



Cuadernos Latinoamericanos de  
Administración

ISSN: 1900-5016

cuaderlam@unbosque.edu.co

Universidad El Bosque  
Colombia

Restrepo Viana, Lina; Tejada Pardo, Karen

Factores asociados al incumplimiento de la oferta de servicios de asistencia médica  
domiciliaria

Cuadernos Latinoamericanos de Administración, vol. XII, núm. 22, enero-junio, 2016, pp.  
69-83

Universidad El Bosque  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=409646647007>

- 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

# Factores asociados al incumplimiento de la oferta de servicios de asistencia médica domiciliaria<sup>1</sup>

## Factors associated with failure to offer home health care

### Fatores associados ao não cumprimento da oferta de serviços de assistência médica domiciliária

Lina Restrepo Viana,<sup>2</sup>  
Karen Tejada Pardo<sup>3</sup>

#### Resumen

El estudio exploró aspectos que permitieron analizar los factores asociados al incumplimiento de la oferta de servicios de Asistencia Médica Domiciliaria, con el propósito de proponer acciones de mejoramiento que ayuden a garantizar el cumplimiento de la promesa de valor realizada y reduzcan los riesgos para la salud de los clientes. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, utilizando técnicas de cliente incógnito y paciente trazador, en cuatro compañías que ofertan pólizas o anexos de servicio domiciliario en Colombia, se entrevistó a tres asesores comerciales de cada Institución Objeto de Estudio para tipificar la oferta. Posteriormente, se solicitaron cinco servicios de asistencia médica domiciliaria para cada paciente, con base en motivos de consulta predeterminados y supervisados por el equipo médico. Los hallazgos arrojados en el presente estudio evidenciaron una falta de coherencia entre la promesa de valor al cliente hecha por los asesores comerciales, los contratos de servicios y la atención prestada por el personal operativo de las instituciones estudiadas, en términos de oportunidad, accesibilidad y pertinencia. De la misma manera, se evidenciaron problemas de orden ético en los profesionales de salud en la prestación del servicio y manejo del registro de historia clínica. Se generaron recomendaciones desde la óptica de la gerencia de la calidad en salud, en aras de optimizar la coherencia entre los servicios ofertados y el servicio prestado en el campo de atención médica domiciliaria en beneficio del paciente y el sistema de salud colombiano.

**Palabras clave:** Asistencia médica domiciliaria, oferta de servicios, promesa de valor cliente, cliente incógnito.

#### Abstract

This study explored aspects that allowed to analyze the associated factors to the failure of medical house calls offer, in order to propose improvement actions to help ensure the fulfillment of the promise of sale made and to reduce the risks to health customers. A descriptive, cross-sectional prospective study was performed using mystery shopper and patient tracer techniques in four companies that offer medical house calls policies or annexes in Colombia, three commercial advisors of each institution under study were interviewed and five house call services were requested for each patient based on default health complaint and supervised by the medical team advisor. The findings of the present study showed a significant lack of consistency between the promise of sale made by commercial consultants, the service contracts and the care provided

#### Resumo

O estudo explorou aspectos que permitiram analisar os fatores associados ao não cumprimento da oferta de serviços de Assistência Médica Domiciliária, com o propósito de propor ações de melhoria que ajudem a garantir o cumprimento da promessa de valor realizada e reduzir os riscos para a saúde dos clientes. Realizou-se um estudo descritivo, prospectivo de corte transversal, utilizando técnicas de cliente incógnito e paciente, em quatro companhias que oferecem apólices ou anexos de serviço domiciliário na Colômbia. Entrevistaram-se três assessores comerciais de cada Instituição Objeto de Estudo para avaliar a oferta. Posteriormente, solicitaram-se cinco serviços de assistência médica domiciliária para cada paciente, com base em motivos de consulta predeterminados e supervisionados pela equipe médica. Os resultados encontrados no presente estudo

Recibido el 26/01/2016 Aprobado el 14/04/2016

1. Artículo de investigación

2. Bacterióloga y Laboratorista Clínica, Universidad de Antioquia. Especialista en Gerencia de Calidad en Salud. Universidad El Bosque lrestrepo@hotmail.com

3. Médica cirujana. Especialista en Gerencia de la Calidad en Salud, Universidad El Bosque. karen.tejada13@gmail.com

by the operating staff of the studied institutions in terms of timeliness, accessibility and pertinence. In addition an ethical issue on health professionals about the care provided and the management of the clinical history record was evidenced. Recommendations were generated from the quality in health management perspective in order to optimize the consistency between the services offered and the service rendered in the field of medical house call services for the benefit of the patient and the Colombian health system.

**Keywords:** House call, service marketing, promise of sale, mystery shopper, ethics.

evidenciaram uma falta de coerência entre a promessa de valor feita ao cliente pelos assessores comerciais, os contratos de serviços e a atenção prestada pelo pessoal operativo das instituições estudadas, em termos de oportunidade, acessibilidade e pertinência. Da mesma maneira, evidenciaram-se problemas de ordem ética nos profissionais de saúde na prestação do serviço e manejo do registro de história clínica. Geraram-se recomendações desde a ótica da gerência da qualidade em saúde, buscando otimizar a coerência entre os serviços oferecidos e o serviço prestado no campo da atenção médica domiciliária em benefício do paciente e do sistema de saúde colombiano.

**Palavras-chave:** Assistência médica domiciliária, oferta de serviços, promessa de valor cliente, cliente incógnito..

## Introducción

La sobre demanda en los servicios de salud ha hecho que la población requiera de planes adicionales para la atención de sus requerimientos de salud, especialmente en atención de urgencias. El uso inadecuado de éste servicio, la permanente emergencia funcional que reflejan las salas de urgencia por la alta ocupación de pacientes que presentan patologías con un Triage no considerado urgente, y las dificultades para acceder a la consulta externa de primer nivel por falta de oportunidad, han hecho que se planteen distintas iniciativas para mejorar la prestación de servicios de salud en este aspecto, tomando de esta forma auge la creación de empresas y productos de salud que prestan Asistencia Médica Domiciliaria.

Estas empresas hacen que desde la comodidad del hogar, sin exponerse a posibles infecciones nosocomiales o al estrés que generan las salas de espera y servicios de urgencia, se atiendan enfermedades agudas en todos los grupos etarios por un médico general (ocasionalmente por un pediatra). (Leff & Burton, 2001)). Si el galeno considera pertinente, el paciente es trasladado a través de un servicio de ambulancia a una institución hospitalaria, volviendo así a los modelos de atención domiciliaria clásicos del siglo XX, en donde el médico comunitario, viajaba a la casa de un paciente al que proporcionaría cuidado. (Rebecca & Wayne, 2009)

Gracias a la oferta por parte de las empresas de medicina prepagada, pólizas privadas de salud, anexos de asistencia en seguros (vida, vehículos, hogar, de viaje), planes complementarios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y productos de asistencia especializados en el sector salud, la Asistencia Médica Domiciliaria ha llevado a un crecimiento exponencial en la creación de Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que

brindan este servicio, trasladando el médico al hogar, cuando el paciente lo requiera o lo demande. A julio del 2013, 720.000 personas se encontraban afiliadas a ésta modalidad de atención, un mercado que mueve 235.000 millones de pesos, crece 20 por ciento anual y genera unos 6.000 empleos. (El Tiempo, 2015)

Teniendo en cuenta que los servicios de Atención Médica Domiciliaria, no son cubiertos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se hace imperativo para las empresas que ofertan dichos servicios, realizar la comercialización de sus productos o planes de servicios mediante la presentación de una promesa de valor. (Cabello E. 2001; Caballero, 2008). Adicional a esto, deben cumplir con calidad en la atención, de acuerdo con la normatividad vigente en el país. La Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia (2014) describe este servicio como: “servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados”. Por lo tanto es necesario que presten un servicio acorde con los lineamientos descritos en el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección Social (2006) por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS.

La comercialización de pólizas y anexos de pólizas que brindan ese servicio está siendo cada vez mayor, y aunque existe de por medio la firma de un contrato que cuenta con la información del servicio que será prestado, no es claro el panorama actual con respecto al cumplimiento de esta promesa de venta. De ahí la importancia de analizar los factores asociados al incumplimiento de la oferta de servicios de asistencia

médica domiciliaria, con el propósito de orientar a las IPS y Entidades de Medicina Prepagada a una toma de decisiones frente a los posibles ajustes en la oferta de servicios que se puedan identificar y que ayuden a garantizar el cumplimiento de la promesa de valor realizada, disminuyendo además los riesgos para la salud de los usuarios e impactando positivamente la calidad de la atención prestada. (Coronado, Cruz, Macías, Hernández & Nava, 2013; Agudelo & Forero, 2013)

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en cuatro instituciones que ofertan la prestación de servicios de Asistencia Médica Domiciliaria en la ciudad de Bogotá.

Como población de referencia se tomaron cuatro instituciones de servicios de Asistencia Médica Domiciliaria y cuatro usuarios de cada institución asumidos como pacientes trazadores. Las cuatro Instituciones Objeto de Estudio (en adelante IOE) seleccionadas, corresponden a empresas reconocidas y de trayectoria en el país, que ofertan productos de asistencia médica domiciliaria, poseen una influencia fuerte en el mercado y tienen un número significativo de afiliados. Dos de las IOE son empresas que se dedican especialmente a la prestación de servicios domiciliarios, aunque recientemente han abierto nuevas líneas de negocio en el sector salud, ofertan productos en los cuales se paga expresamente para recibir los servicios de atención médica domiciliaria (IOE 1 y 2). Las otras dos, son empresas que ofertan anexos de asistencia médica domiciliaria, como valor agregado, al contrato de medicina prepagada y a la póliza de salud (IOE 3 y 4 respectivamente). En este caso, la Asistencia Médica Domiciliaria no es el producto principal ofertado sino que es un valor agregado que recibe el usuario por el servicio contratado.

Los pacientes trazadores fueron seleccionados por conveniencia, teniendo en cuenta personas conocidas por las investigadoras que contaran con productos (con contratos firmados) en las IOE seleccionadas para, de esa forma, tener acceso al servicio. Se entrevistó a tres asesores comerciales por cada IOE.

Las variables seleccionadas para la investigación fueron: la cobertura de Atención médica domiciliaria, coherencia de la promesa de valor al cliente, exclusión de atención médica domiciliaria, accesibilidad, oportunidad y rechazo de la prestación de servicio. Éstas fueron basadas en los aspectos de las condiciones de los contratos para la prestación del servicio de las diferentes IOE y en los estándares de calidad establecidos para la operatividad de este tipo de servicios, por parte de las aseguradoras y compañías ofertantes.

Para la accesibilidad se definió operativamente que *cumple*, cuando la central telefónica responde a la llamada antes de 20 segundos y sin interrupciones en la comunicación; *no cumple*, cuando la central telefónica responde a la llamada en 21 segundos o después y/o si ocurren interrupciones en la comunicación. Para la oportunidad se definió operativamente que *cumple*, cuando el médico arribó al domicilio hasta 20 minutos después del tiempo indicado por el *Call center* al solicitar el servicio; *no cumple*, cuando el médico arribó al domicilio 21 minutos o más después del tiempo indicado por el *Call center* al solicitar el servicio, si el *Call center* no indicaba un tiempo de respuesta al solicitar el servicio se tomaría como referencia el mayor tiempo de respuesta informado por los asesores comerciales de la IOE<sup>4</sup>.

Inicialmente, se caracterizó la oferta de los servicios de Atención Médica Domiciliaria que brindan las IOE, a través de la aplicación de la técnica de cliente incógnito. (Peña & Botero, 2006) Aún cuando la técnica de cliente incógnito es controversial en el sector salud en su aspecto ético, es utilizada ampliamente a nivel mundial para la evaluación de oferta y prestación de servicios de acuerdo con los compromisos pactados con el cliente.

En la mayoría de estudios realizados, existe un comité de ética acreditado en investigación en salud (Moriarty, McLeod & Dowell, 2003) para evaluar los aspectos éticos de la utilización y su aprobación. Dicha aprobación sólo es aceptable cuando no hay otras maneras de lograr los objetivos de la investigación (Walker & George, 2010) y se deben aplicar códigos de ética internacionales para la utilización del cliente incógnito.

Para el presente estudio, se realizó un previo análisis ético bajo el acompañamiento de los asesores metodológico y de enfoque integrador, revisando con detalle las posibles implicaciones, con el fin de establecer los parámetros necesarios y de esta manera, no generar perjuicio alguno ni en los pacientes, ni al sistema de salud. Las autoras asumieron el rol de clientes, interesadas en adquirir el producto de asistencia domiciliaria o la póliza con anexo domiciliario (el mismo plan con el que contaban los pacientes trazadores), se realizaron entrevistas con tres asesores comerciales de cada IOE, siguiendo lo planteado en el instrumento diseñado para este fin, donde se indagó sobre diferentes aspectos concernientes a la oportunidad de los servicios, coberturas, exclusiones y manejo en domicilio de patologías puntuales, entre otros. Las preguntas fueron formuladas durante la conversación

4. Los parámetros seleccionados obedecen a los indicadores establecidos por acuerdo de servicio en el mercado de *Call center* atención domiciliaria.

con el asesor, como parte de la información requerida para poder adquirir el producto.

Una vez recolectada esa información, se procedió a revisar los contratos de los productos ofrecidos que fueron entregados en el momento de la contratación a los usuarios, verificando los mismos aspectos que fueron indagados durante la entrevista con los asesores comerciales y bajo la utilización del mismo instrumento.

Con el fin de identificar el cumplimiento de las variables objeto de estudio, en la segunda fase fueron solicitados cinco servicios de asistencia por cada paciente trazador y para cada IOE siguiendo lo establecido en el instrumento diseñado para tal fin, el cual contenía cinco motivos de consulta (ver tabla 1) encaminados a solicitar atención médica para comparar lo que había sido ofertado por los asesores comerciales de cada IOE, como patologías cubiertas o no y la prestación real del servicio. Este proceso se realizó bajo dirección del grupo investigador que incluía una profesional en medicina coautora de la investigación.

Motivo de consulta	
1	Mi familiar presentó una caída del andén al tropezarse, parece que se tronchó el pie izquierdo, no puede mover bien la mano derecha, la tiene muy inflamada y tiene una herida en la rodilla.
2	Yo soy paciente diabético tengo dolor de cabeza, malestar general, mareo y me tomé una glucometría y el valor fue de 324.
3	Hace más de un año que no me realizan un chequeo médico general y solicito atención para que el médico me revise.
4	Mi familiar presentó vómito, no tolera la vía oral, tiene dolor de cabeza intenso, malestar general. La noche anterior estuvo en una reunión y se tomó varios tragos de whiskey y comió en abundancia.
5	Mi familiar tiene un fuerte dolor de cabeza de 1 hora, visión borrosa, siente dormida la mitad de la cara derecha, camina como raro e intentó tomar un vaso de agua y lo dejó caer.

Tabla 1. Motivos de consulta para la guía de solicitud y registro del servicio  
Fuente: Elaborado por las autoras, año 2015

En las situaciones en las cuales el personal del *Call center* manifestaba que de acuerdo al motivo de consulta referido, el paciente debía asistir a un servicio de urgencias y no autorizaba la atención domiciliaria, quien solicitó la asistencia se comunicó con el *Call center* para informar que el paciente acudiría por sus propios medios para evitar el envío de una ambulancia de transporte básico. Sólo en los motivos de consulta catalogados como urgencias vitales, en los cuales el *Call center* informó que un médico atendería al paciente en el domicilio, el servicio fue cancelado por quien lo solicitó pasados 30 minutos después de la llamada inicial, teniendo en cuenta que por perti-

nencia médica se consideraba inoportuna una atención en domicilio para una urgencia vital que requería una remisión inmediata al servicio de urgencias.

Es importante resaltar que en los casos que fueron ofrecidos los servicios de traslado en ambulancia, tanto básica como medicalizada, se cancelaba la solicitud, en tanto que promover el desplazamiento de una ambulancia en una ciudad con déficit de las mismas, podría generar inoportunidad en la atención de un paciente real, faltando así a los principios éticos de la investigación.

El control de los tiempos para determinar la accesibilidad y oportunidad fueron registrados en herramientas diseñadas para tal fin, que permitieron posteriormente determinar si se cumplía con éstos o no.

Finalmente, se analizaron los datos recolectados, se compararon los resultados obtenidos en todos los instrumentos aplicados. Adicionalmente, se identificaron variables no contempladas inicialmente.

Resultados

Se realizó un paralelo de la información aportada por los asesores comerciales que fueron entrevistados bajo la metodología de cliente incógnito, frente a la revisión minuciosa de los contratos firmados por los usuarios y la IOE correspondiente (Tablas 2, 3, 4 y 5). Este paralelo permitió observar que no existe un criterio uniforme entre los asesores comerciales de una misma IOE frente a preguntas puntuales sobre las coberturas del servicio. En el caso de la IOE 1 en 2 de las 8 preguntas planteadas, para las IOE 2, 3 y 4 en 3 de esas preguntas. Adicionalmente, no es coherente frente a lo plasmado en el documento legal, especialmente en aquellas situaciones contempladas como causa no cubierta o motivos de consulta que por pertinencia médica no deben ser manejados en el servicio de urgencias.

Se identificó que algunos de los asesores comerciales incitaron al cliente a mentir sobre su motivo de consulta, sugiriendo que aún cuando no presentaban síntomas (para los motivos de consulta 1 y 4) debían referir que sí al momento de solicitar el servicio para que se generara la autorización. De otro modo, no se encontró plasmado en los contratos de manera implícita ni explícita la descripción de la cobertura a los motivos de consulta indagados previamente a los asesores y eje central de este estudio.

Finalmente, en términos de oportunidad para la atención tampoco existió uniformidad de criterios entre los tiempos de respuesta indicados, como quiera que no dieron una respuesta igual entre los asesores consultados para cada IOE y tampoco está descrito con claridad en los contratos.

IOE 1	Entrevista asesores comerciales					Descripción contrato
Pregunta	Si	No	Observaciones	Si	No	Observaciones
1. ¿Si mi papá sufre de hipertensión podemos pedir el servicio para que vayan a tomarle la tansión en casa?	3		Un asesor informa que el paciente debe decir que tiene sistomatología de enfermedad. Otro indica que tiene cobertura con costo adicional		1	
2. ¿Atienden en casa accidentes como caídas, golpes, heridas, quemaduras y esguinces?	3			1		Causa cubierta
3. ¿Las enfermedades crónicas tienen atención en domicilio?	3		Un asesor indica que debe presentar alguna sistomatología de la enfermedad		1	
4. ¿Realizan chequeos médicos?	2	1		1		
5. ¿Si mi esposo sufre una intoxicación tomando licor también lo atienden en la casa?	3			1		
6. ¿ Cuánto tiempo se demora en llegar el médico una vez solicitado el servicio?			No existió unanimidad en el criterio, informaron rangos de acuerdo al triage telefónico: urgencia vital: 1 - 15 min urgencia media: 1 - 60 min urgencia leve: 1 - 180 min	1		
7. ¿Puedo pedir la ambulancia directamente para que me lleve al servicio de urgencias sin que me vea antes el médico?	2	1	Un asesor informó que ese servicio genera costo adicional, otro indicó que siempre un médico realiza la valoración previa	1		
8. ¿El médico acude siempre a valorar el paciente aunque presenta síntomas graves que pueden ser como de un infarto o de un derrame cerebral?	3			1		

Tabla 2. Paralelo entre la información aportada por asesores comerciales Vs descripción del contrato IOE 1

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de los datos obtenidos en la entrevista con el asesor que oferta el servicio y revisión del contrato, año 2015

IOE 2	Entrevista asesores comerciales					Descripción contrato
Pregunta	Si	No	Observaciones	Si	No	Observaciones
1. ¿Si mi papá sufre de hipertensión podemos pedir el servicio para que vayan a tomarle la tansión en casa?	2	1			1	
2. ¿Atienden en casa accidentes como caídas, golpes, heridas, quemaduras y esguinces?	3			1		Causa cubierta
3. ¿Las enfermedades crónicas tienen atención en domicilio?	3		Un asesor indica que debe presentar alguna sistomatología de la enfermedad	1		Se presta el servicio en caso de emergencia
4. ¿Realizan chequeos médicos?	2	1	El asesor que indica que si está cubierto advierte que debe decir que presenta algún síntoma. Otro indica que no está cubierto pero lo puede solicitar asumiendo el costo adicional		1	
5. ¿Si mi esposo sufre una intoxicación tomando licor también lo atienden en la casa?	3				1	
6. ¿ Cuánto tiempo se demora en llegar el médico una vez solicitado el servicio?			De acuerdo al triage telefónico: urgencia leve: 20 - 150 min urgencia media: 10 - 45 min urgencia vital: 5 - 20 min		1	



IOE 2	Entrevista asesores comerciales					Descripción contrato
Pregunta	Si	No	Observaciones	Si	No	Observaciones
7. ¿Puedo pedir la ambulancia directamente para que me lleve al servicio de urgencias sin que me vea antes el médico?	1	2			1	
8. ¿El médico acude siempre a valorar el paciente aunque presenta síntomas graves que pueden ser como de un infarto o de un derrame cerebral?	3				1	

Tabla 3. Paralelo entre la información aportada por asesores comerciales Vs descripción del contrato IOE 2

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de los datos obtenidos de la aplicación del instrumento "Guía de orientación para la entrevista con el asesor que oferta el servicio y revisión del contrato", año 2015.

IOE 3	Entrevista asesores comerciales					Descripción contrato
Pregunta	Si	No	Observaciones	Si	No	Observaciones
1. ¿Si mi papá sufre de hipertensión podemos pedir el servicio para que vayan a tomarle la tensión en casa?	2	1	Solo si presenta síntomas que el profesional del <i>call center</i> considere que apliquen para realizar la consulta		1	
2. ¿Atienden en casa accidentes como caídas, golpes, heridas, quemaduras y esguinces?	3				1	
3. ¿Las enfermedades crónicas tienen atención en domicilio?	3				1	
4. ¿Realizan chequeos médicos?	2	1	El asesor que indica que no, refiere que estos deben ser realizados en los centros médicos destinados para eso		1	
5. ¿Si mi esposo sufre una intoxicación tomando licor también lo atienden en la casa?	1	2		1		Se encuentra tipificado como exclusión "el tratamiento de enfermedades y/o accidentes producidos por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de haber consumido bebidas embriagantes"
6. ¿Cuánto tiempo se demora en llegar el médico una vez solicitado el servicio?			No hay unanimidad en la información proporcionada, indican tiempos máximos entre 30 y 90 minutos	1		"De acuerdo a la disponibilidad de personal médico que exista al momento del requerimiento"
7. ¿Puedo pedir la ambulancia directamente para que me lleve al servicio de urgencias sin que me vea antes el médico?	3		Pero depende de la valoración del profesional del <i>call center</i>	1		"Siempre y cuando sea por una emergencia o entre instituciones hospitalarias" definen como urgencia: "todo tipo de afección súbita, aguda e inesperada, que de no ser diagnóstica y/o tratada de inmediato, pone en peligro la vida del usuario(s)"
8. ¿El médico acude siempre a valorar el paciente aunque presenta síntomas graves que pueden ser como de un infarto o de un derrame cerebral?	3				1	

Tabla 4. Paralelo entre la información aportada por asesores comerciales Vs descripción del contrato IOE 3

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de los datos obtenidos de la aplicación del instrumento "Guía de orientación para la entrevista con el asesor que oferta el servicio y revisión del contrato", año 2015

IOE 4			entrevista asesores comerciales			descripción contrato
Pregunta	si	no	observaciones	si	no	observaciones
1. ¿Si mi papá sufre de hipertensión podemos pedir el servicio para que vayan a tomarle la tansión en casa?	3		Indica el asesor que los profesionales del <i>call center</i> pueden determinar que debe ir a urgencias		1	
2. ¿Atienden en casa accidentes como caídas, golpes, heridas, quemaduras y esguinces?	3				1	
3. ¿Las enfermedades crónicas tienen atención en domicilio?	3				1	
4. ¿Realizan chequeos médicos?	2	1			1	
5. ¿Si mi esposo sufre una intoxicación tomando licor también lo atienden en la casa?		3		1		Se tipfica exclusión a enfermedades o accidentes ocurridas bajo el efecto de bebidas embriagantes
6. ¿ Cuánto tiempo se demora en llegar el médico una vez solicitado el servicio?			No hay unanimidad en la información proporcionada, indican tiempos máximos entre 20 y 90 minutos	1		"de acuerdo a la diponibilidad de personal médico que exista al momento del requerimiento"
7. ¿Puedo pedir la ambulancia directamente para que me lleve al servicio de urgencias sin que me vea antes el médico?	2	1			1	
8. ¿El médico acude siempre a valorar el paciente aunque presenta síntomas graves que pueden ser como de un infarto o de un derrame cerebral?	1	2	Un asesor indica que depende del triage telefónico		1	

Tabla 5. Paralelo entre la información aportada por asesores comerciales Vs descripción del contrato IOE 4

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de los datos obtenidos de la aplicación del instrumento "Guía de orientación para la entrevista con el asesor que oferta el servicio y revisión del contrato", año 2015.

En términos de accesibilidad y oportunidad no se observó un cumplimiento al 100% en ninguna de las IOE; con respecto a la accesibilidad los resultados de cumplimiento oscilan entre 60% y el 80%, en términos de oportunidad se identificó un cumplimiento que oscila entre 80% y 85% en todas las IOE. Tabla 6.

	Accesibilidad		Oportunidad	
	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple
IOE 1	65%	35%	80%	20%
IOE 2	75%	25%	80%	20%
IOE 3	60%	40%	80%	20%
IOE 4	80%	20%	85%	15%

Tabla 6. Consolidado accesibilidad y oportunidad.

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de los datos obtenidos a través de la aplicación del instrumento "Control de oportunidad y accesibilidad en el servicio", año 2015.

Dentro de los cinco motivos de consulta, de acuerdo con la clasificación de Triage para el servicio de urgencias, se considera que los motivos de consulta dos y cinco están tipificados como Triage 1, tipo de urgencia que debe ser atendida de manera inmediata por riesgo inminente para la vida del paciente; es por eso que se revisó la oportunidad y accesibilidad para estos dos motivos de consulta por cada IOE específicamente.

Teniendo en cuenta las repercusiones para la salud del paciente y la promesa de valor realizada con respecto a este tipo de patologías, el indicador debe obedecer a un 100%. Sin embargo, esto no fue lo evidenciado durante la investigación. Al respecto, para la accesibilidad se observó un cumplimiento que oscila entre 50% y 88%, con mejores resultados para la oportunidad para la cual los resultados se encuentran entre el 62% y 100%. Tabla 7.



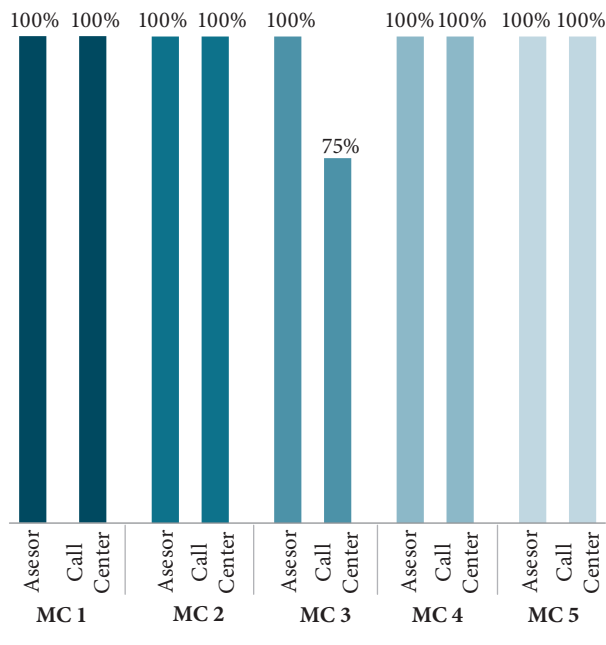
	Accesibilidad		Oportunidad	
	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple
IOE 1	75%	25%	100%	0%
IOE 2	88%	22%	75%	25%
IOE 3	50%	50%	62%	38%
IOE 4	75%	25%	75%	25%

Tabla 7. Accesibilidad y oportunidad motivos de consulta 2 y 5  
Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de los datos obtenidos instrumento “Control de oportunidad y accesibilidad en el servicio”, 2015.

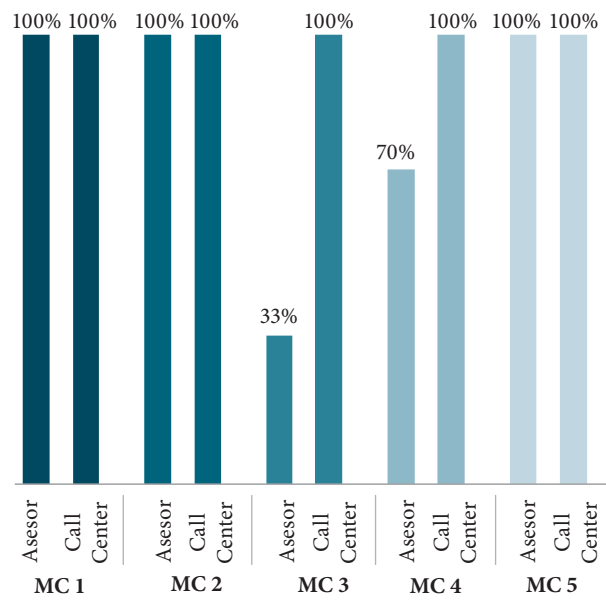
Al compararse la información aportada por el asesor comercial vs los servicios prestados por el *Call center* en términos de cobertura para cada motivo de consulta, (Gráficas 1 - 4) se analizó que si el 100% de los asesores informaban que este sería cubierto del mismo modo debía ser prestado por parte del *Call center* en el 100% de las solicitudes; para las IOE 3 y 4 no existió coherencia en este aspecto para ninguno de los motivos de consulta planteados en el estudio. Para el motivo de consulta 3 ninguna institución cumplió con una coherencia del 100% entre lo ofertado y lo prestado. Esta incoherencia se presentó tanto para los casos en los cuales el asesor comercial informó que un motivo de consulta se consideraba causa cubierta y al momento de solicitar el servicio fue negado por el operador del *Call center*, como para los casos en los cuales el asesor comercial informó un motivo de consulta como causa no cubierta y luego fue autorizada la prestación del servicio por el operador del *Call center* al momento de la solicitud. Se denota una ausencia de conocimiento de las coberturas del producto ofertado tanto por parte de los asesores comerciales como del *Call center*, esto genera traumatismos administrativos y comerciales de cara al cliente; mas grave aun, se pone de presente una ausencia de protocolos médicos que permitan al personal de salud tener una guía al momento de generar las autorizaciones. Sin estar contemplado en las variables iniciales del estudio, este fue un hallazgo incidental como quiera que, a la misma solicitud, de pacientes con las mismas características y mismo mecanismo fisiopatológico se encontraron diferentes criterios soportados en la pertinencia médica del profesional en salud que atendía la solicitud en la línea telefónica.

Se presentó una situación especial en 2 casos en los cuales los médicos que atendieron la consulta le informaron al paciente que iban a registrar datos falsos en la historia clínica, diciendo que no era un chequeo médico sino inventando síntomas inexistentes para justificar la consulta frente a procesos de posible auditoria por parte de la institución y no exponerse a posibles retaliaciones administrativas. Lo anterior genera una clara pérdida en la confianza por parte del usuario hacia los servicios contratados. Por otro lado,

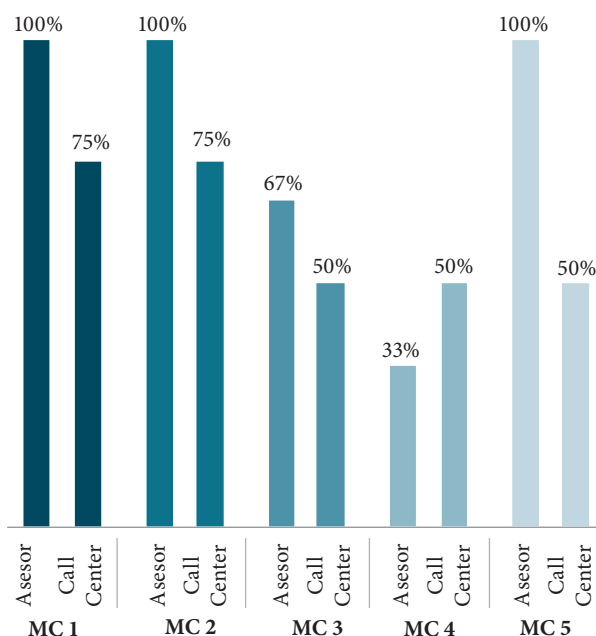
se encontró una marcada diferencia en este aspecto entre las IOE 1 y 2 frente a las IOE 3 y 4.



Gráfica 1. Porcentaje de cobertura en la IOE1.  
Comparación, información asesor comercial Vs servicio prestado por el *Call center*  
\*MC: Motivo de Consulta  
Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos “Guía de solicitud y registro del servicio” y “Oferta de servicio”. 2015.



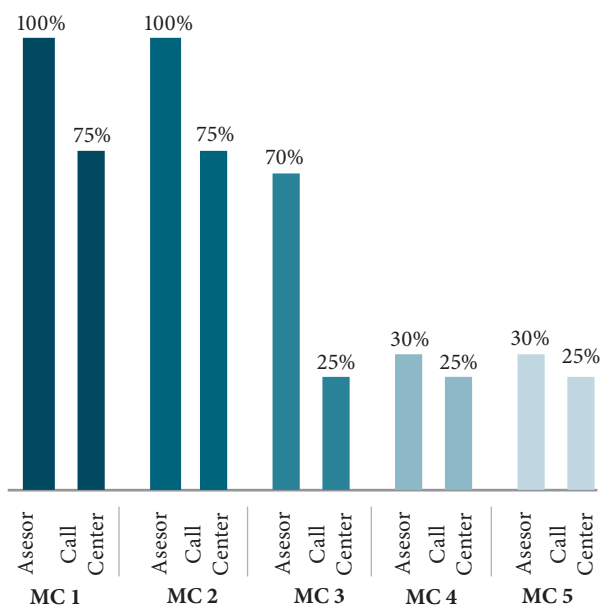
Gráfica 2. Porcentaje de cobertura en la IOE2. Comparación, información asesor comercial Vs servicio prestado por el *Call center*  
\*MC: Motivo de Consulta  
Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos “Guía de solicitud y registro del servicio” y “Oferta de servicio”. 2015.



Gráfica 3. Porcentaje de cobertura en la IOE3.  
Comparación, información asesor comercial Vs servicio prestado por el Call center

\*MC: Motivo de Consulta

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos "Guía de solicitud y registro del servicio" y "Oferta de servicio". 2015.



Gráfica 4. Porcentaje de cobertura en la IOE4.  
Comparación, información asesor comercial Vs servicio prestado por el Call center

\*MC: Motivo de Consulta

Fuente: Elaborado por las autoras, a partir de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos "Guía de solicitud y registro del servicio" y "Oferta de servicio". 2015.

## Discusión

La oferta de servicio, bien sea especificada en un contrato o expuesta por un asesor comercial, es para el cliente un compromiso, por parte de las organizaciones, el cual debe ser cumplido a cabalidad. Si este compromiso se encuentra estipulado en el marco de un contrato, se adquiere una obligación legal. (Código Civil Colombiano.Título XII )

De acuerdo con la naturaleza de las IOE, la prestación de servicios de atención médica domiciliaria, tiene como propósito la atención de alteraciones de salud en el domicilio de los usuarios para evitar congestión en las salas de urgencias de los hospitales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), lo cual se encuentra descrito en los contratos de las diferentes IOE<sup>5</sup>.

*Paralelo entre la información aportada por los asesores comerciales y la contenida en el contrato.*

Se revisaron en detalle los datos aportados en las condiciones de los contratos de cada IOE en los cuales no especifican, en términos de tiempo, la oportunidad para la atención, en comparación con la información que brindaron los asesores comerciales quienes en su mayoría expresaron tiempos mínimos y máximos de respuesta. Inclusive, los diferentes asesores de una misma IOE hacen una promesa de valor diferente, mencionando algunos tiempos mínimos de respuesta poco alcanzables, teniendo en cuenta los conocidos inconvenientes de movilidad en la ciudad de Bogotá.

En las preguntas realizadas a los asesores comerciales sobre atenciones que no eran relacionadas con alteraciones de la salud, como el chequeo médico de rutina, algunos asesores indujeron al supuesto cliente a decir que *debía fingir una situación de salud* y de esa manera sería atendido, mientras otros asesores comerciales confirmaban dichas atenciones como cubiertas por los servicios contratados.

Esto es contraproducente y éticamente inapropiado, en tanto que, en los contratos se encuentra una cláusula donde el usuario se compromete al uso racional y objetivo del servicio<sup>6</sup> so pena de causal de terminación del contrato. De esta forma se está induciendo a un uso irracional de los recursos disponibles, faltando además a los criterios de pertinencia médica; lo cual ocasiona la prestación innecesaria de servicios de salud afectando el principio de justicia distributiva en el Sistema de Salud Colombiano.

Por otra parte, las teorías del marketing apuntan a que las organizaciones construyan relaciones de

5. Objeto de los contratos IOE 1, 2, 3 y 4

6. Obligaciones del contratante Contratos IOE 1, 2, 3 y 4

confianza, sólidas y perdurables en el tiempo, sumado a la necesidad de no solo conseguir nuevos clientes, sino al deber de retenerlos (Ricardo, 2009). Esto discrepa con lo evidenciado en el presente trabajo, pues la mayoría de los asesores comerciales, con el objetivo de lograr una venta del producto, realizaron promesas de coberturas que no están pactadas dentro de las condiciones del contrato, demostrando además poca claridad con respecto a la información. Lo anterior, sugiere, que dado el caso en que el cliente requiera de un servicio que no se encuentra contemplado en el contrato y que por tanto la IOE no está en obligación de prestar, representaría una pérdida de fidelización del cliente

### Accesibilidad y oportunidad

Dentro de las promesas de valor descritas en la página web de las diferentes IOE, se ofrecen beneficios en los atributos de calidad de accesibilidad y oportunidad, que si bien realizan un cumplimiento mayor de lo que se prestaría en un centro de atención médica, no es coherente con lo ofrecido en sus diferentes canales de comunicación estudiados, reflejado en el hecho que, en los motivos de consulta catalogados como urgencia vital, la oportunidad debe ser inmediata, de acuerdo con la normatividad. (Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, 2014)

Igualmente, se observó en todas las IOE un retraso en la oportunidad, es decir, en la atención en casos reales, representando un riesgo significativo para la salud y la vida de los pacientes.

En cuanto a la accesibilidad respecto a los motivos de consulta, fueron comparados con el tiempo de respuesta en las llamadas telefónicas por parte del *Call center* y aunque todos cumplen en un alto porcentaje, no lo hacen en un 100% como debería ser, de acuerdo con la naturaleza de la prestación. Aún cuando no existe una normatividad en cuanto al tiempo en el cual debe ser atendida una llamada, desde que ingresa a la opción seleccionada en el menú telefónico del *Call center*, dentro de los acuerdos de servicio que realizan las aseguradoras con sus proveedores de *Call center* lo pactado usualmente, es que las llamadas deben ser contestadas en un rango entre 10 a 20 segundos.

Es importante preguntarse si en ese porcentaje de casos, donde se presentó dificultad en el acceso, se pudiese encontrar una urgencia vital, una solicitud para un adulto mayor, gestante o paciente pediátrico, grupos que están en situación de vulnerabilidad y que requirieron atención oportuna y preferencial. De darse así, esta dificultad en el acceso se vería reflejada en consecuencias negativas para el estado de salud del paciente. Adicionalmente, esto habría representado que el paciente, dado su estado de salud, se viera en

la necesidad de dirigirse a un servicio de urgencias por sus propios medios, al no encontrar una respuesta oportuna en el *Call center*, generando insatisfacción al no recibir el servicio contratado.

De la misma forma se evidenciaron mejores indicadores, tanto en accesibilidad como en oportunidad por parte de las IOE dedicadas principalmente a la atención médica domiciliaria, que en los servicios anexos de pólizas de salud y medicina prepagada. El atributo de oportunidad en los primeros, es muy relevante, dado que el paciente adquiere un servicio en espera de salvaguardar su vida en los momentos que así lo requiera.

### Cobertura

Se encontraron incoherencias en la prestación del servicio ya que en algunos casos en los que el asesor comercial indicó un motivo de consulta como causa no cubierta, por ejemplo, la atención a chequeos médicos de rutina, al ser éste servicio solicitado telefónicamente, el *Call center* los aprueba. Además, en dos de éstos casos los profesionales médicos que realizaron la atención en el domicilio del usuario, expresaron que la información recibida por el *Call center* era que el paciente presentaba síntomas que ameritaban la consulta; inclusive en uno de ellos el médico registró en la historia clínica datos falsos sobre síntomas inexistentes, para de esta manera justificar en términos de auditoría, la prestación del servicio.

Lo anterior evidencia la falta de articulación que presentan las diferentes áreas en las instituciones, desde el área comercial, pasando por el *Call center* que genera las autorizaciones, hasta el profesional que realiza la atención directa del servicio, donde cada actor demuestra un desconocimiento de las coberturas, falta de entrenamiento, protocolos no muy claros y poca comprensión de los productos ofertados a los clientes, ocasionando como consecuencia la pérdida de credibilidad y una sensación de engaño y confusión para el cliente.

Adicionalmente, es evidente el conflicto ético al que se enfrentan los profesionales de la salud, tanto los que atienden en el *Call center* que generalmente son enfermeros y médicos, como el médico que presta el servicio en el domicilio del paciente. Teniendo en cuenta la declaración de principios estipulados en la Ley 23 de 1981 del Congreso de la República de Colombia por el cual se dictan normas en Materia de Ética Médica Título I Disposiciones Generales, que plantea: Capítulo I, Declaración de Principios:

- » Numeral 4: “La relación médico -paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe

fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional”

- › Numeral 6: ...“En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y solo la verdad”.
- › Numeral 9: “El médico, por la función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta pública y privada a los más elevados preceptos de la moral universal”.

No sólo el médico enfrenta conflictos éticos, sino también los profesionales de enfermería, como lo manifiesta la Ley 911 de 2004 del Congreso de la República de Colombia para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, que en su Artículo 2 dice: “(...) *los principios éticos de Beneficencia, No Maleficencia, Autonomía, Justicia, Veracidad, Solidaridad, Lealtad y Fidelidad, orientarán la responsabilidad deontológica – profesional de la enfermería en Colombia*”. Esto tiene un impacto social importante, como quiera que la sociedad espera estándares particularmente altos de los profesionales de la salud, cuyos consejos deberían ser independientes, basados en evidencias y motivados por una preocupación altruista por el bienestar del paciente (Sommerville, 2008; Orb, 2005).

Desde un análisis eminentemente legal, los médicos y enfermeras tienen la obligación entonces, de tener conductas transparentes y no mentir ante sus pacientes, pues violan no sólo su compromiso moral con la sociedad a la que juraron servir, sino también están cometiendo una infracción a la Leyes que rigen su profesión e incurrir en un presunto delito como lo es la falsedad ideológica en el documento privado sometido a reserva, basados en la Ley 23 de 1981 del Congreso de la República de Colombia y específicamente lo referido en el Capítulo III. Artículo 34: “La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un *documento privado*, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”, del mismo modo, el Artículo 1° de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud señala: “*Artículo 1.- Definiciones. La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención (...)*. El documento privado es definido por el Código de Procedimiento Civil de Colombia en su Artículo 251 como “*aquel documento que no cumple los requisitos del documento público,*” es decir, es un documento que

no ha sido elaborado por un funcionario público, ni ha habido intervención de éste para su elaboración, pero que son realizados por los particulares en ejercicio de sus actividades.

Al ser la historia clínica un documento privado, cualquier información falsa que se registre en ella es sancionada por el Artículo 289 del Código Penal de Colombia “*Falsedad en documento privado. El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de dieciséis (16) a ciento ocho (108) meses*”.

Cabe destacar que según la Resolución No. 1995 de 1999, con respecto al manejo de la historia clínica, define: “Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo” (Ministerio de Salud, Colombia, 1999). Al registrar información falsa en la misma, se estaría obrando en contra de la racionalidad científica, adicional a las faltas éticas mencionadas anteriormente.

En este orden de ideas, también se involucra al paciente en un presunto delito; esto cuando el médico comentó la necesidad de mentir en la historia clínica, justificándose en que estaba prestando un servicio que no tenía pertinencia médica por no presentar síntomas, lo cual podría afectarlo como profesional so pena de sanciones o penalidades. A su vez puede generar que los pacientes se sientan preocupados y hasta culpables de dicha situación. Esta acción es inapropiada de acuerdo con el Artículo 11 de la ley en mención que dice “la actitud del médico ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte su preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas”.

Analizando un poco más a fondo esta situación, aun cuando no hace parte del objeto de esta investigación, si se abre una puerta para revisar en términos de auditoría de calidad, la forma en que algunos profesionales viéndose enfrentados a conflictos de intereses, entendido como “un conjunto de condiciones en las cuales el juicio profesional en relación con un interés primario tiende a estar demasiado influenciado por un interés secundario” (Sommerville, 2008)); generados por las presiones de los procesos administrativos, las estructuras de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), IPS, inclusive las exigencias de los pacientes, dejando de lado sus principios éticos y el cumplimiento de las normas, para ejercer de acuerdo con un conjunto de situaciones y no de acuerdo con el deber ser de su profesión.



Al analizar los datos con respecto a la cobertura por motivos de consulta, se observó una clara diferencia entre las IOE 1-2 y 3-4. Las primeras tienen una cobertura más amplia para los servicios de atención domiciliaria frente a los segundos. Podría inferirse que esta diferencia responde a que para las IOE 1 y 2 la atención médica domiciliaria es su línea de negocio principal y el 100% del producto, frente a las IOE 3 y 4 para las cuales se considera un servicio anexo a una póliza de salud o contrato de medicina prepagada.

### Negaciones del servicio

Las negaciones realizadas por las diferentes IOE fueron por causa no cubierta y pertinencia médica, las cuales no presentan diferencias. Sin embargo, se notan nuevamente las diferencias entre IOE 1 Y 2 y las IOE 3 y 4. Las primeras no presentan negaciones por pertinencia médica como quiera que, si consideran en el *triage* telefónico que el motivo de consulta amerita una atención en servicio de urgencias, de igual manera envían rápidamente un médico que realiza la valoración inicial junto con una ambulancia para trasladar al paciente en caso de ser requerido. Las segundas, al determinar de acuerdo al *triage* telefónico, que por pertinencia médica el paciente debe ser atendido en el servicio de urgencias, ofrecen sólo el traslado en ambulancia básica o medicalizada sin previa valoración médica en casa. Esto puede generar que si un *triage* telefónico no corresponde a la realidad del estado de salud del paciente, se represen los servicios de urgencias y las ambulancias queden por largas horas esperando a que les reciban los pacientes, disminuyendo así la oportunidad en la atención de otros casos que sí los ameritan.

Desde el punto de vista de la Gerencia de Calidad en Salud, es importante evaluar si la oferta en el mercado de atención domiciliaria cuenta con toda la idoneidad técnico – científica para una operatividad que genere beneficencia al paciente, su familia y al sistema de salud.

Un mercado en crecimiento requiere que las compañías establezcan las condiciones suficientes en términos de calidad para no generar contratiempos y eventos adversos a un sistema de salud ya en crisis por su capacidad instalada y por la mala utilización de los servicios de urgencia por parte de los usuarios.

### Conclusiones

Según los hallazgos arrojados en el presente estudio, se puede concluir que dentro de los factores más relevantes asociados al incumplimiento de la Asistencia Médica Domiciliaria de las compañías estudiadas se encuentran:

Falta de coherencia en la información entregada al cliente y el servicio prestado, tanto por parte de los equipos comerciales como por los equipos operativos de cada IOE, constituyendo así un claro fallo en la promesa de valor al cliente y catalogándose comercialmente como publicidad engañosa.

Fallas en la coherencia en cuanto a la información de coberturas y exclusiones del producto entre los asesores comerciales de una misma IOE.

Descripción insuficiente del alcance, coberturas y exclusiones del servicio adquirido por el cliente.

Deficiencia en los conceptos técnicos - científicos por parte del área comercial con respecto a las coberturas y exclusiones de patologías puntuales como lo son la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Accidente Cerebro Vascular, traumas e intoxicación etílica.

Incumplimiento en la accesibilidad y oportunidad en las solicitudes de asistencia de los pacientes que refirieron motivos de consulta clasificados como urgencia vital.

Incumplimiento en la accesibilidad y oportunidad en la atención de acuerdo con los tiempos de respuesta prometidos tanto por el *Call center* como por los asesores comerciales de las IOE.

Faltas graves en el cumplimiento a los códigos de ética de los profesionales de la salud, con las implicaciones de responsabilidad social que esto conlleva como actores públicos - de acuerdo con la Constitución de Colombia - de los procesos de salud, enfermedad y rehabilitación de la población.

Se incurre en faltas a la normatividad existente que regula el manejo de la historia clínica en el acto médico, excusándose en situaciones de carácter administrativo interno que deben ser ajenos al paciente y a la atención.

### Recomendaciones

La oferta de servicios en el campo de la atención médica domiciliaria como producto principal de una compañía, se acerca en gran parte a la promesa de valor que hacen a sus clientes. No obstante, se considera importante que en la preventa se realice una concienciación del real objetivo de la utilización de estos servicios, el alcance, los beneficios, coberturas, exclusiones y no generar en el usuario falsas expectativas que en algún momento puedan ocasionar un detrimento a su salud.

Debe existir una articulación coherente entre el área comercial y operativa de las compañías que ofertan servicios de atención domiciliaria, para que todos

los actores tenga claro las bondades del producto y no entreguen información a los usuarios que se contradiga entre sí, generando ruido comercial que puede deteriorar la imagen que tienen en el mercado, sumado al riesgo potencial que esto representa para la salud de los usuarios de sus servicios.

Bajo ningún motivo debe plasmarse en la historia clínica información falsa sobre el paciente y la consulta. Las continuas auditorias encaminadas a glosar a los médicos, los servicios no cubiertos han generado que este tipo de conductas se presenten como fue manifestado por los mismos galenos; sin embargo, bajo ninguna presión de tipo administrativo los médicos pueden faltar al código de ética que rige su actuar profesional. Desde cualquier punto de vista esto falta a sus principios éticos, a la normatividad vigente, al buen ejercicio y rompe de entrada la relación de confianza médico – paciente.

Es importante que las compañías prestadoras de servicios de atención médica domiciliaria establezcan el alcance real de los mismos, con un estudio minucioso, para determinar hasta dónde es posible que un paciente sea atendido en casa teniendo en cuenta las diferentes variables que esto implica. *El Expertise* de los médicos que atienden las consultas, las expectativas de los clientes, la cultura de consumo propia del país, los inconvenientes de movilidad en algunas ciudades donde se presta el servicio entre otras, deben ser tenidos en cuenta para lograr ofertar y brindar un servicio de calidad que complemente la atención prestada en las Instituciones Prestadoras de Salud, descongestionando las mismas y permitiendo a otros usuarios que sí requieren una atención en urgencias o consulta prioritaria acceder al servicio de una manera oportuna.

El entrenamiento desde el área técnico – científica al equipo comercial sobre las patologías que epidemiológicamente se presentan con mayor frecuencia, es primordial para alinear y afianzar los conceptos necesarios para entregar información verídica a la hora de ofertar el producto.

Teniendo en cuenta el auge en la prestación de servicios de atención médica domiciliaria por compañías que ofertan el servicio, es necesario que los entes de regulación como la Superintendencia de Salud y la Superintendencia de Industria y Comercio, dirijan su mirada a esta parte del sector, en aras de vigilar de cerca la adecuada oferta y prestación de servicios de acuerdo con la normatividad vigente.

Al interior de las IPS de atención domiciliaria es necesario realizar una investigación por el área de auditoría de calidad, para determinar con claridad los factores que están llevando al profesional de la salud a

registrar en la historia clínica datos que no obedecen a la realidad del paciente, analizar los mismos y generar las acciones correctivas y preventivas pertinentes para que este acto ilegal no se siga presentando.

Conociendo la importancia que tiene, el adquirir servicios de salud de calidad, debe fomentarse en los usuarios una cultura de consumidor consciente, la lectura de los contratos que se firman al adquirir un producto, el reporte ante los entes de control cuando se presentan irregularidades en la prestación del servicio de acuerdo con la promesa de valor y la utilización de los servicios de salud de manera racional pueden contribuir al éxito en la prestación de atención médica domiciliaria.

El personal profesional en salud que atiende las llamadas y solicitudes en los *Call center* de las diferentes compañías de atención domiciliaria, debe recibir un entrenamiento con base en protocolos técnico – científicos pre establecidos para autorizar correctamente los servicios, bajo un criterio claro de pertinencia médica o para direccionar al paciente adecuadamente, sin poner en peligro su salud frente a situaciones de urgencia vital o urgencias relativas, que deban ser manejadas en centros hospitalarios por un equipo interdisciplinario y exámenes complementarios.

En las compañías prestadoras de servicios de atención médica domiciliaria, es importante incluir el entrenamiento y formación continua al equipo comercial y operativo del *Call center*, aspectos éticos, que ayuden a evitar que se realicen violaciones a los códigos de ética por parte de los profesionales de la salud.

De acuerdo al impacto que tiene en el mercado estudiado los hallazgos obtenidos en el estudio, se considera pertinente socializar los mismos con el sector asegurador y comercializador de los servicios de Asistencia Médica Domiciliaria, lo cual podrá permitir procesos de evaluación e implementación de acciones de mejora que aporten positivamente tanto al negocio como a la calidad de la asistencia prestada.

Se recomienda complementar los resultados arrojados por este trabajo con estudios conducentes a realizar una medición adecuada del impacto económico, seguridad del paciente y credibilidad del servicio, en las empresas prestadoras de servicios de Asistencia Médica Domiciliaria, como estrategia para lograr una disminución de los costos de la no calidad.

## Referencias

Agudelo A & Forero H. (2013) Diseño y Validación de un instrumento evaluador de la calidad la atención de un paciente trazador en un hospital



- universitario de alta complejidad [Tesis Maestría] Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2013.
- Leff, B. & Burton JR. (2001) The future history of home care and physician house calls in the United States, *Journal of gerontology: Medical Sciences*; 56: M603 – M608.
- Caballero C. & Alonso L. (2008) Marketing en Salud. *Salud Uninorte*; 24(2):i- iii
- Cabello E. (2001) Calidad de la atención médica; ¿Paciente o cliente? *Rev. Med Hered*; 12: 96-99.
- Cano M, Rabanaque M, Feja C, Martos M, Abad JM, Celorrio J, et al. (2008) Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. *Emergencias*; 20: 179-186.
- Clínica del Country. (2015) ¿Qué es el paciente trazador? Disponible en URL <http://www.clinicadelcountry.com/sites/default/files/acreditacion/Boletin3.pdf>. Búsqueda en internet en junio de 2015.
- Colombia. Código de Procedimiento Civil. Título XII. Del efecto de las obligaciones. Artículo 1602. Los contratos son ley para las partes.
- Colombia. Código de Procedimiento Civil. Decreto 1400 de 1970. Título XIII. Pruebas. Capítulo I.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 23 de 18 de febrero de 1981
- Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999. 8 de julio de 1999
- Colombia. Código Penal. Ley 599 del 2000. Título IX: Delitos contra la fe pública. Capítulo III. De la falsedad en documentos.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 911 de 2004. Octubre 6 de 2004.
- Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Abril 3 de 2006.
- Colombia. Ministerio de Protección Social Resolución 2003 de 2014, 28 de Mayo de 2014.
- Coronado R, Cruz E, Macías SI, Hernández A. & Nava TI. (2013) El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*; 25: 26-31.
- Gómez G. (2013) Salud a domicilio mueve al año \$ 235.000 millones. *El Tiempo*. Disponible en URL [www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS12928104](http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS12928104). Búsqueda en internet Febrero de 2015.
- Ferrer C. Modelos de organización de la atención domiciliaria. En el domicilio 2006;16(12):47-48.
- Gorina M, Limoneroa J, Pen X, Jiménez J & Gassie J. (2013) Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. *Atención Primaria* 2013; 46: 282.
- Kronhaus A. (2014) Home-based primary care: an innovative practice model for reducing costs improving quality of care. *NC Medical Journal*;75(5). Disponible en <http://www.ncmedicaljournal.com/wpcontent/uploads/2014/08/75509.pdf>. Búsqueda en internet Junio de 2015.
- Martínez N. (2008) Midiendo la satisfacción del cliente y la calidad del servicio: mystery shopping, compra fantasma o seudocompra. *Estudio sobre Consumo*; 83:70-78.
- Mitre R, Suarez MM, Llopis A, Cotta J, Real E y Díaz JA. (2001) La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Panam Salud Pública* 2001; 10: 45-55.
- Morena B. (2013) Mystery shopping: indicadores de estudio en bibliotecas. *Revista General de Información y Documentación*; 23(2):369-386.
- Moriarty H, McLeod D & Dowell A. (2003) Mystery shopping in health service evaluation. *British Journal of General Practice*;53:942 -946
- Orb A. (2005) Breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada. *Ciencia y Enfermería*; XI: 9-15.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Ginebra, Suiza: OMS; 2009 Ene. Disponible en URL [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf). Búsqueda en internet Junio de 2015.
- Peña, P. & Botero, MM. (2006). Calidad en el servicio: el cliente incógnito. *Suma Psicológica*, Septiembre, 217-228.
- Rebecca HK. & Wayne M. (2009) The past, present and future of housecalls. *Clinics in geriatric medicine*;25(1):19-34.
- Ricardo H. (2009) La auditoría del servicio al cliente a través de la observación participante: “El cliente incógnito”. *Revista Colombiana de marketing*;8(13):35-41.
- Rhodes K. (2011) Taking the Mystery out of “Mystery Shopper” Studies. *The New England Journal of Medicine*.2011;6 (11):365
- Sommerville A. (2008) Conflict of interest in education and patient care. En: Singer P, Viens A,

editores. The Cambridge Textbook of Bioethics. New York: Cambridge University Press. 2008. 266-272

Thompson I. (2009) Definición de Cliente para fines de mercadotecnia (Disponible en <http://www.>

[promonegocios.net/clientes/cliente-definicion.html](http://promonegocios.net/clientes/cliente-definicion.html). Búsqueda en internet Junio de 2015.

Walker T. & George S. (2010) Mystery shopping in psychiatric service evaluation - ethical issues. The Psychiatrist.2010; 34:121-122.