

**FACTORES DE ADHERENCIA A LA TELECONSULTA DE ENFERMERÍA EN
EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN RENAL EN UNA IPS DEL VALLE DEL
CAUCA DURANTE EL PRIMER CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DEL
COVID- 19**

LUZ STELLA LOZANO CRUZ



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CALI, 2021**

**FACTORES DE ADHERENCIA A LA TELECONSULTA DE ENFERMERÍA EN
EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN RENAL EN UNA IPS DEL VALLE DEL
CAUCA DURANTE EL PRIMER CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DEL
COVID- 19**

LUZ STELLA LOZANO CRUZ

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**DIRECTORA, NAYDÚ ACOSTA RAMÍREZ
Médica Cirujana, Doctora en ciencias en Salud Pública,
Magistra en Administración de Salud**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
CALI, 2021**

Nota de aceptación:

El presente trabajo titulado **FACTORES DE ADHERENCIA A LA TELECONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN RENAL EN UNA IPS DEL VALLE DEL CAUCA DURANTE EL PRIMER CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DEL COVID- 19**, presentado por la estudiante, Contador Público LUZ STELLA LOZANO CRUZ, cumple con los requisitos exigidos por la UNIVERSIDAD DEL VALLE, para optar al título de Magister en Administración en Salud.

Firma del presidente del Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Cali, Valle del Cauca, DD- MM- AAAA

Dedicatoria

A mis padres y hermanas.

Mi trabajo de grado lo dedico con todo mi amor y cariño a mis padres y hermanas. Sin ellos no hubiera logrado una meta más en mi vida profesional. Siempre estuvieron a mi lado apoyándome para lograr que este sueño se haga realidad.

Agradecimientos

A Dios Todopoderoso, por darme vida, salud y sabiduría a lo largo de los estudios de la Maestría en Administración de Salud;

Mis Padres;

A toda mi familia

A la Sociedad Endosalud de Occidente, que me permitió realizar el trabajo de investigación utilizando los datos e información del Programa de Protección Renal;

A la Directora, doctora Naydú Acosta Ramírez, por su compromiso, dedicación, acompañamiento y asesoría permanente en este trabajo de investigación;

A la Coordinadora de la Maestría, doctora María Fernanda Tobar, por su apoyo incondicional durante todo el proceso académico;

A los docentes, por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos y experiencias con el objetivo de complementar mi formación académica;

Y a todas las personas que me brindaron su apoyo durante este proceso académico, compartiendo sus conocimientos y enseñanzas.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
1.1. LA ADHERENCIA A PROGRAMAS DE SALUD	18
1.2. LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA- ERC.....	19
1.3. LA PANDEMIA DEL COVID- 19 Y LA TELECONSULTA.....	22
1.4 LA NO ADHERENCIA AL PROGRAMA DE PROTECCIÓN RENAL Y SU IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO	25
2. ESTADO DEL ARTE.....	27
3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	34
3.1 ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	34
3.2. EVOLUCIÓN NORMATIVA DEL SISTEMA GENERAL SE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) EN EL ENFOQUE DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA.....	36
3.3. LA ADHERENCIA A LOS PROGRAMAS DE SALUD	38
4. MARCO REFERENCIAL O CONTEXTUAL.....	41
4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA IPS	41
4.1.1 Caracterización de las sucursales	41
4.2 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA IPS.....	42
4.2.1 El Programa de Protección Renal (PPR) en la IPS	42
4.2.1.1 Objetivos.....	42
4.2.1.2 Componentes del PPR	43
4.2.2 Proceso asistencial del programa	43
4.3 LA TELECONSULTA DE ENFERMERÍA	45

4.3.1 Normas de la IPS para el funcionamiento de la teleconsulta en enfermería	46
4.4 INSCRIPCIÓN LEGAL- HABILITACIÓN- HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE LA IPS.....	48
4.5 CONTRATACIÓN.....	48
5. OBJETIVOS.....	50
5.1 OBJETIVO GENERAL	50
5.2. ESPECÍFICOS	50
6. METODOLOGÍA	51
6.1 TIPO DE ESTUDIO	51
6.2. ÁREA GEOGRÁFICA DE ESTUDIO.....	51
6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO.....	51
6.3.1. Descripción de la población de estudio.....	51
6.3.2. Muestreo por criterio	51
6.4 PROCESO CONSOLIDACIÓN DE DATOS	53
6.5 VARIABLES	54
6.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	57
6.7 PLAN DE ANÁLISIS.....	59
6.7.1. El modelo de regresión logístico	60
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	63
8. RESULTADOS.....	65
8.1. LA ADHERENCIA A LA TELECONSULTA	65
8.2 RESULTADOS PARA DETERMINAR LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA DE LOS PACIENTES DEL PPR DE UNA IPS A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR TELECONSULTA, DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID- 19, UBICADOS EN LOS MUNICIPIOS DE SEVILLA, TULUÁ Y ZARZAL.....	65

8.3 RESULTADOS PARA DETERMINAR LOS FACTORES DE LA ERC Y SUS ENFERMEDADES PRECURSORAS RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR TELECONSULTA, DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID- 19, DE LOS PACIENTES RENALES CRÓNICOS DE UNA IPS EN LOS MUNICIPIOS DE SEVILLA, TULUÁ Y ZARZAL.....	68
8.4 RESULTADOS PARA DETERMINAR LOS FACTORES ORGANIZACIONALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE CITAS RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR TELECONSULTA, DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID- 19, DE LOS PACIENTES DE ERC DE UNA IPS EN LOS MUNICIPIOS DE SEVILLA, TULUÁ Y ZARZAL.....	71
8.5 ANÁLISIS MULTIVARIADO CON APLICACIÓN DE LOS MÉTODOS <i>BACKWARD</i> Y <i>FORDWARD</i>	74
8.5.1 Interpretación de los coeficientes del modelo	74
9. LIMITACIONES Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO	76
10. DISCUSIÓN	78
11. APORTES A LA ADMINISTRACIÓN	82
11.1. RESULTADOS DE NUEVO CONOCIMIENTO	82
11.2. FORTALECIMIENTO DE LA COMUNIDAD CIENTÍFICA COLOMBIANA	82
11.3. APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO	83
12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
12.1 CONCLUSIONES.....	84
12.2 RECOMENDACIONES	87
REFERENCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	89

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Características de los estadios de la ERC	20
Tabla 2. Principales cifras de la ERC en Colombia entre junio 2018 y julio 2019.....	21
Tabla 3. Indicadores clínicos de la ERC, en el Valle del Cauca frente al Total Nacional.....	22
Tabla 4. Resultados de categorías y variables en artículos consultados seleccionados.	27
Tabla 5. Categorías de Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial e intervenciones para mejorarla.....	38
Tabla 6. Características generales de los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal.....	41
Tabla 7. Proceso asistencial del PPR.....	44
Tabla 8. Cantidad de pacientes atendidos por sucursales y estadios de la ERC, abril a junio del 2020.	52
Tabla 9. Pacientes identificados por IPS Sevilla, Tuluá y Zarzal encuestados y con frecuencia de asistencia a la teleconsulta, clasificados en estadios renales 3A, 3B y 4.....	53
Tabla 10. Categorías y variables del estudio.	55
Tabla 11. Total de población estudiada y la distribución por la variable de adherencia.	65
Tabla 12. Resultados del análisis de las variables demográficas relacionados con la atención por teleconsulta de enfermería.	65
Tabla 13. Factores relacionados con las variables clínicas y paraclínicas de las enfermedades precursoras de la ERC en la IPS del Valle del Cauca.	68

Tabla 14. Resultados para determinar los factores organizacionales del personal de enfermería y el proceso de citas en la adherencia a la teleconsulta de enfermería.	71
Tabla 15. Resultados de la aplicación del modelado. Modelo ajustado con las variables que resultaron significativas.	75

LISTA DE ILUSTRACIONES

pág.

Ilustración 1. Modelo de análisis de la investigación de la adherencia a la teleconsulta de enfermería	40
Ilustración 2. Ruta de atención en el PPR y sus componentes.....	45

LISTA DE GRÁFICAS

pág.

Gráfico 1. Análisis de variables demográficas	67
Gráfico 2. Análisis de las variables clínicas y paraclínicas de las enfermedades precursoras de la ERC en la IPS del Valle del Cauca.....	70
Gráfico 3. Análisis variables organizacionales del personal de enfermería y el proceso de citas.....	73

ANEXOS

pág.

ANEXO A. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA IPS.....	93
ANEXO B. CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA UNIVALLE.....	94

ABREVIATURAS

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

CAC: Cuenta de Alto Costo

COVID-19: Nuevo virus coronavirus-19

EOC: Entidades Obligadas a Compensar

EPS: Empresa Promotora de Salud

ERC: Enfermedad renal crónica

HTA: Hipertensión Arterial

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PBS: Plan de Beneficios en salud (antiguamente POS)

PPR: Programa de protección renal.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

TFG: Tasa de Filtrado Glomerular.

TICs: Tecnologías de la Información y las comunicaciones

UPC: Unidad de Pago por Capitación.

RESUMEN

La adherencia de los pacientes a los programas de atención en salud con tratamientos médicos farmacológicos y terapéuticos, así como no farmacológicos o no terapéuticos, como en el presente estudio, es una problemática de salud que obliga a su investigación en procura de encontrar elementos analíticos para que los responsables de decisiones planteen medidas dirigidas a mitigar o aliviar el impacto de la no-adherencia sobre la salud de la población y las finanzas, tanto de los gobiernos, como de los agentes de provisión de servicios comprometidos en la gestión de la salubridad pública.

Dentro de las enfermedades crónicas se destaca la enfermedad renal por su prevalencia y complicaciones, ante lo cual la no adherencia al Programa de Protección Renal (PPR) es una problemática crítica, ya que coloca en riesgo tanto las condiciones de salud de la población usuaria (por ejemplo, requerir un trasplante o llevar a la muerte) como a las empresas de salud. Así, la adherencia al PPR puede determinar el crecimiento o por el contrario el fracaso empresarial, teniendo en cuenta que la actuación de los prestadores de los servicios de salud, están sujetos a asuntos contractuales con las aseguradoras y a las metas definidas, vinculados al cumplimiento de metas terapéuticas y metas administrativas, implicando riesgos con consecuencias financieras y de imagen corporativa.

A la declaratoria de la pandemia del Covid-19 se implementaron acciones de telemedicina para favorecer la continuidad y la adherencia a la atención en salud durante el periodo de confinamiento, siendo limitados los estudios de adherencia en ese contexto. Por eso, el objetivo de la presente investigación fue determinar los factores relacionados con la adherencia a la teleconsulta de enfermería en el Programa de Protección Renal (PPR) en operación en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), con sucursales en los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal del Departamento del Valle del Cauca.

La metodología se basa en un estudio de tipo exploratorio, observacional, transversal, con un análisis cuantitativo mediante un modelo de regresión logístico, con fuentes secundarias de bases de datos institucionales, en su parte teórica basado en el enfoque administrativo de Calidad de Donabedian. La población de estudio se delimitó a 348 pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en los estadios 3 A, 3 B y 4, que son atendidos por la IPS a través de la teleconsulta de enfermería (fundamental en el protocolo de atención inicial y seguimiento posterior del PPR) y que estuvieran adscritos a la EPS Emssanar, ubicados en los municipios mencionados.

Se analizaron variables demográficas y clínicas que fueron extraídas de los registros de la Cuenta de Alto Costo (CAC), definida normativamente en Colombia, operada por la IPS en estudio. Hacen parte así mismo del análisis, las variables organizacionales que fueron extraídas de la base de datos de la encuesta de satisfacción que la IPS aplica trimestralmente a sus pacientes o usuarios adscritos al PPR.

En los resultados del estudio se encontró que el 89,36% de 348 pacientes, (187 mujeres y 141 hombres) analizados en este estudio son adherentes al PPR, hallando que las variables demográficas de los pacientes, como la edad, tiene relación directa con la adherencia, mientras que las variables sexo, régimen de afiliación y pertenencia étnica, son independientes de la adherencia. De las variables clínicas y paraclínicas se pudo establecer que el diagnóstico de HTA se relaciona con la adherencia, independiente de la edad del diagnóstico, mientras que la DM no influye en la adherencia, lo mismo que la dislipidemia. Si bien, los factores organizacionales estudiados no tuvieron relación significativa en el análisis con el modelo multivariado, se destaca que es relevante pues se observa respecto a la variable *disponibilidad de citas* una relación que puede considerarse marginal para la adherencia por ser su valor $p = 0.08467$, indicando que requiere ser considerada en las acciones organizacionales, ya que se puede mejorar administrativamente esta variable y tendría un efecto importante en la adherencia.

Los hallazgos del estudio en cuanto a la apropiación social del conocimiento se recomienda su aplicación, en primera instancia, a la formulación de planes de mejoramiento de la IPS, en los aspectos administrativos, financieros, de atención al paciente. Paralelamente, el estudio aporta al campo de la administración en salud un abordaje desde la teoría administrativa, que puede ser utilizado por las instituciones involucradas en el sistema de la Cuenta de Alto Costo en otras localidades y a nivel general en otros estudios de la temática de adherencia.

El Banco Interamericano de Desarrollo- BID y la Organización Panamericana de la Salud- OPS, realizaron a nivel latinoamericano, en mayo de 2021, el seminario titulado Telemedicina durante la pandemia de COVID-19- Lecciones aprendidas un año después¹, llegando a concluir y recomendar que se requiere el fortalecimiento del marco normativo que refuerce la conceptualización de los modelos de uso de las TICs en la medicina, asegurando la calidad de la telemedicina y generando cultura y confianza, requiriendo la capacitación en esa temática para los diversos actores del sistema de salud y mayor desarrollo de la telemedicina mediante estrategias como los parques tecnológicos en ese tema, aspectos que acoge íntegramente el presente trabajo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. LA ADHERENCIA A PROGRAMAS DE SALUD

El concepto de adherencia se encuentra en la definición dada por la Organización Mundial de la Salud- OMS, como *“El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”*². Desde la primera década de los años 2000 el tema de la adherencia ha tomado mayor auge para crear consciencia entre las autoridades sanitarias de todas las naciones del mundo, al constituirse en un problema de salud pública de gran relevancia en el control de las enfermedades, principalmente las crónicas. Se ha estimado la adherencia para este tipo de enfermedades en los países desarrollados en el 50%, siendo su magnitud y su incidencia negativa mucho más grave en los países en desarrollo, al generar subutilización de los limitados recursos dedicados a la atención de estas enfermedades y un despilfarro difícil de controlar³. La no adherencia afecta negativamente los indicadores financieros y económicos del sistema de salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, primordialmente por sus costos fijos de funcionamiento, como los costos de personal, arrendamientos, depreciación, etc. y en el costo financiero del capital invertido en activos de operación.

El tema de un modelo de programa óptimo para alcanzar un buen nivel de adherencia ha sido revisado en estudios recientes, y, se afirma, que este aún no existe para la atención efectiva y eficiente de dolencias tan costosas y que se incrementan en la población todos los días, como la enfermedad renal crónica (ERC), por lo cual se constituye en un vacío del conocimiento. Esta afirmación es producto de la investigación realizada por *Nicoll R. et al*⁴, la cual abarcó el análisis de ocho bases de datos de artículos publicados entre 1992 a 2016, identificando cuatro modelos de programas de atención: basado en el liderazgo de las enfermeras, equipo multidisciplinario de especialistas, equipo liderado por

farmaceutas y uno de autogestión. Se destaca el hallazgo que la atención dirigida por enfermeras y la atención especializada multidisciplinaria fueron aquellas dos modalidades que arrojaron una mínima mejora en el control de la presión arterial. También, se localizaron escasos estudios publicados acerca de la efectividad de los programas de atención que alinearan las mejores prácticas, aunque si hubo pruebas que los modelos basados en un protocolo o una guía estructurada que deban seguir los profesionales de la salud mejoran la adherencia a los objetivos del tratamiento. A su vez, son limitados los estudios de adherencia a programas de salud que incorporen una perspectiva administrativa para el análisis de los factores organizacionales involucrados.

1.2. LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA- ERC

Los resultados globales mejorados de la enfermedad renal o *Kidney Disease Improved Global Outcomes, KDIGO*, por sus siglas en inglés, define a la enfermedad renal crónica (ERC) como una disminución de la tasa de filtrado glomerular (TFG)⁵ por debajo de 60 ml/min., acompañada por anomalías estructurales o funcionales presentes por más de tres meses⁶.

La enfermedad renal crónica se manifiesta con un descenso de la función de los riñones, generalmente asociada a la edad y precipitada por las enfermedades precursoras como la hipertensión, la diabetes, la obesidad y otros trastornos renales primarios⁷.

La enfermedad renal crónica está clasificada en estadios y/o etapas, acorde a las condiciones de salud de los pacientes, iniciando desde el estadio uno y dos en los cuales se encuentra el menor deterioro renal, mientras que en los estadios 3 y 4 ese deterioro se considera moderado; así mismo, en el estadio 5, conocido como enfermedad renal crónica avanzada, el paciente requiere diálisis o terapia de reemplazo renal. En cada una de las etapas si no se interviene de manera efectiva, empeora el estado de salud del paciente desde las etapas primarias y en la etapa crónica puede llegar hasta la muerte. Entre las complicaciones que se

asocian a esta condición patológica se incluyen, elevada mortalidad cardiovascular, síndrome anémico y deterioro de la calidad de vida. Las características de cada estadio de la ERC se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de los estadios de la ERC⁸

Estadios Renales							
1 o 2 con Hipertensión Arterial. 1 TFG >90 2 TFG 60-89 con daño renal	1 o 2 Diabético 1 TFG >90 2 TFG 60-89 con daño renal	1 o 2 Hipertenso/ Diabético 1 TFG >90 2 TFG 60-89 con daño renal	3 TFG 30-59	3 A TFG 45-59	3 B TFG 30-44	4 TFG 15-29	5 TFG <15 o diálisis
TFG: Tasa de Filtración Glomerular							

Fuente: Flores Juan C, et al. – Elaboración de la autora.

En los Estados Unidos, se estima que 30 millones de personas fueron diagnosticadas con ERC⁹. En Brasil, cerca de 12 millones presentaron algún grado de insuficiencia renal y se calcula que la incidencia de ERC aumente en torno al 8% al año. Para el año 2019 el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - Cuenta de Alto Costo, CAC, reportó una población total de 925.996 personas en Colombia con enfermedad renal crónica para todos los estadios y grupos etarios¹⁰.

Mediante la Ley 972 de 15 de julio de 2005, en Colombia se dispuso la atención a toda la población que padece enfermedades catastróficas o de alto costo como la artritis reumatoide, la hemofilia, la ERC, el sida, el cáncer y la hepatitis C. De aquí se desprendió la reglamentación posterior para atender ese tipo de enfermedades dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de un organismo técnico y financiero, denominado la Cuenta de Alto Costo (CAC). Esta entidad no gubernamental creada mediante el Decreto 2699 de 2007, obliga a las EPS de los regímenes contributivo, subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) a abordar el Alto Costo y operar como un Fondo auto gestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, mediante un ajuste de riesgo a la prima básica¹¹. Esta entidad maneja todo el sistema de las EPS e IPS

relacionadas con la información de la operatividad, administración y control de la vinculación de los pacientes de la ERC.

En la Tabla 2., se presentan las principales estadísticas de Colombia, relacionadas con la ERC, de acuerdo con el Boletín Anual de la CAC del año 2019.

Tabla 2. Principales cifras de la ERC en Colombia entre junio 2018 y julio 2019

CAC: Cifras de la HTA- DM y ERC entre el 1 de junio de 2018 y 30 de julio de 2019						Prevalencia de la ERC Cantidad de pacientes por cada 100 habitantes				Mortalidad de la ERC Cantidad de pacientes por cada 100.000 habitantes			
Población con HTA- DM y ERC	Vivos	Muertos o desafiliados	% Mujeres	% Hombres	Promedio Edad	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
						2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018
4.539.694	4.320.733	218.961	61	39	64,24	2,7	2,2	2,1	1,5	56,0	66,4	36,2	37,6

Fuente: Boletín anual CAC 2019. Elaboración de la autora.

Las enfermedades de alto costo en Colombia absorben aproximadamente el 10% de la Unidad de Pago por Capitación- UPC, siendo diferencial para los regímenes contributivo (7,29%) y subsidiado (14,66%). La Unidad de Pago por Capitación es la suma de dinero que el SGSSS, a través del ADRES, transfiere periódicamente a las EPS por la atención en salud a cada usuario del sistema. En solo el procedimiento de las diálisis por ERC, Colombia se gastó \$450.000 millones de pesos (cerca de 128.5 millones de dólares) y se calcula que en los últimos años se ha consumido entre el 2 y el 4% del gasto en salud de Colombia¹².

En la Tabla 3. se presentan los indicadores clínicos del comportamiento de la ERC en el Valle del Cauca, contrastada con el total nacional, para una mejor ilustración comparativa, en donde se puede apreciar la importancia del estudio y el control de estas enfermedades a nivel nacional y a nivel territorial. Presenta la ERC una prevalencia a nivel nacional del 1,84% y en el Valle del Cauca del 2,1%, participando el Valle del Cauca con 2.392 (12,93%) del total de las 18.494 muertes reportadas a nivel nacional en el año 2019¹³.

Tabla 3. Indicadores clínicos de la ERC, en el Valle del Cauca frente al Total Nacional.

Estimadores clínicos en Colombia de la HTA- Diabetes Mellitus y ERC	Valle del Cauca		Total Nacional
	Valor	%	
Total habitantes proyectados Colombia 2018 y 2019	4.780.301	9,54%	50.104.339
Casos de ERC- Año 2019	12.741	7,13%	178.802
Incidencia cruda de la ERC/1.000 hbts.- Año 2019	2,67		3,56
Incidencia ajustada por la edad de la ERC/1.000 hbts.- Año 2019	2,42		ND
Casos prevalentes de ERC- Año 2019	100.259	10,83%	925.996
Prevalencia cruda de ERC/100 hbts.- Año 2019	2,1		1,84
Prevalencia ajustada de ERC/100 hbts.- Año 2019	1,88		ND
Casos de Mortalidad por ERC- Año 2019	2.392	12,93%	18.494
Mortalidad cruda de la ERC/100.000 hbts.- Año 2019	50,04		36,91
Mortalidad ajustada por la edad de la ERC/100.000 hbts.- Año 2019	44,34		ND

Fuente: Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2019. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo [CAC]. Elaboración de la autora.

1.3. LA PANDEMIA DEL COVID- 19 Y LA TELECONSULTA

Los hechos más recientes de la salud en el mundo dan cuenta de la aparición en Wuhan, China, hacia diciembre de 2019, del virus nuevo Coronavirus 2019 (Covid-19), causando una variación del síndrome respiratorio agudo severo- SARS- Cov2. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad COVID-19, como una pandemia al haber identificado casos en todo el mundo. En Colombia se confirmó el primer caso el 6 de marzo de 2020¹⁴.

En lo corrido del año y hasta el mes de septiembre de 2020, ese virus ha enfermado en el mundo a 34.029.923 personas, de las cuales han muerto 1.015.043, se han recuperado 23.700.368 y el resto está en tratamiento

hospitalario o con aislamiento. En Colombia, para ese mismo periodo esta pandemia ha causado 835.339 casos confirmados, con 55.640 activos, recuperados 751.691 y muertos 26.196¹⁵.

El impacto de esta pandemia ha sido de dimensiones catastróficas, debido a su capacidad para la rápida y exponencial propagación, transmitiéndose la infección a través de las secreciones que se producen cuando una persona enferma habla, tose o estornuda y expulsa partículas del virus que entran en contacto con otras personas. Se produce una Infección Respiratoria Aguda- IRA, entre leve a severa, con fiebre, tos, secreciones nasales, mucho malestar general, dificultad para respirar, pérdida de las sensaciones del gusto y el olfato. Diversos países del mundo decretan el confinamiento de la población en sus propias residencias, para contener la propagación de la enfermedad, mientras se implementaban los servicios de diagnóstico y atención hospitalaria, ya que ningún país estaba preparado para atender a tan inusitada cantidad de enfermos de una dolencia cuyo tratamiento médico preciso no se conocía¹⁶.

En Colombia el confinamiento o cuarentena obligada por fuerza de ley, se inició a partir del 12 de marzo de 2020 hasta el 30 de mayo de 2020, prorrogado posteriormente para hacer limitada, en mayor o menor grado, la libertad de la población para salir a la calle y acudir a sus actividades habituales, como el trabajo, el estudio, el deporte o la diversión. Dio lugar también a la adopción del *“procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19”*¹⁷ y al Decreto Legislativo 538 de 12 de abril de 2020 que en su aparte fundamental para los efectos del presente trabajo, autorizó la implementación de plataformas tecnológicas accesibles desde audio y video para realizar el diagnóstico, seguimiento de pacientes y procedimientos conexos. Es decir, la pandemia permite una apertura amplia del uso de la telemedicina, y, por ende, de la teleconsulta, empero ser esta una alternativa legal desde hace varios años.

A raíz de la irrupción a partir de la década de los 80 del Internet y de las tecnologías de la información y las comunicaciones- TICs, el mundo se ha venido transformando, implantando en todos los sectores de la vida del hombre redes de información y del conocimiento. El sector de la salud no ha sido extraño a esta evolución, desarrollando la telemedicina. Santillán G. A. et al¹⁸ reconocen los beneficios que trae el uso de las TICs, tal como las historias clínicas informatizadas que suministran disponibilidad universal, acceso, oportunidad y permanencia de los datos en todas las categorías de los pacientes; la alternativa segura y con un trato individualizado de comunicación sanitaria y cuidados eficientes a los pacientes sin necesidad de costosos y potencialmente difíciles desplazamientos para algunos grupos poblacionales. El uso de una estrategia innovadora de atención mediada por las TICs optimiza el tiempo, los espacios físicos de consulta externa y espacios de espera, los recursos humanos y de todo tipo, permitiendo simultáneamente el trámite y ejecución de los procesos administrativos, de control y financieros de la institución; mejoría en el seguimiento a pacientes con patologías determinadas, generando un puente con la interconsulta y técnicas profesionales; progreso en la presencia de la atención de la enfermera e incremento de la satisfacción de los pacientes y de la adherencia terapéutica.

Parte fundamental de los desarrollos usando las TICS ha sido la telemedicina, la cual se ha desplegado principalmente a través de cuatro modelos de atención al paciente y de educación al paciente y al personal médico, como son la teleconsulta, la tele-educación el telemonitoreo y la telecirugía. En la teleconsulta se centra el presente trabajo de investigación.

En el contexto organizacional regional, los lineamientos de teleconsulta para el país, durante el confinamiento por la pandemia, fueron acogidos por diversas instituciones de salud, incluida la Institución Prestadora de Salud- IPS, objeto de observación para el presente trabajo, la cual tiene su sede administrativa y financiera en la ciudad de Cali, desde donde se presta todo el apoyo administrativo y financiero a sus unidades operativas ubicadas en el Departamento

del Valle del Cauca. Se destacan por su volumen de población adscrita aquellas unidades ubicadas en los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal, cuyo objeto social es la prestación de los servicios de salud, específicamente en el Programa de Protección Renal- PPR, orientado a pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica o con potencialidad de desarrollarla.

1.4 LA NO ADHERENCIA AL PROGRAMA DE PROTECCIÓN RENAL Y SU IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO

En el ámbito de la población la no adherencia a programas de protección renal repercute en la posibilidad de generar mayores complicaciones en la salud de las personas, con afectaciones a su calidad de vida; y en general, en el sistema sanitario, por llegar a requerir procedimientos de alto costo social y económico, como es evidente en el procedimiento de la diálisis, situación establecida en nuestro país por Lopera, en un estudio ya mencionado sobre el tema.

En el ámbito organizacional local, el Informe de Gerencia del año 2018 de la IPS de este estudio, identifica en la matriz de ejecución de sus actividades de procedimientos e intervenciones, que no se cumplió con la meta de adherencia al programa de protección renal, corroborado por las estadísticas del total de citas asignadas de 7.317, citas cumplidas 5.088 y citas no cumplidas 2.229. Esto equivale a decir que hay un 30%¹⁹ de citas perdidas que representan desgastes empresariales, tal como costos del personal de médicos y enfermeras, mayores gastos administrativos, menor utilización de los costos fijos; a su vez, que se deja de percibir ingresos por la no prestación de los servicios médicos.

En el marco de Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud basado en el aseguramiento y dentro los compromisos contractuales suscritos entre la institución prestadora de servicios de salud (IPS) y la entidad promotora de salud (EPS), está el cumplimiento de los indicadores del Programa de Protección Renal (PPR) y las metas de atención a los pacientes, según las frecuencias de usos de los servicios asistenciales previamente definidas en el contrato, con una incidencia

muy negativa de la no adherencia. Se destaca que aquellos pacientes que no asisten a la cita, iniciando con el servicio de enfermería, como parte del protocolo de atención, no accederán de forma oportuna a la ruta de atención definida, conforme a lo contratado y lo requerido terapéuticamente. Así, desde las citas de enfermería se deriva el ordenamiento de consultas para valoración, posterior tratamiento, prescripción farmacológica, monitoreo clínico, entre otros.

La no adherencia al PPR es una problemática crítica que coloca en riesgo tanto las condiciones de salud de la población usuaria como a la empresa. Puede determinar su crecimiento o por el contrario el fracaso empresarial, teniendo en cuenta que la actuación de los prestadores de los servicios de salud, están sujetos a asuntos contractuales con las aseguradoras y a las metas definidas, vinculados al cumplimiento de metas terapéuticas y metas administrativas.

En consecuencia, se tornan de fundamental importancia los estudios orientados al análisis de la acción administrativa de la IPS para mejorar la adherencia de los pacientes y específicamente para este caso al Programa de Protección Renal, porque su efecto es directo tanto para la salud de los pacientes, como sobre los indicadores de crecimiento empresarial. Principalmente se presentan efectos en la cantidad de usuarios atendidos por la empresa, el crecimiento financiero, el de mantenimiento y cantidad de contratos con las EPS, el de mejoramiento de las condiciones contractuales, el de disminución de riesgos y en la calificación de las aseguradoras que actúan sobre las empresas prestadoras de servicios de salud y el cumplimiento de los indicadores de atención a pacientes y procesos curativos.

En este contexto, surge el interrogante: ¿Cuáles son los factores relacionados con la adherencia a la teleconsulta de enfermería, por parte de los usuarios del programa de protección renal de la IPS, ubicados en los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal, durante el primer confinamiento por la pandemia COVID- 19?

2. ESTADO DEL ARTE

Un referente para el desarrollo de las investigaciones que involucran el concepto de la adherencia es el documento de la OMS, *Adherencia a los tratamientos a largo plazo- Pruebas para la acción*, editado en el año 2003, porque se evidenció la existencia de una problemática sanitaria a nivel mundial en esa área.

En la revisión de la literatura médica con respecto a la categoría de adherencia a la teleconsulta de enfermería existen pocos estudios aplicados a la enfermedad renal con enfoque administrativo que incorporen variables organizacionales, por lo que resultan muy importantes los resultados del presente trabajo para aportar nuevo conocimiento sobre el tema propuesto. En la Tabla 4., se presentan las categorías y variables analizadas en seis artículos del total de quince seleccionados de un total de 180 de los artículos filtrados de toda la literatura revisada de las bases de datos Redalyc, Scielo, Google Academic y Elsevier, con los descriptores de adherencia a programas de ERC, teleconsulta de enfermería en ERC, adherencia terapéutica:

Tabla 4. Resultados de categorías y variables en artículos consultados seleccionados.

Referencia del Artículo	Categorías de análisis	Variables por cada categoría
Saad Acosta C. et al . Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá, D. C., 2006-2007. Revista Colombiana de Enfermería. . [Internet]. Consultado en 10 de agosto de 2010. Disponible en: https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/1403/1009	1. Factores socioeconómicos positivos para mantener la adherencia a las sesiones de hemodiálisis de los pacientes del HMC. 2. Factores relacionados con el personal de salud. 3. Factores relacionados con la enfermedad. 4. Factores relacionados con el tratamiento.	1.1. Responsabilidad en las actividades a desempeñar. 1.2 Entendimiento y aplicación de las indicaciones. 1.3 Nivel socioeconómico estable. 2.1 Atención de las enfermeras 2.2 Capacitación constante a los profesionales sobre cumplimiento de las actividades estipuladas. 2.3 Control semanal a cada paciente con los médicos y las enfermeras del turno. 2.4 Actividades adicionales de trabajo social y psicología. 3.1 Discapacidades concomitantes: auditivas, motoras y visuales 3.2 Consciencia del paciente de su enfermedad crónica

Referencia del Artículo	Categorías de análisis	Variables por cada categoría
	5. Factores relacionados con el paciente	3.3 Cumplimiento con las citas, el tratamiento y recomendaciones 4.1 Estilo de vida 4.2 Duración de las sesiones de hemodiálisis 4.3 Cambios de turno por inconvenientes del paciente y hospitalizaciones 4.4 Interrelación con otros pacientes para compartir experiencia de vida 5.1 Apoyo constante del núcleo familiar: Afectivo- espiritual. 5.2 Fortaleza a través de la religión
Ruiz García Estíbaliz, et al. Adherence in hemodialysis patients to the pharmacologic treatment. Enferm Nefrol [Internet]. 2016 Sep [citado 28 sept., 2020] http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300005&lng=es.	A. Prevalencia de la falta de adherencia B. Factores asociados a la falta de adherencia (Demográficos, Clínicos, Psicosociales) C. Factores relacionados con la medicación	A.1 Adherente A.2 No adherente B.1 Variables sociodemográficas B.1.1 Edad B.1.2 Género B.1.3 Estrato económico B.1.4 Nivel de estudios B.1.5 Estado Civil B.1.6 Raza B.1.7 Situación laboral B.2 Variables clínicas B.2.1 Tiempo en hemodiálisis B.2.2 Comorbilidad B.2.3 Cantidad de hospitalizaciones B.3 Variables psicosociales B.3.1 Estrés B.3.2 Ansiedad B.3.3 Depresión C.1 Efectos secundarios adversos C.2 Olvido C.3 Cantidad de medicamentos prescritos/polifarmacia C.4 Cantidad de pastillas diarias C.5 Conocimientos sobre el tratamiento C.6 Complejidad del tratamiento C.7 Duración del tratamiento C.8 Cobertura y coste de la medicación
Orueta, R. Gómez, et al, Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos.	A. Variables sociodemográficas B. Variables organizativas	A.1 Edad A.2 Sexo A.3 Estado civil A.3 Nivel de estudios A.4 Situación laboral B.1 Frecuencia de Consultas B.2 Tiempo desde el agendamiento previo

Referencia del Artículo	Categorías de análisis	Variables por cada categoría
MEDIFAM 2001; 11: 140-146 Vol. 11 – Núm. 3 – marzo 2001. [Internet]. Consultado en 8 octubre, 2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n3/original.pdf		B.3 Hora de la consulta
Bravo-Zúñiga Jessica, et al. Efectividad de la adherencia a un programa de salud renal en una red sanitaria de Perú. Rev. Saúde Pública	A. Factores relativos al paciente B. Factor personal de la salud	A.1 Edad A.2 Sexo A.3 Edad de Ingreso A.4 Factores de riesgo A.4.1 Hipertensión (HTA) A.4.2 Diabetes Mellitus (DM) A.4.3 Hipertensión y diabetes A.8 Estado inicial de la ERC A.9 Total eventos A.10 Total fallecimientos B.1 Médico B.2 Enfermera B.3 Nutricionista
Contreras, F., et al, Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. 2006. Univ. Psychol. vol.5, n.3. pp.487-500. [Internet]. Consultado en 10 de agosto de 2010. Disponible en: https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/1403/1009	A. Información sociodemográfica del paciente B. Los indicadores clínicos y bioquímicos C. Calidad de vida del paciente	A.1 Edad A.2 Sexo A.3 Estado civil A.4 Nivel educativo A.5 Tiempo de tratamiento de sustitución renal B.1 Asistencia cumplida y completa a las sesiones de tratamiento B.2 Sobrecarga hídrica B.3 Tensión arterial pre y post diálisis B.4 Niveles de potasio, calcio, fósforo, PTH. C.1 Función física (limitaciones físicas) C.2 Rol físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias) C.3 Dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades) C.4 Salud general (valoración personal de la salud) C.5 Vitalidad (sentimiento de energía) C.6 Función social (interferencia en la vida social habitual) C.7 Rol emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias) C.8 Salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta) C.9 Evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año

Referencia del Artículo	Categorías de análisis	Variables por cada categoría
		atrás).
González, Ruiz D.P., et al, Efectividad de las tecnologías de la información y comunicación en la adherencia terapéutica de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Enferm Nefrol. 2020 Ene-Mar;23(1):22-32 [Internet]. Consultado en 26 de septiembre, 2020. Disponible en: https://doi.org/10.37551/S2254-28842020003	A. Intervenciones unicomponente B. Intervenciones multicomponente C. Rol de enfermería en el uso de TICs para favorecer la adherencia	A.1 Soporte telefónico - Estrategia educativa - Fortalecimiento del autocuidado - Adherencia terapéutica - Comprensión de una persona de la medicación - Motivación para adherirse a esa medicación - Control de hemoglobina glicosilada - Glicemia en ayuno - Presión arterial - Adherencia a medicamentos - Conocimiento de los medicamentos - Dieta y gasto energético - Colesterol total - Lipoproteína de baja densidad - Lipoproteínas de alta densidad - Triglicéridos - Índice de masa corporal - Circunferencia abdominal A.2 Programa en web - Hemoglobina glicosilada - Asistencia médica - Tensión arterial - Satisfacción terapéutica - Costo-efectividad - Adherencia medicamentosa - Conocimiento del tratamiento - Disminución en síntomas de hiperglicemia - Para glicemia en ayunas - Peso e índice de masa corporal A.3 Mensajería de texto - Administración y monitoreo de medicamentos (recordatorio) - Autogestión de los pacientes B.1 Programa en web y soporte telefónico - Percepciones de los pacientes en su cuidado - Calidad de vida - Habilidades conductuales de autogestión - Colesterol total - Control de la angustia - Hábitos alimenticios - Actividad física - Índice de masa corporal y lípidos - Hemoglobina glicosilada - Tensión arterial - Deterioro cognitivo, la mortalidad, los ingresos hospitalarios y los costes de la atención médica; - aumenta también el conocimiento, optimiza la

Referencia del Artículo	Categorías de análisis	Variables por cada categoría
		adherencia y la autoeficacia. B.2 Programas en web y mensajería de texto - Tensión arterial B.3 Programas web, mensajería de texto y soporte telefónico C.1 Acceso a las personas con patologías como diabetes mellitus e hipertensión arterial (principales precursoras de la enfermedad renal crónica) C.2 Implementación de estrategias innovadoras C.3 Cumplimiento satisfactorio del tratamiento C.4 Control metabólico C.5 Calidad de vida.

Fuente: Artículos relacionados. Elaboración de la autora.

De la revisión exhaustiva de los contenidos consultados desde la magnitud del problema de salud pública y sus consecuencias, permite reseñar los hallazgos y realizar los siguientes comentarios y evaluaciones:

En el estudio realizado de Saad Acosta C., et al²⁰., se reconoce la ERC como catastrófica por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal y plantea la problemática por la incidencia en Colombia del 9,4/100.000 habitantes y la prevalencia el 15,4/100.000 habitantes. Los resultados de la investigación establecen como aporte que la adherencia de los pacientes a una intervención en salud, como la hemodiálisis, es compleja, por ser multifacética e interrelacionada con las conductas, procesos fisiológicos, psicológicos y las variables sociodemográficas asociadas. No obstante, el estudio reconoce que por su ubicación tiene limitaciones y podría no tener una validez generalizada ya que los pacientes que asisten a consulta a un hospital militar, no son representativos de las condiciones de vida y la formación psicosocial y educativa de la población en general.

Se plantea también por Ruiz García Estíbaliz et al²¹., que la mala adherencia es un problema clínico de mucha importancia, reconocido así en el tratamiento de las enfermedades crónicas, más concretamente de la ERC, en consonancia con lo

que encontraron en 19 artículos, 6 revisiones y 13 estudios observacionales. Aunque la documentación hallada para el estudio no se tamizó para homogenizar los criterios de selección de la literatura analizada, lo cual podría generar un resultado sesgado, se establece el rango entre el 15% y el 72% de no adherencia de los pacientes sometidos a hemodiálisis, el cual es muy amplio.

Orueta, R. Gómez et al²²., concluyen en que no existe un vínculo estadísticamente significativo entre la adherencia y los factores sociodemográficos y organizativos estudiados (Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de estudios, situación laboral, frecuencia de consultas, tiempo desde el agendamiento previo, hora de la consulta), para 129 pacientes hipertensos que asistieron a control durante un año con citas concertadas (la convenida para una fecha determinada entre el paciente y el profesional que lo atiende de acuerdo con las frecuencias del programa existente) en el Centro Salud “Sillería” (Toledo). El estudio consideró como no adherente al programa quien no asistiera al 20% de las citas programadas en el año de estudio. Sin embargo, se establecen recomendaciones de alarmas y fijar estrategias para evitar la no adherencia enfocada hacia los pacientes hombres menores de 50 años, quienes incumplieron el 66,7% de las citas concertadas.

Plantean Bravo-Zúñiga Jessica et al²³., que el 6% del gasto en salud pública, que solo alcanza al 30% de la población del Perú, se va en atender la ERC, situación que se agrava por la falta de la población a la adherencia terapéutica. El artículo da cuenta de la efectividad de un programa de salud renal en términos de la reducción del crecimiento de la hemodiálisis y de la mortalidad con base en guías clínicas, la intervención de un equipo multidisciplinario, con la participación de profesionales de atención primaria y nefrología, el cual presentó un nivel de adherencia de solo el 23.6%. Los autores ponen de manifiesto las limitaciones en el enfoque y la obtención de la información por utilizar datos de registro del seguimiento a pacientes y no la historia clínica, dificultad en el manejo de las bases de datos por la diversidad de fuentes y algunas variables con valores perdidos.

En la propuesta de Contreras, F. et al²⁴., analizan la calidad de vida como característica vinculada a la adhesión al tratamiento, utilizando el formulario de salud SF-36, en el que se registraron los datos sociodemográficos, bioquímicos y clínicos, sobre los que los especialistas reportaron su criterio médico de adhesión. El método se basó en la comparación entre dos grupos estáticos de pacientes con y sin adhesión al tratamiento, encontrando respecto a este último grupo deterioro con relación a las dimensiones de calidad de vida evaluadas.

También González, Ruiz D.P. et al²⁵., de la Facultad de Enfermería de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Colombia, reconocen a la hipertensión arterial y la diabetes mellitus como las dos principales causas de morbimortalidad (10% de la población) y la falta de cumplimiento o no adherencia como la mayor causa de fracaso del tratamiento. Realizan una revisión sistemática para estrategias de intervención de esa problemática con las categorías de intervenciones unicomponente (usando un solo dispositivo, por ejemplo, el teléfono), intervenciones multicomponente (usando varios componentes al tiempo, por ejemplo, video, sonido y teléfono) y analizan el rol de la enfermera, encontrando doce ensayos clínicos, tres estudios cuasi-experimentales y tres revisiones sistemáticas. Reportan evidencia científica de mejoramiento de la adherencia con el uso de las tecnologías de la información (TICS), concluyendo que existen hallazgos que dan cuenta de la efectividad de los usos de las TICS para mejorar la adhesión al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Como se observa en esta revisión de estado del arte, para el universo organizacional los estudios son muy limitados y no incluyen aspectos como el componente de satisfacción del usuario por la existencia de un programa de prevención y tratamiento, los cuales son relevantes para ser analizados desde la perspectiva del campo disciplinar de la administración en salud.

3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

El enfoque del presente estudio se centra en el abordaje administrativo, para analizar los factores de adherencia a la teleconsulta de enfermería desde la perspectiva de la calidad del servicio, en procura del mejoramiento del mismo, para los pacientes del Programa de Protección Renal- PPR. Paralelamente pretende encontrar elementos analíticos encaminados a lograr mejores resultados de la operación o funcionamiento y en los resultados económicos de la IPS; de allí que no se detiene a la descripción, el análisis y la utilización de los diversos test que se utilizan para medir la adherencia terapéutica, siendo su énfasis en factores organizacionales de los programas de servicios de salud. El soporte fundamental en el marco teórico y su aplicación a esta investigación, son los modelos y las teorías descritas por Donabedian, haciendo aprovechamiento de los procesos de información rutinaria definidas por la Cuenta de Alto Costo que utiliza el SGSSS en Colombia.

3.1 ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios (A. Donabedian).

Avedis Donabedian es concluyente cuando expresa: *“No existe una máquina productora de garantía de calidad universalmente adecuada que se pueda comprar con dinero”*²⁶. Este autor de gran reconocimiento a nivel mundial, por sus investigaciones no clínicas, lo llevaron a recopilar en un extenso documento la literatura sobre servicios de salud, bajo el título Evaluación de la calidad de la atención médica, publicado en 1966, el cual se centra en la necesidad de fundamentar la calidad de los servicios en salud en tres aspectos diferenciables: estructura, proceso y resultado.

La posición de Donabedian en cuanto al sentido de la calidad está en la atención de esos puntos centrales y el desarrollo de una base científica que mida la efectividad y la eficiencia. Enfatiza en el equilibrio entre los aspectos de la atención relativa a la calidad técnica frente a los aspectos interpersonales de la atención, incorporando aspectos de la valoración individual de los pacientes o la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud. Estos temas son fundamentales, porque los aspectos técnicos de la atención y los aspectos interpersonales van íntimamente interrelacionados y no pueden perderse de vista en la gestión de la calidad, por el compromiso del proveedor de salud con el bienestar individual de sus pacientes.

Ese autor también precisa algunos métodos para mejorar la evaluación de la calidad de la atención, dentro de los que se incluyen:

A. La valoración coincidente del proceso y el resultado: es mejor y más preciso no separar la evaluación del proceso y de su resultado, sino que debe ser simultánea, compartiendo los juicios resultantes para ayudar a fijar posiciones individuales, colectivas y a descubrir fallas en el desempeño o a confirmar las deficiencias del conocimiento y de los criterios.

B. Redefinir los criterios de la severidad de la enfermedad: es necesario que al medir los resultados se comprueben métodos apropiados a la gravedad del caso, para poder extraer conclusiones sobre la calidad de la atención a partir de los criterios del resultado.

C. Propone y resume temas para rediseñar y mejorar la calidad en salud, dentro de los que se destacan la promoción de la calidad tanto técnica como interpersonal, esta última medida mediante el indicador de satisfacción del paciente, la coordinación de actividades de monitoreo interno y externo, todo apoyado en un sistema de información adecuado a las necesidades²⁷.

En secuencia de lo anterior, el eje central del presente estudio es el enfoque de Donabedian, para la evaluación de la satisfacción del paciente en la prestación de

los servicios de salud, que corresponde a la dimensión de la calidad interpersonal, medida desde la perspectiva del usuario. Se obtiene información muy importante para la administración de los servicios de salud, porque permite no solo conocer la experiencia de los pacientes en el proceso de la atención médica y de la organización, sino también identificar dificultades e inconvenientes que se le presentaron en ese proceso y en el proceso administrativo, a efectos de establecer planes de mejoramiento.

La satisfacción del paciente o su insatisfacción mide el proceso interpersonal de la calidad del servicio. Así, *Westaway Margaret et al*²⁸, confirman lo que otros estudios en Sudáfrica habían concluido, con poblaciones analizadas muy diferentes, que la satisfacción del paciente es una construcción de dos dimensiones en la que se conjuga las relaciones interpersonales con aquellas particularidades de la organización. Enfatizan que los vínculos que generan la empatía, la comunicación y la información, son relevantes y frecuentes en el contexto real, además, se constituyen en los “momentos de verdad” en los términos que plantean otros autores. De allí la gran importancia de la medición de la satisfacción del paciente en esas dimensiones.

3.2. EVOLUCIÓN NORMATIVA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) EN EL ENFOQUE DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA.

El Ministerio de Salud de Colombia formuló desde el 2005 la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la cual está basada en tres ejes fundamentales: accesibilidad, calidad y eficiencia. Se resalta que el Ministerio haya destacado el eje de la calidad, como fundamental de la política en salud, la cual representa una herramienta fundamental en la administración de los servicios de salud, porque siguiendo a Donabedian esta facilita el desarrollo de la operatividad de la empresa de salud y enfatiza en la satisfacción de los usuarios. Sin embargo, no debe perderse de vista que se trata de un reto de alta complejidad por cuanto involucra proveer servicios de forma accesible, equitativa y con nivel profesional óptimo,

debidamente balanceado entre beneficios, riesgos y costos, enfocado hacia la satisfacción de los usuarios, incluyendo también oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención. Estos principios están dirigidos a cumplir con los atributos planteados en la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y todos los desarrollos de la gestión de la calidad en salud, entre los que se destacan²⁹:

- La calidad como un atributo indispensable para la equidad (numeral 1 artículo 153): *"el Sistema general de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago"*.

- La calidad y sus atributos como garantía de integralidad de la atención (numeral 3 artículo 153 Ley 100, artículo 23 ley 1122).

- La calidad y el control (numeral 9 artículo 153 Ley 100, artículo 39 Ley 1122): *"El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia"*.

- La calidad y las funciones de los órganos de dirección del sistema (artículo 172 Ley 100): *En las funciones de los órganos rectores descritas por la Ley, se encuentra que existen responsabilidades que inherentemente se relacionan con la calidad. Uno de los primeros llamados de atención se encuentra en las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS) (artículo 172, parágrafo 1), y la tutela que ejerce el ministro del ramo sobre las decisiones de este Consejo.*

Además de los lineamientos normativos mencionados de la calidad, entre otros, es de destacar los artículos 178 y 180 de la Ley 100 y el artículo 185 de la Ley 1122, atinentes a la delegación de las funciones de control de la calidad a las entidades promotoras de salud (EPS), obligadas a implantar los procesos para controlar y

evaluar constantemente la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), funciones reforzadas en la obligación del aseguramiento y garantía de la calidad (artículo 14 de la Ley 1122 de 2007).

Los anteriores aspectos, son reglamentarios en la ley colombiana para las empresas prestadoras de servicios de salud, esto es, de obligatorio cumplimiento en el marco del Sistema de Garantía de calidad y los procesos de habilitación incluidos para las instituciones de salud y son implementados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pero no serán motivo de análisis en este trabajo de investigación. Únicamente se traen como referencia, para constancia de su existencia y reconocimiento de su innegable desarrollo y aporte al sistema de calidad del sector salud.

3.3. LA ADHERENCIA A LOS PROGRAMAS DE SALUD

Como ya se mencionó el tema de la adherencia es un problema de salubridad pública, enfatizado por la OMS en los años 2000, pero ha sido un tema vinculado a los cuidados de la salud desde tiempos antiguos, existiendo referencias de la expresión de Hipócrates *“los pacientes mienten cuando dicen que tomaron ciertos medicamentos”*. (Haynes,R.B. et al., citado por López C., S. M.)³⁰.

La OMS ilustra las diversas categorías de factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento tomando como ejemplo la hipertensión arterial y plantea intervenciones para mejorarla³¹, la cual se ilustra en la Tabla 5., por ser la hipertensión arterial una de las principales precursoras de la ERC.

Tabla 5. Categorías de Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial e intervenciones para mejorarla.

Hipertensión	Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica	Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica
Factores socioeconómicos	(-) Pobre estado socioeconómico; analfabetismo; desempleo; suministro de medicamentos limitado; costo elevado de la medicación.	Acompañamiento a la familia; seguro de salud de los pacientes; suministro ininterrumpido de los medicamentos; financiamiento sostenible, precios asequibles y sistemas de distribución fiables.

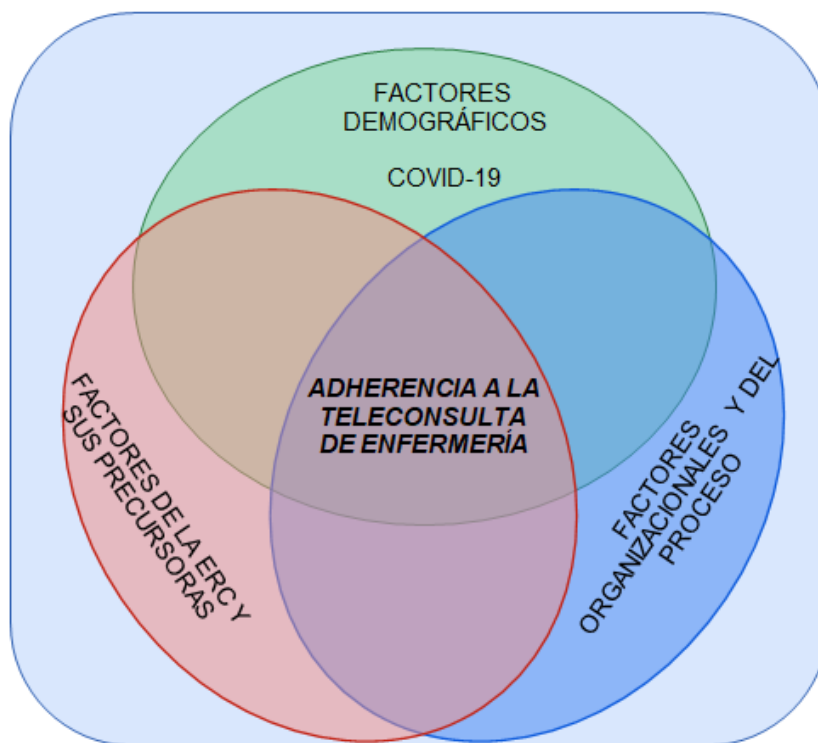
Hipertensión	Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica	Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica
Factores relacionados con el sistema y el equipo de atención sanitaria	(-) Falta de conocimiento y adiestramiento de los prestadores de asistencia sanitaria para controlar las enfermedades crónicas; relación inadecuada entre el prestador de asistencia sanitaria y el paciente; falta de conocimiento, momento inadecuado para las consultas; falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño. (+) Buena relación entre el paciente y el médico.	Educación de pacientes en el uso de medicamentos; buena relación médico-paciente; monitoreo y revaloración continuos del tratamiento; monitoreo de la adherencia; actitud y asistencia moralmente neutras; pronta disponibilidad ininterrumpida de la información; selección racional de los medicamentos; adiestramiento en las aptitudes de comunicación; entrega, financiación y gestión adecuada de los medicamentos; desarrollar medicamentos con mejor perfil de inocuidad; participación en los programas de educación de pacientes y desarrollar instrumentos para medir la adherencia de los pacientes
Factores relacionados con la enfermedad	(+) Comprensión y percepciones acerca de la hipertensión	Educación en el uso de los medicamentos
Factores relacionados con el tratamiento	(-) Regímenes de tratamiento complejos; duración del tratamiento; baja tolerancia del medicamento, efectos adversos del tratamiento. (+) Monoterapia con regímenes sencillos de dosificación; dosis menos frecuentes; menos cambios en los medicamentos; clases más nuevas de medicamentos.	Simplificación de los regímenes
Factores relacionados con el paciente	(-) Conocimiento y habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; desconocimiento de los costos y los beneficios del tratamiento; no aceptación del monitoreo. (+) Percepción del riesgo para la salud relacionado con la enfermedad; participación activa en el monitoreo; participación en el tratamiento de la enfermedad.	Intervención comportamental y motivacional; buena relación médico-paciente; autocuidado de la enfermedad y tratamiento; autocuidado de los efectos colaterales; ayudas de memoria y recordatorios
(+) Factores con un efecto positivo sobre la adherencia terapéutica; (-) factores con un efecto negativo sobre la adherencia terapéutica.		

Fuente: OMS. Elaboración de la autora.

A partir de ese modelo de análisis de adherencia planteado por la OMS, la revisión del estado del arte y la teoría administrativa de calidad para los servicios de salud de Donabedian, ya presentadas, para esta investigación se consideran los grupos

de factores que inciden en la adherencia a la teleconsulta de enfermería, representados en la siguiente ilustración:

Ilustración 1. Modelo de análisis de la investigación de la adherencia a la teleconsulta de enfermería



FUENTE: Elaboración de la autora.

4. MARCO REFERENCIAL O CONTEXTUAL

4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA IPS

Tipo de Sociedad: Anónima- Institución Prestadora de Salud

Domicilio Principal: Cali, Valle del Cauca

Inicio de actividades: Año 2011.

Objeto social: Operador de servicios de salud en niveles de baja y alta complejidad, asumiendo integralmente lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 y la Circular 067 de 2010 de la Supersalud.

Servicios ofertados: Servicios médicos, Unidad Móvil de Salud, Telemedicina.

Sucursales operativas: Sevilla, Tuluá, Zarzal

Clientes principales: EPS Emssanar, EPS Coosalud, Salud Total, Colsanitas, Nueva EPS, Comfenalco Valle, Coomeva EPS, Caprecom, Previser, Cafam, Ingenio Providencia, EPS Sanitas, Hospital San Rafael, Hospital Local Cartagena de Indias, Hospital San Vicente de Paul, Hospital Raúl Orejuela Bueno Hospital Local de Candelaria, Hospital Local de Yotoco, Hospital Departamental de Buenaventura, Hospital de Fontibón, Hospital San Roque, ESE Antonio Nariño.

Certificación en calidad: Certificación de alta calidad- Icontec.

4.1.1 Caracterización de las sucursales

4.1.1.1 Características generales de los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal

La Tabla 6., muestra las principales características geográficas y demográficas de los municipios en los que opera sucursal de la IPS.

Tabla 6. Características generales de los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal

Características	Municipios
-----------------	------------

	Tuluá	Sevilla	Zarzal
Ubicación	Centro del Valle del Cauca	Norte de Valle del Cauca	Centro del Valle del Cauca
Población total	221.701 habitantes	44.028 habitantes	47062 habitantes
Población Urbana	80%	77%	71%

Fuentes: Páginas Web Municipio de Sevilla, Municipio de Tuluá, Municipio de Zarzal

La IPS analizada cuenta con sucursal en los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal, en los que se desarrolla el Programa de Protección Renal- PPR, *definido como una estrategia de intervención integral y oportuna, que pretende disminuir y mitigar la progresión de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), para evitar que los pacientes lleguen a tratamientos sustitutivos de la función renal; mejorando así su calidad de vida.*

4.2 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE LA IPS

Los servicios de atención en salud de la IPS están centrados en el Programa de Protección Renal de la IPS, el cual se describe a continuación.

4.2.1 El Programa de Protección Renal (PPR) en la IPS

4.2.1.1 Objetivos

El objetivo general del PPR en la IPS es identificar e intervenir tempranamente todos los factores de riesgo que presente el usuario con enfermedad renal crónica (ERC), con el fin de prevenir el deterioro de la condición clínica del paciente, garantizando la atención integral e integrada en el esquema del PROGRAMA DE PROTECCIÓN RENAL (PPR), con un enfoque en Promoción de la salud y Prevención de las complicaciones propias de la enfermedad de la población asignada.

Los objetivos específicos están relacionados con la promoción de salud en la población objeto y tratamiento de factores de riesgo; la identificación, intervención, clasificación y monitoreo temprana a través de la gestión del riesgo en el usuario

con ERC; la disminución y la mitigación de su progresión; la disminución de la morbilidad y la mortalidad por uremia; disminución de la enfermedad cardiovascular; la disminución de los tratamientos sustitutivos de la función renal; el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes; la identificación y el tratamiento de la comorbilidad asociada a la ERC; la educación y la preparación para terapia a pacientes que requieran reemplazo renal; la identificación y el desarrollo en los pacientes, su familia y sus cuidadores, de las capacidades, habilidades y destrezas para formarlos como expertos en los cuidados de la salud.

4.2.1.2 Componentes del PPR

El Programa de Protección Renal está basado en la atención con profesionales de salud y especialistas médicos en diversas áreas, que incluye la acción de los nefrólogos. El programa inicia con el diagnóstico de la enfermedad renal, sigue con la clasificación del estadio de la enfermedad y su tratamiento, con énfasis en la prevención, detección de la enfermedad, su control, seguimiento y el acompañamiento social. El PPR tiene componentes en la actividad asistencial, constituidos por consulta con enfermera (inicial y controles periódicos), consulta con médico gestor, consulta especializada (nefrología), consulta medicina interna, auxiliares de enfermería, grupos de apoyo (fisioterapia, psicología, trabajo social y nutrición), atención por las subespecialidades (cardiología, endocrinología, urología y vascular), contando con electrocardiograma, ecografía renal para las ayudas diagnósticas.

4.2.2 Proceso asistencial del programa

El Programa de Protección Renal (PPR), comprende las acciones enfocadas a la identificación e intervención temprana del riesgo en salud por ERC, con miras a garantizar el estado de salud de los pacientes, incluyendo acciones de control y seguimiento al riesgo identificado. La siguiente Tabla muestra el proceso asistencial del programa.

Tabla 7. Proceso asistencial del PPR.

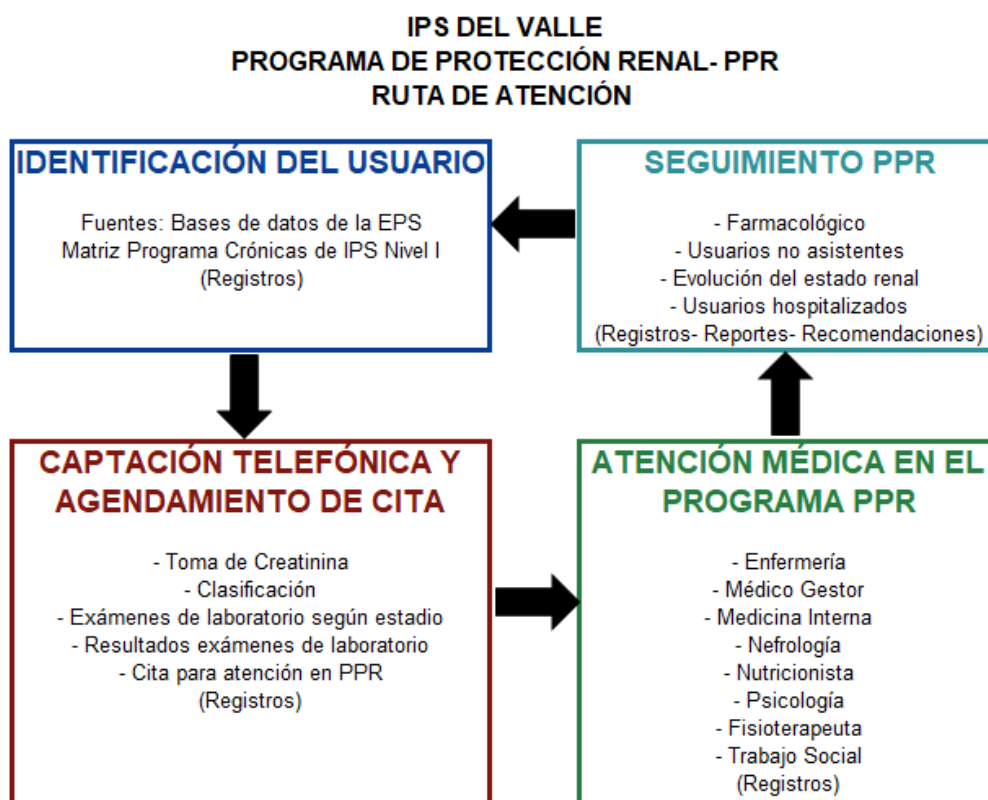
PROFESIONAL	ACTIVIDAD ASISTENCIAL	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA	FRECUENCIA
Enfermería	Validar los criterios de inclusión y analizar si aplican para el programa	Recibe historia clínica y los exámenes de remisión del nivel 1. Realiza seguimiento de las intervenciones para cada usuario.	Mensual
Médico Gestor	Realiza la consulta médica, Revisión de pruebas diagnósticas, formulación de medicamentos, emite órdenes para complementación diagnóstica. Además, identifica, interviene y hace seguimiento al usuario con el ERC y hace educación a familia, cuidadores y paciente.	Control del gasto, Seguimiento y monitoreo a metas, facturación conforme a resultados. Seguimiento y control de indicadores terapéuticos y administrativos, cumplimiento de metas en razón a frecuencias de uso.	Bimensual
Médico Internista	Realiza Valoración una vez al año por especialista. Control para clínico, pruebas complementarias, define conducta y se valora estado del paciente.	Control del gasto, Seguimiento y monitoreo a metas, facturación conforme a resultados. Seguimiento y control de indicadores terapéuticos y administrativos, cumplimiento de metas en razón a frecuencias de uso.	Anual
Médico Nefrólogo	Realiza la atención especializada	No hace gestión administrativa	Trimestral
Auxiliar de Enfermería	Realiza la atención (pre y post-consulta)	No hace gestión administrativa	Mensual
Psicología	Realiza la atención para pacientes con estadio 1 y 2, con comorbilidades de hipertensión y diabetes	No hace gestión administrativa	Anual
Nutricionista	Realiza la atención	No hace gestión administrativa	Semestral
Fisioterapia	Realiza la atención	No hace gestión administrativa	Anual
Paquete de Laboratorio	Realización de los exámenes de laboratorio.	No hace gestión administrativa	Trimestral
Imagen Diagnostica	1 EKG anual y 1 Ecografía Renal anual	No hace gestión administrativa	Anual
Medicamentos	Formulación y entrega	No hace gestión administrativa	Mensual
Trabajo Social	Realiza la atención	No hace gestión administrativa	Anual

Fuente: IPS- Elaboración de la autora

4.3 LA TELECONSULTA DE ENFERMERÍA

El uso de la teleconsulta es parte del motivo de la presente investigación. La teleconsulta es la prestación de servicios de consulta con la enfermera jefe o con el médico especialista, el medico gestor, grupos de apoyo y sub-especialistas, a través de las comunicaciones, en forma sincrónica. Implica que el profesional de la salud como el paciente están presentes al mismo tiempo, esto es, en tiempo real, cada uno en su medio de comunicación, bien sea por voz, por texto y por video o por la combinación de estos, para intercambiar información. También puede ser en forma asincrónica, modalidad en la cual la comunicación no se realiza en tiempo real, sino que los datos (voz, texto, imágenes, videos y archivos, en general) se pueden emitir y transmitir por la red de datos o de voz, para que en cualquier momento sean vistos o revisados por el receptor.

Ilustración 2. Ruta de atención en el PPR y sus componentes.



Fuente: IPS, adaptación de la autora.

La teleconsulta en enfermería utiliza una ruta de atención que se desarrolla como un ciclo de calidad basado en cuatro fases, siendo la primera la identificación de los usuarios a atender, extraídos de la base de datos de los aseguradores o EPSs y de la matriz de crónicas nivel I de las IPS. Seguidamente se contacta al usuario, realizándose la captación telefónica con el fin de agendarle su cita en la cual se realizan los exámenes de nivel de creatinina, clasificación del resultado, realización de exámenes de laboratorio según el estadio en el que se ubique al usuario y de acuerdo con este resultado se le fija la cita para la atención en el PPR, dejando los correspondientes registros en la historia clínica del paciente.

En el PPR el usuario es atendido por los profesionales en Enfermería, Médico Gestor, Medicina Interna, Nefrología, Nutricionista, Psicología, Fisioterapeuta, Trabajo Social, desarrollando cada especialista el rol que le corresponde y dejando los registros de sus diagnósticos, tratamiento, formulación y recomendaciones en la respectiva historia clínica del paciente.

El proceso tiene un plan de seguimiento periódico por teleconsulta de enfermería, en el que se evidencia el manejo farmacológico, la evolución de su estado renal, se indaga sobre los usuarios hospitalizados y se contacta a los pacientes no asistentes. Se realizan las recomendaciones al usuario, se diagnostica, se elaboran los reportes que sean necesarios y se hacen los correspondientes registros en la respectiva historia clínica del usuario. En consecuencia, la consulta de enfermería es fundamental en el PPR ya que hace parte de la una puerta de entrada a la ruta de atención y hace parte del control periódico de los pacientes.

4.3.1 Normas de la IPS para el funcionamiento de la teleconsulta en enfermería

Las siguientes son las normas que aplica la IPS para el proceso de operación de la teleconsulta, por parte de los profesionales y personal de apoyo:

1. La modalidad teleconsulta es para atención de pacientes por primera vez y para consultas de seguimiento o de control.

2. Utilizable por el personal médico asistencial con los niveles profesionales de Médico General, Médico Internista y Enfermera Jefe.
3. La plataforma única a utilizar es Microsoft *Teams*.
4. Se accede únicamente con nombre de usuario y clave, conocido solo por el usuario, asignado bajo la responsabilidad y confidencialidad de cada médico o enfermera jefe.
5. Máquinas de tecnología usadas en la teleconsulta: Computador, dos monitores por usuario, uno para ver la Historia clínica o imágenes diagnosticas del usuario y otra para ver al paciente; cámara Logitech de alta definición en cada uno de los equipos de cómputo, un juego de parlantes y micrófonos para la comunicación entre usuarios y el personal médico que lo está atendiendo.
6. Todos los consultorios que se tenga designados para la práctica de la tele consulta deben contar con profesionales formados en el manejo de la tecnología utilizada, los procesos y herramientas usadas bajo esta modalidad de consulta, además de los dispositivos de comunicación normal de uso común, como el teléfono, el celular, el computador y sus periféricos.
8. Para el uso, mantenimiento y especificaciones del equipo, los profesionales involucrados deben leer previamente el manual del usuario del equipo y seguir los protocolos establecidos de limpieza y desinfección de equipos.
9. Es responsabilidad del personal médico que participe en la atención por teleconsulta, reportar o informar las fallas de conectividad a la dirección de sistemas de información.
10. Todos los usuarios de riesgo bajo del PPR, son atendidos bajo teleconsulta, sean pacientes de primera consulta o para consultas de control. En uno u otro caso se registran las variables consideradas en la CAC. Estos usuarios de riesgo bajo son los mayores o menores de 60 años con ERC en estadio 3A o 3B con

HTA o DM controlada, con indicadores dentro de la meta o que están por fuera de estos, pero no hay tendencia al deterioro.

Es importante conocer que antes de pandemia se atendían bajo esta modalidad únicamente a los pacientes de riesgo bajo tal como lo indica este documento y en pandemia se aplicó la teleconsulta en forma general a todos los pacientes, sin tener en cuenta la edad, el diagnóstico de enfermedad precursora, etc.

4.4 INSCRIPCIÓN LEGAL- HABILITACIÓN- HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE LA IPS

La IPS ha cumplido con todos los procedimientos y condiciones de inscripción como institución prestadora de salud en concordancia con los requerimientos trazados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 3100 de 25 de noviembre de 2019 y, por lo tanto, como IPS está habilitada para la prestación de sus servicios en diversas áreas de la salud.

También la IPS ha seguido con los lineamientos y requisitos trazados la Ley 1419 del 13 de diciembre de 2010, por medio de la cual el gobierno nacional estableció los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia.

La IPS ha acogido Ley 2015 de 2020, o de historias clínicas electrónicas, la cual fue creada para modernizar e integrar la gestión documental para que sea compatible entre todos los prestadores de salud, como clínicas, hospitales, EPSs., IPSs., entidades del gobierno, etc., sistema que registra, conserva y mantiene la información de cada paciente, en forma confidencial y segura como lo establece la ley de habeas data, utilizando la digitalización y las TICs.

4.5 CONTRATACIÓN

Dependiendo del tipo de cliente, la IPS atiende las dos principales formas de contratación que se han establecido en Colombia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS: la contratación por Unidad de Pago por

Capitación- UPC y la contratación por evento. Además, también tiene en su oferta comercial la contratación por prestación de servicios, modalidad utilizada en cualquier empresa comercial, mediante la cual el contratista se compromete a desarrollar una actividad, o servicio en un tiempo establecido por una contraprestación en dinero que debe pagar el contratante de acuerdo con los plazos establecidos.

La contratación en el SGSSS está regulada por el Ministerio de Salud, estableciendo cada año, una tarifa para la UPC, consistente en una tarifa que reconoce el sistema a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES a las EPS, para la atención a los usuarios de todas las prestaciones derivadas del Plan de Beneficios en Salud- PBS. También se cuenta con unas tarifas para la atención por evento de las EPSs de las prestaciones cuando el evento se contrata por fuera o no está en el PBS. De esa misma manera, las EPSs contratan con las IPSs. Para el Programa de Protección Renal- PPR la contratación la hace la EPS Emssanar con la IPS en estudio, por evento, es decir, por paciente atendido; de allí la importancia de captar los usuarios suficientes que permitan la sostenibilidad y rentabilidad del programa, por lo que se requiere una óptima prestación del servicio.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores relacionados con la adherencia de los pacientes del programa de protección renal a la teleconsulta de enfermería, durante el primer confinamiento por la pandemia COVID- 19, en una Institución Prestadora de Servicios de Salud- IPS en los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal.

5.2. ESPECÍFICOS

- Determinar los factores demográficos relacionados con la adherencia de los pacientes del PPR de una IPS a la atención de enfermería por teleconsulta, durante la pandemia del Covid- 19, ubicados en los Municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal.
- Determinar los factores de la ERC y sus enfermedades precursoras relacionados con la adherencia a la atención de enfermería por teleconsulta, durante la pandemia del Covid- 19, de los pacientes de renales crónicos de una IPS en los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal.
- Determinar los factores organizacionales del personal de enfermería y el proceso de citas relacionados con la adherencia a la atención de enfermería por teleconsulta, durante la pandemia del Covid- 19, de los pacientes de ERC de una IPS en los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo exploratorio, observacional, transversal, con un análisis cuantitativo mediante un modelo de regresión logístico, con fuentes secundarias de bases de datos institucionales, administradas y bajo la custodia de la IPS analizada.

6.2. ÁREA GEOGRÁFICA DE ESTUDIO

El presente estudio se circunscribe al área geográfica de cobertura para la atención en salud de una Institución Prestadora de Servicios de Salud- IPS, con sede en la ciudad de Cali y sucursales operativas ubicadas en los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal, en las cuales se concentra el mayor número de usuarios urbanos y rurales, activos dentro del programa de protección renal de la IPS.

6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DEL ESTUDIO

6.3.1. Descripción de la población de estudio

La población de este estudio es la constituida por aproximadamente 23.000 pacientes de ERC adscritos a una IPS del Valle del Cauca, afiliados o beneficiarios de la EPS Emssanar en los municipios de Sevilla, Zarzal y Tuluá, localidades que hacen parte del departamento del Valle de Cauca.

6.3.2. Muestreo por criterio

En la presente investigación la población se delimita mediante un muestreo por criterio. Los criterios de inclusión, fueron:

- Los pacientes consultantes al servicio de enfermería por teleconsulta
- Pertenecientes a las sucursales de la IPS ubicadas en Sevilla, Tuluá y Zarzal,

- Durante los meses de abril, mayo y junio de 2020 (periodo de aislamiento obligatorio de la pandemia por Covid- 19),

- Circunscritos a los estadios de la enfermedad renal 3 A, 3 B y 4 (deterioro funcional renal moderado), donde se concentra la mayor cantidad de usuarios relevantes para el objeto de este estudio.

- Que también los usuarios hayan respondido la encuesta de satisfacción al usuario (aplicada trimestralmente por parte de la empresa) y que en este estudio son variables fundamentales para el abordaje desde la perspectiva administrativa de Calidad de Donabedian.

Los criterios de exclusión de la población del estudio, los cuales propenden por evitar casos con características extremas o con datos escasos que generen confusión en el análisis estadístico, corresponden a los siguientes:

- Estadios de la ERC 1, 2 y 5. Estadios que corresponden a usuarios dentro de las categorías de salud de menor deterioro renal, dentro del espectro de la ERC.

- Tampoco se incluye en el estudio a aquellos pacientes de los cuales no se cuenta con encuesta de satisfacción, ya que este es uno de los factores organizacionales fundamentales a analizar, conforme con el marco teórico de la administración de calidad y el enfoque aplicado hacia los servicios de salud que plantea Donabedian, en armonía con lo mencionado en el capítulo 3.

En la Tabla 8., se presenta la cantidad de población marco del estudio, constituida por los pacientes clasificados según su ubicación y estadios de la enfermedad renal crónica (ERC), que fueron atendidos por teleconsulta de enfermería en el período de abril a junio de 2020.

Tabla 8. Cantidad de pacientes atendidos por sucursales y estadios de la ERC, abril a junio del 2020.

Municipios	Abr. 2020			May. 2020			Jun. 2020			Total
	Estadios			Estadios			Estadios			
	3 A	3 B	4	3 A	3 B	4	3 A	3 B	4	

Municipios	Abr. 2020			May. 2020			Jun. 2020			
Sevilla	569	869	292	555	880	291	555	890	289	8.667
Tuluá	814	1.457	568	828	1.421	555	842	1.433	548	14.159
Zarzal	134	272	123	118	280	117	114	290	117	1.565
Total	1.517	2.598	983	1.501	2.581	963	1.511	2.613	954	15.221

Fuente: IPS- Elaboración de la autora.

En la Tabla 9 se muestran los pacientes que asistieron a la teleconsulta y respondieron la encuesta de satisfacción, con los cuales se conforma la población del estudio en 348 pacientes.

Tabla 9. Pacientes identificados por IPS Sevilla, Tuluá y Zarzal encuestados y con frecuencia de asistencia a la teleconsulta, clasificados en estadios renales 3A, 3B y 4.

Frecuencia de Asistencia a la Teleconsulta	ESTADIO 3 A			ESTADIO 3 B			ESTADIO 4			TOTAL
	IPS – Sevilla	IPS - Tuluá	IPS - Zarzal	IPS – Sevilla	IPS - Tuluá	IPS - Zarzal	IPS – Sevilla	IPS - Tuluá	IPS – Zarzal	
Un Período	3	4	2	1	2	2	0	0	0	14
Dos Períodos	1	5	1	2	7	4	1	1	1	23
Tres períodos	49	39	7	85	69	13	7	37	5	311
Totales	53	48	10	88	78	19	8	38	6	348

Fuente: IPS- Elaboración de la autora

6.4 PROCESO CONSOLIDACIÓN DE DATOS

Se inició con tres bases de datos denominadas cuenta de alto costo matriz nominal, correspondiente a los meses de abril, mayo y junio de 2020, estas bases contienen la relación de los afiliados a la EPS Emssanar, de donde proceden los usuarios de la IPS en estudio, los cuales son pacientes adscritos al programa de protección renal (PPR) autorizados por la EPS para brindarles la atención de los servicios médicos que contempla el modelo de atención del programa. En promedio es una población de 6.800 pacientes mensuales.

De esta base de datos se extraen las variables demográficas, clínicas y paraclínicas a analizar y se organizan los datos para visualizar toda la información

por cada IPS, estadios, municipios, edades de los pacientes, entre otros análisis realizados y se delimita la población a estudiar con estadios renales 3 A, 3 B y 4.

Así mismo se dispone de tres bases de datos de pacientes consultantes en los meses de abril, mayo y junio de 2020, suministrada por el área de facturación de la IPS en estudio, correspondientes a todos los pacientes que consultaron los servicios ofrecidos en el programa de protección renal (PPR), facturados a la EPS Emssanar, en promedio son 4.300 pacientes mensuales. Seguidamente se procede a elaborar una tabla dinámica permitiendo unir las bases de datos con la información de los pacientes consultantes, más las variables demográficas, clínicas y paraclínicas extraídas de las CAC y la base de las encuestas de satisfacción de los usuarios realizada durante el trimestre abril, mayo y junio de 2020, incorporando las variables organizacionales desde la perspectiva interpersonal y la satisfacción al usuario, quedando como población a estudiar 348 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

6.5 VARIABLES

En este estudio se toma la definición de adherencia al PPR, acorde a la propuesta para Colombia de la CAC y la reglamentación de calidad, la cual se centra en la frecuencia de asistencia a las actividades programadas. Debido a que el estudio no se centra en la adherencia terapéutica de los pacientes, estos aspectos de esa medición o indicadores relacionados quedan por fuera del alcance de este estudio. En consecuencia, se define que la adherencia al PPR se presenta cuando el paciente asiste a la teleconsulta de enfermería programada cada mes y esta asistencia es de manera continua durante el período de estudio.

La adherencia al PPR es la variable dependiente de interés para el análisis de la presente investigación, mientras que las variables independientes que son consideradas corresponden a aquellas evidenciadas como relevantes en los estudios previos, acorde al estado del arte correspondiente a la literatura científica revisada y el marco teórico de calidad de Donabedian.

Así, se definieron tres categorías de análisis que agrupan las variables de estudio, coherentes con los objetivos del presente estudio:

- Factores demográficos de los pacientes del PPR
- Factores de las variables clínicas y paraclínicas de la ERC y sus enfermedades precursoras
- Factores organizacionales respecto a la teleconsulta de enfermería y del proceso de citas.

Esas categorías y las variables específicas (con su definición operativa) que se emplearon en el presente estudio, son las que se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10. Categorías y variables del estudio.

VARIABLES DEL ESTUDIO			
VARIABLE DEPENDIENTE:			
Ítem	Variable	Definición operativa	Tipo
1	Adherencia a la teleconsulta	Se presenta cuando el paciente asiste al control programado cada mes y de manera continua durante el período de estudio	Cuantitativa
VARIABLES INDEPENDIENTES:			
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO Y DATOS DE LA EPS			
Ítem	Variable	Definición operativa	Tipo
1	Sucursal	Nombre acorde al municipio	Cualitativa nominal
2	Rangos de edad	Rango 1: 45 a 69 años Rango 2: 70 a 79 años Rango 3: 80 o más años.	Cualitativa ordinal
3	Sexo	F= femenino, M= masculino	Cualitativa nominal
4	Régimen de afiliación al SGSSS.	C=Régimen Contributivo, S=Régimen Subsidiado, P=Regímenes de excepción, E=Régimen especial, N=No asegurado	Cualitativa nominal
5	Código pertenencia étnica	1= Indígena, 2= ROM (gitano), 3= Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia,	Cualitativa nominal

		4= Palenquero de San Basilio, 5= Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente, 6= Ninguna de las anteriores	
6	Municipio de residencia del paciente	Códigos DANE municipio + departamento. Disponibles en la página Web de la CAC)	Cualitativa nominal
FACTORES RELACIONADOS CON LAS VARIABLES CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS DE LAS ENFERMEDADES PRECURSORAS.			
Ítem	Variable	Definición operativa	Tipo
1	El usuario tiene diagnóstico confirmado de Hipertensión Arterial	1= Si 2= No	Cualitativa nominal
2	Rango de Antigüedad del diagnóstico de HTA	Cantidad de meses.	Cuantitativa
3	El usuario tiene diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus	1= Si 2= No	Cualitativa nominal
4	Antigüedad del diagnóstico de Diabetes Mellitus	Cantidad de meses.	Cuantitativa
5	Frecuencia de dislipidemia	Cantidad de casos	Cuantitativa
6	Etiología de la ERC	1= HTA o DM; 2= Autoinmune; 3= Nefropatía Obstruktiva; 4= Enfermedad Poliquística; 5= otras; 98= Si no tiene ERC	Cualitativa nominal
7	Índice de Masa Corporal- IMC	Rango 1= Menor a 24,9 Rango 2= Mayor a 25	Cualitativa nominal
8	Estadio de la Enfermedad Renal Crónica- ERC	ERC estadio 3 A ERC estadio 3 B ERC estadio 4	Cualitativa ordinal
9	Antigüedad en el PPR.	Rango en años	Cualitativa ordinal
FACTORES ORGANIZACIONALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE CITAS			
Ítem	Variable	Definición operativa	Tipo
1	Facilidad en el contacto telefónico	1= Malo; 2= Regular; 3= Bueno	Cualitativa ordinal
2	Atención Telefónica (Amabilidad, trato, cortesía)	1= Malo; 2= Regular; 3= Bueno	Cualitativa ordinal
3	Disponibilidad de Citas	1= Malo; 2= Regular; 3= Bueno	Cualitativa ordinal
4	Tiempo de espera previo a la consulta	1= Malo; 2= Regular; 3= Bueno	Cualitativa ordinal
5	Procesos Administrativos (Resolución de necesidades y expectativas)	1= Malo; 2= Regular; 3= Bueno	Cualitativa ordinal
6	Personal de Admisión	1= Malo; 2= Regular; 3= Bueno	Cualitativa ordinal

7	Personal de Enfermería	1= Malo; 2= Regular; 3= Bueno	Cualitativa ordinal
8	¿Recomendaría la IPS a Otras personas?	1= Malo; 2= Regular; 3= Bueno	Cualitativa ordinal

Fuente: Cuenta de Alto Costo- IPS- Elaboración de la autora.

6.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las variables fueron extractadas de las bases de datos de la Cuenta de Alto Costo (CAC) para enfermedades crónicas, establecida por el Ministerio de la Salud y Protección Social- Minsalud³², que administra la IPS bajo el régimen contractual que mantiene con la EPS Emssanar, conformando una base de datos secundaria específica para el presente estudio. A esa base se le suman variables de las bases de datos de consultantes de la dependencia de facturación y de la base de la encuesta institucional de satisfacción; siendo esta última de especial relevancia ya que permite integrar las variables relacionadas con el componente organizacional de calidad interpersonal y satisfacción respecto a los procesos organizacionales de la provisión de servicios de la institución.

El sistema de información de la CAC acopia toda la información procesada por las entidades prestadoras de salud (EPS), con la procedente de las instituciones prestadoras de servicios (IPS). Estas reportan anualmente, de acuerdo con la Resolución 2463/2014, todo lo relacionado con la atención a los usuarios y la evolución de la enfermedad por cada paciente, abarcando desde la inscripción en el sistema información, pasando por la información demográfica de los usuarios, el diagnóstico (variables clínicas y paraclínicas de las enfermedades precursoras) y el tratamiento (variables del tratamiento de la enfermedad renal crónica), de tal manera que se maneja una base de datos de todos los pacientes adscritos al sistema con enfermedad renal crónica. En nuestro caso la IPS, incluye cerca de cien campos o variables, de donde se extraen los datos para el análisis de la presente investigación, adicional a las variables de una encuesta de satisfacción de los usuarios que busca medir el grado de la satisfacción con el personal de enfermería y la teleconsulta, en general.

Así, se recolectaron los datos de las tres bases mencionadas, extrayendo inicialmente los datos de los usuarios adscritos al Programa de Protección Renal-PPR y las variables útiles para los propósitos del presente estudio, correspondientes a la matriz de la Cuenta de Alto Costo de Emssanar, de los meses de abril, mayo y junio de 2020. De esta extracción se obtuvieron 6.800 pacientes con posibilidad de ser atendidos cada mes por el PPR, a los que se les vinculó los resultados de las variables detalladas en la Tabla 10, para cada uno de los meses mencionados. La otra base de datos empleada para caracterizar la población es la resultante de los usuarios o pacientes adscritos al PPR que sí consultaron en cada uno de los meses, y, por último, la base de datos de los usuarios encuestados respecto a la satisfacción con la atención.

La base de datos de los pacientes que sí consultaron resulta del proceso de atención del PPR, en el que todos los pacientes se agendan mediante una llamada telefónica, para asistir a la teleconsulta inicial con la enfermera, con una periodicidad de una vez al mes. Se depura la información de asistencia a consulta de los pacientes para cada uno de los meses, teniendo en cuenta la fecha de ingreso al programa de protección renal y se clasifican acorde a los estadios de ERC, extrayendo la asistencia a consulta para cada mes de los que corresponden a los estadios 3 A, 3 B y 4, acorde a los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados para el presente estudio.

Respecto a la aplicación de la encuesta institucional de satisfacción para sus usuarios, la IPS analizada tiene un proceso documentado con un objetivo definido como: *“garantizar la aplicación de mecanismos de escucha al Usuario sobre sus requerimientos y necesidades, así como evaluar el grado de satisfacción y su percepción hacia la IPS, para la toma de decisiones sobre los servicios”*. Así, una parte de la población atendida mensualmente por la IPS es encuestada en forma aleatoria por políticas administrativas de la IPS y no por exigencia del programa de la Cuenta de Alto Costo. La encuesta es realizada por personal auxiliar de campo, con el criterio de incluir aleatoriamente el paciente atendido en la toma de signos vitales, toma de muestras para laboratorio clínico y educación al paciente. Se

incluye o se considera válida también la encuesta respondida por el cuidador del paciente, en el caso que a éste se le dificulte por cualquier limitación física.

Es conveniente insistir en que las variables que se incorporan para formar parte de los datos para el desarrollo de este estudio, conforman una fuente secundaria de información por no haber sido las variables, datos e información, diseñados ni implementados para ser obtenidos desde la ejecución de este estudio específicamente; sino que provienen fundamentalmente de las variables que se manejan periódicamente en la Cuenta de Alto Costo, instituida por el gobierno y administrada por las EPS a nivel nacional, para controlar las erogaciones que realiza el SGSSS en la atención a las enfermedades clasificadas como de alto costo.

6.7 PLAN DE ANÁLISIS

A partir de la consolidación de las bases de datos mencionadas de los usuarios adscritos al PPR de la EPS Emssanar y de la IPS en sus sucursales de Sevilla, Tuluá y Zarzal, se realiza primero un análisis descriptivo con la finalidad de conocer el comportamiento de las variables de interés en la población. El análisis univariado incluye medidas o indicadores cuantitativos como los de centralidad y dispersión para el caso de las variables cuantitativas y proporciones o porcentajes para el caso de variables cualitativas.

Posteriormente, se describen las variables que caracterizan a las personas adherentes y no adherentes a la teleconsulta de enfermería en el programa de protección renal, con las relaciones entre estas mediante análisis bivariados; y finalmente se determinan los factores relacionados mediante un modelo estadístico multivariado para identificar las variables significativas en el estudio, utilizando la técnica de regresión logística.

Se utilizó el software estadístico R, versión 4.0.3, para el realizar el procesamiento y análisis, con ayuda de los paquetes FactoMineR y factoextra para las salidas gráficas y las tablas para la interpretación de los resultados obtenidos.

6.7.1. El modelo de regresión logístico³³

El modelo lineal generalizado propuesto inicialmente por *Nelder y Wedderburn* en 1972, es una extensión o generalización del modelo lineal clásico. Entre otras cosas, ofrece una mayor variedad de distribuciones para la variable respuesta, es decir, posibilita el ajuste de un modelo con diferentes distribuciones, sin necesidad de realizar modificaciones en los datos. Además, permite establecer una relación entre la variable dependiente y la combinación lineal de factores de predicción mediante una función adecuada del valor esperado de la misma.

Un caso especial del modelo lineal generalizado es el modelo de regresión logística, el cual se diferencia del modelo de regresión lineal en que la variable respuesta Y es dicotómica (del tipo Éxito/fracaso). Este modelo permite estimar la relación existente entre la variable de respuesta dicotómica y el conjunto de k de variables independientes $X_1; X_2; \dots; X_k$ de cualquier naturaleza.

En este caso, el modelo de regresión logística queda expresado como:

$$\text{Logit}(\pi) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k}}$$

6.7.1.1 Supuestos del Modelo Logístico^{34, 35}

Teniendo en cuenta que el modelo es una transformación, la validación de supuestos, no es posible realizarla completamente. Algunos supuestos en el modelo de regresión logístico son:

1. Este modelo no requiere los supuestos de normalidad y homocedasticidad (igualdad de las varianzas).
2. Es necesaria la existencia de una relación lineal entre el *logit* de la probabilidad del suceso de interés y las variables independientes.

3. Colinealidad: Si dos variables independientes están altamente correlacionadas hasta el punto en que se puedan conocer los valores de una a partir de la otra, el análisis de regresión logístico multivariado no podrá llevarse a cabo. De igual manera si una variable independiente puede describirse como combinación lineal de otras variables independientes, se puede presentar Multicolinealidad y los resultados obtenidos son poco confiables.

6.7.1.2 Pruebas de Bondad de Ajuste y Significancia

En la razón de Verosimilitud G, se compara cada modelo cuando se adicionan o salen variables en el proceso de selección de las mismas para definir el modelo ajustado, este evalúa si la covariable debe ser incluida (removida) o no en el modelo. Mide hasta qué punto el modelo se ajusta bien a los datos.

$H_0 : \beta_i = 0$ VS $H_a: \beta_i \neq 0$. El estadístico de prueba está representado por:

$$G = -2\ln \left[\frac{\text{Verosimilitud del modelo sin } X_i}{\text{Verosimilitud del modelo con } X_i} \right]$$

Regla de Decisión:

Si $G \leq \chi^2_{1-\alpha;1}$ No existe suficiente evidencia para rechazar H_0 .

Si $G > \chi^2_{1-\alpha;1}$ Existe suficiente evidencia para rechazar H_0 .

Es el método de estimación y evaluación de la significancia del modelo vía máxima verosimilitud más adecuado en términos prácticos.

6.7.1.3 Métodos de selección de variables³⁶

El Método Forward / Selección hacia adelante. Se parte de un modelo muy sencillo y se van agregando términos con algún criterio, hasta que no procede añadir ningún término más, es decir, en cada etapa se introduce la variable más significativa hasta una cierta regla de parada.

Método Backward / Eliminación hacia atrás. Se parte de un modelo muy complejo, que incorpora todos los efectos que pueden influir en la respuesta y en cada etapa se elimina la variable menos influyente, hasta que no procede suprimir ningún término más.

Método Stepwise: Este procedimiento es una combinación de los dos anteriores. Comienza como el de introducción progresiva, pero en cada etapa se plantea si todas las variables introducidas deben de permanecer en el modelo. Cuando se aplica este tipo de procedimientos tenemos que tener en cuenta cual será la condición para suprimir o incluir un término. Para ello podemos considerar dos criterios: criterios de significación del término y criterios de ajuste global.

Criterios de significación: En un método backward se suprime el término que resulte menos significativo y en un método forward se añade el término, que al añadirlo al modelo resulte más significativo. Un criterio de significación puede ser la significación de cada coeficiente.

Criterios globales: En vez de usar la significación de cada coeficiente, podemos basarnos en un criterio global, una medida global de cada modelo, de modo que tenga en cuenta el ajuste y el exceso de parámetros. Se escoge el modelo cuya medida global sea mejor.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al tenor del Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, la presente es una investigación sin riesgo por cuanto es un estudio que emplea bases de datos secundarias y métodos de investigación transversal, en el que no se hace ninguna intervención a seres humanos o modificación de ninguna índole en la población estudiada.

Para el desarrollo del presente estudio se observan y cumplen los lineamientos de la Declaración del Helsinki respecto a los principios éticos para la investigación en seres humanos³⁷, en especial la beneficencia y no maleficencia, al propender por hacer análisis que redunden en el mejoramiento de la atención de la población. También se declara que no se tienen fuentes de financiamiento diferentes a los de su propia autora.

Para la garantía del principio ético de la confidencialidad, se precisa que el acceso a la información de las bases de datos utilizadas ha sido restringido y para su acceso es necesario conectarse mediante un usuario y una clave, de uso exclusivo para usuarios autorizados, como la autora. Estos protocolos de seguridad informática, garantizan la confidencialidad de la información y de las disposiciones legales como las reglamentaciones de habeas data para el uso de la información de los pacientes, en aplicación de la Ley 1581 de 2012. En el desarrollo del presente trabajo se utilizan datos secundarios procedentes de base de datos de terceros (EPS), los cuales están debidamente salvaguardados y supervisados por las entidades pertenecientes al SGSSS.

Asimismo, para el uso de la información de las personas registradas en las bases de datos se asignó un código alfanumérico de tal manera que los datos correspondientes a cada una quedan completamente salvaguardados en cuanto a que no es posible identificar a quien corresponden esos datos.

La autora de la presente investigación declara tener conflictos de interés con fundamento en estar vinculada laboralmente en la empresa base del estudio,

desempeñando el cargo de Directora de Talento Humano y también como accionista minoritaria de la Sociedad. Sin embargo, en mi formación profesional de Contador Público, especialista en administración en salud, en cumplimiento del principio de la buena fe según artículo 83 de la constitución política de Colombia y la ética personal y profesional, declaro no haber realizado ningún cambio, modificación o alteración a las bases de datos e información suministradas por los profesionales de la salud administrativos de la Sociedad, siendo estos la Subgerencia Científica, Estadística, líder de atención al usuario. Es de resaltar el interés en este ejercicio académico de conocer desde la fuente, los datos reales generados con ocasión al tema analizado, en busca de oportunidades para la implementación de estrategias y elaboración de planes de mejora en los procesos administrativos y asistenciales de la institución.

La autora hace parte del equipo de colaboradores ejecutivos de la IPS en donde se desarrolla el presente estudio y por lo tanto es su compromiso garantizar el manejo sin manipulación maliciosa de datos obtenidos de las bases de diversas dependencias y personas, limitándose al análisis estadístico requerido para el presente trabajo de investigación.

Adicionalmente, el presente protocolo de investigación se presentó al Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle (CIREH) y se obtuvo el aval ético correspondiente, siendo aprobado con el código E 016-021, del 15 de marzo de 2021.

8. RESULTADOS

8.1. LA ADHERENCIA A LA TELECONSULTA

La Tabla 11. presenta el total de la población estudiada y el resultado de la variable dependiente de la adherencia a la teleconsulta, destacándose que el 89% de la población estudiada presenta esta característica:

Tabla 11. Total de población estudiada y la distribución por la variable de adherencia.

Ítem	Variable dependiente	Dimensión operativa	Frecuencia		Adherencia NO (n) (%)	Adherencia SI (n)	p
			Absoluta (n)	Porcentual (%)			
1	Adherencia a la Teleconsulta	Se presenta cuando el paciente asiste al control programado cada mes durante el período de estudio	348	100	37 10.63%	311 89.36%	0.0002809

Fuente: Base de datos CAC IPS- Análisis de la autora.

A continuación, se describen y muestran los resultados conforme a los objetivos planteados y usando las técnicas propuestas en el plan de análisis.

8.2 RESULTADOS PARA DETERMINAR LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA DE LOS PACIENTES DEL PPR DE UNA IPS A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR TELECONSULTA, DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID- 19, UBICADOS EN LOS MUNICIPIOS DE SEVILLA, TULUÁ Y ZARZAL.

Tabla 12. Resultados del análisis de las variables demográficas relacionados con la atención por teleconsulta de enfermería.

Ítem	Variable Independiente	Dimensión operativa	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Adherencia No (n)	Adherencia Si (n)
1	Sucursal	Sevilla	149	42,82	8	141
		Tuluá	164	47,13	19	145
		Zarzal	35	10,06	10	25

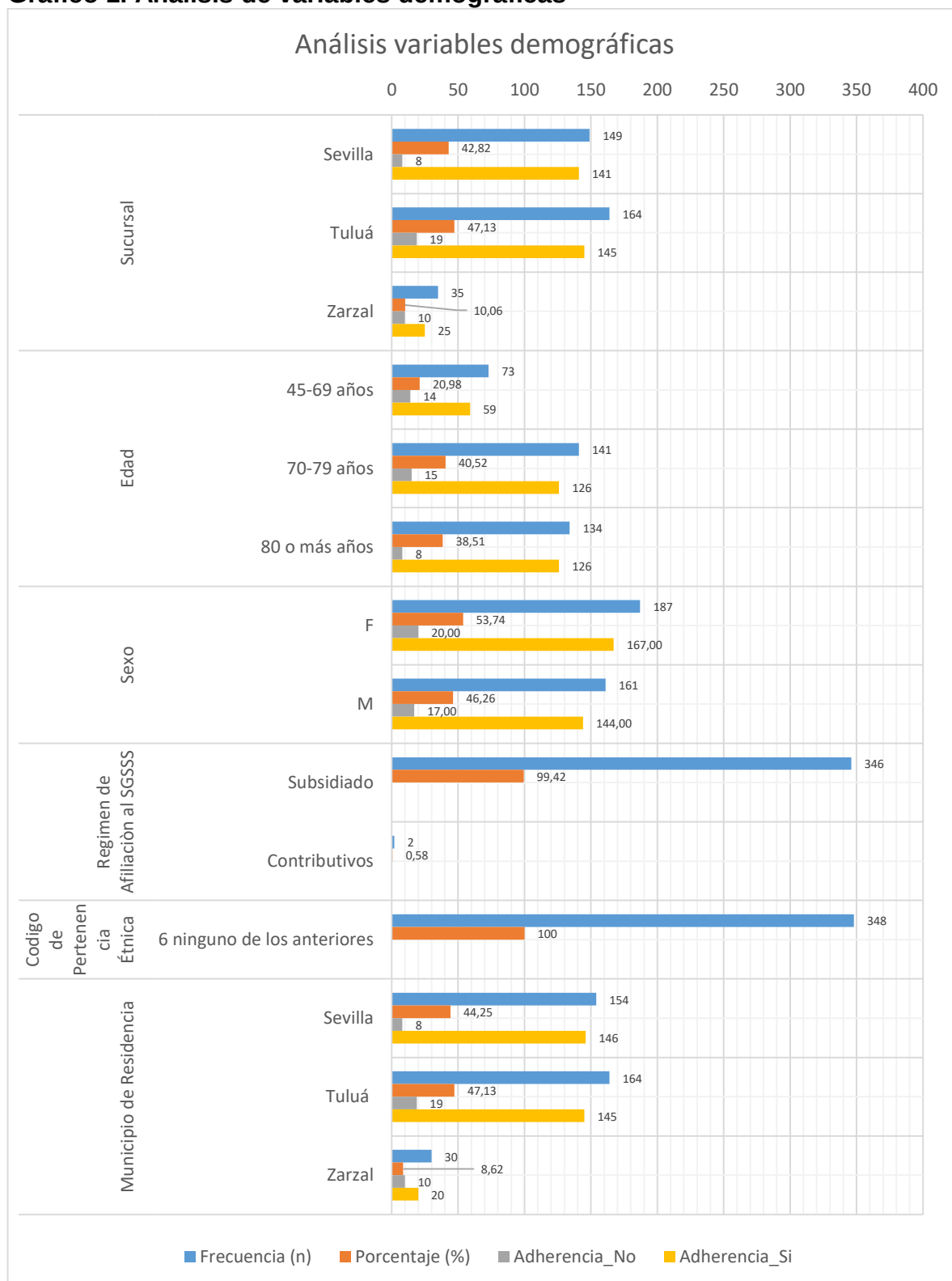
2	Edad	45-69 años	73	20,98	14	59
		70-79 años	141	40,52	15	126
		80 o más años	134	38,51	8	126
3	Sexo	F	187	53,74	20	167
		M	161	46,26	17	144
4	Régimen de Afiliación al SGSSS	Subsidiado	346	99,42	0	346
		Contributivos	2	0,58	0	2
5	Código de Pertenencia Étnica	6 ninguno de los anteriores	348	100	0	348
6	Municipio de Residencia	Sevilla	154	44,25	8	146
		Tuluá	164	47,13	19	145
		Zarzal	30	8,62	10	20

Fuente: Base de datos CAC IPS- Análisis de la autora.

La Tabla 12 y el Gráfico 1, presentan los hallazgos respecto a las variables demográficas para los 348 pacientes del estudio, encontrando en el análisis descriptivo univariado que estos están distribuidos en Sevilla con un 43%, Tuluá el 47%, y Zarzal el 10%. Respecto a la edad, se presenta preponderancia de los pacientes mayores de 80 años, sumando un total de 134 (38,51%); del total de la población predominan las mujeres con 187 pacientes, (53,74%); acerca del régimen de afiliación al SGSSS, pertenecen al régimen subsidiado 346 pacientes, (99,42%), y ninguno reconoce pertenecer a alguna etnia.

En cuanto al análisis bivariado respecto a la adherencia, al desagregar por las variables demográficas, se resaltan diferencias significativas por sucursal, edad, las cuales tienen relación directa con la adherencia. Al evaluar la independencia de las otras variables demográficas con relación a la adherencia, el valor p de la prueba *chi cuadrado*, indica que las variables sexo, régimen de afiliación y pertenencia étnica, son independientes de la adherencia, es decir, no tienen ninguna relación.

Gráfico 1. Análisis de variables demográficas



Fuente: Base de datos CAC IPS- Análisis de la autora.

8.3 RESULTADOS PARA DETERMINAR LOS FACTORES DE LA ERC Y SUS ENFERMEDADES PRECURSORAS RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR TELECONSULTA, DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID- 19, DE LOS PACIENTES RENALES CRÓNICOS DE UNA IPS EN LOS MUNICIPIOS DE SEVILLA, TULUÁ Y ZARZAL.

Tabla 13. Factores relacionados con las variables clínicas y paraclínicas de las enfermedades precursoras de la ERC en la IPS del Valle del Cauca.

Ítem	Variable Independiente	Dimensión operativa	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Adherencia No (n)	Adherencia Si (n)	P
1	El usuario tiene diagnóstico confirmado de hipertensión arterial	No	35	10,06	9	26	0.005726
		Si	313	89,94	28	285	
2	Rango de antigüedad del diagnóstico de Hipertensión Arterial-HTA	No aplica	35	10,06	9	26	0.06503
		Menos de 5 años	30	8,62	3	27	
		5-10 años	84	24,14	8	76	
		10-20 años	113	32,47	11	102	
		Más de 20 años	76	21,84	6	70	
		Desconocido	10	2,87	0	10	
3	El usuario tiene diagnóstico confirmado de diabetes mellitus	No	255	73,28	28	227	0.8788
		Si	93	26,72	9	84	
4	Antigüedad del diagnóstico de diabetes mellitus	No aplica	255	73,28	28	227	0.9414
		Menos de 5 años	21	6,03	1	20	
		5-10 años	23	6,61	2	21	
		10-20 años	26	7,47	3	23	
		Más de 20 años	22	6,32	3	19	
		Desconocido	1	0,29	0	1	

Ítem	Variable Independiente	Dimensión operativa	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Adherencia No (n)	Adherencia Si (n)	P
5	Frecuencia de dislipidemia	No	169	48,56	19	150	0,8532
		Si	179	51,44	18	161	
6	Etiología de la ERC	Desconocida o paciente en abandono	9	2,59	2	7	0.027
		Diabetes	70	20,11	6	64	
		HTA o DM	248	71,26	23	225	
		Otras	21	6,03	6	15	
7	Índice de Masa Corporal-IMC	Mayor a 25	151	43,39	17	134	0.1826
		Menor a 24,9	197	56,61	20	177	
8	Estadio de la ERC	3 A	111	31,90	16	95	0.2097
		3 B	185	53,16	18	167	
		4	52	14,94	3	49	
9	Rango de antigüedad en la PPR.	Menos de 2 años	36	10,34	5	31	0.7913
		Entre 2 y 3 años	150	43,10	15	135	
		Entre 4 y 5 años	162	46,55	17	145	

Fuente: Base de datos CAC IPS- Análisis de la autora.

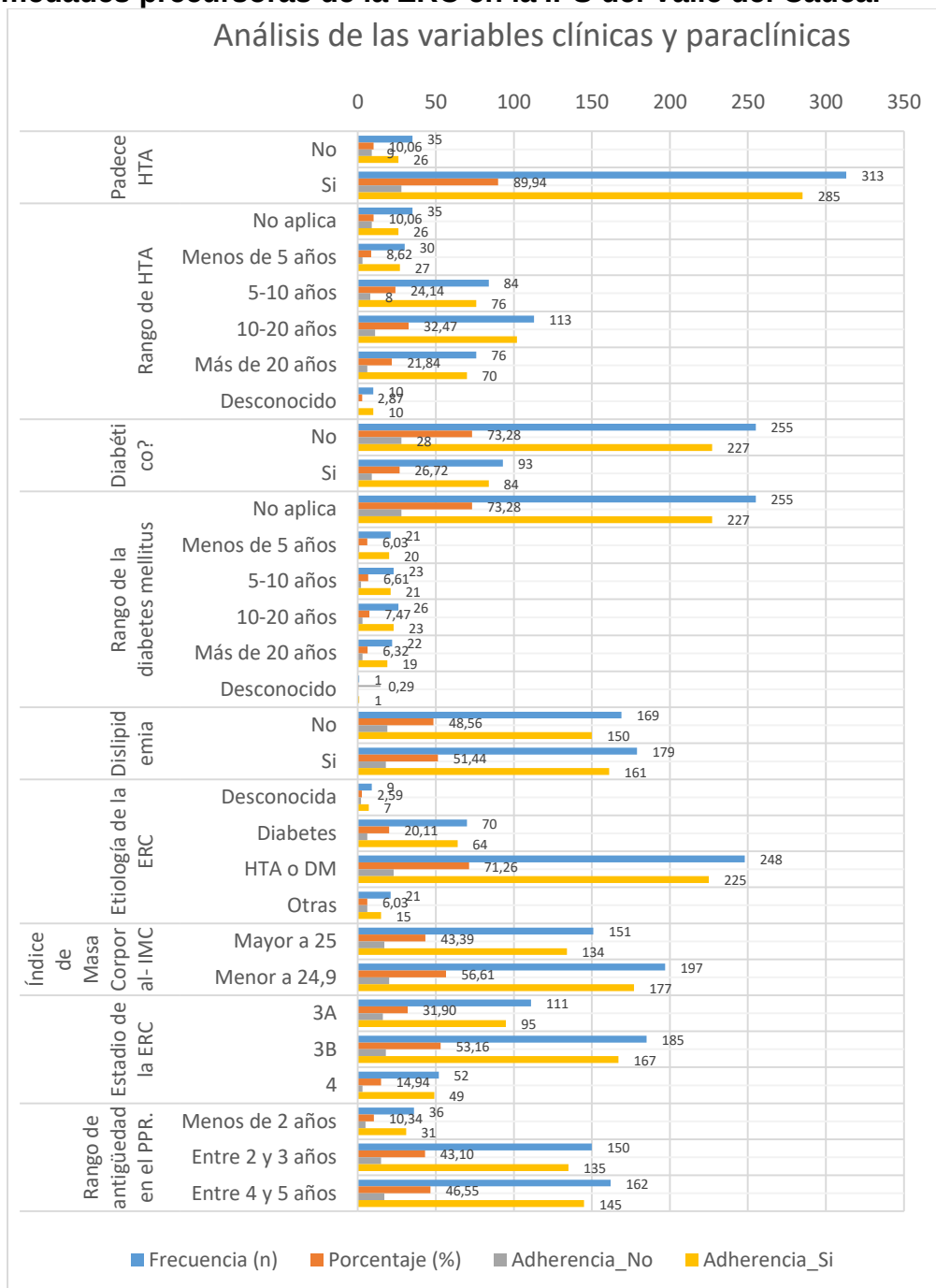
La Tabla 13 y el Gráfico 2, muestran la distribución absoluta y relativa de las variables clínicas y paraclínicas en el estudio. Se encuentra en el análisis descriptivo univariado que el 89.94% corresponde a personas con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y en el análisis bivariado esta característica está directamente vinculada a la adherencia, siendo esta relación estadísticamente significativa.

A su vez, respecto a la antigüedad en el diagnóstico de HTA, la mayoría de la población estudiada tiene entre 10 y 20 años y no tiene ninguna relación con la adherencia.

También se observa que el 26.72% son personas con diabetes mellitus, de los cuales el 7,47% tienen una antigüedad del diagnóstico de entre 10 y 20 años, no teniendo estas dos variables relación estadísticamente significativa con la adherencia. Otra enfermedad que padece la población de estudio es la

dislipidemia en un 51,44% de los casos, sin relación significativa con la adherencia.

Gráfico 2. Análisis de las variables clínicas y paraclínicas de las enfermedades precursoras de la ERC en la IPS del Valle del Cauca.



Fuente: Base de datos CAC IPS- Análisis de la autora.

Se destaca que se encontró que el 71,26% de la población estudiada presenta etiología de la ERC por HTA o DM, no siendo significativa esta variable para la adherencia.

Se encuentra que el 43,39% de la población tiene IMC que indica sobrepeso. Al analizar la prueba de independencia *chi cuadrado* arroja que las variables DM, peso y antigüedad en los programas de HTA y DM son estadísticamente independientes de la adherencia a la teleconsulta.

Además, se presenta en la misma Tabla 13 las distribuciones absolutas y relativas de las variables relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la ERC. En ella se observa en el análisis descriptivo univariado que el 53.16% de los pacientes se encuentran en estadio 3 B, además, es posible observar que al rededor del 90% de los pacientes llevan más de 2 años en el programa de nefroprotección. En el análisis bivariado con relación a la adherencia no hay diferencias significativas por las variables analizadas. El valor *p* de la prueba de independencia *chi cuadrado* muestra que para un nivel de significancia del 5%, estas variables son independientes de la adherencia.

8.4 RESULTADOS PARA DETERMINAR LOS FACTORES ORGANIZACIONALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y EL PROCESO DE CITAS RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR TELECONSULTA, DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19, DE LOS PACIENTES DE ERC DE UNA IPS EN LOS MUNICIPIOS DE SEVILLA, TULUÁ Y ZARZAL.

Tabla 14. Resultados para determinar los factores organizacionales del personal de enfermería y el proceso de citas en la adherencia a la teleconsulta de enfermería.

Ítem	Variable Independiente	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Adherencia No (n)	Adherencia Si (n)	p
1	Facilidad en el contacto telefónico	Malo	14	4,02	2	12	0.3099
		Regular	33	9,48	1	32	
		Bueno	301	86,49	34	267	
2	Atención Telefónica	Malo	17	4,89	1	16	0.5427
		Regular	32	9,20	2	30	

Ítem	Variable Independiente	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Adherencia No (n)	Adherencia Si (n)	p
	(Amabilidad, trato, cortesía)	Bueno	299	85,92	34	265	
3	Disponibilidad de Citas	Malo	12	3,45	2	10	0.08467
		Regular	35	10,06	0	35	
		Bueno	301	86,49	35	266	
4	Tiempo de espera previo a la consulta	Malo	9	2,59	0	9	0.3851
		Regular	32	9,20	2	30	
		Bueno	307	88,22	35	272	
5	Procesos Administrativos (Resolución de necesidades y expectativas)	Malo	14	4,02	1	13	0.3047
		Regular	17	4,89	0	17	
		Bueno	317	91,09	36	281	
6	Personal de Admisión	Malo	7	2,01	1	6	0.7319
		Regular	30	8,62	2	28	
		Bueno	311	89,37	34	277	
7	Personal de enfermería	Malo	6	1,72	0	6	0.5599
		Regular	28	8,05	2	26	
		Bueno	314	90,23	35	279	
8	¿Recomendaría la IPS a Otras personas?	Sin respuesta	79	22,70	9	70	0.9671
		No	9	2,59	1	8	
		Si	260	74,71	27	233	

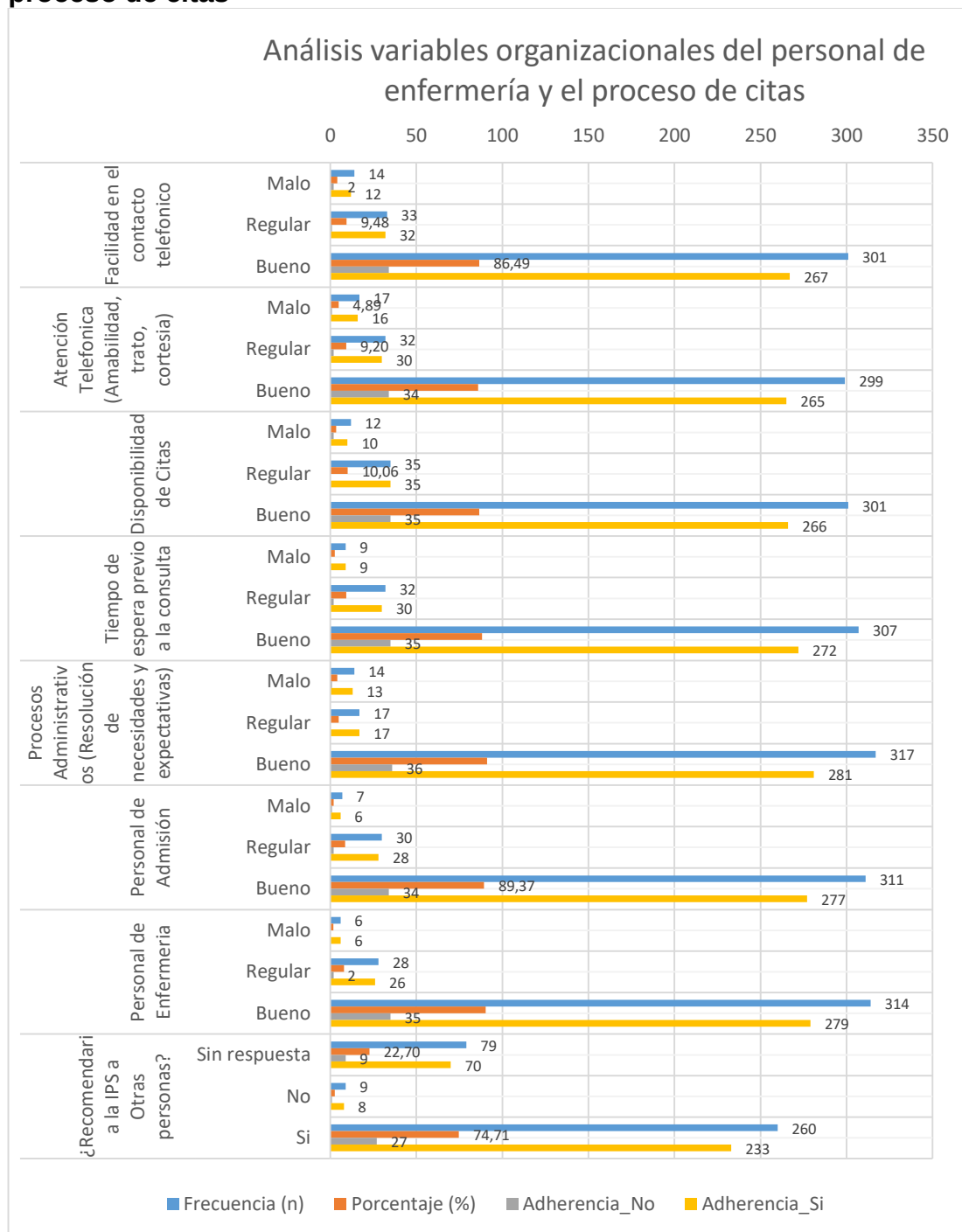
Fuente: Encuesta Organizacional IPS- Análisis de la autora.

En la Tabla 14 y la Gráfica 3, se puede apreciar la distribución absoluta y relativa de las variables de satisfacción con la atención de los usuarios. Se encuentra en el análisis descriptivo univariado que para el 86.49% de los usuarios fue fácil el contacto telefónico y buena la disponibilidad de citas, el 85,92% tuvieron una percepción positiva de la amabilidad, trato y cortesía en la atención telefónica, el 88,22% percibe como bueno el tiempo de espera para la consulta, el 91,09% tiene un buen concepto con respecto a los procesos administrativos y el 89,37% una buena impresión de las personas de admisión, el 90,23% de los pacientes le parece que el personal de enfermería es bueno, y, finalmente, el 74,71% de los pacientes recomienda a la IPS del Valle del Cauca.

En el análisis bivariado con relación a la adherencia no se encuentran diferencias significativas por las variables organizacionales analizadas. Sin embargo, se destaca que la población que presenta adherencia al programa califican con

bueno las variables organizacionales y del personal de atención, como se observa en la Gráfica 3.

Gráfico 3. Análisis variables organizacionales del personal de enfermería y el proceso de citas



Fuente: Encuesta Organizacional IPS- Análisis de la autora.

Es relevante también destacar que se observa que la significancia de la variable *disponibilidad de citas* puede ser considerada con una relación marginal respecto a la adherencia por ser su valor $p = 0.08467$, indicando que requiere ser considerada en las acciones organizacionales, para mejorar administrativamente esta variable, con efectos muy positivos en lo financiero y la adherencia.

8.5 ANÁLISIS MULTIVARIADO CON APLICACIÓN DE LOS MÉTODOS BACKWARD Y FORWARD

La etapa final del procesamiento estadístico fue el análisis multivariado y una vez realizada la selección de variables por los métodos *backward* y *forward*, las variables que resultan significativas al 5% en ambos modelos son: Sucursal, Edad e Hipertensión (debido a que sus valores p son menores a 0.05).

El ajuste del modelo se evalúa comprobando como clasifica el modelo final a los individuos de la muestra en comparación con el "*gold standar*" (la realidad, lo observado). Se observa que el modelo final clasificaría correctamente como adherentes al programa de ERC a 308 pacientes, por lo que su sensibilidad es del 99.03% (308/311) y clasificaría correctamente como no adherentes a un paciente, por lo que su especificidad es del 2.7% (1/37). De forma global, la correcta clasificación es del 88.79% ((1+308) / (1+308+36+3)). Adicionalmente, se calculó la log-verosimilitud para el modelo propuesto que se calcula comparando la desviación de dos modelos (el completo y el final) y que sigue una distribución *Chi cuadrado* con 23 grados de libertad (que resulta de la diferencia en el número de parámetros entre los dos modelos que se comparan) y se obtiene que el modelo final presenta un buen ajuste.

8.5.1 Interpretación de los coeficientes del modelo

El valor en el modelo respecto a la sede Zarzal, indica que el no ser atendido en esa sede disminuye la probabilidad de adherencia en 56.34%.

El grupo de edad de 80 años y más tienen casi ($\exp^{(0.5932)} = 1.80$), 2 veces más de ser adherentes que el grupo de edad de 45 a 69 años. De manera similar la presencia de hipertensión se relaciona directamente con la adherencia.

La prueba de verosimilitud presenta buen ajuste del modelo, como lo muestra la Tabla 15.

Tabla 15. Resultados de la aplicación del modelado. Modelo ajustado con las variables que resultaron significativas.

Variables que resultaron significativas				
Coefficients	Estimate	Std. Error	z value	Pr(> z)
(Intercept)	1,5054	0,5533	2,721	0,00651
Sede TULUA	-0,8289	0,4524	-1,832	0,06692
Sede ZARZAL	-1,5764	0,5702	-2,765	0,0057
Edad_cod_final2 (70-79 años)	0,5932	0,4395	1,35	0,17705
Edad_cod_final3 (80 años y más)	1,3407	0,5041	2,66	0,00783
HTA_cod1	0,9759	0,4792	2,037	0,04169
(Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)		Evaluación del modelo		
Null deviance: 235.77 on 347 degrees of freedom		Log-verosimilitud	Diferencia de residuos: 42.2408	
Residual deviance: 205.20 on 340 degrees of freedom			Grados de libertad: 23	
AIC: 221.2			p-value: 0.0085	
Number of Fisher Scoring iterations: 5				
Correcta clasificación				
		Predicciones		
		0	1	
observaciones	0	1	36	
	1	3	308	

Fuente: Base de datos CAC IPS- Software R.- La autora.

9. LIMITACIONES Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

Este estudio se circunscribe al caso de una institución prestadora de servicios de salud, que opera en el Valle del Cauca, con tres sucursales, ubicadas en los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal, por lo cual los resultados solo son aplicables a las características específicas de la población adscritas a las mismas. A su vez la delimitación de la población restringe los análisis y resultados solo a los grupos poblacionales considerados.

En este estudio se destaca la utilización de información de los registros existentes en la base de datos de la Cuenta de Alto Costo de la EPS Emssanar, operada por la IPS del Valle del Cauca. Esta investigación no diseñó un instrumento o implementó una encuesta propia para ser aplicada a la población en estudio, por ya existir una encuesta de satisfacción corporativa utilizada por la IPS para medir la satisfacción de sus usuarios, de la cual también se vale la investigación aquí desarrollada. Este estudio exploratorio del fenómeno de adherencia es relevante ya que aporta un enfoque y modelo de análisis que emplea variables acordes a la normatividad de la Cuenta de Alto Costo (CAC), vigente para Colombia y tiene la ventaja de hacer uso de esa información rutinaria de las EPS, aprovechando así las fuentes de datos existentes en nuestro sistema de salud, que puede ser empleado para otras investigaciones dirigidas al mejoramiento del fenómeno de la adherencia en la salud pública.

Además, el presente estudio es relevante porque incluye como aspecto central destacable los factores organizacionales involucrados con la calidad interpersonal y satisfacción con los servicios de salud, sobre los cuales la evidencia y estudios relacionados son escasos, como se mencionó en el estado del arte.

En consecuencia, este estudio aporta elementos analíticos desde la perspectiva disciplinar de la Administración de Salud, que pueden ser utilizados en estudios posteriores más amplios o prospectivos y por otras instituciones de servicios de salud que hacen parte del sistema de la Cuenta de Alto Costo, las que utilizan la teleconsulta, las que tienen programas de atención a la ERC y en general, por

instituciones prestadoras de salud que tengan programas especiales de control, seguimiento y tratamiento de enfermedades crónicas.

Se realizó la prueba de rachas para la muestra y la prueba de significancia indica que se rechaza la hipótesis nula, por consiguiente futuros estudios requieren periodos de investigación más amplios con muestreo representativo aleatorio, el estudio realizado tiene una temporalidad estrecha de tres meses (abril, mayo y junio de 2020).

Los beneficiarios de la investigación incluyen tanto a los pacientes por el enfoque encaminado a identificar aspectos relacionados con la adherencia, como también al SGSSS y a las instituciones involucradas al contemplar elementos analíticos que pueden ser considerados en estrategias para el control del costo institucional de la atención de la enfermedad renal.

10. DISCUSIÓN

En este estudio se pudo hallar que resultan significativas para la adherencia a la teleconsulta de enfermería en el PPR, la sucursal del municipio de Zarzal, la Edad (mayores de 80 años) y la etiología de la enfermedad con la presencia de HTA. No se encuentran diferencias significativas por las variables organizacionales de satisfacción de la atención incluidas en el estudio.

Esta investigación tuvo las limitaciones mencionadas anteriormente, las cuales tienen que ver con su circunscripción a la población estudiada, produciendo resultados solo aplicables a esa población y la utilización de un conjunto restringido de variables procedentes de una base de datos secundaria, con información existente en los registros de la base de datos de la Cuenta de Alto Costo, operada por una IPS del Valle del Cauca y la utilización también de la encuesta de satisfacción que institucionalmente utiliza la misma IPS para medir la satisfacción de sus usuarios.

Las fortalezas están representadas en un aporte muy importante a la utilización de mecanismos alternativos para el análisis de la adherencia a programas de atención relevantes para la salud pública, diferentes a medidas de adherencia terapéuticas utilizadas tradicionalmente, haciendo un aporte a la investigación temas tan sensibles para la administración en salud, como lo son el análisis de la atención a los usuarios y las implicaciones en los costos fijos (nómina, prestaciones sociales y seguridad social del personal, arrendamientos, comunicaciones, depreciación de los activos fijos, costo financiero del capital invertido, etc.) desperdiciados en situaciones de precaria adherencia a los tratamientos y programas de salud y por falta de políticas y estrategias institucionales para el mejoramiento de esa falta de adherencia.

Confrontado los hallazgos presentados, con los resultados de las investigaciones realizadas acerca de la adherencia, existen muchos estudios analizando la temática desde la perspectiva terapéutica, es decir desde la evaluación del cumplimiento del tratamiento médico. No obstante, llama la atención que utilizando

estrategias y herramientas muy diferentes, se ha llegado a la convergencia en los resultados respecto a la categoría de variables demográficas, en las cuales encontramos distintas coincidencias. Veamos:

En la revisión de 19 artículos, 6 revisiones y 13 estudios observacionales sobre adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis, concluyen Ruiz García Estíbaliz et al²², que casi todos los estudios mostraron que no hay diferencia importante en cuanto al género (sexo) y que a mayor edad tiene patrones de mayor adhesión al tratamiento farmacológico, conclusión que coincide con los resultados del presente estudio. También esos autores encuentran que la situación laboral de los pacientes influye en la adhesión al tratamiento farmacológico igual que el nivel socio-económico (estrato social) y el educativo, variables no propiamente evaluadas en este estudio debido a que no se encuentran en las bases de datos secundarias usadas en este estudio. No fueron analizados en la presente investigación los estratos socioeconómicos por cuanto la variable definida desde la CAC solo considera si el usuario es del régimen contributivo a subsidiado, perteneciendo a este último grupo los estratos de menores ingresos.

Orueta, R. Gómez et al²³, recomiendan fijar estrategias para evitar la no adherencia enfocándose en los pacientes hombres menores de 50 años, quienes incumplieron el 66,7% de las citas concertadas para el seguimiento y control de la HTA, muy parecido a los hallazgos en este estudio ya que a mayor edad se encontró más adherencia. No encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los factores demográficos como sexo y estado civil, coincidentes con las deducciones del presente análisis.

Contreras, F. et al²⁵, utilizando el formulario de salud SF-36, en el que se registraron los datos sociodemográficos, bioquímicos y clínicos de 33 pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, encuentran que no existen diferencias significativas en la atención al tratamiento por diferencias en el

sexo y que a mayor edad existe una mayor adherencia, resultados que coinciden con los resultados aquí obtenidos.

González, Ruiz D.P. et al²⁶, analizan los hallazgos de doce ensayos clínicos, tres estudios cuasi-experimentales y tres revisiones sistemáticas en el artículo Efectividad de las tecnologías de la información y comunicación en la adherencia terapéutica de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, encontrando que las principales precursoras de la ERC son la HTA y la DM, tal como se concluye aquí y que el uso sistematizado de intervenciones monocomponente (un solo dispositivo) y multicomponente (usando varios componentes al tiempo, por ejemplo, video, sonido y teléfono), combinado con el rol de la enfermera, generan mejoramiento de la adherencia terapéutica. Coinciden con el presente estudio, en la efectividad de los usos de las TICS en el mejoramiento de la adhesión al tratamiento de pacientes con las enfermedades crónicas analizadas.

En el estudio realizado por Saad Acosta C. et al²¹., en el que se reconoce la ERC como catastrófica por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, hasta llegar a la complejidad de la hemodiálisis, reconoce que por su ubicación (hospital Militar de Bogotá) ese estudio puede tener limitaciones y podría no tener una validez generalizada ya que los pacientes que asisten a consulta a un hospital militar, no son representativos de las condiciones de vida y la formación psicosocial y educativa de la población en general; y es así como, por ejemplo, el estrato socio-económico de los pacientes de ese estudio pertenecen en su mayoría al 3 y 4 y son contributivos al SGSSS mediante el régimen especial de las fuerzas militares y de policía. En el presente estudio, por el contrario, todos los pacientes son de los estratos 1, 2 y 3 y pertenecen al régimen subsidiado o no contributivo del SGSSS, por lo cual las comparaciones entre estos estudios no son posibles.

Los estudios identificados en la revisión bibliográfica para el estado del arte no incluyen el componente organizacional y la medición de satisfacción del usuario

con el servicio prestado para analizar la adherencia de los pacientes a un programa de salud para el tratamiento y control de la ERC u otro tipo de enfermedad catastrófica. De allí que el énfasis en los aspectos organizacionales del presente trabajo pueden ser punto de partida para nuevos intentos en el análisis de la adherencia, dándole un alcance más amplio a los estudios al desvincularlos del criterio terapéutico, únicamente.

En una búsqueda más reciente de literatura científica se identifica el estudio de Leibar Tamayo A., et al³⁸., en el que se evalúa la teleconsulta durante la pandemia del Covid- 19 en pacientes urológicos y se confirma similar al presente estudio, la alta satisfacción de los usuarios con la utilización de esa estrategia de comunicación y atención con los pacientes.

11. APORTES A LA ADMINISTRACIÓN

De esta investigación se resalta el aporte a la disciplina de la Administración en Salud, en las líneas establecidas en la Maestría: administración y gestión integral en salud; políticas públicas y sistemas de salud; y economía de la salud; con énfasis en la primera. Estos aportes los podemos evaluar desde los siguientes aspectos:

11.1. RESULTADOS DE NUEVO CONOCIMIENTO

La presente investigación muestra que el análisis desde perspectivas organizacionales respecto a la adherencia de programas de salud, es una alternativa diferencial a los enfoques utilizados tradicionalmente; aportando entonces información nueva y útil al análisis de la adherencia y abriendo posibilidades de mejoras en la atención de los pacientes, al desligarse de la terapéutica como único foco. En cambio, el énfasis en otros aspectos que afectan la salud del paciente, como el grado de satisfacción en el proceso de atención y su interrelación con el personal involucrado, las facilidades para acceder a los servicios, el empleo de mediadores tecnológicos y en general las políticas institucionales, son factores organizacionales que requieren ser analizados en procura de mejorar el uso de los recursos del SGSSS, en el contexto colombiano.

11.2. FORTALECIMIENTO DE LA COMUNIDAD CIENTÍFICA COLOMBIANA

La presente investigación es un requisito para el grado de Maestría en Administración de Salud, el cual involucra un modelo de análisis aquí presentado y las estrategias para su desarrollo, que constituyen una apertura al análisis de la adherencia desde las perspectivas multilaterales, incluyendo desde lo organizacional y desde la calidad de la atención al usuario, adicionado con el análisis más tradicional basado en lo demográfico y en lo clínico. De esa manera se acerca a un modelo de análisis más completo e integral, en el complejo mundo de la atención oportuna y eficaz para la salud de la población y pretende contribuir

con perspectivas alternativas al propósito de mejorar el sistema de salud y por ende la dinámica social en general.

11.3. APROPIACIÓN SOCIAL DEL CONOCIMIENTO

El presente estudio y sus resultados serán socializados en boletines e informes ejecutivos y en reuniones grupales con las personas encargadas de las decisiones administrativas de las entidades involucradas y del personal médico, enfermería y de servicio al cliente, con fin el de crear conciencia acerca de la importancia de la adherencia a los programas por parte de los usuarios y el importante rol que desempeña el personal de la EPS y de la IPS en el mejoramiento de la misma.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

12.1 CONCLUSIONES

A. En el desarrollo del presente trabajo, se analizaron las categorías relacionadas con la adherencia de los pacientes atendidos por teleconsulta de enfermería en el programa de protección renal de la IPS del Valle del Cauca, durante el primer confinamiento ocasionado por la pandemia del Covid- 19.

B. Se determinaron los factores demográficos relacionados con la adherencia y se destaca en cuanto a la edad que la mayor adherencia se presenta en los pacientes mayores de 70 años, explicable por la inercia que se genera al padecer por más tiempo de la afección y el deseo de no sufrirla. En cuanto al sexo, es una variable completamente indiferente o independiente para la adherencia al tratamiento de la ERC por teleconsulta de enfermería. Por otro lado, se encuentra que los pacientes de los tres municipios tienen diferentes niveles de adherencia, lo cual no es explicable en el alcance de la presente investigación, pero podría establecerse en otro estudio posterior que involucre los factores sociogeográficos, socioeconómicos y otros procesos organizacionales o del personal.

C. Se investigaron los factores organizacionales del personal de enfermería y el proceso de citas relacionados con la adherencia a la atención de enfermería por teleconsulta, durante la pandemia del Covid- 19, de los pacientes de ERC de una IPS en los municipios de Sevilla, Tuluá y Zarzal. Los hallazgos permiten afirmar que ninguna de las variables consideradas dentro de los factores organizacionales analizadas guarda relación con la adherencia a la teleconsulta por ERC; sin embargo, es de destacar que una proporción muy alta de los pacientes da calificativos muy positivos a los factores organizacionales analizados, tal como el buen contacto y atención telefónico, la buena disponibilidad de citas, apropiado tiempo de espera para la consulta, buenos procesos administrativos, buen personal de enfermería y positiva manifestación para recomendar a la IPS.

D. Para la IPS estudiada y otras instituciones que trabajan el programa de protección renal, es interesante poder continuar o emprender investigaciones que permitan profundizar en estudios de factores organizacionales, incorporando análisis del proceso de atención y, adicionalmente, que se pueda identificar la disponibilidad, el conocimiento y aceptabilidad de la tecnología por parte de los usuarios que faciliten la adherencia a la teleconsulta. Dentro de las opciones estaría utilizar otro tipo de estudios como aquellos de diseños cualitativos, aplicando estrategias como entrevistas a profundidad o grupos focales.

E. La atención bajo la modalidad de teleconsulta ha permitido disminuir el porcentaje de inasistencia por parte de los usuarios al PPR, al comparar con los informes institucionales mencionados en la sección del problema, y los beneficios incluye el evitar los desplazamientos, los potenciales costos altos por concepto de transporte y las barreras por la disponibilidad de apoyo o ayuda de un cuidador o acompañante.

F. Se perfilan diversos retos para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud frente a decidir la continuidad de esta modalidad aplicando teleconsulta comparando con la atención presencial en la IPS al paciente. Implica analizar la viabilidad técnica administrativa, financiera y asistencial del modelo; y decidir la alternancia entre la teleconsulta y la presencialidad del paciente.

G. El contexto de la pandemia por el Covid-19 deja diversos aprendizajes. Así, las IPS requieren acciones organizacionales con enfoques proactivos, empleando por ejemplo una matriz DOFA, u otras herramientas que permitan realizar ejercicios de simulación y planeación prospectiva, para incorporar escenarios de futuras pandemias o crisis sociales que obstaculizan la atención presencial a los pacientes, e incluir en las guías y protocolos las alternativas virtuales a utilizar en estos casos de contingencia.

H. Respecto a la política de calidad institucional y los lineamientos generales para el país en el análisis de modalidades de atención como la teleconsulta, es relevante identificar factores que aportan u obstaculizan a la humanización de los

servicios y evidenciar áreas de mejoramiento para la eficiente atención a los usuarios. En este caso fue relevante por ejemplo la edad, e implica que se requieren otros estudios y acciones para analizar los diversos subgrupos poblacionales y sus particularidades.

I. Factores a analizar para futuras investigaciones son aquellos relacionados con los usuarios, tales como acceso a conexión telefónica, planes de datos, que facilitarían la teleconsulta. Otro aspecto es la capacidad auditiva de los usuarios, máxime cuando son personas mayores, sujetos a deterioro de sus sistemas orgánicos, por ejemplo, al padecer de hipoacusia. Es entonces importante analizar tanto las capacidades corporales, como la disponibilidad tecnológica del usuario respecto a esos requerimientos para la teleconsulta. Otro aspecto a considerar es la disponibilidad y apoyo de cuidadores que facilite el proceso de teleconsulta.

J. Se obtuvieron resultados acerca de la evaluación de la adherencia sin utilizar el enfoque tradicional de la medición de la adherencia terapéutica y los test de medición normalmente utilizados.

K. Se revela en el presente estudio que la variable de disponibilidad de citas tiene una significancia marginal en relación con la adherencia, es decir, indica que requiere ser considerada en las acciones organizacionales ya que es susceptible de mejorarse y tendría un efecto relevante.

L. Revisando los contenidos del seminario internacional organizado por el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud, titulado Telemedicina durante la pandemia de COVID-19- Lecciones aprendidas un año después³⁹, es conveniente acoger en el presente trabajo algunas de las conclusiones de ese seminario, por tratarse de una temática que encuadra muy bien, tales como el fortalecimiento del marco normativo que refuerce la conceptualización de los modelos de uso de las TICs en la medicina asegurando la calidad de la telemedicina y generando cultura y confianza en su uso para los actores del sistema de salud.

M. Acorde al seminario internacional mencionado (Banco Mundial y OPS) en cuanto a las lecciones aprendidas respecto a Telemedicina durante la pandemia de COVID-19,⁴⁰ se acoge la recomendación respecto al personal de la salud y los usuarios, en cuando a que es necesaria la capacitación del talento humano, abarcando e iniciando desde los programas académicos del sistema educativo, incluyendo el recurso humano vinculado a la salud, las asociaciones y agremiaciones de los profesionales de la salud. Incluso la capacitación a la población para la sensibilización hacia el uso de la telemedicina a través de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, con los cual se favorece la confianza.

N. También se recomienda en el seminario antes mencionado, la conveniencia del desarrollo de parques tecnológicos con enfoque a la prestación de los servicios de salud con la utilización de la telemedicina; la necesidad de invertir y habilitar parques tecnológicos para continuar la prestación de los servicios de salud, estandarización de plataformas tecnológicas, temas de seguridad informática y digital, trabajar con bases de datos más avanzadas, mejora de la conectividad, mejora de la disponibilidad de dispositivos fijos y móviles y una transformación digital de la medicina hacia el futuro.

12.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda para futuros estudios de adherencia utilizar otros enfoques como los guiados por teorías organizacionales que no necesariamente involucren el enfoque terapéutico, bajo la premisa que el presente documento ha mostrado la aplicabilidad de estos y ha revelado elementos analíticos a considerar en los procesos de atención, tal como la calidad interpersonal y la satisfacción del usuario.

Se recomienda a la EPS e IPS, mantener, reforzar y ampliar la práctica de la teleconsulta por enfermería para la atención de sus usuarios, ya que los resultados de este estudio demuestren un buen nivel de adherencia de los

pacientes a esta práctica, con la que también se evita el contacto físico con el paciente y por ende es una medida que contribuye a frenar la transmisibilidad del Covid- 19.

Es conveniente que institucionalmente las empresas prestadoras de servicios de salud estimulen o patrocinen el enrolamiento de los profesionales de la salud a la investigación en las áreas de la administración de salud con la expectativa de tener hallazgos para el beneficio de sus usuarios y la economía institucional.

Es relevante recomendar a las empresas prestadoras de servicios de salud (EPS e IPS) la formulación de proyectos de investigación para el mejoramiento de la administración y los servicios a sus usuarios, para cuyo desarrollo existen recursos Estatales, a través del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Colombia y otras fuentes nacionales e internacionales como aquellas de las universidades públicas y privadas y fundaciones u ONGs.

Para futuras investigaciones que tengan el propósito de evaluar y mejorar la adherencia, sería muy conveniente ampliar y profundizar en otras variables organizacionales y tratar de obtener información de la población no adherente mediante investigaciones de tipo cualitativo, utilizando las técnicas de grupos focales, entrevistas o estudios de caso.

Se recomienda a la IPS analizada un plan de acción para aumentar la disponibilidad de citas con lo cual lograría mejorar varios indicadores como el de satisfacción de los usuarios y la adherencia al PPR, y en consecuencia repercutiría positivamente en los de ingresos financieros.

El sistema educativo colombiano en todos los niveles en unión del sistema de salud, debe diseñar programas e implementar íntegramente el sistema que conduzca a un desarrollo y una apropiación cultural del uso de las herramientas de las TICs en la medicina, para lograr que se normalice su uso por parte de los prestadores del servicio como por los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Interamericano de Desarrollo- Organización Panamericana de la Salud. Telemedicina durante la pandemia de COVID-19. Seminario Webinar. [Internet]. Consultado en 27 de mayo de 2021. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=7CCZvsziTG4>.
2. Organización Mundial de la Salud- OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción; 2004. [Internet]. [Consultado 10 sept. 2020] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid.
3. López O. María O.; Caba Domingo del C.; Sánchez P. Jaime. Alteraciones del metabolismo óseo mineral en la enfermedad renal crónica del paciente trasplantado renal. *Nefrología* 2009;29(Sup. 1):31-37. [Internet]. Consultado en 17 de octubre de 2020. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-alteraciones-del-metabolismo-oseo-mineral-enfermedad-renal-cronica-del-paciente-articulo-X0211699509004524>.
- 4 Nicoll R.; Robertson L.; Gemmell E.; Sharma P.; Black C-; Marks A. Models of care for chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrology (Carlton)*. School of Medicine, Medical Sciences and Nutrition. University of Aberdeen. United Kingdom. 2018; 23(5):389-96. [Internet]. Consultado en 17 octubre de 2020. Disponible en: https://aura.abdn.ac.uk/bitstream/handle/2164/11485/PURE_version_Main_document.pdf;jsessionid=B9948C068DC125C3EB02B644835BC7BC?sequence=1<https://doi.org/10.1111/nep.13198>.
5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2013; Suppl.3,1-150. [INTERNET]. Consultado en 12 sept.,2020. Disponible en: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
6. Colombia. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2019. Cuenta de Alto Costo [CAC]. Boletín de edición anual ISSN: 2322-6323. [Internet]. Consultado en 23 de julio, 2020. Disponible en https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2020/06/CAC.Co_2020_06_24_Libro_Sit_ERC_2019V7.pdf.
7. Flores C. Juan C.; Alvo Miriam; Borja Hernán; Morales Jorge; Vega Jorge; Zúñiga Carlos; Müller Hans; Münzenmayer Jorge. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Rev. méd. Chile.* 2009 Ene. [Internet]. Consultado

en 14 de octubre de 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100026>.

8. Centers for Disease Control and Prevention. National Chronic Kidney Disease Fact Sheet, 2017. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2017. [Internet]. Consultado en 14 de octubre de 2020. Disponible en web: https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/kidney_factsheet.pdf.

9. Cerqueira D. de Paula, Tavares José R., Machado R. Carla. Factores de predicción de la insuficiencia renal y el algoritmo de control y tratamiento. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2014 Apr 22(2): 211-217. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200211&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3048.2404>.

10. Colombia. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo [CAC]. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2019. [Internet]. Consultado en 30 sept., 2020. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2020/06/CAC.Co_2020_06_24_Libro_Sit_ERC_2019V7.pdf.

11. Colombia. Cuenta de Alto Costo. [Internet]. Consultado en 23 de julio de 2020. Disponible en <http://www.cuentadealtocosto.org>.

12. Lopera M. Mónica M. (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 15(30), 212-233. [Internet]. Consultado en 20 de marzo de 2020. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.erc>.

13. Colombia. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo [CAC]. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2019. [Internet]. Consultado en 30 sept., 2020. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2020/06/CAC.Co_2020_06_24_Libro_Sit_ERC_2019V7.pdf.

14. Colombia. Minsalud. Coronavirus (COVID-19). Reporte. [Internet]. Consultado en 1 octubre, 2020. Disponible en: <https://covid19.minsalud.gov.co/>.

15. Colombia. Minsalud. Coronavirus (COVID-19). Reporte. [Internet]. Consultado en 1 octubre, 2020. Disponible en: <https://covid19.minsalud.gov.co/>.

16. Colombia. Minsalud. Coronavirus (COVID-19). Reporte. [Internet]. Consultado en 1 octubre, 2020. Disponible en: <https://covid19.minsalud.gov.co/>.

17. Colombia. Minsalud. Resolución número 521 de 28 de marzo de 2020.

18. Santillán G. A.; Cepeda D. J. M.; Meneses M. A.; García G. E.; y Valdespina A. C. Utilización de nuevas tecnologías aplicadas a la salud. Salusplay Editorial- País Vasco.

ISBN: 978-84-16861-39-2 [Internet]. Consultado en 10 octubre de 2020. Disponible en: <http://www.Salusplay.com>

19. IPS de Tuluá, Valle del Cauca. Informe de gerencia diciembre de 2018.

20. Saad Acosta C., Sepúlveda G., Ibáñez E., Flórez C., Herrán M., Márquez N. Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá, D. C. 2006-2007. Revista Colombiana de Enfermería. [Internet].

Consultado en 10 de agosto de 2010. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/1403/1009>.

21. Ruiz García Estíbaliz, Latorre López Luis Ignacio, Delgado Ramírez Aida, Crespo Montero Rodolfo, Sánchez Laguna José Luis. Adherence in hemodialysis patients to the pharmacologic treatment. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2016 Sep [citado 28 sept., 2020]. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300005&lng=es.

22. Orueta, R. Gómez- Calcerrada R. M.; Redondo S.; Soto M.; Alejandro G., López J. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos. *MEDIFAM* 2001; 11: 140-146 Vol. 11 – Núm. 3 – Marzo 2001. [Internet]. Consultado en 8 octubre, 2020. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n3/original.pdf>

23. Bravo-Zúñiga Jessica, Saldarriaga Enrique M., Chávez-Gómez Ricardo, Gálvez-Inga Jungmei, Valdivia-Vega Renzo, Villavicencio-Carranza Mirko et al . Efectividad de la adherencia a un programa de salud renal en una red sanitaria de Perú. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [Consultado en 13 de octubre de 2020] ; 54: 80. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100259&lng=en. Epub Aug 14, 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002109>.

24. Contreras, F.; Esguerra, G.; Espinosa, J. C.; Gutiérrez, C.; & Fajardo, L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. 2006. *Univ. Psychol.* vol.5, n.3. pp.487-500. [Internet]. . [Internet]. Consultado en 10 de agosto de 2010. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/1403/1009>.

25. González, Ruiz D.P., Getial Mora D.A., Higidio Miranda M.A-, Hernández-Zambrano S. M. Efectividad de las tecnologías de la información y comunicación en la adherencia terapéutica de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. *Enferm Nefrol.* 2020 Ene-Mar;23(1):22-32 [Internet]. Consultado en 26 de septiembre, 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020003>.

26. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. *Salud Publica Mex* [Internet]. 4 de enero de 1993 [citado 11 de noviembre de 2020];35(1):94-7. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5636>.

27. El Haj Hanae Ibn; Lamrini Mohamed; Rais Noureddine. QUALITY OF CARE BETWEEN DONABEDIAN MODEL AND ISO9001V2008. International Journal for Quality Research 7(1) 17–30. ISSN 1800-6450- [Internet]. Consultado en 5 de noviembre de 2020. [Disponible en: <http://www.ijqr.net/journal/v7-n1/2.pdf>].
28. Westaway Margaret S.; Rheeder Paul; Van Zyl, Danie G. & John R. Seager. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status, International Journal for Quality in Health Care , Volumen 15, Número 4, agosto de 2003 , Páginas 337–344. [Internet]. Consultado en 12 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg042>.
29. Kerguelén B. Carlos A. Los principios de la calidad en salud en Colombia. Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008. [Internet]. Consultado en 13 de octubre de 2020. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf>.
30. López C., Sandra Milena. Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, en una IPS de la ciudad de Cali. Trabajo de grado Magíster en Administración en Salud Univalle. Universidad del Valle- Facultad de Salud- Escuela de Salud Pública, Maestría en Administración en Salud Santiago de Cali, 2012 [Internet]. [Consultado en 26 de septiembre, 2020]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/6172/CB-0456371.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=21&zoom=100,292,152>.
31. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo- Pruebas para la acción. 2004. [Internet]. Consultado en 20 de octubre de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>.
32. Colombia. Minsalud- Cuenta de Alto Costo. Proceso: Cargue de la información–Res. 2463/2014 Instructivo para el reporte de información.
33. Hosmer, D. & Lemeshow, S. Applied Logistic Regression. 1989. New York: Wiley.
34. Alderete, A. M. Fundamentos del análisis de regresión logística en la investigación psicológica., Evaluar, 6. Universidad Nacional de Córdoba 2006..
35. Silva A., L. C. Regresión Logística, España. Editorial La Muralla, 2008.
36. González V, A. Selección de variables: Una revisión de métodos existentes. Universidad da Coruña. Facultad de informática. 2015.
37. Manzini Jorge Luis. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. Acta bioeth. [Internet]. Citado 2020 Oct 26. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>.

38. Leibar Tamayo A., Linares Espinós E., Ríos González E., Trelles Guzmán C., Álvarez-Maestro M., Guerín C. de Castro, Fernández-Pascual E., Girón de Francisco M., Gómez de Vicente J.M., Gómez Rivas J., Mainez Rodríguez J.A., Pérez-Carral J.R., Garcia-Matres M.J., Martínez-Piñeiro L. Evaluación de la teleconsulta en el paciente urológico durante la pandemia COVID-19. *Actas Urol Esp.* 2020. [Internet]. Consultado 2020 Oct 26. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2020.06.002>.

ANEXOS

ANEXO A. CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA IPS



Nº: 900.348.090-5
Sede Principal - Av 5 Norte No 179-31
POB. 4602002 - Santiago de Cali, Colombia

Tuluá, Julio 10 de 2020
ENDOSA-GG-450-2020

Doctores
LUZ STELLA LOZANO CRUZ
Estudiante Maestría Administración en Salud
Universidad del Valle
E. S. D.

Referencia: Autorización para realizar Trabajo de Investigación en la Sociedad
ENDOSALUD DE OCCIDENTE S.A. Nº 900.348.090-5.

Cordial Saludo respetado Doctores Luz Stella,

En atención a su solicitud, La Gerencia General de la Sociedad autoriza la realización del Trabajo de Investigación "FACTORES DE ADHERENCIA A LA TELECONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN RENAL EN UNA IPS DEL VALLE DEL CAUCA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DEL COVID- 19"

Así las cosas, este despacho coloca a su disposición todo lo requerido para lograr el objetivo académico, ósea toda la información que considere necesaria para llevar a cabo la investigación, siendo Bases de datos secundarias.

Cordialmente,

ANGELICA MARIA GARCIA CARACAS
Gerente General
Endosalud de Occidente S.A.



ANEXO B. CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA DE UNIVALLE

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



Santiago de Cali, 15 de marzo de 2021

Profesora
NAYDÚ ACOSTA RAMÍREZ
Escuela de Salud Pública
Atn.
LUZ STELLA LOZANO CRUZ
Estudiante de Maestría en Administración en salud
Facultad de Salud
Universidad del valle

Asunto: Aprobación a protocolo sin participación directa de seres humanos

Cordial saludo.

El Comité Institucional de Revisión de Ética Humana en sesión plenaria, deja constancia que en la propuesta "FACTORES DE ADHERENCIA A LA TELECONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN RENAL EN UNA IPS DEL VALLE DEL CAUCA DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DEL COVID- 19" Con código E 016-021, se trabajará con bases de datos.

Esta propuesta fue revisada y aprobada. Se considera que no involucra la participación directa de seres humanos y cumple con los lineamientos éticos.

Se deja copia en nuestro archivo para futuras consultas o constancia de esta decisión.

Atentamente,

BEATRIZ E. FERNANDEZ
Presidente
Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Universidad del Valle – Sede San Fernando
Calle 48 N° 36 – 00 Edificio 100 oficina 222
Tel. 518 56 77
eticasalud@correounivalle.edu.co
Cali, Colombia