

OPORTUNIDAD DEL SERVICIO DEL PLAN DE ATENCION DOMICILIARIA
EN UNA IPS DE MANIZALES

LEIDY TATIANA MEJIA GUEVARA

Enfermera. Universidad de Caldas

ENRIQUE MONTES MARIN

Médico. Universidad de Caldas

MARTA LUCIA MUÑOZ CUELLAR

Enfermera. Universidad Católica de Manizales

JUAN MIGUEL RAMIREZ FLOREZ

Médico. Universidad de Caldas

Residente de Ortopedia. Universidad Nacional de Colombia

LUZ AIDA RIOS VARGAS

Enfermera. Universidad de Caldas

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
ABRIL DE 2011

**OPORTUNIDAD DEL SERVICIO DEL PLAN DE ATENCION DOMICILIARIA EN UNA
IPS DE MANIZALES
ESTUDIANTES**

**LEIDY TATIANA MEJIA GUEVARA
ENRIQUE MONTES MARIN
MARTA LUCIA MUÑOZ CUELLAR
JUAN MIGUEL RAMIREZ FLOREZ
LUZ AIDA RIOS VARGAS**

ASESORA

MARTHA LUCIA CUJIÑO QUINTERO
Enf. Mgr. en Materno Infantil
Especialista en Administración de la Salud

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
MARZO DE 2011**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	4
1. Antecedentes del estudio	5
1.1 Análisis De Involucrados	7
1.2 Análisis De La Participación	8
2. Planteamiento del problema	9
1. Argumentación.....	9
2. Árbol de problemas.....	12
3. Justificación del Proyecto	13
4. Objetivos	14
4.1 Árbol de Objetivos	15
4.2 Argumentación	15
5. Marco Teórico	17
6. Metodología	25
6.1 Descripción de la metodología	25
6.2 Instituciones	25
7. Análisis de causalidad y alternatividad	26
8. Estructura analítica del proyecto (argumentación para la planeación y ejecución)	28
9. Conclusiones	32
10. Recomendaciones	35
11. Cronograma	35
12. Presupuesto	368
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
BIBLIOGRAFIA	40

INTRODUCCION

El aumento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población ha producido un incremento en el número de personas que presentan múltiples problemas de salud, en ocasiones cambiantes e interrelacionados y de origen multifactorial. El cuidado de estas personas conlleva una importante carga de trabajo para los profesionales de la salud y sus familiares, así como un colapso en la red de prestadores hospitalarios, ya que la capacidad física de estos no es suficiente para el manejo de dichos problemas, existiendo en la actualidad un consenso sobre la necesidad de reorganizar los Sistemas de Atención en Salud mediante la creación de modelos que respondan a las exigencias sociales y que garanticen la forma que la atención extra hospitalaria que permita brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con un relativo menor costo comparado con la atención tradicional.

“En la atención domiciliaria, la constitución de un modelo o de un programa que en rute la atención domiciliaria, debe mantener unos parámetros que no coloque en riesgo la vida del paciente y que brinde siempre una solución a los problemas de salud,

manteniendo como ventaja competitiva una calidad de vida exitosa para el paciente de acuerdo a su estado de salud, mental, físico y psíquico.”¹ (SALAZAR, 2009)

El plan de atención domiciliaria surge como necesidad de reducir las estancias hospitalarias prolongadas, hospitalizaciones no pertinentes, enfermedades nosocomiales, reducir costos a las EPS y así brindar un ambiente cálido, oportuno y eficaz dando continuidad a tratamientos intrahospitalarios en el domicilio del paciente, generando una recuperación, en un ambiente agradable, de manera rápida y efectiva.

En el ejercicio y ejecución del contexto antes mencionado, se presenta la inoportunidad como problema, razón por la cual deben plantearse una serie de estrategias que permitan que la atención domiciliaria se ejecute en un contexto de oportunidad para cumplir con los objetivos de esta y garantizar la recuperación y adecuado mantenimiento del paciente atendido por este medio.

¹ SALAZAR, A; ESTRADA, C; PORTA, R; LOLO, M; THOMAS, S; ALVAREZ, M. Home hospitalization unit: an alternative to standard in patient hospitalization from the emergency department; European Journal of Emergency Medicine Vol. 16 No 3, 2009.

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Hablar sobre atención domiciliaria es complejo al encontrarse con la escasez de literatura al respecto, ya que los pocos estudios están direccionados a comparar la efectividad de estos programas frente a las estancias hospitalarias, donde la mayoría de autores concuerdan en que los programas de atención domiciliaria, aplicados a una población bien seleccionada, son tan efectivos como la hospitalización en cuanto a resultados se trata y permiten la disminución de costos; pero sin estudios que hablen acerca de estándares de calidad en la prestación de este tipo de servicios.

Actualmente el programa de hospitalización en casa que se ha tomado como elemento de trabajo es el modelo implementado por Provisalud, esta es una cooperativa de trabajo asociado de prestación de servicios de salud, que fue fundada en marzo del 2003 por un grupo de profesionales de salud, que decidieron unir sus conocimientos y talento con el fin de prestar servicios profesionales, técnicos y operativos a entidades de salud como IPS, EPS y centros especializados.

Una de las alianzas estratégicas de la cooperativa está establecida con Coomeva EPS en Manizales; en la cual el personal del plan médico domiciliario está conformado por un médico, una enfermera y dos auxiliares de enfermería a nivel local, pero la coordinación se realiza desde Pereira; quienes son los encargados de la prestación de servicios ofrecidos por el programa, en este se manejan dos tipos de pacientes: los pacientes crónicos y los pacientes agudos; en los primeros se agrupan los pacientes que tienen serias limitaciones para realizar desplazamientos hasta las IPS, y que tienen patologías crónicas que requieren control y formulación de medicamentos,

requiriendo visitas mensuales para dicho propósito, y en caso de requerir visitas adicionales, se programan vía telefónica; cabe anotar que a este grupo de pacientes, aparte de las visitas, se le toman paraclínicos de control, y se les brinda el servicio de fisioterapia domiciliaria, realización de curaciones, cambios de sondas, entre otros. El segundo grupo enmarca una gran variedad de pacientes, en todos los rangos de edad, que inicialmente acuden al servicio de urgencias y de allí, luego de tener un diagnóstico preciso, y cumplir con determinadas condiciones (criterios de inclusión), se consideran como candidatos para manejo domiciliario; y los pacientes posquirúrgicos que requieren continuar esquemas de tratamientos instaurados por vía parenteral; toda la atención se centra en estándares de calidad en la atención, similares a los de la hospitalaria.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La oportunidad en la prestación de los servicios de salud, se ha establecido actualmente como uno de los indicadores más importantes de calidad ya que con este se garantiza la completa y rápida recuperación del paciente; de ahí parte la importancia de establecer pautas que garanticen la prestación oportuna del servicio en el programa de atención domiciliaria por parte de los diferentes servicios que este brinda (atención médica, atención de enfermería, toma de exámenes, actividades de fisioterapia, curaciones, etc.), y a su vez, en donde se presentan los principales inconvenientes, tanto para las visitas de control médico, como para el cumplimiento de horarios para las actividades de enfermería. Si bien es cierto, que se ha estimado que el tiempo promedio de atención médica de un paciente agudo es de cuarenta minutos aproximadamente, se debe tener en cuenta los tiempos de desplazamiento en la ciudad, y es de gran importancia tener previo conocimiento de las direcciones en la base de datos de pacientes, para así poder realizar una buena planeación de las rutas a seguir, minimizando de esta forma, la inversión de tiempo en los desplazamientos, para que a su vez, este tiempo se pueda dirigir a la atención de los pacientes.

Por otro lado se encuentra el tiempo que requiere el personal de enfermería para la aplicación de medicamentos y realización de curaciones por paciente; ya que se carece de información que permita determinar un promedio relativo que permita calcular tiempos a cada una de las intervenciones o procedimientos a realizar; por lo cual se hace difícil de medir, ya que depende de la frecuencia de administración del

medicamento, tipo de medicamento o intervención que se debe realizar y los más complejo de las características individuales del paciente.

Es difícil establecer la cantidad de personal con que debe contar el programa de atención domiciliaria, ya que depende del número variable de pacientes que se encuentren activos en el mismo; los médicos deberían ser suficientes para realizar visitas de seguimiento a pacientes agudos al menos en forma interdiaria y mensual a los crónicos. El personal de enfermería varía dependiendo de la cantidad de pacientes que se encuentren en tratamiento y de la cantidad de actividades diarias que requiera cada uno.

Otro de los puntos a tener en cuenta, que influyen en las demoras en la prestación del servicio, son los obstáculos que se presentan por la parte administrativa de la EPS para la autorización de los diferentes procedimientos y actividades solicitadas durante la hospitalización en casa, traduciéndose en demoras en la toma de exámenes y ejecución de actividades como las terapias. Esto, además de incrementar la inversión de dinero y tiempo para la familia al desplazarse a la entidad aseguradora para realizar trámites, genera descontento, el cual no está directamente relacionado con el servicio brindado, pero que puede colocar al programa en desventaja frente a la estancia hospitalaria.

Se ha planteado en el programa otra dificultad expuesta también a continuación en el árbol de problemas, relacionada con la obtención de insumos y medicamentos, generándose así un objetivo puntual por la necesidad de la disponibilidad permanente y fácil de estos elementos. Este problema se presenta no solo en nuestro contexto y sistema de salud; sino en gran parte de los demás países latinoamericanos, como lo

describe la organización panamericana de la salud en su documento *“Política de medicamentos de Centroamérica y República Dominicana”*² (Dominicana), en la cual se establecen algunas debilidades relacionadas con la gestión de suministro tales como: falta de sistematización de un proceso de selección de medicamentos, falta de programación de necesidades; sistema de información de existencias de medicamentos inadecuado y retrasos en los procesos de compra. Estos mismos inconvenientes fueron estudiados en diferentes IPS públicas y privadas en la ciudad de Medellín, donde se evidencia la necesidad de priorizar los procesos administrativos, tales como lo establece el documento: *“Gerencia y administración de sistemas de suministro de medicamentos esenciales”*³ (GOMEZ, 2008), en el cual se identifica la importancia de la gestión y el trabajo del administrador en la prestación oportuna y adecuada de los servicios y la disponibilidad permanente y oportuna del recurso y la incidencia de este en la disminución de costos y en la satisfacción del usuario.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se nota la falta de fortalecimiento de la base de datos de los pacientes activos, hace falta la recolección de información sobre las actividades diarias de enfermería que requieren los pacientes, para así establecer parámetros más objetivos, sobre cuando utilizar el personal de enfermería de apoyo; además hace falta mediar con las directivas de la EPS para crear procedimientos de autorización más eficientes.

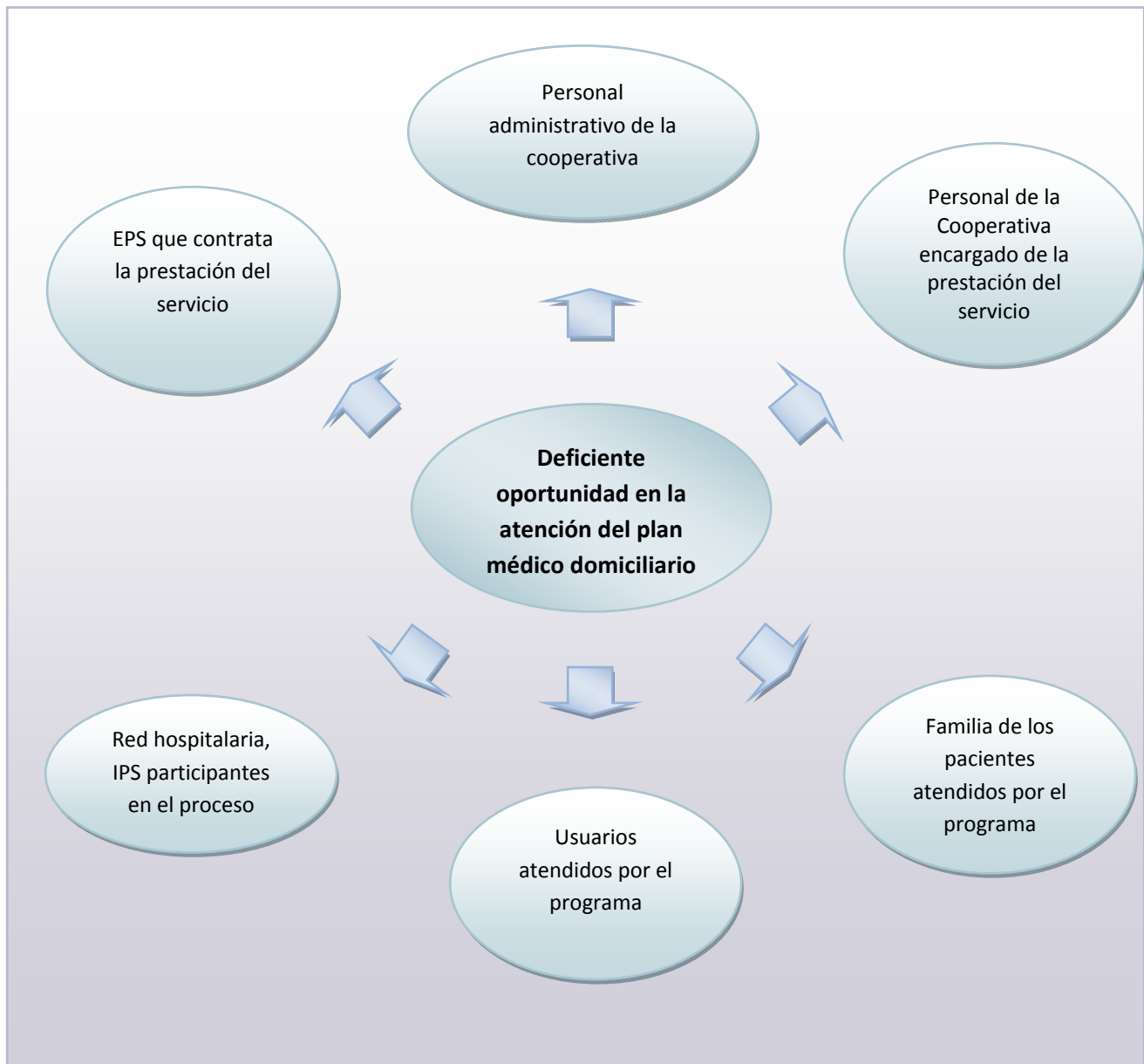
² Política de Medicamentos de Centroamérica y República Dominicana.
http://new.paho.org/hon/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18&Itemid=211DOMINICANA.

³ GOMEZ, María. Rev. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, 2008.

Por otro lado, existen falencias en la definición de parámetros de calidad y criterios de inclusión en los diversos programas, esto asociado a la gran variedad del entorno socioeconómico de los pacientes, que influyen directamente en la percepción de los usuarios acerca de calidad.

1.1 Análisis De Involucrados

A continuación se mencionan los involucrados en el proyecto tanto de manera directa como indirecta.



1.2 Análisis De La Participación

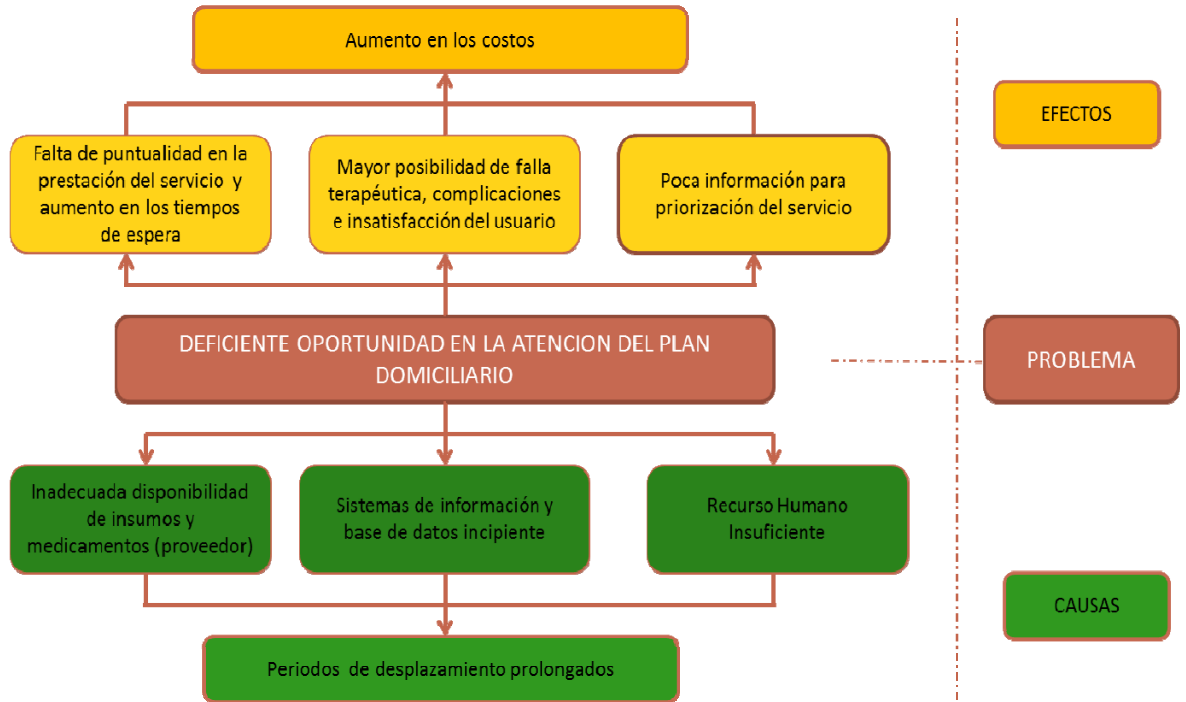
A continuación se mencionan las instituciones, grupos o individuos que de una u otra manera participan en la prestación del servicio por parte del plan médico domiciliario y son objetos de la Investigación presente

INSTITUCIONES	GRUPOS DE INTERÉS	BENEFICIARIOS DIRECTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Provisalud CTA • Coomeva EPS 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios (afiliados) • Personal de la Cooperativa encargado de la prestación del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios atendidos por el programa • EPS que contrata el servicio

BENEFICIARIOS INDIRECTOS	EXCLUIDOS / NEUTRALES	PERJUDICADOS/ Oponentes POTENCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Familia de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria • Personal contratado por la cooperativa para la prestación del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios que no cumplen con los criterios para ser incluidos en el programa de atención domiciliaria 	<ul style="list-style-type: none"> • IPSs de la red que podrían prestar el servicio de manera alterna.

2.1. Arbol de problemas

ARBOL DE PROBLEMAS



3. JUSTIFICACIÓN

La mejoría de las condiciones sanitarias junto al desarrollo socio económico y otros factores están facilitado actualmente, un aumento de la esperanza de vida, generándose un aumento de la demanda de servicios de atención médica en el ámbito domiciliario.

La presencia de incapacidad funcional y secuelas de enfermedades principalmente de tipo cardiocerebrovascular ha aumentado también en respuesta a la creciente población geriátrica existente, elevándose así, la prevalencia de de enfermedades crónicas e incapacitantes, tanto físicas como psíquicas. Los cuidados paliativos constituyen otro importante elemento y objetivo de la atención a domicilio para atender pacientes en fase terminal, mejorando su calidad de vida.

Por otra parte la atención de pacientes agudos o en estados posquirúrgicos, con patologías que no requieren monitoreo continuo, pero que necesitan administración de medicamentos o realización de curaciones; hacen posible que la atención domiciliaria surja como opción, disminuyendo las estancias hospitalarias con todas las posibles complicaciones que se derivan de esta; mejorando la calidad de vida de los usuarios y las familias; descongestionando las redes hospitalarias y disminuyendo costos en lo que respecta a costos por manutención como alimentación, manejo de ropa hospitalaria, entre otros

Sin embargo y pese a las ventajas que ofrece esta modalidad de atención, se presentan dificultades relacionadas con la oportunidad para brindar el servicio, razón por la cual se realiza un ejercicio investigativo a través del cual se pretenden establecer las causas y las posibles alternativas para mejorar la prestación de los servicios y garantizar al paciente y a todos los involucrados en el proceso, la pronta y oportuna recuperación y la prestación de un servicio de calidad.

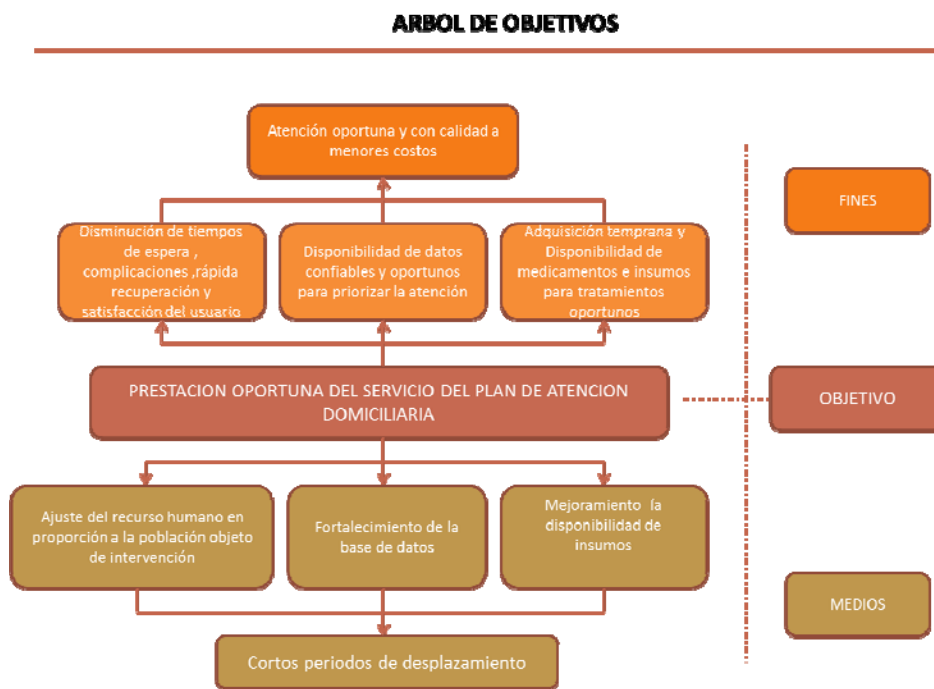
4. OBJETIVOS

El objetivo general para la realización del presente trabajo es identificar las principales causas por las cuales la prestación del servicio de plan de atención domiciliaria no es oportuna, al igual que plantear algunas estrategias que permitan mejorar la oportunidad de este servicio.

Para lograr el cumplimiento de este objetivo hay diferentes medios como:

- Ajustar el recurso humano en proporción a la población objeto de intervención.
 - Fortalecer la base de datos y recursos tecnológicos que favorezcan el seguimiento y faciliten el trabajo por parte del personal del plan de atención domiciliaria.
 - Crear estrategias y desarrollar procesos que permitan mejorar la disponibilidad de insumos.
-

4.1 Arbol de Objetivos



A continuación se enumeran las principales metas u objetivos que se pretenden alcanzar con la inclusión de los pacientes en el plan de atención domiciliaria, ya que con este y su oportuna prestación se podrían lograr otros fines en los cuales se involucran de manera directa o indirecta los participantes en el proceso.

1	Aspecto Técnico Científico	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de infecciones Intrahospitalarias • Evitación de fenómenos de “Hospitalismo” • Disminución de episodios de depresión en ancianos
2	Aspecto Psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora y humanización de la relación personal con el paciente • Permite mayor intimidad y comodidad, además de liberar los horarios de actividades propias (alimentación, descanso, higiene, etc.) • Evita desplazamientos de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y en tiempo. • Facilita la comunicación entre personal de salud y la familia del paciente • Integra la familia con el proceso de recuperación
3	Aspecto Gerencial (Administrativo)	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de costos • Facilita el acceso a los hospitales a quien realmente los necesita

5. MARCO TEÓRICO

Los Términos de los Modelos incluidos en el Plan son:

Atención Domiciliaria (AD)

Hospitalización a Domicilio (HD)

➤ Atención Domiciliaria (AD)

- Atención a pacientes crónicos, terminales e inmovilizados
- La organización depende de las gerencias de atención primaria
- Los recursos con que se organiza son los propios de la atención primaria
- Los profesionales de atención primaria se convierten en referentes últimos de la asistencia, quedando los profesionales de atención especializada hospitalaria como elementos de apoyo

➤ Hospitalización a Domicilio (HD)

- Atención a procesos agudos o altas precoces (médicas o quirúrgicas)
 - La organización depende de la administración de los hospitales
 - Cuenta con recursos de la atención hospitalaria
 - Son los profesionales del hospital los que proporcionan la base de la asistencia, siendo los profesionales de atención primaria los de apoyo
-

En el modelo de atención domiciliaria caben actividades de todo el espectro de los servicios de salud desde el fomento y la protección de la salud, la atención primaria, la prevención clínica, la hospitalización en casa con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios, enfermedades de alto costo y procedimientos de rehabilitación. Esta relación entre ambos campos (sanitario y social), facilita que las personas dependientes puedan quedarse en sus domicilios, en la comunidad mayor con pérdida de su autonomía funcional necesita la intervención de un equipo multidisciplinario de profesionales.

Esta modalidad de atención forma parte de los equipos de atención primaria de salud, garantiza la continuidad de la asistencia y el desarrollo de actividades preventivas que permitan mantener el nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios y su familia, ofreciendo un recurso humano capacitado para mejorar el impacto que estas patologías tienen en la calidad de vida de este tipo de pacientes.

“La hospitalización domiciliaria es un recurso sanitario específico, que permite tratar en su propio domicilio a un grupo seleccionado de pacientes, poniendo a su disposición una infraestructura sin la cual los enfermos, como en el caso de quienes sufren neumopatías, permanecerían prolongadamente hospitalizados. Se trata pues, de una extensión del hospital a la casa del paciente”⁴. (PEREZ-CASTEJON, 2005)

“La atención domiciliaria es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, que deben responder a la problemática que representa mantener una

⁴ PEREZ-CASTEJON, Joan. Geriatria. Director Asistencial Clínica Barceloneta (Centro Sociosanitario). Barcelona; Rev. Mult Gerontol 2005; 15(1):16-22.

persona enferma o incapacitada en su domicilio, y no estar preparados en procedimientos básicos que reduzcan los efectos y complicaciones de los diversos procesos patológicos crónicos. Se constituye entonces como un ámbito ideal para desarrollar las estrategias de prevención destinadas a evitar el desarrollo de la dependencia en el anciano, minimizar sus efectos cuando se presente y ofrecer cuidados de calidad técnica y humana en las fases más avanzadas de la enfermedad” (SANCHEZ, 2002)⁵.

Las personas con procesos crónicos que reciben esta atención domiciliaria vienen definidas en diversos estudios como, aquellas con enfermedad subaguda, crónica o en situación terminal, con incapacidad física y/o psíquica y/o falta de apoyo sociofamiliar, que les impide recibir esta atención en un lugar que no sea su domicilio.

Un análisis de la realidad permite reconocer que el comportamiento de los hechos de salud ha cambiado, por tal razón la atención domiciliaria se posiciona como una alternativa para atender a grupos poblacionales que presentan factores condicionantes como:

- Envejecimiento progresivo de la población
- Aumento de la esperanza de vida de la población
- Cambio de hábitos de frecuentación de las estructuras de atención de salud.
- Importante déficit de camas hospitalarias

⁵ SANCHEZ, Hilda. Directora General de Programas Asistenciales, Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria del Servicio Canario de Salud. España; 2002.

- Replanteamiento en las estrategias de atención de los enfermos crónicos y terminales
- Escasez de recursos, que impide la permanencia en el hospital

Aunque mucha de la bibliografía sobre la atención a domicilio está relacionada con el anciano, esta no se considera únicamente una actividad dirigida a este grupo etéreo. Independientemente de la edad de las personas, tanto el nivel de incapacidad, el deterioro del estado de salud, la presencia de enfermedades debilitantes, y el aislamiento social entre otros tantos aspectos, pueden ser factores determinantes a la hora de decidir que una persona necesita este servicio.

Se considera un proceso de atención continuado, longitudinal, integral y multidisciplinario, en el que se realizan funciones tanto sanitarias como sociales. Pretende mantener al paciente en su entorno, evitando institucionalizaciones y la consecuente desintegración de los lazos entre el individuo y su medio.

Este tipo de atención reporta entre otras, la posibilidad de conocer el entorno cultural y económico del paciente y su familia, conocimiento que puede ayudarnos a entender los problemas de salud.

Según algunos estudios, los principales motivos por los que necesitaba asistencia domiciliaria eran: déficit de autocuidado para las actividades de la vida diaria, movilidad disminuida, edad avanzada y otras alteraciones.

Otros: lesiones frecuentes, incumplimiento terapéutico, poca ayuda social - familiar y dieta inadecuada.

Los cuidados de este tipo de pacientes han de ir encaminados a contribuir a que la persona mantenga su máximo nivel de autonomía, tenga una buena calidad de vida y/o en su caso, una muerte digna, manteniéndose en su hogar si así lo desea, en unas condiciones de bienestar y seguridad adecuadas.

Para lograr este propósito, la enfermera y el médico de atención domiciliaria aplica cuidados con el fin de mantener al máximo la autonomía de la persona, brindar apoyo a las personas y sus familias para desarrollar habilidades que les permitan la adaptación a las nuevas situaciones; atender a las personas durante sus procesos de enfermedad agudos o crónicos, ayudar en su rehabilitación, y prevenir las posibles complicaciones, detectar precozmente los problemas de salud o evitar su evolución hacia la cronicidad o hacia una eventual invalidez.

“Los cambios demográficos mundiales, que están generando un importante aumento del envejecimiento y del número de personas con dependencias, así como, la variación en las estructuras sociales y familiares, hacen necesario mejorar la continuidad de los servicios que prestan cuidados de proximidad, atención domiciliaria y la coordinación entre los principales proveedores de estos cuidados”⁶. (SANCHEZ, 2002).

⁶ SANCHEZ, Hilda. Directora General de Programas Asistenciales, Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria del Servicio Canario de Salud. España; 2002

PROTOCOLO DE INTERVENCION EN VISITAS DOMICILIARIAS

Objetivo.

Acercar la atención y educación sanitaria a aquellos pacientes que por causas psico-físico-sociales tengan serias dificultades para acudir al Centro de Salud.

Dentro de las actividades ejecutadas en el plan se encuentran las siguientes:

De Educación.

- Entrenamiento en temas específicos como prevención de caídas, prevención de escaras, higiene, nutrición, curaciones, etc.
- Educación para la salud dirigida al paciente, su familia y/o cuidador
- Educación específica sobre su patología, sus causas, su tratamiento y factores de riesgo para su deterioro
- Estilo de vida saludable, detección y disminución del riesgo
- Signos de alarma y recomendaciones generales para la consulta temprana y/o de urgencias

De Prevención.

- Detección precoz del riesgo y elaboración del perfil individual
- Tamizajes y actividades de promoción y prevención
- Vacunaciones

De Asistencia.

- Diagnóstico multidisciplinario inicial de la condición del paciente y diseño de su plan de manejo
- Visitas de seguimiento (manejo del caso y prevención del deterioro)
- Intervenciones y/o procedimientos: curaciones, drenajes, toma de muestras
- Sesiones de terapia y apoyo psicosocial

De Rehabilitación.

- Sesión de terapia física
- Sesión de terapia ocupacional
- Sesión de terapia respiratoria

Criterios de Inclusión

Son los requerimientos que debe cumplir el paciente para beneficiarse del plan de atención domiciliaria

1. Físicos:

- Patología crónica o aguda invalidante.
 - Enfermos terminales.
 - Posthospitalizados.
 - ACV
 - Anticoagulaciones
-

2. Psíquicos:

- Pacientes psiquiátricos hostiles.
- Pacientes con lesiones deformantes

3. Sociales:

- Ancianos con limitaciones físicas o seniles que viven Solos.
- Valoración y seguimiento de la situación socio -familiar de personas de riesgo.
- Pacientes que por sus características psíquicas, educacionales, o culturales les lleven a negarse a acudir a los servicios sanitarios, a pesar de necesitarles.

Criterios de Exclusión

- Cuando cesen las circunstancias que motivaron su inclusión.
 - Cuando rechace expresamente la atención ofrecida.
 - Si se comprueba que la inclusión se basa exclusivamente en criterios de complacencia (por parte del usuario, o del personal sanitario).
-

Captación

Mediante valoración a domicilio: por petición de la familia, por informe de alta hospitalaria, por petición de medicamentos para paciente que no conocemos, por información de agentes colaboradores (monitores, representantes vecinales o de asociaciones, trabajadores sociales, etc.)

6. METODOLOGÍA

6.1 Descripción de la metodología

El presente ejercicio fue desarrollado con la metodología de marco lógico a través de la cual se pretendía identificar un problema para intervenirlo a través de diferentes estrategias y acciones. Este se inicio en el plan de atención domiciliaria ofrecido por Coomeva EPS a sus usuarios, en convenio con Provisalud CTA; sin embargo debido a la desvinculación de los integrantes del grupo con dichas entidades se continuo con la realización de un ejercicio analítico, donde pudieran establecer las problemáticas que se presentan en la prestación de este tipo de servicios y las posibles alternativas a estos.

6.2 Instituciones

Las instituciones participantes en el presente proyecto mencionadas anteriormente en el análisis de participantes son Coomeva EPS y Provisalud CTA

7. Análisis de causalidad y alternatividad

PROBLEMA	ALTERNATIVAS DE SOLUCION
<p>DEFICIENTE OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DEL PLAN DOMICILIARIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Crear dentro de los organigramas de las instituciones prestadoras de servicios una sección destinada a la atención domiciliaria, que mediante la utilización racional de turnos y el recurso humano disponible disminuya los tiempos de espera de los pacientes. Ejercer un control permanente de los tratamientos farmacológicos específicos en los pacientes. -Promover a través de seminarios, charlas y conferencias la participación de la comunidad en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria. -Incorporar equipos de transporte dotados con tecnología de avanzada que permitan la atención oportuna de pacientes en sus propios lugares de residencia. -Fortalecer los sistemas de información y evaluación en los distintos niveles de atención, que generen un impacto favorable en la salud de la población, aprovechando los avances tecnológicos de las comunicaciones. -Mantener un stop farmacéutico que garantice el suministro oportuno y permanente de medicamentos e insumos para tratamientos médicos domiciliarios. Seleccionar proveedores que respondan por el suministro oportuno y permanente de medicamentos e insumos médicos. -Mejorar la utilización de los recursos ambulatorios de atención domiciliaria y establecer políticas definidas de calidad científico-técnica en los diferentes establecimientos de atención en salud. -Revisar periódicamente los programas de atención domiciliaria con el fin de adecuarlo a las tendencias propias de este creciente sistema de atención en salud.

8. Estructura analítica del proyecto (argumentación para la planeación y ejecución)

ESTRUCTURA DE LA MATRIZ DEL MARCO LOGICO

(Fin, Propósitos, Componentes, Actividades)

RESUMEN NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Prestación oportuna de los diferentes servicios en el plan de atención domiciliaria en una IPS	Tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio y la prestación de éste.	-Base de datos -Listas de chequeo -Registros en la historia clínica -Archivo de ordenamientos generados por la EPS	Se espera que con esta investigación se logre dar las suficientes herramientas de análisis de contexto para generar los recursos (humanos, tecnológicos, físicos) para lograr disminuir de forma considerable los tiempos de espera para la prestación del servicio.
	Disminución de los tiempos de espera, complicaciones, rápida recuperación y satisfacción del usuario	-% de complicaciones en los pacientes por atender -Tiempo de estancia en el programa hasta la recuperación -.% de usuarios satisfechos con el programa	-Registro de llamadas -Registro de atenciones -Historias clínicas -Registro general de atención -Encuesta de satisfacción de cada paciente atendido	Al disminuir los tiempos de espera, se brinda un servicio, redundando en la mejoría de la calidad del mismo y generando satisfacción en el usuario
PROPOSITOS	Disponibilidad de datos confiables y oportunos para priorizar la atención	Base de datos actualizada	-Base de datos de paciente actualizada permanentemente -Actualización permanente	Se agiliza el proceso y los procedimientos de atención teniendo la información de cada paciente en forma precisa
	Adquisición temprana y disponibilidad de medicamentos, insumos y recurso humano para tratamientos oportunos	-Disponibilidad de profesionales de salud para continuar el plan de atención -Disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención de los pacientes	-Registro de aplicación de medicamentos (hoja de gastos) -Plan de atención por paciente donde este especificado el personal de salud, medicamentos e insumos	La atención domiciliaria oportuna y eficiente disminuye las complicaciones y favorece la recuperación

COMPONENTES	<p>-Ajuste del recurso humano en proporción a la población objeto de intervención.</p> <p>- Fortalecimiento de la base de datos</p> <p>- Mejoramiento la disponibilidad de insumos y medicamentos</p>	<p>-Disponibilidad del recurso humano para prestar los servicios de manera oportuna y eficiente</p> <p>-Seguridad en la información disponible o relación entre la información disponible y la información real.</p> <p>-Disponibilidad de medicamentos e insumos para la atención de los pacientes</p>	<p>Disponibilidad de datos confiables y oportunos para priorizar la atención y Fortalecimiento de la base de datos</p>	<p>Mejorar la seguridad en la atención, gracias a la veracidad de los datos disponibles</p>
ACTIVIDADES	<p>Generar un impacto positivo real sobre la calidad de vida de los usuarios atendidos por el programa.</p> <p>Prestar servicios de salud en el domicilio de nuestros usuarios cumpliendo estándares de eficiencia y oportunidad que garanticen su competitividad frente a otras modalidades de atención.</p>	<p>-Capacitar al 100% de los pacientes incorporados, cuidadores y núcleos familiares según un plan diseñado y acordado al inicio de la intervención con objetivos precisos, prácticos, alcanzables y evaluables al término del primer año de funcionamiento.</p> <p>-Describir un panorama integral de riesgo (mediante su detección y elaboración del respectivo plan de intervención multidisciplinaria) en al menos el 20% de los usuarios atendidos en cada año de funcionamiento.</p>	<p>Estadística propia del programa, basada en las fichas de cada usuario</p>	<p>Con el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios prestados, se logran mejores tasas de recuperación, disminución de recidivas y eventos adversos buscando, la satisfacción del cliente</p>

9. CONCLUSIONES

- En el marco actual de cambios globales en términos sanitarios, los cuales tienden hacia el aumento de la sobrevida en las poblaciones de diferentes latitudes, proporcionalmente a sus indicadores epidemiológicos y demográficos, se abre un camino en la asistencia en salud para las personas de avanzada edad y que presentan determinadas patologías crónicas, lo cual hace de este sistema de atención, un producto en crecimiento.
 - Aunque la demanda de servicios médicos en el hogar está creciendo y en todos los grupos etáreos, se destaca en este trabajo el sobresaliente papel de la población geriátrica, según la revisión realizada. Es de precisar que en materia legislativa colombiana en el presente año se apuntan primordialmente al énfasis en la atención primaria para la población, lo cual también incluye la modalidad de la atención domiciliaria, dependiendo de la fase de la fase clínica en la que se encuentre la persona que demanda este servicio.
 - Es importante que los gobiernos del mundo – principalmente el occidental -, adopten políticas de salud según el sistema que cada uno de ellos maneje, que incluyan como parte de su estructura, de manera organizada y dinámica, un modelo de atención de este tipo para garantizar el acceso a sus ciudadanos desprovistos de la capacidad de desplazamiento a los centros usuales (y dependiendo de su cuadro). Siendo el acceso a la atención en salud uno de los
-

componentes de la Ley 100 de 1993, el cual sigue estando presente en la reforma de salud (Ley 1438 de 2011).

- El manejo de este tipo de programas no debe ser manejado exclusivamente por las entidades privadas, debiendo existir participación también del estado. Como sucede en Colombia, donde no se encuentra una presencia importante de tipo oficial. Es así como según la Ley 1438 de 2011, debe existir una coordinación entre los entes territoriales y las empresas aseguradoras para garantizar la adecuada prestación de los servicios a toda la población, entre otros, incluyendo en sus planes de beneficios, la atención y servicios de tipo domiciliario.
 - A cargo del estado debiera estar el manejo de parte de los recursos que las EPS destinan para los mismos, de modo que se trate de garantizar servicios oportunos, como parte de la calidad y del compromiso social por hacer parte del derecho a la salud o como denomina la Constitución Nacional: "un servicio público". Estos y otros principios constitucionales que hacen parte de materia legislativa en salud de 1993 y su reforma en el año presente, tratan de ser en ella cada vez más exaltados en sus lineamientos; tratando de alcanzar la universalidad y la igualdad para todos los ciudadanos, independientemente de su estatus o tipo de afiliación al sistema.
-

10. RECOMENDACIONES

- ❖ El Gobierno Colombiano debe dar continuidad a los procesos que favorezcan la implementación de los planes de atención domiciliaria en su territorio, acorde a la tendencia detectada en la actualidad (datos poblacionales), e incorporando en su plan obligatorio de salud mayor estructuración de este tipo de servicio.
 - ❖ A nivel municipal y departamental, es conveniente iniciar estudios piloto para incorporar un modelo que responda a las necesidades presentes y a las susceptibles de emerger, con la opción de realizar un trabajo conjunto como región en el eje cafetero.
 - ❖ Un sistema de servicios domiciliarios ayuda a mantener la viabilidad de la red hospitalaria, previniendo su saturación y la demanda extra por parte de los usuarios que son candidatos para recibir la atención en su vivienda por parte de personal calificado, dando apoyo al concepto de acceso y oportunidad en materia sanitaria a todos los colombianos, según la constitución y la ley de salud.
 - ❖ Se deben sincronizar el trabajo de la empresa privada y estatal en pro de brindar a la comunidad un servicio óptimo del cual se puedan sacar frutos y experiencias positivas en la construcción de una opción de atención importante que demanda el medio actual.
-

11. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO					
	Mayo-Junio 2010	Julio - Agos.2010	Sept.- Oct. 2010	Nov. - Dic. 201	Enero - Febr. 2011	Marzo - Abril 2011
Planeación de la actividad investigativa, planteamiento del problema; análisis de causas y efectos	X					
Planteamiento sobre antecedentes históricos		X	X	X		
Asesorías de Investigación guiadas por la docente	X	X	X	X	X	X
Desarrollo de marco teórico			X	X	X	
Establecimiento de la estructura analítica del proyecto					X	
Exposición al grupo de compañeros de los adelantos realizados con respecto al ejercicio investigativo			X			X
Sistematización de Resultados, Elaboración de Informe final					X	X
Presentación y sustentación del informe final y el artículo científico					X	X

12.PRESUPUESTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Asesoría docente	22 horas	\$ 50.000	\$ 1.100.000
Hora trabajo medico	Dos médicos x 100 horas	\$14.500	\$ 2.900.000
Hora trabajo enfermeras	Tres enfermeras x 100 horas	\$10.500	\$ 3.150.000
Papelería y útiles de escritorio (hojas, CD, carpetas, impresiones, uso de celular)			\$ 100.000
Internet horas por estudiante diplomado			\$ 300.000
TOTAL			\$ 7.550.000

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) SALAZAR, A; ESTRADA, C; PORTA, R; LOLO, M; THOMAS, S; ALVAREZ, M. Home hospitalization unit: an alternative to standard in patient hospitalization from the emergency department; European Journal of Emergency Medicine Vol. 16 No 3, 2009.
 - (2) Política de Medicamentos de Centroamérica y República Dominicana. http://new.paho.org/hon/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18&Itemid=211DOMINICANA.
 - (3) GOMEZ, María. Rev. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, 2008.
 - (4) PEREZ-CASTEJON, Joan. Geriatra. Director Asistencial Clínica Barceloneta (Centro Sociosanitario). Barcelona; Rev. Mult Gerontol 2005; 15(1):16-22.
 - (5) SANCHEZ, Hilda. Directora General de Programas Asistenciales, Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria del Servicio Canario de Salud. España; 2002.
 - (6) SANCHEZ, Hilda. Directora General de Programas Asistenciales, Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria del Servicio Canario de Salud. España; 2000.
-

BIBLIOGRAFIA

- OSPINA, Jorge. Atención Domiciliaria Integral. <http://www.monografias.com/trabajos20/atencion-domiciliaria/atencion-domiciliaria.shtml>.
 - GONZALEZ, Víctor. Hospitalización a domicilio. MedClin (Barc) 2002; 118(17):659-64.
 - MCWILLIAM, Carol. Home-based health promotion for chronically ill older persons. Health promotion international. Vol. 14, No. 1.
 - Guías de Procedimientos de Enfermería, Kinesiología y Fisiatría en un Servicio de Internación Domiciliaria. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica-Resolución 374/2002. Buenos Aires, Argentina.
 - CONTRERAS, Carmen Rosa; MORENO, Carlos. Manejo y administración de sistemas de medicamentos esenciales. Cooperativa de Hospitales de Antioquia: COHAN/OPS. Medellín, 1999.
 - Guías de Atención Clínica Domiciliaria. Distrito Sanitario Málaga ISBN-84-690-2675-5. Málaga, España; 2008.
 - TOBAR, Federico. Centro de Estudios en Gestión y Economía de la Salud. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. Argentina; 2008.
 - Revista de Salud pública Instituto Nacional de Salud Pública Salud Pública de México. "Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud". ISSN 00363634 Méx.v.50 supl.4. Cuernavaca, 2008.
-