

VERIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 EN LA PRESTACIÓN DE
LOS SERVICIOS DOMICILIARIOS EN SALUD

VANESSA KATHERINE COLMENARES RAMÍREZ

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
FACULTAD AUDITORIA EN SALUD

BOGOTÁ

2019

VERIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 EN LA PRESTACIÓN DE
LOS SERVICIOS DOMICILIARIOS EN SALUD

VANESSA KATHERINE COLMERARES RAMÍREZ

DIRECTORA
LILIANA CASTILLO RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
FACULTAD AUDITORIA EN SALUD
BOGOTÁ
2019

AGRADECIMIENTO

“Dedico este trabajo a las personas que han contribuido a mi experiencia personal, familiar laboral, por estar siempre a mi lado y respaldarme en los sueños que emprendo. De igual manera a Dios por haberme puesto en este caminar para complementar mis conocimientos y ampliar mis fronteras”.

TABLA CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
1. JUSTIFICACIÓN.....	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4. MARCO TEÓRICO	12
4.1 HISTORIA	13
4.2 DEFINICIÓN	15
4.3 MARCO NORMATIVO	16
4.4 MARCO CONCEPTUAL.....	17
5. DISEÑO METODOLÓGICO	26
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	26
5.2 POBLACIÓN	26
5.3 INSTRUMENTO	27
6. RESULTADOS	28
7. DISCUSIÓN.....	32
8. ANEXOS.....	35
9. RECOMENDACIONES.....	36
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39

INTRODUCCIÓN

La Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Así mismo, adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (Ministerio de Salud, 2014).

En el numeral 1.2 *Estructura de los servicios de salud*, establece tres modalidades para la prestación de los servicios de salud: intramural, extramural y telemedicina. Respecto a la modalidad extramural o domiciliaria, la Resolución la define como los servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o a espacios de salud en áreas de difícil acceso, por lo que no cuentan con los servicios quirúrgicos. Son espacios que se acondicionan de forma temporal para el desarrollo de las actividades y procedimientos requeridos, por lo que los prestadores que oferten esta modalidad deben contar con un domicilio que permita la ubicación por parte de los usuarios y la entidad departamental o distrital de salud (Ministerio de Salud, 2014).

Los servicios que se pueden prestar en la modalidad de atención domiciliaria, conforme a la Resolución, son (Ministerio de Salud, 2014):

Atención paciente agudo

Atención paciente crónico sin ventilador

Atención paciente crónico con ventilador

Consulta

Atención prehospitalaria

Atención al consumidor de sustancias psicoactivas

Atención ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas

Atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas

Por lo anterior, el servicio domiciliario se puede definir como un servicio sanitario que se provee asistencia continua de problemas de salud que no requieren hospitalización en donde va dirigidas a las personas que no se pueden desplazar a un centro sanitario por impedimentos generalmente de carácter físico. La atención social en domicilio suele tener distinta dependencia, pero debe completar y coordinarse con la sanitaria.

Por su parte, TorraiBou (Ayuso, Tejerod, & Serrano, 2018) lo define como:

[El] conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud y que tiene como objetivo proporcionar atención de salud, mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario o familia con los profesionales del equipo de salud, en el domicilio de aquellas personas que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de Atención primaria (pág. 202).

Específicamente en lo relacionado con el Área de Reducción del Consumo de Drogas, la resolución aborda: Habilitación Salud Mental, Habilitación Sustancias Psicoactivas, Atención domiciliaria, Atención ambulatoria, Tratamiento, Atención Institucional, Brigadas o jornadas, Jornadas extramurales y Unidad móvil (Ministerio de Salud, 2014).

Para la expedición de esta Resolución 2003 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social tuvo en cuenta que de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 4° del Decreto 1011 de 2006, el Ministerio de Protección Social, el Ministerio de Salud y Protección Social, debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Así mismo, el cumplimiento de la obligación es ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los

componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se hace necesario ajustar, definir, establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud, así como adoptar el correspondiente Manual para los servicios prestados en la salud (Ministerio de Salud, 2014).

El presente trabajo se realizó con el objetivo de caracterizar el cumplimiento de la resolución 2003 de 2014 en el área asistencial domiciliaria para favorecer la integridad de los pacientes domiciliarios utilizando los estándares para la prestación de servicios en el área domiciliaria y necesarios para cubrir los requerimientos de los pacientes.

Los estándares para esta caracterización son evaluados mediante la habilitación de un proceso que delimita los beneficios y son esenciales para el cumplimiento de una institución o un servicio de salud, ya que son indispensables para defender la vida de los usuarios para así poder encontrar evidencias en donde se implica la presencia del riesgo en donde se está prestando el servicio y no afecte la dignidad de cada uno de ellos. (Ministerio de Salud, 2014).

Las visitas domiciliarias dependen de una EPS, en donde contrata una IPS para que preste el servicio, para eso debe cumplir ciertos parámetros, obligaciones y requisitos para tener una mejor calidad de los usuarios, las visitas empiezan a correr cuando el médico de la IPS hace el ingreso a una identidad (Ministerio de Salud, 2014).

1. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto es relevante para la auditoria en salud ya que permite evidenciar las falencias que presentan algunas entidades y a su vez por medio de las habilitaciones realizar el cumplimiento de la resolución 2003 de 2014 con el fin evaluar que las instituciones de salud realicen el cumplimiento de las leyes que protegen a los usuarios del servicio domiciliario.

Es importante, para las empresas que corroboran la prestación de los servicios de salud, mantener la papelería al día las dotaciones de los pacientes se deben entregar oportunamente y ser muy rigurosos con el cumplimiento de los estatutos de las IPS que prestan el servicio de atención domiciliaria.

Además, las EPS deben realizar seguimiento exhaustivo a las IPS que prestan el servicio domiciliario para verificar que estén cumpliendo a cabalidad el servicio que promociona la institución con un nivel de excelencia y corregir oportunamente las falencias que se puedan llegar a presentar por el bienestar de los involucrados.

La resolución 2003 de 2014 brinda las herramientas precisas para evitar falencias en el servicio domiciliario, haciendo cumplir esta resolución las IPS y EPS tendrían la facilidad de corregir dificultades en el sistema y evitar riesgos en los usuarios.

Por lo tanto, es importante el seguimiento de las auditorias en las IPS que estén cumpliendo adecuadamente la Resolución 2003 de 2014, para que las entidades realicen con prontitud la solución de las falencias que se puedan estar presentando al momento de gestionar la habilitación. Es importante acortar los tiempos de gestión para evitar que más usuarios se vean afectados y a su vez los perjudicados vean soluciones prontas y oportunas por parte de la institución.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo regular el sistema domiciliario de salud a través de las auditorías?

En vista de que la seguridad del paciente es una de las bases fundamentales de la atención domiciliaria, y que nadie está excepto de accidentes o lesiones prevenibles dentro de un servicio domiciliario, es importante cumplir, aplicar e implementar todos los parámetros necesarios que se requieren para dicho servicio en donde sea óptimo y beneficioso para todo aquello que estén necesitando el servicio domiciliario.

Por tal motivo las IPS debe aplicar la Resolución 2003 de 2014 haciendo cumplir los estándares que se requiere para tener y prestar un buen servicio por parte de los profesionales de la salud para que haya eficiencia, efectividad, calidad de los usuarios que están recibiendo un adecuado servicio domiciliario garantizando un buen tratamiento y manejo de los diferentes diagnósticos de cada uno de los usuarios.

Por ello este tipo de análisis permite reflexionar sobre la Resolución que existe en Colombia al momento de prestar una atención domiciliaria y verificar a través de las auditorías el buen funcionamiento de dicho servicio. Es aquí donde juegan un papel importante las instituciones prestadoras de servicios en salud, ya que son el eje fundamental al momento de vigilar y controlar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) , donde establecen metodologías de costos y auditorías médicas para poder garantizar la eficacia en el servicio domiciliario.

De esta manera se regula y estandariza los servicios domiciliarios de las IPS o EPS o cualquier entidad que brinde servicios de salud , para al momento de presentarse alguna irregularidad con el paciente saber cómo corregir los inconvenientes, aunque en esta investigación se evidencia que al momento de solucionar falencias en el servicio el

momento de actuar no es oportuna y toma mucho tiempo solucionarle a los pacientes y por ello en algunos se cierran las entidades dejando a miles de pacientes a la deriva.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el cumplimiento de la resolución 2003 de 2014 en el área asistencial para favorecer la prestación de los servicios de salud en los pacientes domiciliarios.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar la resolución 2003 de 2014 en los servicios asistenciales domiciliarios.
- Verificar el cumplimiento de la resolución en la IPS CEPAIN de los pacientes domiciliarios.
- Emplear las técnicas de auditoria en la verificación de la calidad en la atención de los pacientes domiciliarios.

4. MARCO TEÓRICO

Algunas IPS y EPS adoptaron el servicio domiciliario para aquellos afiliados que requieren la hospitalización en casa, permitiéndoles estar en su entorno familiar, garantizándoles la privacidad y una adecuada recuperación de su estado de salud utilizando diferentes actividades como la visita médica, la implementación de medicamentos, curaciones, terapias entre otros, permitiendo que sean manejados ambulatoriamente desde su casa por medio de un grupo multidisciplinario de salud (Montserrat, 2013).

En la atención domiciliaria hay actividades del servicio de la salud como atención primaria, promoción y prevención, en donde se debe utilizar los equipos necesarios para todos los usuarios con todo tipo de patologías y para cualquier procedimiento de rehabilitación dando la mayor comodidad para los usuarios dependientes, dando la continuidad de la asistencia y el desarrollo de las actividades preventivas que permitan mantener el nivel de salud y la calidad de vida de cada uno de ellos incluyendo a su familia ofreciendo una mejoría en las patologías que garantice una buena calidad de vida a todos los pacientes (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011).

El programa ayuda a evitar riesgos, eventos adversos y la integridad del usuario dando una mejor calidad de vida para todos los usuarios con diferentes patologías que puedan ser internados en sus domicilios, ayudando el buen manejo y ser menos traumático tanto para los usuarios como para sus familiares logrando una recuperación más satisfactoria teniendo en cuenta la calidad de vida de cada uno de ellos (Ramallo, Martínez, & García, 2001).

Los usuarios deben contar con un amplio espacio en donde le permita utilizar todos los implementos y accesorios que se requiere para una hospitalización en casa, una buena

higiene a nivel personal como a nivel domiciliario, utilizar todos los requisitos que son planteados en la Resolución 2003 de 2014 (Ministerio de Salud, 2014).

4.1 HISTORIA

De acuerdo con la bibliografía consultada, la hospitalización domiciliaria aparece informada desde 1947 en New York, como una extensión del hospital hasta el domicilio del paciente. Esta experiencia la comenzó a desarrollar el doctor Bluestone del Hospital “Montefiori” cuando con su equipo del hospital y material necesario, se trasladó a los domicilios de los enfermos, experiencia que recibió el nombre de “Home Care”, que luego se extendió con el nombre de servicio de hospitalización a domicilio a todos los países desarrollados, y para todos los grupos de edades. Desde entonces han existido múltiples experiencias similares en Norteamérica, Europa y otros países, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema de salud (Minardi, y otros, 2001).

A partir de los años 60 comenzaron a funcionar servicios de hospitalización domiciliaria en Canadá, orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se llevaron a cabo, en 1987, experiencias piloto bautizadas con el nombre de “Hospital extra mural” y que consistían en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos (Minardi, y otros, 2001).

En Europa el Hospital de Tenon de París fue el primero en crear, en el año 1951, una Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Más tarde, en 1957, se estableció en la misma ciudad el “Santé Service”, que aún hoy sigue prestando asistencia sociosanitaria a domicilio a pacientes con padecimientos crónicos y terminales. Esta modalidad en Francia no fue reconocida plena y oficialmente como una alternativa a la hospitalización tradicional hasta 1992 (López, 2003).

En otros países de Europa tardó casi una década en empezar a desarrollarse. En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de “Hospital Care at Home” (Atención Hospitalaria en el Domicilio). En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia se originó a comienzos de los años ochenta, con el nombre de “Ospedalizzazione a Domicilio” (Pérez, Delgado, Moreno, & García, 2003).

En el año 1981 tuvo lugar la primera experiencia en España, en el Hospital Provincial de Madrid. En 1983, el Senado Español aprobó una moción en la que se reconocía la necesidad de crear las Unidades de Hospitalización Domiciliaria en la Seguridad Social. Las Unidades de Hospitalización Domiciliaria vienen mencionadas por primera vez en el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social de 1985 (Pérez, Delgado, Moreno, & García, 2003).

En 1996 la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud inició el programa Del hospital a la atención de salud en el hogar, dirigido a promover, estandarizar y registrar el cuidado de los enfermos en su domicilio, como acción para fortalecer la labor de los profesionales de la atención primaria (Torre, Hernández, & Rodríguez, 1998).

Los antecedentes históricos del ingreso en el hogar en Cuba datan del año 1825 por los médicos que laboraban en el primer modelo de la Atención Primaria en el país, denominado Facultativo de Semana. En el año 1984 se comenzó con el modelo de atención del Médico de Familia, que constituye un perfeccionamiento en el enfoque social de la medicina, base del sistema de salud desde su implantación. El ingreso en el hogar se incorporó al trabajo del Médico de Familia en febrero de 1985 y aunque no se le dio el uso adecuado durante mucho tiempo, se determinó para el fortalecimiento de la atención primaria de salud, como uno de los puntos donde debe lograrse el mayor impacto (Díaz, 2013).

4.2 DEFINICIÓN

Según la OMS el servicio domiciliario es la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos (Baquero, 2017).

La hospitalización domiciliaria corresponde a los servicios que prestan por el personal de la Salud a los usuarios que han sido dados de alta hospitalaria y requieren seguir con el tratamiento como la administración de medicamentos, curación de heridas, terapia física, ocupacionales, fonoaudiología, respiratoria, manejo de ostomías y catéteres, se debe seguir el procedimiento que se venía manejando a nivel hospitalario pero en su domicilio, al momento que se llegue a complicar el usuario debe ser remitido al hospital o urgencias inmediatamente para así evitar riesgos de alta complejidad (Baquero, 2017).

El servicio domiciliario está definido de muchas maneras como, por ejemplo: es una alternativa asistencial del sector de salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos, paramédicos y enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesita vigilancia activa y asistencia compleja (Abarca, García, Martín, Molina, & Ruiz, 1991).

En calidad se manejan unos atributos esenciales que lo componen: la seguridad para el paciente, su familia y profesionales que prestan los servicios, la continuidad se debe mantener desde el inicio de la hospitalización en casa en donde se ha egresado de una institución hospitalaria para continuar con el tratamiento en casa, la pertinencia para determinar la patología a tratar, su objetivo del programa y la idoneidad del recurso humano que despliega para la prestación del servicio, la eficiencia por la optimización de

los recursos de los que se disponen y la gestión de riesgo en donde se disminuye los eventos adversos (Abarca, García, Martín, Molina, & Ruiz, 1991).

4.3 MARCO NORMATIVO

Resolución 5261 de 1994

Se estableció el manual de actividades, intervenciones y procedimientos de Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para ser aplicada en el servicio domiciliario para así tener un control y un seguimiento de cada uno de sus actividades que se estén realizando a cada uno de los usuarios por parte de la IPS.

En las IPS se va a encontrar diferentes tipos de paciente más que todo usuarios de cuidado paliativo en donde se define es aquel que se brinda al paciente que sufre un proceso patológico incurable y por ello, con previo concepto del médico y con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente, “podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar” (Ministerio de Salud, 1994).

Resolución 2003 de 2014

Regula los estándares que se deben cumplir de manera puntual a la hora de prestar un servicio, puesto que estos deben manejarse con ciertos criterios para establecer una buena calidad con todos los usuarios que requieren de este servicio (domiciliario) ya que es un beneficio óptimo para la comodidad de los pacientes y familiares.

Debido a que es un Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados.

Así mismo se desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador; que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener al paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad, incluye:

- Atención domiciliaria paciente agudo.
- Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador.
- Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador.
- Consulta domiciliaria.

4.4 MARCO CONCEPTUAL

Para poder prestar un servicio domiciliario, se tiene que tener en cuenta unos estándares en donde se tiene más control y seguimiento para cada uno de ellos y así saber en que esta fallando y realizar sus respectivas correcciones para que no se vea afectado tanto los usuarios como la IPS.

- **Talento Humano**

Atención domiciliaria de paciente crónico (Ministerio de Salud, 2014).

Se ha establecido los siguientes requisitos de talento humano para la prestación del servicio de salud domiciliaria por parte de las IPS:

- ✓ Cuenta con auxiliar de enfermería bajo la supervisión de enfermera. La permanencia en el domicilio del paciente de la auxiliar de enfermería, será

determinada por la institución según la condición del paciente y las guías y protocolos de manejo institucional.

- ✓ Disponibilidad de médico general y enfermera con supervisión semanal mediante comité técnico científico.
- ✓ Disponibilidad de médico especialista y de otros profesionales de la salud generales o especializados, de acuerdo con la complejidad de los procesos de atención requeridos por el paciente. Para efectos de la coordinación y supervisión del programa de hospitalización domiciliaria, podrá ser realizado por médico general o médico especialista.
- ✓ Disponibilidad de nutrición, psicología, terapia física, ocupacional y de lenguaje.

Así mismo, es importante que cada paciente requiera de un familiar o acompañante permante para que lo acompañe y tenga conocimiento de todo el procedimiento que se le está realizando. la norma establece que se requiere de un familiar o acompañante permanente.

Atención domiciliaria de paciente agudo (Ministerio de Salud, 2014):

Cuando es un paciente agudo la IPS debe tener a disposición un médico, una enfermera, una auxiliar de enfermería o si requiere los profesionales de rehabilitación

Respecto a la atención especial domiciliaria para un paciente crónico con ventilador, el servicio debe contar con (Ministerio de Salud, 2014):

- ✓ Disponibilidad de médico general y enfermera según el plan de manejo, con supervisión semanal por médico especialista mediante comité técnico científico, el cual tendrá bajo su responsabilidad la coordinación del programa y garantizará evoluciones periódicas del paciente, de acuerdo con su condición de salud.

- ✓ Cuenta con auxiliar de enfermería en el domicilio del paciente, bajo la supervisión de profesional de enfermería y con certificado de la formación para el apoyo al cuidado del paciente con ventilación mecánica.
- ✓ Disponibilidad de médico especialista y de otros profesionales de la salud generales o especializados, de acuerdo con la complejidad de los procesos de atención requeridos por el paciente. Para efectos de la coordinación y supervisión del programa de hospitalización domiciliaria, podrá ser realizado por médico general o médico especialista.
- ✓ Disponibilidad de nutricionista, psicólogo, terapeuta respiratoria, física, ocupacional y del lenguaje.

De igual forma, todo el personal debe contar con certificado de la formación para el apoyo y para el soporte vital básico. En todas las ocasiones se requiere, así mismo, que haya un familiar o acompañante permanente para que haga el seguimiento del mejoramiento del paciente.

- **INFRAESTRUCTURA**

La atención domiciliaria del paciente agudo y crónico con y sin ventilador, el domicilio debe contar con las siguientes condiciones y características (Ministerio de Salud, 2014):

- ✓ Accesibilidad al mismo.
- ✓ Servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía y telefonía fija o móvil.
- ✓ Baño.
- ✓ Área para almacenamiento de residuos generados en la atención de salud, para luego ser transportados a la sede de la IPS.
- ✓ En caso que la institución deba realizar el transporte de residuos, debe garantizar el traslado separado de estos y aplicar las normas de bioseguridad.

También corresponde al prestador que habilita el servicio, evaluar las condiciones señaladas sobre el domicilio del paciente, ya que en ocasiones se ha visto que en sus hogares presentan desaseos en donde se ve afectado a los usuarios por su mala higiene, la IPS no se hace un adecuado seguimiento sobre estos casos y aun así sigue prestando sus servicios sin contemplar que pueden presentar dificultades o inconvenientes en ellos

Por su parte, en las instalaciones de la IPS se debe contar con (Ministerio de Salud, 2014):

- ✓ Área para el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos e insumos asistenciales limpia, segura, ordenada, iluminada, con ventilación, que garantice condiciones de almacenamiento de acuerdo con las especificaciones técnicas del fabricante.
- ✓ Área para disposición de equipos biomédicos.
- ✓ Área para el almacenamiento de los residuos previo a su tratamiento y/o disposición final.

- **DOTACION**

En la atención domiciliaria de paciente agudo y crónico, con y sin ventilador, debe contar con (Ministerio de Salud, 2014):

1. El domicilio del paciente cuenta con nevera, en caso que los medicamentos requeridos por el paciente exijan que sea conservada la cadena de frío. Corresponde al prestador que habilita el servicio, evaluar las condiciones aquí señaladas.

2. El prestador cuenta con:

- ✓ La dotación de los elementos, insumos y equipos que requiera la atención del paciente y aquellos de protección personal, contenedores y bolsas para la clasificación, segregación y manipulación de los residuos biológicos infecciosos generados en el domicilio del paciente. b. Maletín médico con fonendoscopio,

tensiómetro, equipo de órganos, pulsioxímetro, glucómetro, martillo, termómetro y metro.

- ✓ Maletín de enfermería con dispositivos médicos, según patología del paciente.
- ✓ Maletín con elementos de curaciones.
- ✓ Maletín con medicamentos, de acuerdo con inventario establecido para uso en la atención en casa.
- ✓ Atriles.
- ✓ Bombas de infusión para líquidos y nutrición enteral.
- ✓ Otros, según el plan de manejo del paciente.

El prestador dispone de: Oxígeno.

Atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador el prestador cuenta con:

- ✓ Ventilador mecánico específico para uso domiciliario con modos ventilatorios asisto-controlado, volumen y presión, soportados y espontáneos, con operación sin gases de alta presión, que permita suministrar diferentes concentraciones de oxígeno a bajos flujos, no repotenciado, con soporte técnico certificado, que no requiera aire medicinal para su operación, con batería interna mínimo de 2 horas de soporte y batería externa que brinde soporte al menos 12 horas. Se excluye todo equipo de ventilación mecánica de aplicación en UCI.
- ✓ Kit de reanimación básica que incluya dispositivo para manejo de emergencia de vía aérea, succionador, cánula peri laríngea y resucitador pulmonar manual.
- ✓ Aspirador de secreciones portátil.
- ✓ Medicamentos, dispositivos médicos y equipo de reanimación básica.

El prestador dispone de:

- ✓ Ventilador mecánico de respaldo.
- ✓ Soporte técnico para bombas de infusión y bombas de nutrición enteral. Consulta domiciliaria

El prestador cuenta con:

- ✓ Maletín médico con fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsoxímetro, glucómetro, martillo, termómetro y metro.

- ✓ Maletín de enfermería con dispositivos médicos, según patología del paciente.
- ✓ Maletín con elementos de curaciones.
- ✓ Maletín con medicamentos de acuerdo con inventario establecido para uso en la atención en casa.
- ✓ Atriles.

Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos que son recetados por el médico encargado de la IPS (Ministerio de Salud, 2014).

- ✓ El manejo y uso de productos biológicos en general, debe cumplir con la cadena de frío.

- **PROCESOS PRIORITARIOS (Ministerio de Salud, 2014).**

La IPS debe contar con procedimientos que se evalúan y se socializan, sobre limpieza, desinfección y/o esterilización, de acuerdo con el requerimiento, para los equipos o instrumental que se utilicen en la atención de los pacientes.

También dispone, sobre la atención domiciliaria de paciente agudo y crónico sin ventilador, que se cuente con guías, protocolos o procedimientos para los siguientes eventos:

- ✓ Inclusión de pacientes en el programa, seguimiento médico, ingreso y egreso de pacientes, comité técnico científico, información a usuarios.
- ✓ Referencia y contra referencia que incluye manejo de transporte.
- ✓ Atención según morbilidad.
- ✓ El manejo del dolor y cuidado paliativo.
- ✓ Atención de enfermería.
- ✓ Revisión de equipos, alimentación enteral, colocación de catéteres, prácticas de esterilización, procedimiento de reúso de dispositivos.

- ✓ Valoración del domicilio, previo al ingreso al programa, para evaluar las condiciones de accesibilidad al mismo.
- ✓ Normas de bioseguridad para el personal asistencial y acompañantes del paciente para el manejo de los residuos biológicos-infecciosos generados en la atención de salud y otras actividades y su dotación. Será responsabilidad del prestador, garantizar los insumos necesarios para la gestión integral de residuos.
- ✓ Plan de gestión de residuos generados por la hospitalización domiciliaria.
- ✓ Manejo de medicamentos en casa.
- ✓ El prestador es el responsable del manejo de los residuos peligrosos generados en el domicilio hasta su disposición final.
- ✓ Entrenamiento y capacitación al paciente, familiar y cuidador que incluya manejo de asepsia y antisepsia en el domicilio, manejo de residuos, uso y almacenamiento adecuado de medicamentos y dispositivos médicos.

Respecto a la atención domiciliaria del paciente crónico con ventilador (Ministerio de Salud, 2014):

- ✓ Valoración inicial de ingreso al programa, donde se verifique los antecedentes, diagnóstico, tratamiento actual, requerimientos nutricionales, requerimientos ventilatorios, signos vitales, balance de líquidos, medicamentos y terapias recibidas, criterios de ingreso al programa. Estos criterios deben estar previamente definidos.
- ✓ Definir el mecanismo de respuesta por parte de la institución, en caso de falla del ventilador. Consulta domiciliaria, aplica lo exigido para consulta externa general.

HISTORIA CLINICA Y REGISTROS (Ministerio de Salud, 2014).

En todos los casos y en todos los servicios, es relevante la verificación de la historia clínica única, en donde debe quedar consignada toda la atención en salud dispensada al

paciente que permita trazabilidad y verificación de las acciones en salud realizadas al paciente a través del tiempo.

Todo paciente que ingresa a atención domiciliaria debe tener los siguientes registros:

- ✓ Valoración del domicilio.
- ✓ Consentimiento informado.
- ✓ Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.
- ✓ Registro de referencia y contra referencia (cuando aplique).

Respecto a la atención domiciliaria del paciente crónico, con y sin ventilador, dispone la Resolución que, además de los estándares exigidos para todos los servicios, la IPS debe contar con un registro en el que esté consignado el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, la fecha, hora, origen y destino del servicio, así como el tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, la evolución y los procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio en el mismo día, ya que en ocasiones se registran las notas al día siguiente después de haberlos atendido, sin contemplar que los usuarios pueden presentar complicaciones en el transcurso del día, por tal motivo es necesario realizar el registro correspondiente y agregar el nombre de la persona con quien se encuentra el paciente, para así evitar inconvenientes con el familiar o con la persona que esta revisando la historia clínica

- **INTERDEPENDENCIA (Ministerio de Salud, 2014).**

La atención domiciliaria del paciente crónico sin ventilador, la IPS debe contar con disponibilidad de:

- ✓ Laboratorio clínico.
- ✓ Transfusión sanguínea.
- ✓ Transporte asistencial.
- ✓ Imagenología simple.

- ✓ Servicio farmacéutico.

- ✓

La IPS debe contar con los servicios de:

- ✓ Hospitalización.

- ✓ Disponibilidad de: Transporte asistencial Medicalizado pero la IPS no cuenta con este requisito ya que los pacientes se tienen que comunicar directamente con la entidad donde se encuentra afiliados, es un grave problema debido a que si los pacientes presenta complicaciones y necesitan ser remitidos a urgencias van a presentar problemas debido a que no cuentan con la disponibilidad del transporte, la IPS debe tener transporte para que así el servicio ser el mejor y el adecuado garantizando una eficiencia, eficacia y efectividad para la calidad de cada uno de los usuarios junto a sus familiares.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este proyecto de investigación utiliza el método descriptivo, que según Mario Tamayo (2007) es:

“Tipo de estudio que busca únicamente describir situaciones o acontecimientos; básicamente no está interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinadas hipótesis, ni en hacer predicciones. Con mucha frecuencia las descripciones se hacen por encuestas (estudios por encuestas), aunque éstas también pueden servir para probar hipótesis específicas y poner a prueba explicaciones” (pág. 47).

Con esto se busca fortalecer los procesos en la gestión de la atención domiciliaria a las IPS que brindan el servicio para mejorar la atención y los recursos que se brindan a los pacientes apoyados de la resolución 2003 de 2014.

Para realizar la investigación, se seleccionó la población, los familiares de los pacientes en donde se está prestando el servicio, para realizar el seguimiento y hacer cumplir todos los requisitos que se plantea la resolución 2003 de 2014. Con el fin de lograr los objetivos planteados en el estudio, en donde se escogió la IPS CEPAIN si está cumpliendo con todos los parámetros que requiere para la atención de cada uno de los usuarios, garantizando el bienestar, mejoramiento y un adecuado tratamiento para los pacientes.

5.2 POBLACIÓN

Para obtener la información, se tienen en cuenta la IPS CEPAIN orientada en el servicio de atención domiciliaria en Bogotá.

5.3 INSTRUMENTO

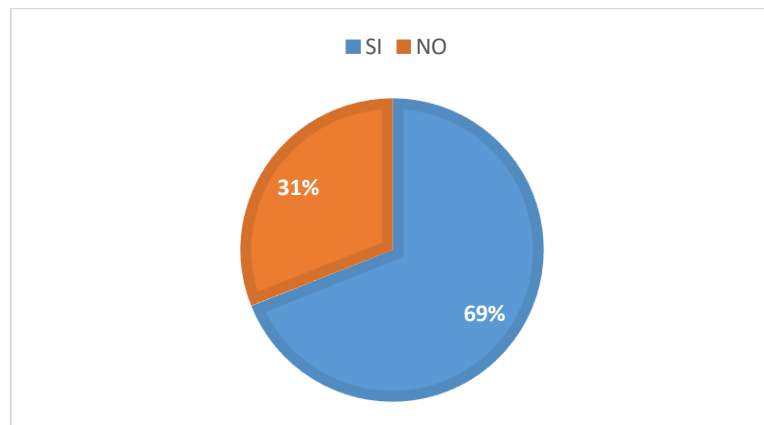
El instrumento fue realizado por la autora en donde se elaboró una encuesta (ver anexo) que tiene como objetivo de conocer la importancia de la atención de los usuarios por parte de los profesionales de la salud.

Se aplicó a 50 personas de la localidad San Blas del barrio San Blas, localidad Suba de los barrios Rincón, Berlín, Bilbao, Localidad Antonio Nariño de los barrios Restrepo, Ciudad Berna, Hortua, y Villa Mayor, Localidad Puente Aranda de los barrios Ciudad Montes, Santa Isabel, Camelia, Muzu y San Rafael, Localidad Rafael Uribe de los barrios Diana Turbay, Marruecos, Molinos y Tunal, de Bogotá que recibieron la visita domiciliar y fue respondida por los familiares dada la condición del paciente.

6. RESULTADOS

A continuación, se evidencia los resultados por medio de graficas

Considera que el servicio que le presta CEPAIN IPS es satisfactorio

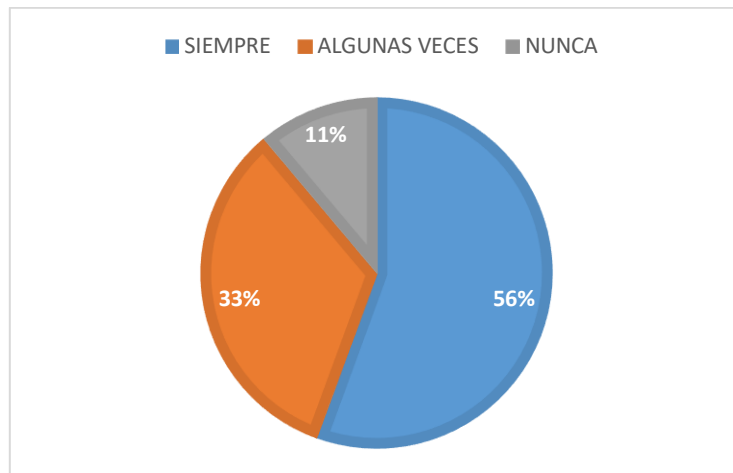


Gráfica 1. Resultados pregunta sobre el servicio.

Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 1 se evidencia que los usuarios encuestados están a gusto con el servicio que presta la IPS Cepain.

El personal de salud cumple con la asistencia y entrega de recursos

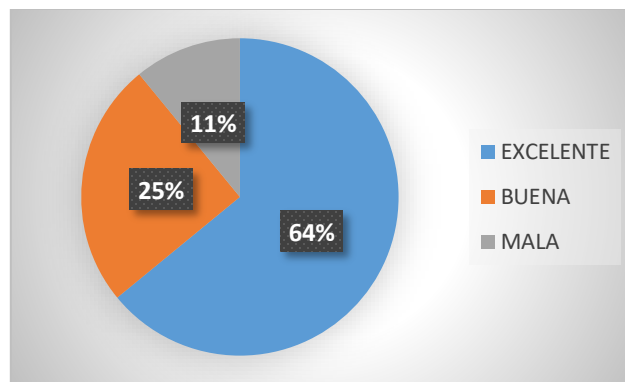


Gráfica 2. Resultado pregunta asistencia y cumplimiento del servicio.

Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 2 en cuanto al cumplimiento de la asistencia del personal y la entrega de recursos por parte de la IPS refieren que no existe un cumplimiento total y en algunos casos se ha presentado falencias.

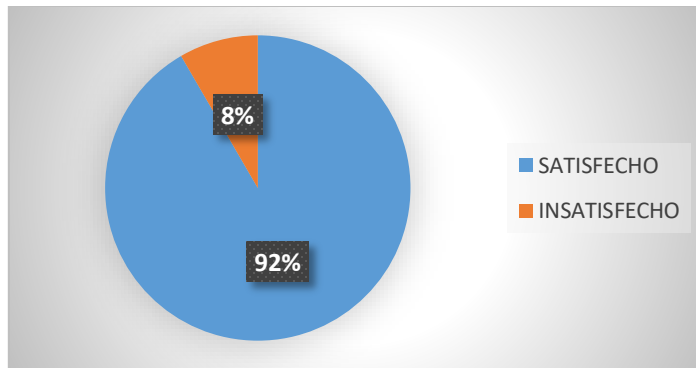
La atención prestada por el servicio domiciliario es



Gráfica 3. Resultado a la pregunta sobre la atención prestada.

Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 3 se representa que la atención se reparte entre excelente y buena y muy pocos casos malos.

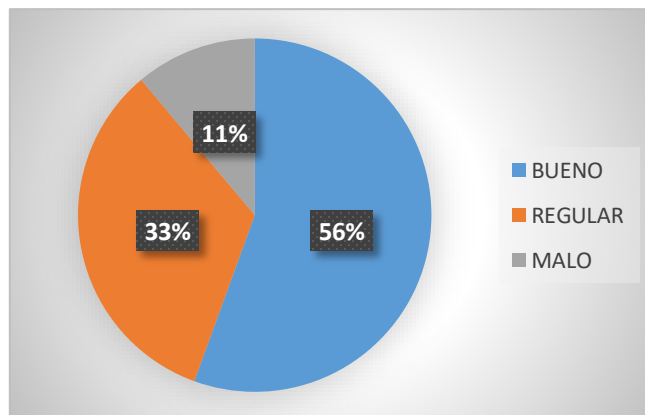


Gráfica 4. Resultado pregunta sobre satisfacción.

Fuente: Elaboración propia.

La gráfica 4 nos demuestra que los pacientes están en su mayoría satisfechos con el tiempo que dura la atención domiciliar y en muy pocos casos están insatisfechos ya que los usuarios manifiestan que debería ser más frecuente.

Cómo considera el servicio domiciliario



Gráfica 5. Resultado a la pregunta sobre el servicio domiciliario.

Fuente: Elaboración propia.

La gráfica 5 nos demuestra que les parece bueno el servicio domiciliario y muy pocos les parece regular y malo, ya que es un servicio que ayuda a mejorar la calidad de los usuarios.

Según los resultados de la encuesta se evidencia que los usuarios se encuentran satisfechos con el servicio domiciliario, ya que es un prestador que hace que mejore el bienestar de cada uno de ellos, pero también se encuentra insatisfecho en algunas cosas debido a que el servicio no se presta en su completa totalidad, ya que no hacen entrega oportuna de insumos, el personal del servicio de salud no va o se demoran en realizar la visita respectiva o las terapias no son completas y refieren que si realizan dichos procedimientos pero no lo es, por tal motivo es recomendable realizar seguimiento y hacer cumplir la resolución 2003 de 2014 para tener una buena calidad de los usuarios, hay entidades que son completamente rigurosas con dicha resolución si se llega a encontrar una falencia por incumplimiento se va a ver afectado la entidad donde se está prestando el servicio.

En varias ocasiones donde las entidades realizan la prestación de servicio domiciliario no hace un adecuado seguimiento para cada uno de los usuarios debido a que en ocasiones no realiza un comité para evidenciar la evolución de cada uno de ellos y así saber cómo va mejorando o que falencias tiene para fortalecer cada vez que se le presta el servicio.

Pero no solo se va a encontrar las dificultades en las entidades, también se evidencia en los hogares donde residen los usuarios ya que presenta desaseo, falta de espacio e iluminación o higiene por parte de ellos, se debe realizar un seguimiento para cada uno de los domicilios para saber las condiciones, estabilidad o de qué manera se encuentra cada uno de los usuarios.

7. DISCUSIÓN

En el desarrollo del proyecto se observó que al pasar de los tiempos el servicio domiciliario cada vez es más notorio, debido a que anteriormente no eran tan común, debido a que los usuarios no tenían conocimiento de esos servicios o no sabía que tan importante era para el beneficio de cada uno de ellos, al pasar el tiempo se ha observado que se ha venido aumentando los servicios domiciliarios a las EPS por tal motivo se evidencia que alguno de ellos no siguen con el cumplimiento de la Resolución 2003 de 2014 por tal motivo se ha evidenciado cierres de IPS por falta de información o por seguimiento cumplimiento de ello.

A continuación, se mencionarán el cambio que ha tenido al pasar de los años:

1993	2002	2019
Se implemento en Colombia el servicio domiciliario con la ley 100	Todas las empresas aseguradoras cuentan con servicio domiciliario	Busca implementar un programa domiciliario con la red pública hospitalaria
Se establecen manuales para la atención domiciliaria	Se establecen unos estándares para la atención domiciliaria.	De no cumplir con los estándares no se puede habilitar el servicio domiciliario.

Tabla 1. Evolución del sistema domiciliario.

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 1 se hace una pequeña comparación de la evolución que ha tenido el sistema domiciliario a través de los años en Colombia, esto permite reflejar que los avances han sido beneficiosos, pero aún se debe fortalecer el sistema domiciliario para evitar la deserción de pequeñas empresas que se crean para brindar este servicio y terminan

cerrando sus puertas por no cumplir con la ley o por no tener más recurso, dejando a muchas personas, familias y pacientes a la deriva.

En el país actualmente se ve notoriamente un abrupto cierre de entidades prestadoras de este servicio generando incógnitas como: ¿Que genera este cierre? Una mala administración, falta de recursos o incumplimiento ante las leyes ... Es allí donde se debe dar respuesta a estas falencias y corregirlas para evitar continuar con el cierre de más entidades (Minardi, y otros, 2001).

Si se siguen modelos de otros países ¿qué le hace falta a Colombia para evitar estas falencias? Considero que deberían seguir modelos funcionales y ser rigurosos con las entidades y brindarle el estado todo el apoyo necesario para así beneficiar a la sociedad.

Es importante cumplir con todos los estándares que propone la Resolución 2003 de 2014 en el servicio domiciliario para tener una buena calidad para todos los usuarios y así tener una optimas recuperaciones y tratamientos de cada uno de ellos, si tuvieran un seguimiento constante de cada uno de ellos las falencias serian menos y los resultados serían más positivos para los usuarios dando en nombre alto las IPS de los servicios domiciliarios en donde realmente están prestando los servicios que requiere cada uno de ellos.

Al no cumplir estos estándares los usuarios son los que se van a ver perjudicados, ya que cada uno de ellos cumplen unas funciones que hace que el paciente cumpla con sus tratamientos requeridos para así evitar que este en un hospital en donde se va a evidenciar retrasos en sus recuperación, debido a los usuarios buscan la comodidad y estabilidad de ellos para así tener una buena calidad de vida en compañía de sus seres queridos y en sus domicilios, por tal motivo ellos optan a que le presente el servicio domiciliario cumpliendo con todos los requisitos que generen cada uno de ellos, pero no solo ellos se van a ver afectados también las IPS por no cumplir con la Resolución 2003

de 2014 en donde van a generar sanciones o cierre por incumplimiento con el servicio Domiciliario que se le está prestando (Narváez, 2016).

8. ANEXOS

La encuesta se hizo por la autora en donde desempeña su profesión en IPS CEPAIN a partir de las siguientes preguntas:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Según la asistencia brindada por el personal de CEPAIN IPS responda las siguientes preguntas con una x dentro del cuadro según considere:

1. Le gusta el servicio que le presta Cepain IPS es satisfactorio

SI NO

2. El personal de salud cumple con la asistencia y entrega de recursos.

SIEMPRE ALGUNAS VECES NUNCA

3. La atención prestada por el servicio domiciliario es

EXCELENTE BUENA MALA

4. El tiempo de la Atención domiciliaria es:

SATISFECHO INSATISFECHO

5. Como considera el servicio Domiciliario

BUENO REGULAR MALO

9. RECOMENDACIONES

Es aquí donde propongo unas recomendaciones más rigurosas al momento de las auditorias y habilitaciones realizándola de la siguiente manera:

- Es necesario que la IPS CEPAIN haga un monitoreo frecuente de los servicios que presta en salud domiciliaria con el fin de verificar el cumplimiento, a satisfacción de los pacientes, de todos los requisitos y condiciones establecidas por la Resolución 2003 de 2014 y sus normas complementarias ya que, en el instrumento aplicado, se pudo apreciar que la satisfacción de los usuarios no es del todo favorable y si bien hay una apreciación positiva, en términos generales esta calificación no es del todo satisfactoria.
- Se recomienda que IPS CEPAIN realice capacitaciones frecuentes a su personal encargado de la prestación del servicio de salud domiciliaria con el ánimo de que los pacientes evidencien una mejor calidad en la prestación del servicio, encuentren las calidades humanas y técnica necesarias para su situación particular y puedan ofrecer una mejor calificación a la calidad del servicio prestado.
- Se recomienda a la IPS CEPAIN que, en lo posible, cree un cargo especializado en el cumplimiento de los estándares de calidad y requisitos normativos establecidos en la Resolución 2003 de 2014 y sus normas complementarias, con el objetivo de retroalimentar los procesos de calidad, cumplimiento y fines de las capacitaciones ofrecidas a las personas encargado de prestar este servicio.
- Se recomienda a la IPS CEPAIN que establezca unas metas de cumplimiento que mejoren las expectativas de los usuarios y beneficiarios con los servicios de atención domiciliaria en salud, de forma que sea posible otorgar una calificación

interna que permita el mejoramiento, año tras año, del servicio prestado por la entidad.

- Se recomienda a IPS CEPAIN que se proponga la certificación de calidad de su servicio con el ánimo de añadir un valor agregado a su portafolio de servicios.

CONCLUSIONES

- El trabajo en equipo es mejor por ello debe unirse la IPS que brinde la atención domiciliaria con la entidad reguladora y el estado para generar recursos, seguimientos oportunos del buen funcionamiento de la entidad y permitir que la atención domiciliaria sea integrada con la familia del paciente quien utiliza dicho recurso.
- Se ha demostrado que la atención domiciliaria beneficia tanto al paciente como a la familia del paciente ya que existen menos riesgos y se involucra a la familia en la recuperación y tratamiento, pero en muchos casos se presentan fallas del sistema por no conocer la información de los derechos que se tienen en la atención domiciliaria
- Es importante antes de tener una IPS, se debe asesorar y hacer cumplir la Resolución 2003 de 2014 para así tener una buena calidad de vida de los usuarios y presentar un adecuado servicio para tener respuestas óptimas frente al servicio
- Realizar un adecuado seguimiento en donde se haga cumplir cada uno de los estándares que serán utilizados en la asistencia domiciliaria para que sea eficiente el servicio.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, M., García, C., Martín, S., Molina, A., & Ruiz, C. (1991). Desarrollo de un programa de atención domiciliaria al anciano. *Notas de Enfermería (7)*, 383-389.
- Ayuso, D., Tejerod, L., & Serrano, A. (2018). *Enfermería familiar y comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- Baquero, N. (2017). *Lineamientos para el programa de atención domiciliaria*. Bogotá: Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento.
- Díaz, A. (2013). El ingreso domiciliario. Modalidad asistencial necesaria. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos*.
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna, 33 (1)*, 11-14.
- López, F. (2003). Qué es la unidad de hospitalización domiciliaria y la introducción a su gestión. *Enfermería Global (3)*, 1-8.
- Minardi, R., Morales, M., Llopis, A., Sette, J., Real, E., & Días, J. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Publica, 10 (1)*, 45-55.
- Ministerio de Salud. (1994). Resolución 5261 de 1994.
- Ministerio de Salud. (2002). Decreto 2309 de 2002.
- Ministerio de Salud. (2014). Resolución 2003 de 2014.
- Montserrat, M. d. (2013). El entorno familiar y los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes: una aproximación. *Boletín mexicano de derecho comparado, 46 (138)*, 1152-1168.
- Narváez, J. (2016). *Formulación de un modelo de gestión de calidad en IPS públicas y privadas según metodología PMI*. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada.
- Pérez, S., Delgado, I., Moreno, A., & García, R. (2003). Evaluación del ingreso en el hogar en un Consejo Popular. *Medisur, 1 (1)*, 19-24.

- Ramallo, V., Martínez, B., & García, V. (2001). *Hospitalización a domicilio*. Barcelona: Medicina Clínica.
- Tamayo, M. T. (2007). *Tipos de investigación*. Obtenido de https://trabajodegradoucm.weebly.com/uploads/1/9/0/9/19098589/tipos_de_investigacion.pdf
- Torre, I. S., Hernández, L., & Rodríguez, M. (1998). Ventajas del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14 (5), 494-498.
- Visauta, B. (1989). *Técnicas de investigación social: recogida de datos*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.