le brinda el médico general del programa “De Todo Corazón”, cuando lo atiende.

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

(Si responde (d) o (e) a la P 10A, formular la P10B. En consecuencia, no formular la demás preguntas de esta sección; dejar las respuestas correspondientes en blanco (serán interpretadas como No Aplica (NA); y pasar a la siguiente sección).

10. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. El tiempo es muy corto
- b. El médico no soluciona sus dudas
- c. El médico no lo saluda cuando empieza la consulta
- d. El médico es serio y cortante
- e. Otra razón
- f. NR/NS

11. A Las consultas de medicina general han servido para mejorar el control de su enfermedad

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

11. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. No le dedican suficiente tiempo
- b. Los médicos no me explican lo que tengo
- c. No lo examinan
- d. Sigue igual o peor
- e. Los médicos son cambiados con frecuencia



- f. Otra razón
- g. NR/NS

Satisfacción con la consulta por médico especialista

Ahora, quiero saber qué tan satisfecho está usted con las consultas que realiza al médico especialista del programa “De Todo Corazón” de Mutual SER.

(Esta sección contiene dos parejas de afirmaciones y preguntas. Las preguntas sólo se formulan si existe algún grado de desacuerdo con respecto a la afirmación).

12.A Está contento con el trato que le brinda el médico especialista del programa “De Todo Corazón”, cuando lo atiende.

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

(Si responde (d) o (e) a la P 12A, formular la P 12B. En consecuencia, no formular la demás preguntas de esta sección; dejar las respuestas correspondientes en blanco (serán interpretadas como No Aplica (NA); y pasar a la siguiente sección).

12.B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. No le dedican suficiente tiempo
- b. Los médicos no me explican lo que tengo
- c. No lo examinan
- d. Sigue igual o peor
- e. Los médicos son cambiados con frecuencia
- f. Otra razón
- g. NR/NS

13.A La consulta con el especialista le ha servido para mejorar el control de su enfermedad

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

13.B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. No le dedican suficiente tiempo
- b. Los médicos no me explican lo que tengo
- c. No lo examinan
- d. Sigue igual o peor
- e. Los médicos son cambiados con frecuencia
- f. Otra razón
- g. NR/NS

Satisfacción con la consulta por enfermería

De nuevo, muchas gracias por sus respuestas. Para terminar, quiero saber que tan satisfecho está usted con los servicios proporcionados las enfermeras del programa “De Todo Corazón” de Mutual SER.

(Esta sección contiene dos parejas de afirmaciones y preguntas. Las preguntas sólo se formulan si existe algún grado de desacuerdo con respecto a la afirmación).

14.A Está contento con el trato que le brinda la enfermera del programa “De Todo Corazón”, cuando lo atiende.

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo



(Si responde (d) o (e) a la P 14A, formular la P 14B. En consecuencia, no formular la demás preguntas de esta sección; dejar las respuestas correspondientes en blanco (serán interpretadas como No Aplica (NA); y pasar a la siguiente sección).

14.B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. El tiempo es muy corto
- b. Las enfermeras no solucionan sus dudas
- c. Las enfermeras no lo saluda cuando empieza la consulta
- d. Las enfermeras son serias y cortantes
- e. Otra razón
- f. NR/NS

15.A La atención de la enfermera del programa le ha servido para mejorar el control de su enfermedad

- a. Completamente de acuerdo
- b. Parcialmente de acuerdo
- c. Indiferente
- d. Parcialmente en desacuerdo
- e. Completamente en desacuerdo

15. B ¿Por qué razones está en desacuerdo?

- a. No le dedican suficiente tiempo
- b. No me explican lo que tengo
- c. No lo examinan
- d. Sigue igual o peor
- e. Las enfermeras son cambiadas con frecuencia
- f. Otra razón
- g. NR/NS

¿PARA CONCLUIR, TIENE SUGERENCIAS O QUEJAS QUE CONTRIBUYAN A MEJORAR LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA? ¡ESTA INFORMACIÓN ES MUY IMPORTANTE!

(Anotar la respuesta en la hoja de respuesta correspondiente)

Cierre

Esperamos que se haya sentido cómodo durante esta entrevista, le reiteramos nuestro agradecimiento por su disposición para contestar las preguntas. Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

