

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES**  
**ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN**  
**SALUD**

**Investigación** “Medición de la Satisfacción de Usuarios Hospitalizados en el Programa Hospitalización y Atención Domiciliaria en Hospital de Baja Complejidad en Tuluá -Valle del Cauca”

Por

Daiana Karolina Bustamante Portilla  
Warner Delgado García

## RESUMEN

**Objetivo:** La presente investigación pretende evaluar la satisfacción de los usuarios del Programa Hospitalización y Atención Domiciliaria en un hospital de baja complejidad, afiliados al régimen subsidiado y población pobre no asegurada en las IPS estatales del municipio de Tuluá. **Metodología:** se realizó un estudio de tipo mixto: **cuantitativo** aplicando encuesta a cuidadores o pacientes con hospitalización en casa según criterio medico institucional y cumplimiento de criterios de inclusión al programa; **documental, cualitativo y descriptivo** correspondiente a la implementación del Programa Hospitalización y Atención Domiciliaria en un hospital de baja complejidad. **Hallazgos:** la ESTRATEGIA se da para iniciar un proceso de mayor compromiso de las partes involucradas: individuo, familia, Estado y sociedad para atender el bajo compromiso sobre los pacientes en los tratamientos hospitalarios, la falta de estrategia y servicios de atención en los programas en salud de atención domiciliaria, la necesidad de una unidad de Atención Hospitalaria en casa en la ciudad y la importancia de realizar ajustes en la red de servicios de este sector. **Conclusión:** El Programa es una alternativa que permite brindar más y mejores servicios, además de diversificar el portafolio con estrategias distintas a los servicios tradicionalmente ofertados mejorando la oportunidad del servicio y descongestionando el área de atención, disminuyendo el stress causado por la estancia tanto en niños, adultos como ancianos y madres cabeza de hogar.

**Palabras claves:** Satisfacción, hospitalización domiciliaria, oportunidad, acceso, integralidad, atención.

## **ABSTRACT**

**Objective:** This research aims to evaluate the users' satisfaction of the Hospital and Home Care Program in a low-complexity hospital. These users are affiliated to the subsidized regime, have low income and have no insurance in the state IPS in Tuluá. **Methodology:** A mixed research was carried out: quantitative survey to caregivers or hospital patients at home according to medical criteria and compliance of the program inclusion criteria; documentary, qualitative and descriptive corresponding to the implementation of the Hospital and Home Care Program in a low-complexity hospital. **Findings:** The Strategy aims to achieve a greater commitment of the parties involved (individuals, family, State and society) to treat patients in hospital treatment, the lack of strategy and care services of the home health care programs, the need of a hospital care unit at home in the city and the importance of making adjustments to the service network in this sector.

**Conclusion:** The program is an alternative that can provide better, new and different services. Besides, it allows to diversify the portfolio with different strategies improving the opportunities of service and clearing the area of attention and diminishing the stress caused by the hospital stay of children, adults, the elderly and women heads of household.

**Keywords:** Satisfaction, hospital home care, opportunity, access, integral, attention.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>1. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>9</b>
2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	9
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
<b>3. HIPOTESIS .....</b>	<b>10</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	10
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
<b>5. ANTECEDENTES.....</b>	<b>11</b>
5.1 ACERCA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (HD).....	11
5.2 COLSANITAS DE BOGOTÁ.....	12
5.3 HOSPITAL DE MEDELLÍN .....	12
5.4 COMFENALCO EPS MEDELLÍN .....	13
5.5 COOMEVA EPS BOGOTÁ .....	13
<b>6. MARCO REFERENCIAL.....</b>	<b>14</b>
6.1 SOBRE EL CONCEPTO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (HD) .....	14
6.2 IMPORTANCIA DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (HD) .....	15
6.3 ACERCA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (HD) .....	16
6.3.1. BENEFICIOS PARA EL PACIENTE .....	16
6.3.2. ¿CÓMO INGRESAR AL PROGRAMA?.....	17
6.3.3. ¿QUÉ PACIENTES SE RECIBEN?.....	17
6.3.4. SI SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EN CASA, SE DEBE:.....	17
6.3.5. ¿QUÉ CONDICIONES LIMITAN LA CONTINUIDAD EN EL PROGRAMA?	

6.4	PLANEACIÓN .....	18
6.4.1.	¿QUÉ?.....	18
6.4.2.	¿CÓMO? .....	18
6.4.3.	¿PARA QUIÉN?.....	18
6.4.4.	¿CUÁNDO? .....	19
6.4.5.	¿DÓNDE?.....	19
6.4.6.	¿CON QUÉ?.....	19
6.5	ORGANIZACIÓN.....	19
6.6	CONTROL .....	21
6.7	TOMA DE DECISIONES.....	21
6.8	REGISTROS .....	21
6.9	ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, INTEGRALIDAD Y SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA .....	22
<b>7.</b>	<b>COMPONENTE ÉTICO E IMPACTOS ESPERADOS A PARTIR DEL USO DEL CONOCIMIENTO .....</b>	<b>24</b>
7.1	NO MALEFICENCIA .....	24
7.2	BENEFICENCIA .....	24
7.3	AUTONOMÍA.....	24
<b>8.</b>	<b>APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ETICOS .....</b>	<b>25</b>
8.1	PROTEGER EL SECRETO PROFESIONAL .....	25
8.2	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	25
8.3	TRANSPARENCIA Y LEGALIDAD .....	25
<b>9.</b>	<b>METODOLOGÍA PROPUESTA .....</b>	<b>26</b>
9.1	TIPO DE ESTUDIO.....	26
9.2	MÉTODO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	26
9.3	UNIVERSO.....	26
9.4	MUESTRA .....	27
9.5	MUESTREO .....	27
9.6	RESULTADOS ESPERADOS.....	27

<b>10. CRONOGRAMA</b> .....	<b>28</b>
<b>11. PRESUPUESTO</b> .....	<b>28</b>
<b>12. ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	<b>29</b>
12.1 ENCUESTA ESTRUCTURADA A PACIENTES Y CUIDADORES .....	29
<b>13. CONCLUSIONES</b> .....	<b>34</b>
<b>14. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>36</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>37</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>41</b>
<b>GLOSARIO</b> .....	<b>54</b>

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1 ¿CÓMO CONSIDERA EL TRATO Y RESPETO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL? .....	31
TABLA 2 SI TIENE SUGERENCIAS O RECOMENDACIONES DESCRÍBALAS AQUÍ: .....	33

## INDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1 ¿SABE USTED EN QUÉ CONSISTE EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA? .....	29
GRÁFICA 2 ¿LE INFORMARON LAS RAZONES MÉDICAS POR LAS CUALES FUE HOSPITALIZADO? .....	30
GRÁFICA 3 ¿SE LE INFORMÓ A USTED Y A SU FAMILIA ACERCA DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA? .....	30
GRÁFICA 4 ¿LE INFORMARON LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENE COMO USUARIO DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL? .....	31
GRÁFICA 5 ¿EN EL MOMENTO DEL EGRESO DEL PROGRAMA LE INFORMARON LOS CUIDADOS QUE DEBE TENER EN CASA? .....	32
GRÁFICA 6 ¿CONSIDERA QUE EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA LE BRINDO UNA ATENCIÓN INTEGRAL A SU ENFERMEDAD? .....	32

## INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 FOLLETO DE LA DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA CON REQUISITOS PARA EL INGRESO. ....	41
ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	46
ANEXO 3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (ENCUESTA).....	51

## INTRODUCCIÓN

Las instituciones de un nivel de baja complejidad deben implementar estrategias y/o servicios que permitan optimizar los recursos, brindar otras alternativas de trabajo y de prestación del servicio, orientar esfuerzos para la disminución de riesgos en la atención, ofertar servicios que constituyan alternativas de manejo médico, atención asistencial y alternativas administrativas, teniendo en cuenta que la normatividad actual exige integralidad en los servicios de salud, accesibilidad y oportunidad en los mismos, así como la seguridad de todas las acciones de prácticas clínicas.

Por lo anterior pensar en fortalecer los servicios ofertados mediante el programa hospitalización y atención domiciliaria, se constituye en una herramienta viable y de análisis para cada una de las instituciones que brinden servicios de salud de baja complejidad donde muchos usuarios tendrán la posibilidad de acceder a servicios de salud en su propio entorno familiar representando esto en un menor riesgo, siempre y cuando se logren establecer unos criterios claros para el ingreso, manejo médico y evaluación de los servicios que se definan brindar en el domicilio del usuario.

La hospitalización domiciliaria permite trasladar al hogar del usuario el personal en salud necesario para su tratamiento con igual calidad que la intrahospitalaria propiciando la participación activa del personal en salud, el usuario y su familia en el proceso de recuperación del estado de salud.

Con la medición de la satisfacción de los usuarios hospitalizados en casa, se busca tener conocimiento respecto a la apreciación de los servicios prestados por el hospital en el programa hospitalización y atención domiciliaria a fin de medir la operatividad y calidad de los mismos.



## **1. JUSTIFICACIÓN**

El programa es una alternativa que permite implementar estrategias y/o servicios optimizando los recursos, brinda otras formas de trabajo y de prestación del servicio a usuarios afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados atendidos en el hospital público de baja complejidad del municipio de Tuluá; para la disminución de riesgos en la atención, humanizar el servicio, ofertar servicios que constituyan alternativas de manejo medico, atención asistencial y alternativas administrativas.

Se hace necesario medir la satisfacción de los usuarios debido que institucionalmente se cuenta con varios sistemas integrados de información como lo son el (MECI, Calidad, GP 1000) que buscan evaluar los servicios prestados por medio de indicadores, siendo el de satisfacción uno de los indicadores de obligatorio reporte a la Supersalud y de los resultados arrojados en la encuesta dependerá el crecimiento, la contratación, los servicios ofertados, la permanencia del programa en la institución.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1 Descripción del Problema**

Existen diferentes puntos de vista o situaciones específicas en las instituciones prestadoras de servicios de baja complejidad que hacen pensar en alternativas de solución o de complementación a los servicios prestados que se están brindando en la institución tendientes a mejorar la accesibilidad en los servicios, mejorar la seguridad de los usuarios o en la utilización de los recursos existentes y que en algunos casos corresponde a dar solución a obligaciones contractuales enmarcadas en la demanda de los servicios de salud.

Dentro de las situaciones o momentos de verdad que pueden orientar a la implementación del programa se encuentran:

- Limitantes institucionales en la capacidad instalada (estructura física) para incrementar la oferta de servicios de hospitalización.
- Porcentajes de ocupación hospitalaria por encima del 80%.
- Congestión en los servicios de hospitalización.
- Falta de oportunidad para el ingreso de los usuarios al servicio de hospitalización.
- Incremento en patologías nosocomiales.
- Limitantes de acceso a los servicios de salud para ciertos grupos poblacionales.

### **2.2 Pregunta de Investigación**

¿Cómo medir el acceso, la oportunidad, integralidad y satisfacción a los servicios de salud para pacientes postrados en cama, con limitaciones funcionales o limitaciones para el desplazamiento hasta el hospital de baja complejidad, afiliados al régimen subsidiado y del municipio de Tuluá.?

### **3. HIPOTESIS**

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (E.S.E) del municipio de Tuluá no garantizan accesibilidad, oportunidad, integralidad y satisfacción en la atención de servicios de salud a pacientes postrados en cama, con limitaciones funcionales o limitaciones para el desplazamiento hasta el hospital afiliados al régimen subsidiado y población pobre no asegurada.

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1 Objetivo General**

Medir la prestación del servicio respecto al acceso, la oportunidad, integralidad y satisfacción a los servicios de salud para pacientes postrados en cama, con limitaciones funcionales o limitaciones para el desplazamiento hasta el hospital de baja complejidad, afiliados al régimen subsidiado y del municipio de Tuluá.

#### **4.2 Objetivos Específicos**

- Describir aspectos relevantes del programa.
- Indagar a los usuarios para conocer la apreciación del modelo de atención, con características que garantizan la calidad en la prestación del servicio, en este caso: acceso, la oportunidad, integralidad y satisfacción del usuario.
- Referenciar los indicadores de evaluación y seguimiento del programa.

## **5. ANTECEDENTES**

### **5.1 Acerca de Hospitalización Domiciliaria (HD)**

La modalidad de la hospitalización domiciliaria fue inaugurada en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente.

A partir de los años sesenta en Canadá comenzaron a funcionar servicios de HD orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó, en 1987, una experiencia piloto (bautizada Hôpital extra-mural) que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos.

En Europa, el Hospital de Tenon en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Más tarde, en 1957, se estableció en la misma ciudad el Senté Service, organización no Gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia socio-sanitaria a domicilio a pacientes con padecimientos crónicos y terminales. (Curiosamente, la HD en Francia recién fue reconocida plena y oficialmente como una alternativa a la hospitalización tradicional desde 1992, en virtud de los decretos de octubre).

Sin embargo, la HD tardó casi una década en empezar a desarrollarse en otros países de Europa. En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care at Home<sup>1</sup>. En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia —con el nombre de Ospedalizzazione a Domicilio—, recién a comienzos de los años ochenta.

El desarrollo de la hospitalización domiciliaria en Europa ha sido siempre muy irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente. Con el objeto de contribuir en este sentido, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina

---

<sup>1</sup> Atención Hospitalaria en el Hogar

desde 1996 el programa From Hospital to Home Health Care (Del hospital a la atención de salud en el hogar), dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

## **5.2 COLSANITAS de Bogotá**

Objetivo: determinar las características demográficas, morbilidad, sintomatología y tratamientos utilizados en pacientes de Cuidados Paliativos ingresados en el Programa de Hospitalización Domiciliaria de Colsanitas. Metodología: estudio descriptivo, corte transversal.

Población de estudio: pacientes de Cuidados Paliativos atendidos en el Programa de Hospitalización Domiciliaria de Clínica Colsanitas, en enero-junio de 2005.

Conclusiones: la atención domiciliaria surge como una alternativa a la provisión de cuidados paliativos. Se deben hacer estudios de seguimiento para determinar la efectividad, complicaciones y costos de estos programas en comparación con los cuidados paliativos intrahospitalarios

## **5.3 Hospital de Medellín**

Se agruparon los pacientes de 6 patologías diferentes como causa de la hospitalización domiciliaria e institucional, cabe resaltar que el perfil epidemiológico es casi similar en todas sus patologías aunque varían en su frecuencia de aparición.

El perfil epidemiológico encontrado fue: Bronquitis, Celulitis, EDA, Neumonía, ITU, EPOC. Segundo semestre del año 2007.

## **5.4 COMFENALCO EPS Medellín**

La EPS COMFENALCO ofrece la posibilidad de continuar el manejo hospitalario en casa, a partir de la evaluación hecha por el médico tratante, manteniendo al paciente en la comodidad de su hogar, con sus familiares y en su ambiente. El principal objetivo de este servicio es mejorar la calidad de vida del paciente a través de una atención adecuada en la comodidad de su hogar.

Para asegurar la atención adecuada, se cuenta con un equipo de médicos, enfermeras y auxiliares capacitados, soportado en la experiencia y la tecnología de su IPS Biosigno.

## **5.5 COOMEVA EPS Bogotá**

Esta empresa del Grupo Coomeva, pionera en la atención domiciliaria en Colombia, constituye una alternativa de hospitalización confiable en casa, que contribuye a la recuperación del paciente en el amor del hogar.

Con un equipo humano idóneo, conocimientos, experiencia y tecnología requerida, la empresa tiene convenios suscritos con las principales aseguradoras y compañías de medicina prepagada y EPS, por ello son el soporte y el acompañamiento indicados para la continuidad y el correcto seguimiento de los tratamientos en casa, innovador modelo de atención que cada día cobra más fuerza.

## 6. MARCO REFERENCIAL

### 6.1 Sobre el concepto de hospitalización domiciliaria (HD)

El concepto de hospitalización domiciliaria en Francia, donde se la considera una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad a los pacientes en su domicilio, cuando ya nos precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja<sup>2</sup>.

La HD debe tener una duración limitada, en tanto se produce la circunstancia del alta, sea por mejoría o cura, exitus<sup>3</sup>, estabilización del proceso patológico, reingreso al hospital o transferencia al servicio de atención primaria. Si no se observa el carácter transitorio de la hospitalización domiciliaria, o si su función se interpreta inadecuadamente, se corre el riesgo de duplicar el tratamiento, ya que la vigilancia y el seguimiento crónicos en el domicilio (salvo excepciones) deben ser responsabilidad de los servicios de atención primaria<sup>4</sup>.

En ese sentido, los pacientes indicados para ingreso en las unidades de HD son aquellos que, aun cuando no necesitan toda la infraestructura hospitalaria para su tratamiento, requieren cuidados que superan en complejidad a los prestados por la atención primaria de salud. Asimismo, la HD se realiza con pacientes que requieren cuidados médicos que no justifican su ingreso a un centro hospitalario; más bien, un equipo formado por médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales, dotados de los medios tecnológicos necesarios, acuden regularmente al domicilio del paciente para hacer el diagnóstico y proveer el tratamiento(24).

---

<sup>2</sup> Definición UHD Dr. Marañón Madrid

<sup>3</sup> Exitus Letalis literalmente significa que la enfermedad ha progresado hacia o desembocado en la muerte.

<sup>4</sup> Glez MDD (coord). Hospitalización a domicilio. España: Hoechst Marion Roussel; 1998

## **6.2 Importancia de la hospitalización domiciliaria (HD)**

Es imperativo adoptar una nueva filosofía asistencial que busque modernizar los sistemas sanitarios, procurando convertirlos en modelos integrados de salud basados en una responsabilidad compartida<sup>5</sup>. Este argumento pone de relieve la importancia de la HD como puente entre el hospital y la atención primaria de salud, posibilitando el establecimiento de labores compartidas y permitiendo una interacción progresiva y real entre los dos principales niveles de atención<sup>6</sup>.

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

En general las razones del interés que despierta la HD tienen sustento en dos puntos de vista. Por un lado están las consideraciones sobre efectividad. Se reconoce que el sistema de HD suele traducirse en una mejor atención, así como en mayor satisfacción y participación por parte del paciente y sus familiares durante el tratamiento. La HD también se asocia con una mejor evolución clínica en el caso de algunas enfermedades, con la reducción de ciertas complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada o innecesaria, y con una asistencia más humana<sup>7</sup>.

Por otro lado, diferentes autores han argumentado que la HD, al permitir un uso más adecuado y racional de los recursos, tiende a disminuir el gasto en salud. La

---

<sup>5</sup> Raffy-Pihan, N. "L'hospitalisation à domicile. Un tour d'horizon en Reurope, aux Etats-Unis et au Canada". CREDES; 1994. Jones J, Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spiers N, Parker G. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomized controlled trial. BMJ 1999;319:1547–1550.

<sup>6</sup> Bermejo GB, Angulo KL, Agorria AA, Barruetabeña MS, Arrate AO. Características socioeconómicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Atención Primaria 1997;20(5):230–236.

<sup>7</sup> Cuerda MDC, Castelló FB, Giménez MLB. Coordinación en el sistema sanitario: algunos ejemplos. Gestión Hospitalaria 1991;78:27–32.



práctica de la atención en el domicilio aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internamiento en los hospitales. Adicionalmente, los costos de agregar camas en la HD es menor que las inversiones necesarias para crear camas hospitalarias o para la ampliación o construcción de hospitales, aparte de que el costo por estancia es menor en la HD que en la hospitalización tradicional<sup>8</sup>.

### **6.3 Acerca de la implementación del programa hospitalización domiciliaria (HD)**

El programa permite trasladar al hogar del paciente el personal necesario para su tratamiento propiciando la participación activa del paciente y su familia en el proceso de recuperación. Es especial para la atención de personas que no pueden desplazarse fácilmente hasta las instalaciones físicas del hospital y aquellas que cumplan con los criterios de ingreso al programa.

#### **6.3.1. Beneficios para el paciente**

- Recuperarse en su propio entorno
- Participación familiar directa
- Personaliza el vínculo con el equipo de salud
- Fomenta la educación del paciente y su familia
- Facilita el acceso a los servicios de salud a pacientes discapacitados
- Mejora la calidad de vida de pacientes crónicos y con enfermedad terminal
- Disminuye el riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias

---

<sup>8</sup> Fuente DOF, Ridao M, Peiró S, Marchan C. Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional: una evaluación económica. Med Clin (Barc) 1997;109:207-211.

### **6.3.2. ¿Cómo ingresar al programa?**

- Diagnóstico y remisión por médico de la institución o Coordinación Médica.
- Cumplimiento de criterios de ingreso.
- Consentimiento informado diligenciado y firmado.
- Voluntad del paciente y su familia.
- Cuidador responsable del paciente.
- Domicilio en perímetro urbano.

### **6.3.3. ¿Qué pacientes se reciben?**

- Pacientes de hospitalización, urgencias o consulta externa (según criterios inclusión).
- Crónicos con limitaciones.
- Pacientes con enfermedad terminal.
- Pacientes remitidos de otras instituciones a institución de baja complejidad para continuidad de manejo o tratamiento de la enfermedad o procedimiento.
- Pacientes que requieren curaciones o cambio de sonda.

### **6.3.4. Si se encuentra hospitalizado en casa, se debe:**

- Permanecer en su casa los días que se encuentre bajo tratamiento médico.
- Permitir el acceso a su casa del personal asistencial identificado con carné y el logotipo del Hospital Rubén Cruz Vélez.
- Permanecer bajo el cuidado y responsabilidad de un familiar u otro a cargo.
- Estar acompañado siempre de alguien de su confianza mientras lo atienden.
- Preguntar, aclarar e informar las inquietudes respecto a su tratamiento, procedimientos, enfermedad actual, medicamentos

### **6.3.5. ¿Qué condiciones limitan la continuidad en el programa?**

- No tener cuidador acompañante o responsable del paciente que se haga presente en la atención.
- Alta voluntaria (renuncia al tratamiento y/o la atención en el domicilio).
- Falta de buen trato y respeto con el personal asistencial.
- Abandono del tratamiento.

## **6.4 Planeación**

### **6.4.1. ¿Qué?**

Brindar servicios de atención en salud de baja complejidad en el domicilio de los usuarios que incluyan atención médica y de enfermería ambulatoria, hospitalización domiciliaria y actividades de promoción y prevención de la salud del grupo familiar que se interviene.

### **6.4.2. ¿Cómo?**

Articulando un equipo multidisciplinario que preste los servicios en el domicilio del usuario con la ayuda del usuario, familia y/o cuidador y coordinando las actividades asistenciales de baja complejidad con la tecnología necesaria, definiendo unos criterios de ingreso al programa que permita brindar servicios de salud con mayor accesibilidad, oportunidad y seguridad, buscando la disminución de los riesgos en la prestación del servicio y satisfacción del usuario, siempre orientados a generar un impacto positivo en la salud de los usuarios.

### **6.4.3. ¿Para quién?**

Toda la comunidad que cumpla con los criterios de inclusión de los usuarios de las diferentes EPS que tienen contratación vigente con el hospital y particulares.

#### **6.4.4. ¿Cuándo?**

Una vez se estructure y se definan los protocolos, guías, procesos y procedimientos en la atención y se habilite el servicio, lo que implica el cumplimiento de los requisitos mínimos para su implementación.

#### **6.4.5. ¿Dónde?**

En hospitales o instituciones de baja complejidad.

#### **6.4.6. ¿Con qué?**

Recursos humanos, técnicos, financieros, tecnológicos, equipos e insumos para la atención integral en salud de los pacientes incluidos para la prestación de las actividades y procedimientos de baja complejidad para los usuarios que se definan que pueden incluirse en el programa.

### **6.5 Organización**

- Normograma hospitalización y atención domiciliaria.
- Cumplimiento de estándares de habilitación.
- Certificado de habilitación del servicio emitida por secretaria departamental de salud.
- Caracterización subproceso de hospitalización y atención domiciliaria.
- Guía hospitalización y atención domiciliaria.
- Subproceso hospitalización y atención domiciliaria (diagrama de flujo y descripción de ruta del servicio).
- Procedimiento de ruta de la historia clínica de hospitalización y atención domiciliaria.
- Procedimiento de traslado de desechos biológicos de hospitalización y atención domiciliaria.

- Mapa de riesgos clínicos, acciones preventivas y correctivas para la seguridad del paciente en el subproceso hospitalización y atención domiciliaria.
- Guías de procedimientos de enfermería.
- Guías de manejo de las primeras 10 causas de morbilidad según estadísticas institucionales.
- Guía de transporte en ambulancia terrestre (básica- medicalizada) incluyendo manejo de código azul en hospitalización y atención domiciliaria.
- Programa de educación para el cuidador del usuario del programa hospitalización y atención domiciliaria.
- Procedimiento para toma de muestras de laboratorio programa hospitalización y atención domiciliaria.
- Presentar la oferta de servicios a las diferentes EPS, IPS según códigos CUPS o institucionales, tarifas (SOAT, ISS o institucionales).
- Cuando las EPS acepten los códigos y tarifas pactadas, deben ser parametrizadas en el software institucional para efectos de facturación.
- Definir equipo de trabajo: médico(s), enfermero jefe, trabajador social, auxiliares de enfermería.
- Definir equipos a utilizar según personal en el programa: tensiómetro, fonendoscopio, glucómetro, doppler fetal, bomba de infusión, metro, pesa, pulsoxímetro, termómetro, equipo de órganos, medicamentos, insumos, suministros (según normatividad vigente).
- Clasificar según mapa del municipio las zonas de riesgo.
- Comprar una póliza extracontractual que cubra riesgos en la integridad física y emocional del personal involucrado en la atención de los usuarios.
- Conseguir pólizas para la los riesgos inherentes a la atención de los usuarios (médicos, enfermeros, etc).
- Programa de prácticas seguras y empoderamiento.
- Política de seguridad del paciente.

## **6.6 Control**

Debe tenerse establecidos y evaluar permanentemente los indicadores de calidad, técnicos, financieros, seguridad del paciente y de satisfacción del usuario. La institución definirá los estándares de calidad esperada y medirá la calidad observada dentro del programa hospitalización y atención domiciliaria, deberá articularse con las actividades que la institución debe realizar dentro de la evaluación, seguimiento, control y mejora como:

- Realizar evaluación y seguimiento a los estándares mínimos de habilitación, certificación y acreditación.
- Programa de Auditoría Médica para el Mejoramiento de la Calidad.
- Auditorías internas de calidad.
- Sistemas de Información institucional y para la calidad.
- Política de Seguridad del Paciente.
- Sistema de Información, de educación y Atención al Usuario.
- Definición, seguimiento y evaluación a indicadores propios del programa.
- Evaluación de la capacidad instalada.
- Viabilidad financiera del programa.
- Humanización del servicio.

## **6.7 Toma de decisiones**

Una vez definidos los indicadores del programa debe documentarse la medición, hacer seguimiento, analizar y generar los espacios como los comités institucionales donde se generan los planes de mejora o las acciones que se van a realizar de acuerdo a los resultados, así como el seguimiento a los mismos.

## **6.8 Registros**

- Consentimiento informado.

- Historia clínica.
- Alta voluntaria del programa hospitalización y atención domiciliaria.
- Factura del servicio prestado.
- Solicitud y entrega de medicamentos.
- Censo diario de pacientes hospitalizados en casa.
- Instrumento encuesta de satisfacción del usuario.
- Protocolos, guías, procesos, procedimientos, instructivos del programa.
- Listas de chequeo.

## **6.9 Accesibilidad, Oportunidad, Integralidad y Satisfacción del Programa Hospitalización Domiciliaria**

Acceso: se refiere a la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud<sup>9</sup>

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Integralidad: La integralidad es un término polisémico, es decir, tiene varios sentidos, y uno de ellos consiste en realizar un conjunto articulado y continuo de acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas, en los diferentes grados de complejidad del sistema, donde los servicios deben estar organizados para realizar una atención ampliada de las necesidades de la población a la que

---

<sup>9</sup> CIRCULAR externa 0056 del 6 de Octubre de 2009. Sistema de Indicadores de Alerta Temprana. Supersalud.

atienden<sup>10</sup>. La integralidad debe ser fruto de una articulación de cada servicio de salud, sea de un centro de salud, un equipo de salud comunitaria, un ambulatorio de especialidades, un hospital o una red mucho más compleja compuesta por otros servicios sanitarios que, debidamente articulados, amplían el acceso y garantizan el cuidado a la población. Al acoger a la población, las unidades de servicio prestan servicios con calidad y resolutivez, y sus acciones son integrales cuando atienden las necesidades y las demandas de la población y garantizan la referencia y contra referencia en los niveles de atención a la salud<sup>11</sup>. Satisfacción del usuario: Es uno de los resultantes mas importantes de prestar servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento

---

<sup>10</sup> Oscar Benassini F. La Atención psiquiátrica. México hacia el siglo XXI. Instituto Nacional de psiquiatría. México, 2001.

<sup>11</sup> Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil .



## **7. COMPONENTE ÉTICO E IMPACTOS ESPERADOS A PARTIR DEL USO DEL CONOCIMIENTO**

Para resolver problemas de tipo ético se utilizan como normas o instrumentos generales de orientación para la prestación de servicios en el Programa Hospitalización y Atención domiciliaria los siguientes:

### **7.1 No maleficencia**

Este principio se refiere a que todos estamos obligados a no hacerle mal al otro. Es decir, que si por alguna circunstancia o por voluntad expresa del individuo no se puede hacer el bien, nuestra obligación mínima sería entonces no hacer mal (no maleficencia), respetándole las creencias y tradiciones; para lo cual la institución estableció el Reglamento Interno de Trabajo.

### **7.2 Beneficencia**

La realización de una acción buena o la satisfacción de una necesidad es más valiosa para el que la recibe que para el que la ejecuta. Sin embargo no se puede hacer el bien a otro en contra de su voluntad. Con la implementación del Programa Hospitalización y Atención Domiciliaria se pretende incrementar el grado de satisfacción de los usuarios.

### **7.3 Autonomía**

La autonomía se refiere a la capacidad de decidir por parte del sujeto en las cosas que le son propias y de acuerdo a sus intereses. El consentimiento informado es un registro que hace parte de la historia clínica donde se menciona la voluntad expresa del paciente o de su familiar o cuidador.

## **8. APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ETICOS**

### **8.1 Proteger el secreto profesional**

No se divulgará de la identidad del paciente o su familia o cuidador, ni podrán proveer de información a las personas que sean ajenas a la institución y que estén relacionadas de manera directa con su patología o diagnóstico.

### **8.2 Consentimiento Informado**

Es la forma de registrar la comunicación establecida con el usuario donde se debe informar de manera clara la enfermedad, el diagnóstico, los riesgos y la voluntad expresa de aceptación de ingreso al programa firmado por el usuario o familiar o representante legal o cuidador.

### **8.3 Transparencia y legalidad**

La información recolectada es fiable, de voluntad del usuario o familiar o cuidador y puede ser difundida sin que ello constituya un riesgo para el usuario o la institución, siempre que sea de carácter informativo con el propósito de mejorar continuamente los procesos institucionales.

## **9. METODOLOGÍA PROPUESTA**

### **9.1 Tipo de estudio**

Este estudio es de tipo mixto, cualitativo, descriptivo y cuantitativo el cual pretende medir, apreciar el concepto y percepción de los servicios prestados por el Programa Hospitalización y Atención Domiciliaria en un hospital de baja complejidad del municipio de Tuluá – Valle del Cauca.

### **9.2 Método para recolección de información**

Al ser un estudio de carácter mixto, se recolecta la información de carácter cualitativo según normatividad vigente y requisitos de calidad ISO 9001: V 2008; de tipo cuantitativo con una encuesta estructurada para medir accesibilidad, oportunidad, integralidad y satisfacción de los servicios prestados en hospitalización domiciliaria.

### **9.3 Universo**

Durante el periodo objeto de aplicación del instrumento de investigación (octubre, noviembre, diciembre de 2011), el número de la población contratada entre las diferentes EPS-S y el hospital público de baja complejidad ascendía a más de 110.000 usuarios. Con una infraestructura de 14 camas disponibles en el área de hospitalización, motivo por el cual se identificó la falta de acceso a los servicios de salud de la población, de usuarios discapacitados con limitaciones físicas o funcionales; la falta de oportunidad en el servicio debido que la infraestructura no alcanza a abastecer la demanda diaria de 35 usuarios diarios en el servicio de hospitalización.

## **9.4 Muestra**

De acuerdo con la magnitud del universo del presente estudio, según criterios de inclusión al Programa Hospitalización y Atención Domiciliaria para el servicio de hospitalización, y bajo la directriz impartida por la gerencia del hospital donde se decide que todo usuario que se hospitalice en casa debe ser encuestado al finalizar el tratamiento o cuando el médico defina el egreso.

## **9.5 Muestreo**

El instrumento se aplicará a todos los usuarios del Programa Hospitalización y Atención Domiciliaria incluidos para hospitalizar en su domicilio según base de datos mensual en el periodo octubre, noviembre y diciembre del año 2011 .

## **9.6 Resultados Esperados**

Conocer la accesibilidad, oportunidad, integralidad y satisfacción de los usuarios del régimen subsidiado respecto al Programa Hospitalización Domiciliaria del hospital público de baja complejidad del municipio de Tuluá – Valle del Cauca.

## 10. CRONOGRAMA

Actividades	Mes											
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	
Selección del tema	X											
Exploración documental y revisión bibliográfica	X	X										
Elaboración de anteproyecto	X											
Entrega de anteproyecto	X											
Presentación de anteproyecto	X											
Ajuste de anteproyecto			X	X								
Recolección de datos					X							
Elaboración y revisión de instrumentos para recolección de información (encuesta)					X	X						
Aplicación del instrumento (encuesta)						X	X					
Digitación de la información obtenida							X					
Análisis de los datos obtenidos							X					
Elaboración del informe final								X				
Ajustes al proyecto								X	X	X		
Sustentación final												X

## 11. PRESUPUESTO

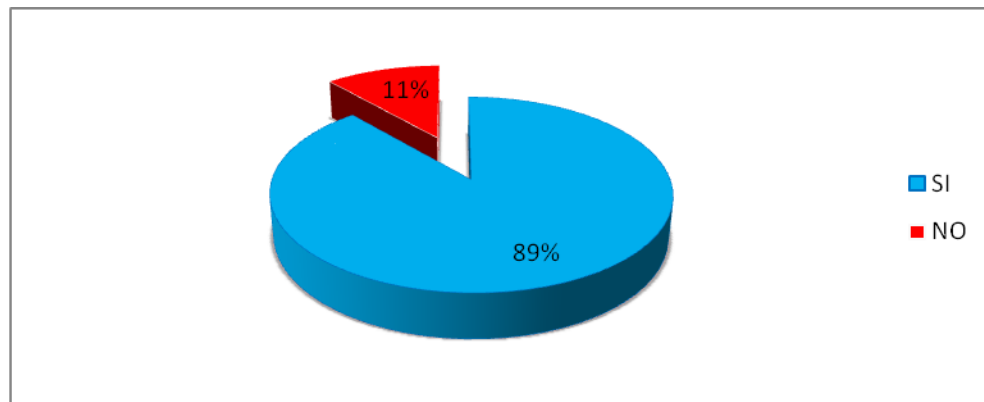
RUBROS	TOTAL
PERSONAL	\$ 36.000.000
EQUIPOS	\$ 4.200.000
INSTRUMENTOS ENCUESTA	\$ 40.000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 40.240.000</b>

## 12. ANÁLISIS DE DATOS

### 12.1 Encuesta estructurada a pacientes y cuidadores

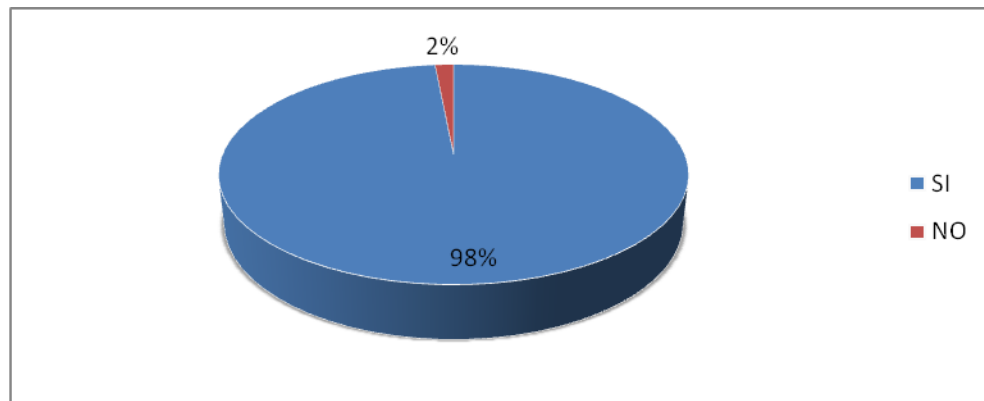
El instrumento se aplicó a todos los usuarios que ingresaron al Programa Hospitalización Domiciliaria para ser hospitalizados en casa en el periodo octubre, noviembre y diciembre de 2011, con un total de 132 usuarios registrados en la base de datos y el sistema SIIGO; en algunos casos el instrumento se aplicó al familiar o cuidador.

**Gráfica 1** ¿Sabe usted en qué consiste el programa de hospitalización domiciliaria?



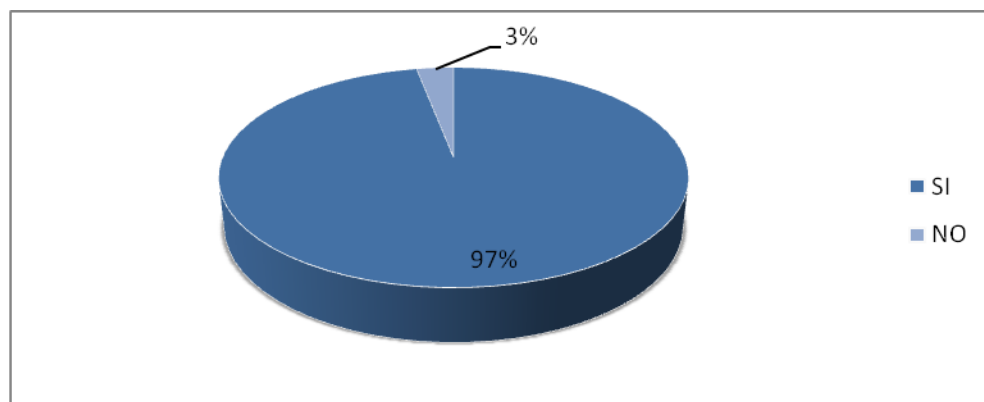
El 89% de los encuestados sabe en qué consiste el programa de hospitalización domiciliaria, el 11% restante lo desconoce.

**Gráfica 2** ¿Le informaron las razones médicas por las cuales fue hospitalizado?



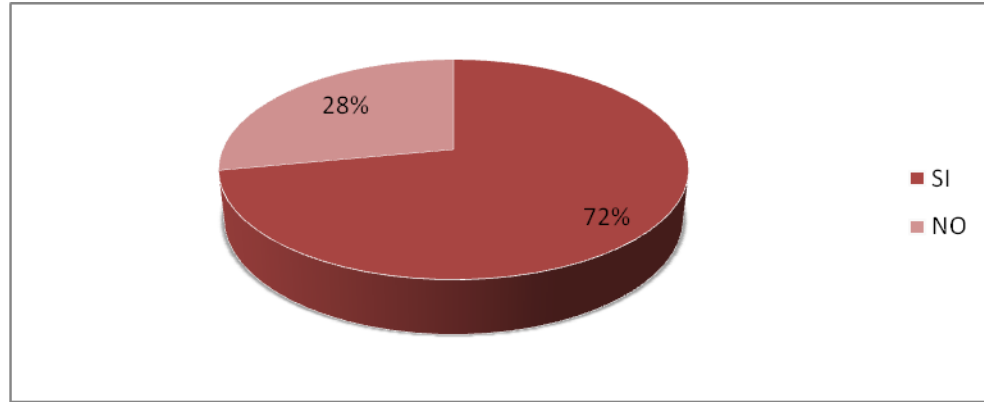
El 98% de los usuarios fué informado de las razones médicas por las cuales el médico precisó la hospitalización en casa, solo el 2% expresa que no fue informado.

**Gráfica 3** ¿Se le informó a usted y a su familia acerca de los cuidados en la atención y hospitalización domiciliaria?



En lo que respecta a los cuidados en la atención y la hospitalización domiciliaria se evidencia que, el 97% de los pacientes y familiares fueron informados y el 3% restante no obtuvo información.

**Gráfica 4** ¿Le informaron los derechos y deberes que tiene como usuario de los servicios del hospital?



De los 132 usuarios encuestados, el 72% dicen haber sido abordados para conocer los derechos y deberes que tiene como usuario de servicios de salud del hospital y el 28% responde no haber sido informados.

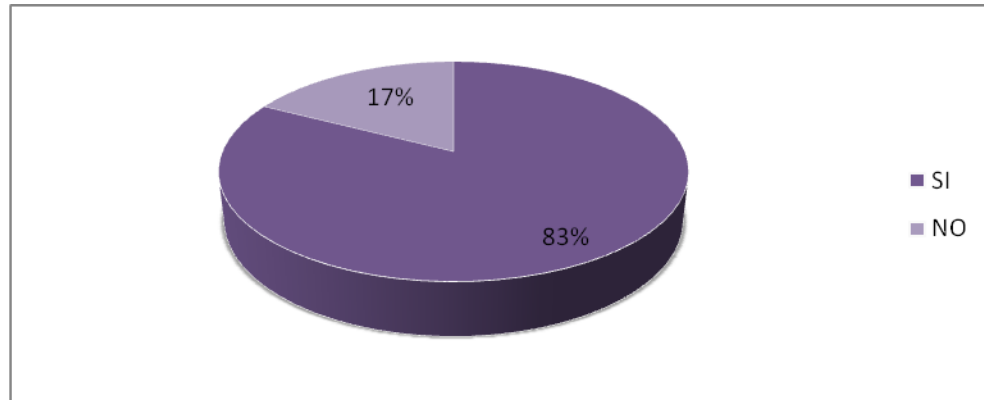
**Tabla 1** ¿Cómo considera el trato y respeto recibido por parte del personal?

Consideración	No. Respuestas	%
Bueno	130	98
Aceptable	2	2
Malo	0	0
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Los usuarios consideran que el trato recibido por parte del personal es bueno con una calificación del 98% y el 2% restante es aceptable.

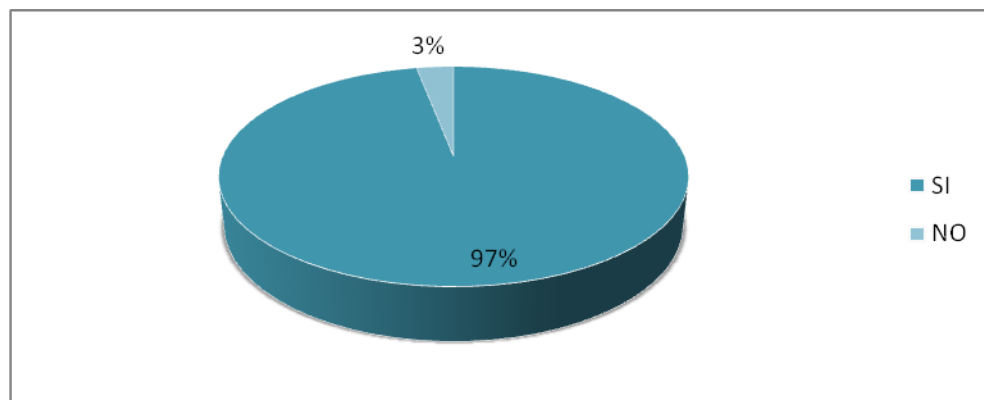


**Gráfica 5** ¿En el momento del egreso del programa le informaron los cuidados que debe tener en casa?



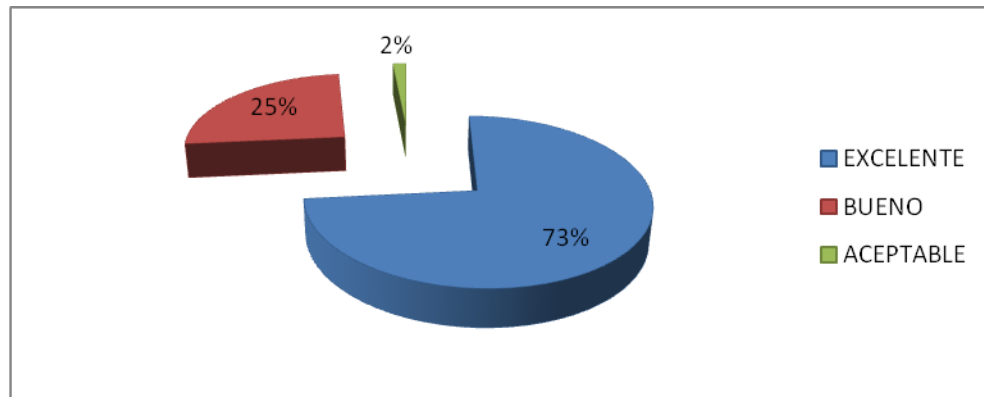
Al momento del egreso del programa el 83% de los usuarios fueron informados de los cuidados que debía tener en casa, el 17% no recibieron la información.

**Gráfica 6** ¿Considera que el programa de hospitalización domiciliaria le brindo una atención integral a su enfermedad?



El 97% de los usuarios consideran haber recibido atención integral a su enfermedad, mientras que el 3% no lo percibieron igual.

**Gráfica 7.** ¿Califique el grado de satisfacción frente a los servicios recibidos?



El 73% de las personas encuestadas sienten que su satisfacción frente a los servicios prestados fue excelente, el 25% expresan que su satisfacción es buena y el 2% restante piensa respecto a su satisfacción como aceptable.

**Tabla 2** Si tiene sugerencias o recomendaciones descríbalas aquí:

Sugerencias	No. Respuestas
Todo muy bueno	97
Que ojalá continúe	33
Mejorar disponibilidad de ambulancia	2
<b>Total</b>	<b>132</b>

Los usuarios expresan que todo está muy bueno en la prestación del servicio con 97 sugerencias, los 33 siguientes esperan que ojalá continúen y dos usuarios expresan que se debe mejorar la disponibilidad de la ambulancia.

## 13. CONCLUSIONES

La presente investigación logra establecer un diagnóstico de los resultados obtenidos con la implementación del Programa Hospitalización y Atención Domiciliaria, servir como línea de base como instrumento de medición, lograr mejoramiento continuo en los procesos institucionales mediante planes de mejora y escuchar cara a cara la voz del usuario; así como también, nuestro compromiso es el de servir como referencia dentro de los hospitales públicos de bajo nivel en lo que al programa respecta.

Según lo anterior, se define lo siguiente:

- El Programa es una alternativa que permite brindar más y mejores servicios, además de diversificar el portafolio con estrategias distintas a los servicios tradicionalmente ofertados.
- Permite el acceso a los servicios de salud a las personas que presentan limitaciones físicas o funcionales que no pueden acercarse por sus propios medios a las locaciones hospitalarias.
- Mejora la oportunidad del servicio de hospitalización y permite descongestionar el área.
- Logra mayor integralidad en los servicios.
- Aumenta la satisfacción del usuario.
- Muchos grupos poblacionales se favorecen con el acceso a los servicios de salud (madres amas de casa o cabeza de hogar, ancianos, niños, entre otros).
- Disminuye el estrés causado por la estancia hospitalaria, generalmente en niños, ancianos y madres cabeza de hogar.

- Disminuye el riesgo de adquirir enfermedades nosocomiales.
- Existe corresponsabilidad entre los funcionarios y el grupo familiar.
- Amplía la oferta de servicios de salud.
- Mejora la percepción de la calidad del servicio prestado.

## 14. RECOMENDACIONES

- Definir los tiempos en promedio requeridos para cada actividad en salud con el fin de optimizar la eficiencia del servicio.
- Implementar un software que permita modificar los requerimientos según las características del servicio.
- Minimizar en lo posible los riesgos inherentes a la atención de los usuarios con la consecución de pólizas que cubran estos eventos.
- Protocolización de guías de manejo médico con el fin de definir medicamentos que permitan mayor optimización del recurso y mayor seguridad para el usuario; por ejemplo, las patologías con las cuales se puedan utilizar medicamentos de aplicación de una o dos dosis diarias a cambio de medicamentos de administración de cuatro o seis horas.
- Seguimiento a la integralidad en el servicio.
- Crear un programa de educación a los usuarios para lograr que sean veedores de su propia salud.
- Asegurar la buena comunicación a los usuarios.
- Evaluación de costos y beneficios.
- Reporte y seguimiento a eventos adversos e incidentes.
- Monitoreo de cumplimiento del cuidador.
- Seguimiento a riesgos de cliente interno.

## BIBLIOGRAFIA

### MONOGRAFIAS O TEXTOS DE GRADO

AGUDELO, JAVIER. Garantía de Calidad en los Servicios de Atención Domiciliaria en Salud. Presentación en el congreso Home Care. Bogotá. Octubre 2002.

ASENJO SEBASTIÁN, M.A. Universidad Barcelona. Director Técnico Hospital Clínico Barcelona. “La Salud se nota especialmente cuando empieza a fallar”. 1.999

BOHÓRQUEZ JJ. Deshumanización del médico y de la medicina. Deshumanización y humanización en salud. Tesis de grado. Maestría en Administración en Salud. Universidad CES-Universidad del Rosario. 2010.

CASTELLÓN, E., Análisis del coste efectividad de un programa de hospitalización a Domicilio.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat i Consum. Servicio de Programas. Serie M (manuals) nº19. Valencia 1.994.

GARBERI, IMMA. Reflexiones tras diez años de actividad en un equipo interdisciplinar de atención domiciliaria en el ámbito sociosanitario. Rev Mult Gerontol 2003;13(2):114-116.

GARCÍA MAYOR, E.G. Unidades de Hospitalización a Domicilio. (UHD - HADO).

GOMEZ, ANA. Mercadeo de Servicios Atención Domiciliaria con Enfoque de Gestión de Calidad. Presentación de diapositivas en el congreso Home Care. Bogotá. Octubre 2002.

GONZÁLEZ Ramallo, Víctor José. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc) 2002; 118(17):659-64.

GONZALEZ, VICTOR. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc) 2002; 118 (17) :659 -64.

GUERRERO FERNÁNDEZ, M. Los Hospitales al final del Siglo: LA GESTIÓN CLÍNICA. 1997.

Manual de Cuidados Paliativos de enfermos oncológicos terminales. Atención Domiciliaria.

MEDIANO C, GUILLÉN M, ARANDA E, PÉREZ F, PEIRÓ S. Como en casa en ningún sitio. Satisfacción de los pacientes hospitalizados a domicilio. Rev Calidad Asistencial. 1995;1:13----8.

OTERINO DE LA FUENTE, D., RIDAO, M., PEIRÓ, S., MARCHÁN, C., “Hospitalización a Domicilio y Hospitalización convencional ,Una evaluación económica”.

RUIPÉREZ I. Hospitalización a domicilio. Rev Clin Esp. 2000; 200:299----300.

TRUJILLO, ZOILA. Atención domiciliaria para el adulto mayor con deterioro cognitivo. Instituto Mexicano del [seguro social](#). 2003.

## WEBGRAFIAS

ARANZANA, ANTONIO. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. Disponible en línea en: <http://www.scmfic.org/scmfic/attach/CAST-programaATDOM.pdf>

DIAZ-BORREGO JOSE; gestión de agendas en atención primaria como instrumento favorecedor de la accesibilidad del usuario y de la satisfacción del profesional. Disponible en línea en:

<http://www.cica.es/aliens/jaescadiz/Archivos%20pdf/Archivos%20pdf%20tc/123tc.pdf>

ESPINOZA, JUAN y Cols. Modelos de Organización de la Atención Domiciliaria en Atención Primaria. semFYC. Disponible en línea en:

<http://www.semfy.com/es/actividades/publicaciones/documentos-semfy/docum015.html>

MITRA COTTA, ROSANGELA MINARDI, La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Disponible en:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n1/5850.pdf> Consulta: Marzo de 2011

RODRÍGUEZ, Danny. Logística: Conceptos, Evolución y Relevancia. 2/24/2001. Disponible en línea en:

<http://www.steamdo.com/Introduccion%20de%20logistica1.pdf>

SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA. Ayuntamiento de Córdoba Área de Servicios Sociales U. de Tercera Edad. Disponible en línea en:

<http://www.ssm.ayuncordoba.es/pdf/sad.pdf>



## **INSTITUCIONALES**

**INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD, SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA MADRID.** Programa de atención domiciliaria con equipo de soporte (ESAD)., 1999.

## **MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL**

**Marcela Giraldo Suárez, [mgiraldo@minproteccionsocial.gov.co](mailto:mgiraldo@minproteccionsocial.gov.co)**

Coordinadora Grupo de Calidad - Dirección General de Calidad de Servicios

## **DOCUMENTOS**

Sentencia de Tutela nº 472/10 de Corte Constitucional, 16 de Junio de 2010

Sentencia de Tutela nº 203/08 de Corte Constitucional, 28 de Febrero de 2008

Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Sentencia de Tutela nº 212/11 de Corte Constitucional, 28 de Marzo de 2011

Resolución 1192

Sentencia de Tutela nº 408/11 de Corte Constitucional, 17 de Mayo de 2011

Sentencia de Tutela nº 514/06 de Corte Constitucional, 6 de Julio de 2006

Sentencia de Tutela nº 135/07 de Corte Constitucional, 23 de Febrero de 2007

## **ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL**

Clínica universitaria de Colombia - Grupo de calidad

**POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA- DIVISION DE SANIDAD** Programa Medico Domiciliario – **POMED** Int.En.Esp. Guillermo Ballenmonten Egro- Coordinador **POMED** Humanismo y calidad, camino a la Excelencia a la sanidad policial 2010

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Jorge Enrique Ospina Aguirre MD.**  
Área de Fomento y Protección de la Salud UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD - UNISALUD

## ANEXOS

**Anexo 1** Folleto de la descripción del procedimiento de atención domiciliaria con requisitos para el ingreso.

### PROGRAMA HOSPITALIZACION Y ATENCION DOMICILIARIA

El programa permite trasladar al hogar del paciente el personal necesario para su tratamiento propiciando la participación activa del paciente y su familia en el proceso de recuperación. Es especial para la atención de personas que no pueden desplazarse fácilmente hasta las instalaciones físicas del Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez.

#### Beneficios para el Paciente

- ✓ Recuperarse en su propio entorno
- ✓ Participación familiar directa
- ✓ Personaliza el vínculo con el equipo de salud
- ✓ Fomenta la educación del paciente y su familia
- ✓ Facilita el acceso a los servicios de salud a pacientes discapacitados
- ✓ Mejora la calidad de vida de pacientes crónicos y con enfermedad terminal
- ✓ Disminuye el riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias

#### ¿Qué servicios se prestan?

- ✓ Todas las actividades que corresponden al primer nivel de atención, tales como: consulta médica general, valoración o consulta por enfermería, cuidados-procedimientos por auxiliar de enfermería. Los demás servicios,

tendrá cobertura por el Plan de Beneficios de la EPS a la cual está afiliado el usuario o de acuerdo a la normatividad vigente.

### **¿Cómo ingresar al programa?**

- ✓ Diagnóstico y remisión por médico de la institución o Coordinación Médica
- ✓ Voluntad del paciente y su familia
- ✓ Cuidador responsable del paciente que tenga 18 años o los supere.
- ✓ Domicilio en perímetro urbano

### **¿Qué pacientes se reciben?**

- ✓ Pacientes de hospitalización, urgencias o consulta externa (según criterios inclusión)
- ✓ Crónicos con limitaciones
- ✓ Pacientes con enfermedad terminal
- ✓ Pacientes que requieren curaciones o cambio de sonda

### **Si se encuentra hospitalizado en casa, usted debe:**

- ✓ Permanecer en su casa los días que se encuentre bajo tratamiento médico
- ✓ Permitir el acceso a su casa del personal asistencial identificado con carné y el logo del Hospital Rubén Cruz Vélez
- ✓ Permanecer bajo el cuidado y responsabilidad de un familiar u otro a cargo
- ✓ Estar acompañado siempre de alguien de su confianza mientras lo atienden
- ✓ Preguntar, aclarar e informar las inquietudes respecto a su tratamiento, procedimientos, enfermedad actual, medicamentos

### **¿Qué condiciones limitan la continuidad en el programa?**

- ✓ No tener cuidador acompañante o responsable del paciente que se haga presente en la atención
- ✓ Que el cuidador tenga menos de 18 años
- ✓ Alta voluntaria (renuncia al tratamiento y/o la atención en el domicilio)
- ✓ Falta de buen trato y respeto con el personal asistencial
- ✓ Abandono del tratamiento

**NOTA:** EN CASO QUE EL USUARIO REQUIERA SER ATENDIDO POR URGENCIAS DEBERÁ SER REPORTADO AL SERVICIO DE URGENCIAS VÍA TELEFONICA AL NUMERO 2313132 EXT.108 Y TRASLADARLO HASTA EL HOSPITAL MUNICIPAL RUBEN CRUZ VELEZ E.S.E.

**Para mayor información puede comunicarse:**

[atenciondomiciliaria@hospitalrubencruzvelez.gov.co](mailto:atenciondomiciliaria@hospitalrubencruzvelez.gov.co)

**Celular: 317 3003270**

## **DEBERES Y DERECHOS EN SALUD**

### **Derechos**

- Recibir una atención integral, oportuna y eficiente
- Ser atendido por personal idóneo y calificado
- Ser atendido con respeto
- A su intimidad y privacidad sin ningún tipo de discriminación
- Ser informado de los servicios que presta el hospital y de los requisitos para acceder a ellos
- Ser informado del plan de tratamiento indicado por el médico, de sus beneficios, de los costos y riesgos de su atención con lenguaje claro

- Recibir información sobre el cuidado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad
- Preguntar, aclarar, despejar dudas respecto a su patología o diagnóstico o tratamiento o atención en salud
- Ser atendido y programado y/o ser informado acerca de los cambios del mismo oportunamente
- Poseer una historia clínica en la que se registre todo el proceso de atención de acuerdo con las normas vigentes
- Que se le solicite su consentimiento informado
- Expresar su voluntad de aceptar o no el tratamiento médico u optar por el retiro voluntario si así lo desea
- Expresar su opinión a través del sistema de petición, quejas, reclamos y sugerencias la oficina SIAU ubicado en las instalaciones del Hospital
- El Hospital no se responsabiliza de las pertenencias del usuario
- Pertenecer a la Asociación de usuarios del Hospital
- Tener una muerte digna

### **Deberes**

- Cuidar su salud y la de los demás
- Tratar a los funcionarios y demás usuarios con respeto
- Permanecer en el domicilio el día que se programe su cita en compañía de un familiar mayor de edad o cuidador
- Presentar los documentos exigidos para la atención al solicitar el servicio
- Conocer y acatar las normas y reglamentos establecidos por el hospital
- Brindar información personal al médico u otro funcionario de manera veraz, clara y oportuna
- Acatar las indicaciones dadas por los profesionales de la salud
- Llamar a un acompañante si el personal de salud lo solicita

- Dar fe de la atención por medio de la firma o huella dactilar en cada servicio prestado
- Expresar por escrito su voluntad de no aceptar el tratamiento indicado y/o firmar el escrito de su retiro voluntario de la atención
- Pagar oportunamente el costo correspondiente a los copagos
- Cuidar sus pertenencias porque el hospital no se hará responsable en caso de haber pérdidas
- Hacer silencio durante la atención

## Anexo 2 Consentimiento informado

### A. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_

No. IDENTIFICACION \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_

NOMBRE TECNICO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR:

---

---

---

### B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE Y/O CUIDADOR

1. Comprendo la naturaleza del diagnóstico actual de la enfermedad.
2. Se me ha explicado y he entendido las diferentes alternativas de tratamiento y la condición actual de la enfermedad.
3. Se me ha explicado y he entendido la naturaleza y propósitos de la hospitalización domiciliaria, tratamiento y/o procedimiento que se me realizará, que consistirá en: (lenguaje sencillo)

---

---

---

---

---

Así como los riesgos y complicaciones más importantes del mismo, que son:

---

---

---

---

4. Se me ha explicado y he entendido los riesgos y complicaciones más importantes derivadas de la no hospitalización, tratamiento y/o realización de dicho procedimiento.

5. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado de la hospitalización, tratamiento y/o procedimiento.

6. Se me han aclarado todas las dudas con respecto a mi enfermedad, la hospitalización, tratamiento y/o el procedimiento a realizar.

7. Declaro que soy mayor de edad y me encuentro en pleno uso de mis capacidades mentales y no actúo bajo presión de ninguna índole.

8. Se me ha informado que los médicos que realizarán el tratamiento se encuentran vinculados con el Hospital Rubén Cruz Vélez.

9. Se me ha explicado que es necesario el acompañamiento permanente del cuidador quien tendrá el compromiso de apoyar el tratamiento del paciente, realizar trámites de autorizaciones, copagos, cuotas moderadoras y los demás que se requieran para dar continuidad al programa. Autorizo al personal médico y paramédico del Hospital Rubén Cruz Vélez E.S.E. para realizar la hospitalización domiciliaria, el tratamiento y/o el procedimiento descrito arriba y todos los procedimientos complementarios que sean necesarios según mi condición clínica y los exonero de cualquier responsabilidad en caso de presentarse complicaciones derivadas a mi actual estado de salud o por razón de la hospitalización, tratamiento y/o los procedimientos realizados. Autorizo para que los profesionales que participaran en mi intervención dispongan de los componentes anatómicos



retirados de mi cuerpo y la toma de muestras para estudios anatomopatológicos cuando estos sean pertinentes.

Deseo que se me respeten las siguientes condiciones (si no hay condiciones escriba ninguna)

---

---

---

### **C. DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

He informado al paciente el propósito y naturaleza de la hospitalización, tratamiento y/o procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ No. IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO \_\_\_\_\_ No. IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ No. IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

## D. DECLARACIÓN PERSONAS EN INCAPACIDAD DE DECISIÓN O MENORES DE EDAD

El paciente \_\_\_\_\_  
ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar la hospitalización y/o el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado en forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve esta hospitalización, tratamiento y/o procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello, YO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No. IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que los médicos y profesionales del Hospital Rubén Cruz Vélez y el personal auxiliar, le realicen la hospitalización, tratamiento y/o procedimientos.

### FIRMA TUTOR LEGAL Y/O FAMILIARES (EN CASO DE MENOR DE 18 AÑOS DEBEN FIRMAR AMBOS PADRES)

\_\_\_\_\_ No. ID. \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No. ID. \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

### FIRMA TESTIGO

\_\_\_\_\_ No. ID. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

## **E. DECLARACIÓN PERSONAS DE ALTA VOLUNTARIA**

FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

Declaro que abandono este tratamiento, hospitalización o los servicios que ofrece el hospital por mi propia voluntad y contra el consejo del personal médico que me recomienda permanecer en él. Por lo tanto, no existirá responsabilidad alguna para el Hospital Rubén Cruz Vélez o su personal en caso de presentarse complicaciones.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ No. ID. \_\_\_\_\_

TESTIGO

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. ID. \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Anexo 3** Instrumento de recolección de la información (encuesta).

<b>HRCV E.S.E.</b>	<b>ENCUESTA DE MEDICION DE LA SATISFACION DE USUARIOS EN EL SERVIIO DE HOSPITALIZACION</b>	<b>CODIGO: VERSION: FECHA DE EMISION :</b>
--------------------	--	--

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

EPS: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Marque con una X

1. Sabe usted en qué consiste el programa de hospitalización domiciliaria?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. Le informaron las razones medicas por las cuales fue hospitalizado?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Observaciones:

---



---



---

3. se le informo a usted y a su familiar acerca de los cuidados en la atención y hospitalización domiciliaria tales como: personal médico que estar a cargo, rutina referentes a horarios de medicamentos, características de alimentación y demás aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para la prestación de los servicios?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Observaciones:

---



---



---

4. Le informaron los derechos y deberes que tiene como usuario de los servicios del hospital?

---



---

5. Como considera el trato y respeto recibido por parte del personal:

	BUENO	ACEPTABLE	MALO
MEDICO	_____	_____	_____
ENFERMERIA	_____	_____	_____
AUXILIAR	_____	_____	_____
OTROS, CUALES			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6. En el momento del egreso del programa le informaron los cuidados que debe tener en casa?

---



---



---

7. Considera que el programa de hospitalización domiciliaria le brindo una atención integral a su enfermedad:

	SI	NO
MEDICAMENTOS	___	___
EXAMENES	___	___
PROCEDIMEINTOS	___	___

8. Califique el grado de satisfacción frente a los servicios recibidos:

RANGO DE CALIFICACION	CALIFICACION
1. Muy malo	
2. Malo	
3. Aceptable	
4. Bueno	
5. Excelente	

9. Si tiene sugerencias o recomendaciones descríbalas aquí:

---



---



---

NOMBRE DEL ENCUESTADO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

## GLOSARIO

**PROGRAMA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA:** Es el conjunto de procedimientos y actividades encaminadas a brindar a un grupo de pacientes definidos, el cuidado en salud requerido en su residencia, con el recurso humano y técnico necesario, la participación activa de su grupo familiar y la garantía de calidad en la prestación del mismo.

**ATENCIÓN DOMICILIARIA PACIENTE AGUDO:** Es la prestación de servicios asistenciales domiciliarios al paciente con un proceso patológico agudo, limitado en el tiempo, cuyo objetivo es recuperar en el menor tiempo posible la salud del enfermo y restituir su dinámica familiar, laboral y social. Esta atención domiciliaria reemplaza la intrahospitalaria que requiere el paciente. Exige que este cuente con las condiciones socio-ambientales mínimas necesarias y que su estado clínico y la evolución de su patología lo permitan

**ATENCIÓN DOMICILIARIA PACIENTE CRÓNICO:** Es el conjunto de actividades y cuidados que se brindan a pacientes con deterioro funcional y/o mental grave, establecido e irreversible, consecuencia normalmente de enfermedades crónicas en fase avanzada

**VISITAS MEDICAS:** Son las actividades presenciales del profesional médico, donde interactúa con el paciente y su familia, evaluando de manera integral el estado clínico, la evolución de su patología, identificando las variaciones y complicaciones de la misma. Durante esta valoración, que debe quedar consignada en la historia clínica, el médico definirá la conducta a seguir, el plan de tratamiento acorde con sus hallazgos. Resolverá, además, las inquietudes y realizará la asesoría y educación al cuidador.

**VISITA ENFERMERÍA:** Actividad presencial realizada por la enfermera profesional quien evalúa el paciente, planea y realiza el control de las actividades desarrolladas por la auxiliar de enfermería, programa las visitas de auditoría y control de calidad, brinda información a la familia acerca del cuidado específico del paciente y asesora sobre curaciones y procedimientos específicos. En algunas ocasiones realiza actividades puntuales que por su complejidad requieren de enfermera profesional, (por ejemplo: accesos venosos, cateterismo vesical, curaciones complejas, etc.).

**AUXILIAR DE ENFERMERÍA:** Es la persona responsable de realizar actividades relacionadas con la higiene del paciente y las condiciones de su entorno cercano como: tendido de cama, baño de paciente, cuidado de boca y tejidos tegumentarios, higiene de órganos de los sentidos, toma de signos vitales, administración de medicamentos, asistencia en la alimentación, cuidados básicos para el paciente, asistencia al médico o a la enfermera para procedimientos, etc. Dentro de sus funciones no está la de desarrollar actividades domesticas.

**MATERIAL DE CURACIÓN:** Son los suministros que se utilizan en el paciente para el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel y mucosas.