

**PERCEPCIÓN DE LOS EMPLEADOS ASISTENCIALES, PACIENTES Y
CUIDADORES FAMILIARES DE UNA I.P.S DE MEDELLÍN, SOBRE SU
MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIO DURANTE EL AÑO 2018**

Julián Arango Betancur

Karla Vanessa Mena Machuca

**Trabajo de grado para optar al título profesional de Administración en
Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud**

Asesora:

Blanca Myriam Chávez Guerrero

Doctora en Salud Pública

Universidad De Antioquia

Facultad Nacional De Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín

2019

CONTENIDO

RESUMEN	4
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	7
2 MARCO REFERENCIAL	8
3 MARCO LEGAL	15
4 REFERENTE INSITUCIONAL	16
5 OBJETIVOS	19
5.1 OBJETIVO GENERAL	19
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
6 METODOLOGÍA	20
6.1 MÉTODO ETNOGRÁFICO.....	21
6.2 PARTICIPANTES Y SU FORMA DE SELECCIÓN	21
6.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	22
6.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	23
6.3.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	23
6.4 PROCEDIMIENTOS.....	24
6.5 EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:	26
6.6 CRITERIOS DE CALIDAD	27
7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
8 RESULTADOS	31
9 DISCUSIÓN	42
10 CONCLUSIONES	45
11 RECOMENDACIONES	46
12 REFERENCIAS	48
13 ANEXOS	54
ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	54
ANEXO 4: MODELO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS POR ACTORES.....	56

LISTA DE ANEXOS	54
ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	54
ANEXO 4: MODELO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS POR ACTORES	56

RESUMEN

Se buscó analizar la percepción de los empleados asistenciales, pacientes y cuidadores familiares de una I.P.S de Medellín, sobre su Modelo de Atención Domiciliario durante el año 2018. Para su desarrollo se realizó un enfoque cualitativo llevando a cabo entrevistas semiestructuradas dirigidas a estos 3 grupos de estudio. Los pacientes y cuidadores desconocen los alcances e integralidad del modelo de atención domiciliario, pese a esto refieren estar satisfechos con el servicio, no sin manifestar inconformidades en la oportunidad de la atención y en la demora para la asignación de las visitas médicas y terapias, debido a factores que impiden la oportunidad y puntualidad, como el tráfico vehicular, las condiciones climáticas, y contratiempos generados por arreglos viales.

Palabras clave: Modelo de atención en salud, atención domiciliaria, cuidadores, pacientes

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha evidenciado el crecimiento y desarrollo del sector salud a lo largo de la historia de la humanidad, evolucionando en la organización, estructuración, categorización y sistematización de los servicios de salud (1). Ahora los procesos de atención en salud se apoyan en normas, estrategias, tecnologías, políticas y protocolos que, juntamente con los recursos humanos, físicos y financieros, conforman un modelo de atención (2).

El modelo de atención es una construcción teórica y práctica de los servicios de salud que puede ser replicado y ajustado de acuerdo con las necesidades y entornos cambiantes de la comunidad. Los modelos de atención en salud dan cuenta de teorías, prácticas y actividades específicas que al ser aplicadas a los pacientes tienen un resultado positivo o negativo, por eso es importante comprender mediante las percepciones de los pacientes la atención que se les brinda y siempre proteger y respetar los derechos fundamentales (3). Existen diferentes modelos de atención en salud (4).

El modelo de atención domiciliaria en salud trasciende el hecho de ser una demanda más o una estrategia de los servicios de salud, dado que busca potenciar el escenario familiar para la asistencia y/o cuidados de los pacientes que no pueden desplazarse a un hospital o centro de salud por su estado de salud, por ello, se interviene el paciente en su domicilio, escenario donde confluyen profesionales de la salud, pacientes y cuidadores. Allí, se puede conocer la adherencia al tratamiento, la evolución del paciente y posibles factores que influyen en su enfermedad y la influencia de su familia en el proceso de curación o rehabilitación, aspecto que juega un papel trascendental para la consecución de los resultados en salud (6).

En Medellín existe una IPS que brinda atención domiciliaria, la cual manifiesta y demuestra la necesidad de comprender las percepciones sobre el denominado “modelo de atención domiciliaria” que tienen los empleados asistenciales,

cuidadores familiares y pacientes acerca de la atención brindada, partiendo de la inexistencia de estudios previos en la institución que develen la percepción del modelo según actores involucrados.

Se pretende por lo tanto investigar en una IPS de Medellín, el denominado modelo de atención domiciliaria (5), incluyendo las personas que participan en el proceso de atención, como una oportunidad para llenar el vacío de conocimiento respecto a su funcionamiento desde su puesta en marcha en el año 2016, con un abordaje cualitativo que permita comprender las percepciones que se tienen de este y con esto dar respuesta a: ¿cuál es la percepción de los empleados asistenciales, pacientes y cuidadores familiares de una I.P.S de Medellín, sobre su Modelo de Atención Domiciliario durante el año 2018?

JUSTIFICACIÓN

La atención domiciliaria es un servicio predominantemente sanitario, mediante el que se provee asistencia continuada para la resolución de problemas de salud que no requieren hospitalización, dirigida a personas que no se pueden desplazar a un centro sanitario por impedimento general de tipo físico.

El cuidado domiciliario de las personas incapacitadas temporal o permanente eleva la calidad asistencial ofrecida por el sistema de salud, mejorando la calidad de los pacientes respecto a los cuidados hospitalarios o institucionales. Los mayores beneficiados son los ancianos, los pacientes incapacitados y los que sufren enfermedades graves en la fase terminal.

El objetivo de esta atención domiciliaria es brindar atención óptima al paciente en su medio habitual, facilitando la participación activa de su grupo familiar y agilizar en lo posible su recuperación, siendo necesario la actuación de un grupo de profesionales adecuadamente formados y comprometidos con la asistencia y cuidados de los pacientes, al mismo tiempo minimizar o disminuir los riesgos o daños que se puedan producir, mediante la atención en salud en el domicilio del paciente, con calidad técnico-científica (7).

Por lo anteriormente expuesto, se pretende realizar la investigación en la IPS en mención, para comprender el denominado modelo de atención domiciliaria aplicado por esta institución en Medellín (8) (9) y la información permitirá mejorar la prestación de los servicios de salud, reconocer el beneficio que representa abordar integralmente este modelo, como parte fundamental de la atención en salud en el hogar, para promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte (9).

2 MARCO REFERENCIAL

ATENCIÓN DOMICILIARIA

La atención domiciliaria es definida por la OMS como “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, cuidados crónicos y paliativos”. (45)

La conceptualización y materialización de los modelos de atención en salud permiten que los paradigmas del proceso salud-enfermedad-atención, tome lugar a partir de experiencias sociales en la práctica de la salud y la asistencia médica (3). Históricamente los modelos de atención domiciliarios eran la única forma de asistencia médica, reservada para unos pocos privilegiados.

La atención domiciliaria inicia en algunos países como “una extensión del hospital con el fin de descongestionar los centros asistenciales y poder brindar una atención en un ambiente más humano que propicie su recuperación”. En Canadá, nace comienzan a funcionar los servicios de atención domiciliaria para acompañar a los pacientes dados de alta tempranamente después de ser intervenidos quirúrgicamente. (43)

El crecimiento de la atención domiciliaria se ha desarrollado de manera irregular, por lo tanto desde 1996 la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) coordina el programa “del hospital a la atención de salud en el hogar” buscando estandarizar, promover y registrar adecuadamente la modalidad de atención en el domicilio. (43)

Para Colombia, al comenzar a aplicarse la ley 100, inicio de manera sistemática a la implementación de la atención domiciliaria; actualmente la mayoría de las aseguradoras tienen la forma de prestar este servicio que tiene un crecimiento cada vez más fuerte. (43)

La atención domiciliaria tiene como objetivo atender pacientes con afecciones de larga y corta duración, en los ambientes de su domicilio con condiciones controladas. Durante este periodo se desarrollan actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud de centros especializados, 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, garantizando su seguridad (8).

MODELO DE ATENCIÓN

La atención domiciliaria incluye: atención en casa de paciente agudo, atención en casa de paciente crónico con y sin ventilación mecánica y consulta domiciliaria, además, la hospitalización domiciliaria es una comprobada y eficiente herramienta terapéutica, que permite asistir en su hogar, a la mayoría de las personas que cursan enfermedades agudas, subagudas en fase de recuperación, o paliativas. Para su desarrollo, requiere de un equipo de salud interdisciplinario, con competencias determinadas, que les permita la atención de enfermos de cuidados de baja, mediana o alta complejidad (8).

El modelo de atención en Colombia, enmarcado dentro del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad (11), generando las interfases entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema de salud y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales, lo cual exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones relacionadas con la salud” Para abordar la integralidad desde la promoción hasta la paliación planteada por la Ley Estatutaria de Salud, es necesario el suministro

de servicios y tecnologías de manera completa y que comprende todos los elementos esenciales respecto de la necesidad específica de salud. (12)

El MIAS, tiene como propósito “la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan”, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo de este. El modelo de la IPS busca reforzar la integralidad, brindando atención domiciliaria a sus pacientes quienes son el eje primordial de este.

Los objetivos de la atención domiciliaria en general se refieren a la prestación del servicio de salud de manera directa dentro de la atención, conservando la integralidad a los pacientes que por diversos factores no pueden acudir a consultas e involucrar al paciente y a su familia mediante estrategias educativas (44).

MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA IPS

La IPS objeto de esta investigación cuenta con un documento denominado Modelo de Atención Domiciliaria, el cual comprende “el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De este modelo se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas”. (13)

Los actores involucrados en el modelo de atención domiciliaria de la IPS son los empleados asistenciales, los cuales juegan un papel fundamental ya que son los que lo aplican de manera directa en los pacientes al desplazarse hasta sus hogares a prestarles la atención. Los cuidadores familiares son el otro grupo de personas quienes acompañan a los pacientes en sus tratamientos y enfermedades. Cabe aclarar que no son personas ajenas o externas al paciente,

por el contrario, son de su grupo familiar y están al servicio de lo que se pueda presentar.

Por último, están los pacientes que necesitan los cuidados de sus enfermedades ya sean crónicas o no y que se les puede dar manejo en sus hogares.

El modelo de atención domiciliaria de la IPS contempla los siguientes objetivos:

- ✓ Disminuir la estancia hospitalaria de pacientes que, por su condición clínica, reúnen criterios para ser atendidos en el domicilio mediante protocolos estandarizados, bajo la atención, supervisión y control del médico tratante trabajando en conjunto con el equipo interdisciplinario requerido por el plan de atención.
- ✓ Contribuir a los procesos adaptativos del paciente en condición de discapacidad y de la familia de éste a las condiciones habituales de su entorno domiciliario.
- ✓ Completar los procedimientos, intervenciones y tratamientos de la complejidad al alcance de la atención domiciliaria, para dar continuidad al plan de manejo ordenado al egreso hospitalario (13). Esta cita es de la IPS

Al trabajar con estos actores es necesario conocer la percepción de los mismos, por esto es importante saber que esta es subjetiva selectiva y temporal.

La percepción es subjetiva debido a que varía de un actor a otro dependiendo de las experiencias, necesidades y expectativas que estos tengan en el momento que reciben la atención. Como consecuencia de esta subjetividad se encuentra la condición selectiva de los actores y estos seleccionan su campo perceptual en función de lo que desea recibir, es decir, la importancia recae para cada persona de una manera diferente a la otra. También se habla que la percepción es temporal, en el caso de la atención domiciliaria puede cambiar entre una visita y otra de acuerdo con la actitudes y comportamientos de los empleados asistenciales de la IPS a la hora de prestar el servicio. (41)

En general, la percepción es un proceso interno de los actores que se realiza en tres fases: selección, organización e interpretación.

Primero se selecciona, de acuerdo con lo que llene a cada actor, las actitudes, información y comportamientos. Esto, se organiza internamente y se interpreta teniendo presente las necesidades personales y expectativas por llenar como se menciona anteriormente.

CALIDAD EN LA ATENCIÓN SALUD

La calidad en salud tiene diversos significados de acuerdo la posición en que se encuentre cada actor involucrado en la prestación del servicio como tal. Cada uno tiene una idea distinta y ponen mayor relevancia a los conceptos que más valoren. (46)

“Según Avedis Donabedian, padre de la calidad en la atención en salud, la define como: el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención” (46)

Donabedian estructura la calidad en 3 aspectos separados: calidad absoluta como componente técnico científico, basando la calidad de acuerdo con el proceso salud enfermedad e intervenciones científicas que reciben los pacientes para buscar su bienestar; Calidad individualizada, la cual se fundamenta de acuerdo a la percepción y valoración del paciente en términos de las expectativas que tenga sobre los costos, beneficios y riesgos que evidenció en la atención. Por último, la calidad social que procura que el beneficio sea producido para toda la comunidad al menor costo social con un alto valor que ellos mismos le otorgan. (49)

Según la OMS, "la calidad de la asistencia en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más

adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

En un estudio previo realizado en Monterrey - México buscaron conocer las expectativas y percepciones de los médicos y de los pacientes respecto a la atención en salud brindada y el resultado con mayor porcentaje de insatisfacción encontrado fue debido al tiempo de espera, calificándolo como poco accesible. Este resultado encontrado por los pacientes dista mucho del que perciben los médicos ya que el tiempo de espera para este grupo fue el menos relevante en la calificación. (47)

Cuando se habla de calidad en la atención en salud se debe tener en cuenta la percepción de todos los actores involucrados en esta, ya que se puede fragmentar el concepto y la opinión de los pacientes es de suma importancia para valorar un servicio.

CALIDAD PERCIBIDA

La calidad percibida se refiere a como el paciente considera la calidad de dicha atención, brindándole así herramientas satisfacer sus necesidades. Se dice que este tipo de calidad es la mezcla de lo necesario lo programado y lo realizado, por lo tanto es a lo que le da valor el paciente.

Las instituciones que prestan servicios de salud deben tener en cuenta lo que perciben los pacientes y usuarios como calidad, con el fin de organizarse hacia la satisfacción de los mismos.

Según Berry, el servicio es lo que el paciente dice que es, la valoración de la calidad de este es la única valoración que importa. (48)

ATRIBUTOS DE LA CALIDAD

El ministerio de salud y protección social a través del sistema obligatorio de la garantía de la calidad dicta que se debe orientar a la mejora de los resultados

centrando la buena atención en los usuarios, por lo tanto, este sistema debe cumplir con las siguientes características inherentes a la atención en salud:

- “Accesibilidad: es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Seguridad: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales
- Continuidad: es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
- 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.
- Satisfacción del usuario: nivel del estado de ánimo del usuario-paciente y su familiar al comparar la atención en salud con sus expectativas” (50)

3 MARCO LEGAL

El marco legal de las instituciones que prestan atención en salud domiciliaria se encuentra en la Resolución 2003 de 2014, que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Por tanto, el prestador de servicios domiciliarios debe estar inscrito, autorizado y vigilado por los entes de control del sistema de salud para garantizar su praxis (14). El servicio médico domiciliario es independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados.

La atención domiciliaria es denominada en el artículo 26 de la Resolución 06408 como “una alternativa a la atención hospitalaria institucional cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante. Las IPS que realicen esta atención en el domicilio deben garantizar la calidad en la atención según las normas vigentes” (40).

Según la Ley 1438 de 2011 que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la articulación de la red estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud. Esta función es un proceso del ámbito clínico y administrativo, que debe tener en cuenta la coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia (15).

También en la Resolución 5928 de 2016 se contempla la figura del cuidador, entendiendo por ello, la persona que brinda apoyo en el cuidado a los enfermos que padecen una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa totalmente de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas; sin que lo anterior, implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS, por estar estos servicios incluidos en el Plan de beneficios sufragados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (16).

4 REFERENTE INSITUCIONAL

La IPS nace hace 22 años, constituyéndose precursora en la prestación de servicios salud de carácter domiciliario, servicios de hospitalización y cuidados integrales con tecnología y calidad. Su contribución está dirigida a la recuperación del paciente en la comodidad y la seguridad que supone y brinda su propio hogar. Actualmente cuenta con prestación de servicios en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y en algunos municipios y ciudades intermedias cercanas como Rionegro, Montería, Palmira, Buga, Tuluá, Yumbo, Jamundí, Popayán, Pasto y Sabanalarga (17).

Dentro de su portafolio de servicios de la IPS, se encuentran las siguientes actividades macro: curaciones tipo I, II, III y IV; suministro de medicamentos e insumos; enfermería profesional: seguimiento post quirúrgico, curaciones de heridas tipo III y IV, valoración de enfermera, aplicación de medicamentos especiales; cuidados básicos de enfermería; terapias: físicas, respiratorias, de lenguaje y deglución, nebulizaciones, ocupacionales, psicológicas y nutricionales; cuidados post quirúrgicos; suministro de equipos e implementos hospitalarios; ventilación mecánica domiciliaria; fototerapia; toma de muestras de laboratorio; centro de estadía temporal; consulta médica general y especializada (18).

El objetivo principal del portafolio de servicios es la garantía de la satisfacción de las necesidades de sus pacientes, familias, trabajadores, sus equipos de trabajo, y aseguradoras, teniendo en cuenta sus diferentes intereses, pero su objetivo principal y común es *la recuperación del paciente de forma segura y bajo los estándares de calidad* (17). Para la consecución de este objetivo particular, la institución cuenta con un equipo altamente calificado, con un modelo de atención encaminado a la garantía de la prestación de servicios de calidad, con una red de cobertura amplia como principal ventaja competitiva pues se logra un servicio homogéneo y consistente como oferta en todas sus áreas (18).

La institución clasifica a los pacientes objeto de coberturas, de acuerdo con su modelo de atención domiciliaria, en las siguientes cuatro categorías:

1. Categoría A

1.1. Pacientes con patologías de bajo riesgo, para hospitalización domiciliaria (A1): pacientes que, al ser valorados en una unidad ambulatoria, en servicios de urgencias contratados o consultas especializadas, se define que requieren cuidados médicos frecuentes para el suministro parenteral de medicamentos, inhaloterapia, terapia respiratoria, fisioterapia, fototerapia, curaciones, etc., pero que no es indispensable su internación en una IPS hospitalaria y por lo tanto pueden ser manejados directamente en su domicilio.

1.2. Pacientes con altas tempranas (A2): pacientes con criterios de egreso en el ambiente hospitalario, que son dados de alta sobre la base que se pueda garantizar la terminación de protocolos de tratamiento parenteral, curaciones y rehabilitación física.

2. Categoría B

2.1. Pacientes con patologías crónicas y limitación funcional para desplazamientos (B1): pacientes con importante discapacidad física, sensorial, funcional y psicosocial que, de no prestarles oportunamente atención, pueden tener complicaciones que significan mayor costo económico y social. Usuarios con enfermedad crónica, con diagnóstico y tratamiento ya definidos, con limitación para el desplazamiento

2.2. Pacientes terminales (B2): Pacientes con enfermedad avanzada en fase terminal, que requieran cuidados paliativos, manejo del dolor, desinstitucionalización total y preparación para la muerte, con el propósito de mejorar la calidad de vida del paciente y de sus familiares

En la IPS se ofrecen cuatro servicios macro los cuales son ofrecidos en diferentes ciudades y municipios del país con diferentes niveles (5): Red Ambulatoria, Red Hospitalaria, Red Integrada y Atención Domiciliaria, en la cual se centra la elaboración de esta investigación.

Entre los beneficios de este modelo para el paciente y la familia se pueden identificar: la recuperación en el entorno afectivo, disminución de riesgos de infecciones, ahorro en dinero por desplazamientos y tiempos y por último mejora de la calidad de vida de los pacientes y participación de la familia en su recuperación. Los beneficios para las instituciones prestadoras de servicios de salud son: disminución de los riesgos de infecciones nosocomiales y de complicaciones inherentes a tratamientos de soporte, optimizar la capacidad de atención a otros pacientes y la disminución de las tasas de re-hospitalizaciones y de aprehensión que genera las estancias prologadas (8).

Los pacientes reciben actividades que van desde el fomento y la protección de la salud, actividades de prevención clínica, la atención de eventos de manejo hospitalario [p.ej.: de secuelas y complicaciones de enfermedades crónicas y de alta complejidad, para completar tratamientos, etc.] hasta la rehabilitación física y psicosocial. Para ello, la institución debe contar con un equipo interdisciplinario de salud, que bajo la responsabilidad del gestor clínico (médico tratante), valora las necesidades del paciente, fija los objetivos a lograr y establece un plan de atención integral pertinente y razonable que incluye el tipos de servicios y equipos requeridos, la frecuencia de las visitas, el pronóstico y potencial de rehabilitación del paciente, limitaciones funcionales y actividades permitidas, los requerimientos nutricionales, medicamentos y tratamientos, las medidas de seguridad para proteger al paciente y cualquier otro asunto relevante; establecer metas claras en cuanto a objetivos de tratamiento y altas tempranas con el logro de autocuidado del paciente, el compromiso de la familia y los cuidadores asignados; además del uso pertinente y costo-efectivo de insumos, medicamentos, dispositivos y equipos médicos tradicionalmente utilizados en ambiente hospitalario (8).

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción de los empleados asistenciales, pacientes y cuidadores familiares de una I.P.S de Medellín, sobre su Modelo de Atención Domiciliario durante el año 2018

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1 Interpretar las percepciones de los empleados asistenciales, pacientes y cuidadores familiares del modelo de atención domiciliario de una IPS de Medellín.

5.2.2 Identificar las intervenciones asistenciales que brinda el modelo de atención domiciliario a los pacientes objeto de la atención.

5.2.3 Identificar la percepción de la calidad del modelo de atención domiciliaria desde los pacientes y cuidadores familiares.

6 METODOLOGÍA

El enfoque utilizado en la investigación fue el cualitativo. La teoría del conocimiento o filosofía de la ciencia en la que se apoya la metodología cualitativa es el modelo dialéctico dado entre el sujeto (intereses, valores y creencias) y el objeto de estudio, (Martínez, 2006, p.129), profundizando en la reflexión de los resultados que se obtienen de las observaciones propias de la dinámica humana (20).

Los fundamentos epistemológicos de la investigación cualitativa se sustentan en las aportaciones de las corrientes fenomenológicas y la hermenéutica. La primera se dirige hacia el campo fenoménico que representa la subjetividad social y la segunda, se orienta a los significados, permitiendo conocer el fenómeno en su contexto, donde se producen las vivencias, se prueba el fenómeno y se perciben los significados, sin pretender verdades absolutas ni leyes de aplicación general, puesto que se reconoce la diversidad y pluralidad de escenarios, condiciones y situaciones que se presentan en la realidad (20).

Para Blasco y Pérez la investigación cualitativa se encarga de estudiar la realidad en su contexto natural, interpretando fenómenos de la vida real de las personas (21). Asimismo, Taylor y Bogdan, comentan que la investigación cualitativa es una manera de encarar al mundo empírico, señalando como sentido amplio de la investigación que produce datos descriptivos, los cuales se obtienen a través de las mismas palabras de los colaboradores y la conducta observable por parte del equipo investigador (21).

Por esta razón, la investigación cualitativa incluye distintas orientaciones y enfoques que se soportan en premisas filosóficas, con estrategias clave de recolección y análisis de los datos. Las diversas concepciones sobre aquello que se conoce, lo que se puede conocer, cómo se puede conocer y la forma de transcribir los resultados obtenidos, indican que no hay una sola manera de hacer investigación cualitativa. Según Morse en la metodología cualitativa se

describe, comprende, elucida, construye, descubre (Morse 2004, p.739) (22); desarrolla explicaciones válidas, analizando cómo determinados sucesos influyen a otros, interpretando los procesos causales de forma local, contextual y situada (Maxwell, 2004, p.260) (23).

6.1 MÉTODO ETNOGRÁFICO

El método etnográfico construye conocimiento buscando describir y comprender la realidad social desde la mirada de sus propios protagonistas, sus experiencias y significados. Es uno de los métodos más relevantes que se utilizan en la investigación cualitativa en el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta, como la IPS y el modelo de atención en salud domiciliaria. La investigación sobre el modelo de atención domiciliaria se desarrollará con el método etnográfico, “bajo la perspectiva de la comprensión global de la misma” (Batzán, 1995, p. 3) (24).

Una de las características de la etnografía es la participación de forma directa del investigador, de manera abierta en la vida cotidiana, con una permanencia de tiempo, donde observa, escucha, conversa y pregunta para obtener los datos (Hammersley y Atkinson, 2005, p. 15) (25).

Consecuentemente, el método etnográfico es pertinente en cuanto al desarrollo de la presente investigación, ya que se pretende comprender las percepciones de los actores involucrados a partir de sus experiencias frente a lo que la IPS denomina como su modelo de atención.

6.2 PARTICIPANTES Y SU FORMA DE SELECCIÓN

Para el desarrollo adecuado de la presente investigación, se contó con la participación de los empleados clave de la IPS, los cuales brindaron información primaria sobre el modelo de atención en salud domiciliaria que desarrolla la institución, quienes deben aplicar el modelo de atención establecido por la IPS

para la prestación de los servicios de salud de acuerdo con su práctica, sean médicos, terapeutas, nutricionistas, enfermeros y auxiliares de enfermería.

El grupo de pacientes corresponde a los pacientes agudos, crónicos sin ventilador y de consultas médicas domiciliarias, los cuales reciben la atención en el hogar y sus cuidadores familiares, los cuales fueron seleccionados de acuerdo con la información suministrada por la institución; la IPS brindó el listado de pacientes, a excepción de pacientes crónicos con ventilador

El siguiente grupo, los cuidadores familiares, corresponde a las personas del círculo familiar y social de los pacientes de la IPS que asumen un papel de cuidadores, están en constante relación con ellos y han desarrollado habilidades y conocimientos propios del cuidado médico que los pacientes deben tener continuamente pero que no pueden realizar por sus propios medios. Si bien no se encuentran vinculados a la IPS, su papel es crucial para la atención médica ideal de los pacientes y la institución no es ajena a esta realidad.

6.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Empleados que participan directamente en la ejecución del modelo de atención en salud domiciliario y que voluntariamente acceden a participar del estudio firmando el consentimiento informado.
- Pacientes afiliados, mayores de edad, que recibieron la atención en salud domiciliaria y acepten participar en la investigación voluntariamente firmando el consentimiento informado
- Cuidadores familiares de pacientes que permanecen en el hogar y ayudan al paciente en su recuperación y aceptaron participar en la investigación voluntariamente firmando el consentimiento informado

6.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Empleados de la institución que estando involucrados en la atención no desearon participar en la investigación
- Pacientes que, por su situación crítica de salud, que estén en estado de coma, vegetativo o con pérdida de su capacidad comunicativa o neurológica, no les fue posible dar la información solicitada.
- Cuidadores y familiares menores de edad que necesitaban de autorización de un adulto para dar la información.

6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El método etnográfico supone una amplia combinación de técnicas y recursos metodológicos, por esta razón se utilizaron técnicas interactivas como las entrevistas semiestructuradas que permitirán conocer la experiencia, su significado y participación a través del lenguaje de los actores siendo fuentes primarias de información. La información secundaria comprende la revisión del Modelo de Atención Domiciliaria y documentos institucionales. Cada técnica contribuye a la validación de la información que se obtiene y su interpretación. A continuación, se describe la técnica utilizada para recolectar la información de los actores involucrados:

6.3.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La entrevista semiestructurada permitió obtener un conjunto de saberes o conocimientos acumulados por los sujetos, desde sus vivencias y prácticas cotidianas en el hogar y en la IPS. La entrevista es "...una conversación entre dos personas dirigida y registrada por el entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con cierta línea argumental" (Delgado, Gutiérrez 1995, p.228-237) (30). Las entrevistas se aplicaron en espacios cómodos, previa cita con los actores institucionales,

pacientes y familias. Teniendo en cuenta los sujetos de esta investigación, se elaboraron preguntas específicas para cada actor. Ver anexo 1.

6.4 PROCEDIMIENTOS

Primeramente, se hizo necesario presentar la propuesta de investigación a la institución con un documento que permitiera dar a conocer de manera clara y objetiva el propósito que surge de una necesidad previamente evidenciada. Este acercamiento con la institución tuvo una respuesta positiva evidenciada en su aprobación oficial (ver anexo 4) y en la firma de un acuerdo de confidencialidad entre la institución y los responsables de la investigación (ver anexo 3).

Luego, se dio un proceso de evaluación en el cual se definieron formas de acercamiento a los profesionales de la IPS, pacientes y cuidadores que pudieran participar del estudio como fuente de información; fueron contactados de manera personal y, en algunos casos, se dio luego de acordar cita previa vía telefónica. Las entrevistas se llevaron a cabo teniendo una buena acogida por parte de las personas de interés.

Las observaciones de las situaciones cotidianas fueron tenidas en cuenta durante el tiempo en que permanecemos en la institución y en los procesos de recolección de la información, y pasaron a ser parte del archivo histórico de la investigación. Se transcribieron algunas notas de este proceso las cuales fueron de apoyo en el momento de interpretar la información como un todo en la unificación de los resultados obtenidos.

Para la aplicación de las entrevistas semiestructuradas, una vez seleccionados los participantes según criterios establecidos, se hizo el contacto con cada una de ellas para explicarles la participación y la información requerida de ellos, además de expresar voluntariamente la disposición de participar, fueron citados particularmente señalando el día y la hora del encuentro y el sitio donde se realizó la entrevista. El día indicado se explicó nuevamente en qué consiste la investigación, quién la financia, quiénes son los responsables y sobre todo

lo que se espera de ellos. Una vez firmaron el consentimiento informado de manera voluntaria, se inició la entrevista.

Las entrevistas a los familiares se hicieron en la sede de la IPS o en la residencia de los pacientes una vez explicado el proyecto y previa aceptación de participar en la investigación, con ellos se utilizó un lenguaje adecuado a los conocimientos e información que ellos mismos suministraban a fin de no intimidarlos y permitir la fluidez del diálogo para obtener una información pertinente a los objetivos de la investigación. Estas tuvieron una duración de 30 a 40 minutos.

6.4.1 CODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

“Codificar es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso” (29).

En la presente investigación, este proceso se hizo de manera específica con cada entrevista, en la que los investigadores asumieron la responsabilidad de revisar una a una para agrupar la información luego de asignar unidades de significado.

Respecto a las entrevistas, la mayor parte de la información se encontraba en formato de audio, por lo tanto, se hizo necesario transcribirlas de manera ordenada y fidedigna, dedicando suma atención a no pasar por alto detalles específicos de los relatos. También, en el momento de las entrevistas, se tuvo en cuenta observar las actitudes, posturas, formas de relato y expresiones faciales y corporales de los entrevistados para entender mejor el significado de sus palabras.

El proceso de integración es crucial para la correcta interpretación y análisis de la información, pues en esta estancia se relaciona la información obtenida con los fundamentos teóricos pertinentes a la investigación. A partir de esto, se

miraron nuevamente las codificaciones para elaborar las categorías evidenciadas y los posibles vínculos entre ellas y la teoría. Es importante resaltar que este proceso ameritó un tiempo considerable más el acompañamiento y guía con la asesora para garantizar una integración adecuada para el análisis correspondiente.

Fueron desarrolladas en un periodo de un mes, desde el día 13 de noviembre hasta el 13 de diciembre del año 2018; se llevaron a cabo, inicialmente, 12 entrevistas, sin embargo, luego de iniciar el proceso de consolidación de la información, se vislumbró la necesidad de realizar más entrevistas que dieran cuenta, principalmente, de la posición de los empleados de la IPS frente a lo que ellos denominan su modelo de atención domiciliaria. Es así como finalmente se realizaron 16 entrevistas con los tres grupos principales: pacientes: 4 entrevistas, cuidadores familiares: 6 entrevistas y profesionales de la salud: 6 entrevistas. Estas entrevistas tuvieron lugar en los hogares de los pacientes y cuidadores y en las instalaciones de la IPS.

6.5 EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

El análisis de datos comenzó a través de la revisión de información de los documentos oficiales de la institución, los registros de diarios de campo y los registros de las entrevistas realizadas a los sujetos de estudio (21). Cuando se concretaron las entrevistas, se capturó toda la información, en grabadora de voz, luego se transcribieron y ordenaron en un documento de texto que permitió posteriormente codificarlas y generar unas categorías de análisis.

Los datos obtenidos pasaron por 3 etapas importantes para que el análisis y control de la información fuera más precisa posible dejando a un lado los sesgos que se pudiesen presentar: - Reducción de datos. - Disposición y transformación de los datos. - Obtención de resultados y verificación de conclusiones (22).

En la etapa de reducción de datos, se analizó el texto que previamente fue transcrito de una grabación de voz y se identificaron las categorías inductivas,

permitiendo la codificación, agrupación de códigos, refinamiento, construcción de categorías orientados a los objetivos de la investigación e interpretación de los resultados (Tylor, Bodgan, 1987, p.165) (31). Simultáneamente se fue construyendo el documento del informe final que hace parte del proceso de reflexividad que ayuda a construir el mundo social que se relata, teniendo en cuenta las convenciones textuales y la audiencia a la cual se dirige (21), esto, a la luz de la teoría previamente consultada.

Finalmente, seguido de los pasos anteriores, se redactó el informe final, el cual da cuenta de los resultados más relevantes y acordes a los objetivos inicialmente planteados para la investigación.

6.6 CRITERIOS DE CALIDAD

El razonamiento inductivo para descubrir nuevas relaciones y conceptos es una situación que se logra a través de la reflexión constante de los hallazgos singulares y de contexto que se generan en cada una de las técnicas de recolección. La credibilidad se da mediante la presencia crítica del investigador en el contexto de ocurrencia del fenómeno y la contrastación de la información de las diferentes técnicas, además, de la sustentación de las categorías analíticas elaboradas desde las interpretaciones de los actores involucrados en la investigación.

Pérez, interpreta la validez, como “la precisión con que los hallazgos obtenidos reproducen efectivamente la realidad empírica y los constructos concebidos caracterizan realmente la experiencia humana” (Pérez Serrano, 1998, p. 80) (32). Por último, se propone como criterio de rigor, el alcance de los objetivos de la investigación, que radica en la comprensión y valoración del fenómeno estudiado, reflejando el mundo de los actores indagados. La coherencia epistemológica se basa en tres características: experiencia humana, experiencias de carácter subjetivo y el conocimiento cualitativo ideográfico y construido. Por tanto, los criterios de calidad en la investigación cualitativa son transversales como la reflexibilidad, la transparencia, la autenticidad, la

perspectiva holística, la sistematicidad metodológica, la coherencia y la conciencia de complejidad (33).

7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La ética es la rama del conocimiento que se encarga de estudiar las acciones morales de la sociedad y sus componentes, a su vez, estudia las normas y reglas que marcan su comportamiento. La compilación de normas y reglas que van resultando adecuadas y que se aproximan más a un grupo de personas, se le conoce como códigos de ética, ya sea que se encuentren explícitos o implícitos (34).

En general las investigaciones deben ser transversalizadas por los principios éticos. Según el informe Belmont, el primer principio se relaciona con el respeto a las personas, todas ellas, deben ser tratadas como agentes autónomos y deben ser protegidos. El segundo principio se refiere a la beneficencia que consiste en buscar el bienestar de las personas participantes del estudio. El tercer principio es la justicia referida a que todas las personas tengan derecho equitativo a los beneficios del estudio (35).

En Colombia se encuentra la resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, expedida por el Ministerio de Salud, donde se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Para presente trabajo, se tuvo en cuenta el artículo 11, que se refiere a los niveles de riesgo de las investigaciones en que estén involucradas personas, considerando una investigación sin riesgo aquellas “que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realizara ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta” (36).

En el estudio se tuvo en cuenta los principios de la bioética: beneficencia, no mal eficiencia, justicia y autonomía, los cuales se utilizaron continuamente en la investigación y sirvieron de base para elaborar el consentimiento informado (ver

anexo 2), garantizando a los participantes seguridad de respetar los derechos. La información se usó exclusivamente para temas académicos, guardando la confidencialidad, según lo estipula el artículo 8 de la resolución mencionada (35).

El consentimiento informado se elaboró teniendo en cuenta los artículos 14 y 15 de la resolución 8430, el cual se presentó a los participantes previa explicación del proyecto de investigación, quienes de manera voluntaria firmaron éste, estando de acuerdo con su contenido y la participación en el estudio, una vez firmado se inició la recolección de la información con las técnicas previstas. Además, se les informó que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin que hubiera problemas para ellos.

Es de resaltar que el proyecto fue aprobado por el Comité de Programa según el reglamento de pregrado de la Facultad Nacional de Salud Pública y se contó con la autorización de la IPS para su ejecución.

8 RESULTADOS

De acuerdo con el desarrollo de la investigación, se obtuvo información primaria de los participantes. Estos fueron clasificados en tres grupos: pacientes, cuidadores familiares y empleados asistenciales. Los pacientes son personas mayores de edad, con edades que oscilan entre los 24 y 53 años. Participaron 4 mujeres y 2 hombres; pacientes de la institución por más de 3 años (al año 2018), con enfermedades crónicas y agudas, no imposibilitados en su comunicación.

Los cuidadores familiares corresponden a personas mayores de edad, en su mayoría dedicados a tiempo completo al cuidado de su familiar en condición de enfermedad. Un total de 4 personas: 3 mujeres y 1 hombre.

Los empleados son un grupo de profesionales médicos, terapeutas, enfermeros y auxiliares de enfermería; mayores de edad, con un tiempo de vinculación con la institución mayor o igual a 5 años.

Se realizaron 16 entrevistas con los tres grupos principales: pacientes: 4 entrevistas, cuidadores familiares: 6 entrevistas y profesionales de la salud: 6 entrevistas.

Inicialmente se establecieron 6 categorías denominadas: percepción de modelo de atención, promoción de la salud, beneficios percibidos, oportunidad para la atención, satisfacción del modelo de atención y calidad en la atención. Al organizar la información recolectada de las entrevistas a los diferentes actores, mediante códigos y categorías, se definieron 3 que responden a los objetivos planteados en la investigación. Estas categorías definitivas son: conocimiento del modelo de atención domiciliario de la institución; tipo de atenciones en salud que brinda el modelo; percepción de pacientes y cuidadores familiares sobre la calidad del modelo de atención domiciliario.

En los resultados se utilizaron códigos para cada grupo de entrevistados a fin de garantizar la confidencialidad de los actores en la investigación: para empleados se utiliza la letra E, en los comentarios que sustentan la interpretación, para los cuidadores informales (C) y para los pacientes (P).

A continuación, se describe cada categoría definitiva para una mayor comprensión:

CATEGORÍA: SIGNIFICADO DEL MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LA INSTITUCIÓN

Los empleados tienen ideas concebidas de la institución y de su modelo de atención domiciliaria de manera muy general y no manifiestan especificidad, situación que explican por falta de una comunicación completa y categórica respecto del modelo que les permita conocerlo integralmente, asumirlo e interiorizarlo para llevar a cabalidad la prestación de los diferentes servicios que contempla.

“El modelo de atención es todo lo que a nosotros nos rige en cuestiones de atención médica, es nuestro pilar y debería ser realmente aplicado, sin embargo, no lo conocemos mucho y creo que a eso se deben las fallas en los resultados, pues nosotros debemos cumplir con unos indicadores y, sinceramente, no se logra mucho y eso baja la productividad” (E).

“Bueno, sí, muy bueno el modelo, pero es que nosotros no tenemos las herramientas para aplicarlo. Es más, yo jamás he tenido el modelo en mis manos, entonces ¿cómo lo voy a ejercer? Encima, no tenemos cómo hacer muchas de las cosas que ahí piden, por ejemplo, ahí hablan de tiempos específicos, pero no se puede en una ciudad con tantos contratiempos en la movilidad o en caso de que un paciente requiera algo más en el momento de la atención” (E).

Según los empleados se evidencia, una disminución de la productividad esperada por la IPS, posiblemente debido a la poca aplicación del modelo de atención domiciliario, por la escasa capacitación que reciben los integrantes de la institución.

“Nunca he visto el modelo de atención, hablan de eso por encimita o sobre todo con los nuevos, pero uno que lleva tantos años trabajando aquí, no lo conoce” (E).

“Uno sí escucha que hay un modelo, pero no hacen capacitaciones sobre él, o solo una que otra cosa y muy por encima” (E).

La comunicación es un elemento esencial de la gerencia de una institución y es necesario que la información sea clara y asertiva para garantizar su calidad, de tal manera que sirva para cumplir las metas cuyos criterios sean reconocidos por todos tales como precisión, oportunidad, relevancia y comprensibilidad para asegurar los procesos en los diferentes momentos de la atención. Esto también contribuye a un buen clima y cultura de la organización, dando un mayor sentido de inclusión a los miembros de la institución.

Cabe resaltar, a partir de esta afirmación, que los empleados no se sienten tenidos en cuenta por la institución a pesar de sus años de permanencia y experiencia.

Además, manifiestan que sería más fácil aplicar el modelo si dispusieran de las herramientas para ello y si contaran con mejores condiciones de trabajo, más información interna institucional que garanticen su buena praxis.

“Creo que uno ya sabe cómo debe trabajar, qué cosas le funcionan y cómo es mejor para el paciente, así que me parece que lo ideal es que uno mire cómo puede trabajar mejor y hacerlo, porque es uno el que conoce la realidad de su labor” (E).

Igualmente, los pacientes y cuidadores no se expresan en términos de “modelo de atención domiciliario”, las respuestas apuntan a la atención en salud que reciben, a pesar de tener formas diferentes de expresarse dieron respuestas al respecto. Aunque muchos de ellos suponen su significado.

“Yo creo que es la atención médica que le prestan a uno” (C).

“El modelo de atención es como los servicios que me prestan” (P).

“Significa que viene el médico y le hace las curaciones y le suministra los medicamentos necesarios en mi propia casa” (C).

“No sabría decirte qué significa técnicamente, pero me imagino que se refiere a la atención que brinda Hospital en Casa, como los procedimientos médicos, pero dentro del domicilio del paciente” (P).

Los cuidadores por su parte desconocen el significado de modelo de atención domiciliaria, pero según su experiencia con la IPS, claramente manifiestan que es una alternativa positiva para solucionar los problemas de salud de las personas que presentan una enfermedad y que requieren y pueden ser atendidos en su casa.

“Un apoyo muy grande porque están muy pendientes de mi papá y me resolvían las dudas que me iban surgiendo” C.

“Una alternativa para las personas que no se pueden movilizar debido al grado de enfermedad e indisposición” (C).

“La verdad, para mí esto representa una ayuda muy grande, porque el simple hecho de venir hasta acá y ser atendidos en la casa, a uno lo beneficia mucho porque no se tiene que estar desplazando, mi tía siempre se va a sentir mejor en la casa que en cualquier otro lado. Las clínicas como que le bajan el ánimo” (C).

“Es una oportunidad para las personas que no se pueden mover tanto y que necesitan igual ser atendidos como los demás. Y eso es muy bueno porque piensan también en las necesidades de estos pacientes” (C).

CATEGORÍA: TIPO DE ATENCIONES EN SALUD QUE BRINDA EL MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

En el modelo de atención domiciliar de la institución se especifica la importancia de garantizar la seguridad del paciente por medio de la educación para promocionar la salud, prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente bajo los parámetros establecidos en su modelo.

La educación sobre el cuidado y autocuidado dada por los miembros del equipo de atención domiciliar ha sido percibida por los cuidadores y los pacientes como muy acertada. Además, la inducción al programa fue completa y clara para los responsables del cuidado de los pacientes en casa.

Este proceso de educación inicial es primordial para el buen desarrollo de las prestaciones y para mejorar la salud de los pacientes, debido a que uno de los mayores temores de los cuidadores es no tener conocimientos suficientes para manipular equipos médicos o para actuar debidamente en una situación de riesgo, es por esto, que se sienten confiados con la información recibida.

“Los enfermeros nos explicaron todo muy bien, incluso los terapeutas y médicos que han venido nos cuentan cómo debemos hacer las cosas cuando ellos no están; nos explicaron qué cositas deberían alarmarnos y qué hacer, hasta nos dan un número para comunicarnos con ellos” (C).

“Siempre me recuerdan que es muy importante lavarse muy bien las manos antes y después de cualquier cosa, ¿me entiende? Porque uno no sabe qué bacterias pueda tener y hay que cuidar las heridas para que no se infecten” (C).

Con relación a los profesionales de la salud manifiestan que gran parte de su trabajo está relacionado con la educación al paciente y a su entorno familiar, puesto que no se limitan únicamente a la prestación de servicios médicos, a aplicar medicamentos o hacer un chequeo y valoración, sino que brindan

herramientas para la identificación de signos, síntomas y complicaciones por parte de pacientes y cuidadores, y éstas son acciones relacionadas a lo estipulado en el modelo de atención domiciliario, que sirven para optimizar el trabajo.

“La educación al paciente y a sus familiares es un proceso que inicia antes de la primera atención médica y que es continua, no hay que esperar que alguien lo diga, si uno como profesional ve que algo debe ser explicado o recordado, lo debe hacer porque muchas veces los pacientes no preguntan por miedo a que uno lo regañe o por pena. Por eso también es muy importante tener una actitud empática en el momento de la atención, para evitar ese tipo de retraídas” (E).

“Realizan un chequeo general para verificar la evolución que he tenido del día anterior, me recomiendan ciertas posturas para evitar úlceras por presión. Me informan el horario en que me debo tomar los medicamentos y me recomiendan mucho reposo para poder mejorarme. Aunque vuelvo y le digo, estar en la casa es una bendición muy grande” (P).

“Nos informaron sobre los cambios de posición y los diferentes movimientos que hay que realizarle al paciente” (C).

“Al principio, me dieron una inducción muy completa sobre todo lo que necesitaba saber, pero igual, uno pregunta y siempre me resuelven las dudas” (C).

La IPS presta los siguientes servicios asistenciales de salud: curaciones tipo I, II, III y IV; suministro de medicamentos e insumos; enfermería profesional: seguimiento post quirúrgico, curaciones de heridas tipo III y IV, valoración de enfermera, aplicación de medicamentos especiales; cuidados básicos de enfermería; terapias: físicas, respiratorias, de lenguaje y deglución, nebulizaciones, ocupacionales, psicológicas y nutricionales; cuidados post quirúrgicos; suministro de equipos e implementos hospitalarios; ventilación mecánica domiciliaria; fototerapia; toma de muestras de laboratorio; centro de estadía temporal; consulta médica general y especializada.

Los cuidadores familiares entrevistados, al igual que los pacientes, identifican los servicios que le prestan por medio de los profesionales:

“A mí me visitan 3 veces a la semana para las terapias físicas y respiratorias. Viene cada 15 días el doctor y me revisa. Ya él decide cómo siguen las terapias o si se necesita algo más”. P

“Mis curaciones deben ser todos los días para que no se me vaya a infectar nada. Antes eran dos veces al día, pero ya me las cambiaron por la mejoría”. P

“Mi tía necesita terapias de lenguaje, eso fue lo que le mandaron luego de la operación. Se las hacen cada día de por medio”. C

“Van a hacerle todo lo que necesita y lo que ordenan y le autorizan. No significa que siempre sea a tiempo, pero sí, lo hacen”. C

“Imagínese uno inyectándose solo, terrible. Gracias a Dios a mí me vienen a poner los medicamentos, es sólo eso y la visita del doctor, pero por lo menos no estoy en el hospital”. P

Existe una identificación de los servicios de salud recibidos por parte de la institución prestadora. Se asocian los procedimientos asistenciales y se reconocen como tal.

CATEGORIA: PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES Y CUIDADORES SOBRE LA CALIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Los beneficios percibidos por los pacientes y cuidadores están relacionados con los procesos de atención médica, cuidado de enfermería, terapias, tiempo y costo.

Los pacientes y cuidadores perciben como un gran beneficio poder acceder a la atención médica y de los otros profesionales de la salud en su casa, sin necesidad de movilizarse y exponerse a riesgos, por eso valoran el modelo de atención domiciliaria de la institución. Sin embargo, presentan temor por no contar con todos los equipos que posee la clínica.

Otro aspecto para resaltar por los pacientes y cuidadores está relacionado con el ahorro de recursos como el tiempo y el dinero para el desplazamiento a las citas, terapias y acceso a medicamentos, teniendo en cuenta que hay pacientes con movilidad reducida y su grado de dependencia es muy alto.

“Se observa la mejoría de mi papá, ya que él se siente más cómodo en la casa que en un ambiente hospitalario. Además, en la casa es más fácil que alguien más me ayude a cuidarlo y no gasto tanta plata en pasajes y alimentación. Gracias a esto, es más fácil el descanso para mi persona. A veces me da susto que de pronto pase algo y no estemos en el hospital con todos los equipos y los médicos, pero, es mejor la comodidad de la casa” (C).

“Teniendo a mi papá en la casa, el desplazamiento que se genera es mínimo para ciertos papeleos. Pero con él en la casa nos evitamos muchos gastos de pasajes y comida. El entorno de mi casa es fundamental para la mejoría de él” (C).

Según las expresiones anteriores, el beneficio del modelo de atención domiciliaria es reconocido de forma positiva por los pacientes al disminuir el tiempo de recuperación, al evitar las infecciones intrahospitalarias y al contribuir a su bienestar por el ambiente familiar que los rodea, que difiere del ambiente hospitalario.

“Los beneficios en comparación a estar en un hospital son muy grandes, pues al menos me estoy previniendo esas infecciones que dan en ese ambiente hospitalario. En cuanto a la salud, gracias a que estoy más

tranquilo me siento mejor, porque cuando estuve hospitalizado el solo hecho de estar en ese sitio me aburría mucho. Para mis familiares es más beneficioso ya que se están ahorrando gastos en pasajes y alimentación extra. Se sienten más descansados ya que están en la misma casa y se van turnando para salir y estar pendientes de mí. A mí lo que si me da miedo es que llegue a necesitar un equipo biomédico más especializado, de los que tiene la clínica y yo acá en la casa no cuento con este recurso. Pero en general los beneficios si son muchos” (P).

“El entorno de mi casa es fundamental para la mejoría de él” (C).

“Los beneficios en comparación a estar en un hospital son muy grandes. Para mí es muy importante ya que me aterra estar metido en un hospital, la verdad el ambiente hospitalario no me deja aliviar. Es una bendición estar en la casa, de verdad que la paso más tranquilo” (P).

“La verdad, lo poco que conozco del modelo me parece ideal, así es como deberíamos funcionar como IPS. Bajo esos parámetros y especificaciones nuestro trabajo sería aún mejor, más profesional y los resultados serían los mejores, reflejado en los pacientes y sus comentarios en cuanto a satisfacción” (E).

La institución tiene presente los atributos de la calidad en la teoría de su modelo de atención domiciliario de acuerdo con su documento instituciones; atributos tales como: oportunidad, seguridad, continuidad, satisfacción del usuario, cuya apreciación se define en la percepción que tienen los pacientes y cuidadores sobre la atención recibida. La oportunidad en la atención es una de las premisas de la atención en salud, debido a que de ella depende la pronta identificación de diagnósticos, la ruta de atención, la elaboración de tratamientos, aplicación de prácticas preventivas y de rehabilitación óptimas, evitando retrasos y riesgos para la salud del paciente.

Se evidencia que es con base a la oportunidad, mayormente, que los pacientes y cuidadores identifican y evalúan la calidad y satisfacción que perciben recibir de la institución. Sin embargo, la percepción de los pacientes y cuidadores acerca de este atributo de la atención, presentan inconformidades, por las demoras en las órdenes médicas y autorizaciones o por factores externos como la movilidad de los empleados que afectan su atención.

Por su parte, los empleados comentan que cuando se desplazan se pueden presentar fallas técnico-mecánicas del vehículo o tráfico complicado y lento dependiendo del horario y el clima, aspectos que afectan la oportunidad de la atención.

“Sí hay atención, no puedo decir que no, el problema es que se demoran mucho en venir, o a veces no se cumple en las horas que se había dicho. Igual ellos siempre explican por qué pasa, pero no debería ser así” (C)

“Sinceramente, esto sería perfecto si no fuera porque no son siempre cumplidos, a mí me ha tocado llamar muchas veces y me dicen que el doctor no tiene disponibilidad, imagínese, como en un hospital...” (C)

“...Yo los entiendo, uno andar de aquí para allá en una ciudad tan congestionada no debe ser fácil, pero entonces que tengan más personas o se organicen bien, porque somos nosotros los perjudicados” (P).

Para los pacientes y cuidadores, el hecho de ser atendidos desde su hogar supone un plus para la rehabilitación y restauración de su salud en comparación con la clínica u hospital e identifican los beneficios que han recibido sin obviar sus inconformidades.

“Es una atención muy buena, muy completa, ojalá mucha gente tenga la posibilidad de tenerla y se eviten el ambiente hospitalario ya que el

desplazamiento y la estadía es muy cansona. Es más, si yo me enfermo, me gustaría que me atendieran en la casa” (C).

“Muy satisfecho, el tratamiento claro que es integral, sin duda alguna mil veces mejor estar en mi propia casa que en un hospital exponiéndome” (P).

Otro aspecto que complementa la calidad de la atención es la educación personalizada que se brinda a cuidadores y pacientes buscando disminuir los factores de riesgo que se puedan presentar e incrementando las normas de bioseguridad.

“Los pacientes son mi razón de ser y es muy importante reflejar eso” (E)

“Yo como profesional no puedo ser indiferente a las necesidades que yo veo en los pacientes, eso sería inhumano. Y pasa mucho, puede que a mí en una visita no me corresponda explicarle situaciones al paciente, puede que no esté obligado a recordarle una y otra vez lo que quizá ya le han dicho, pero es mi responsabilidad moral y, de hecho, aquí una que otra vez nos han dicho que lo que nosotros digamos y transmitamos, puede salvar una vida o contribuir a su calidad de vida” (E).

“Hay cosas que uno hace por puro amor a su labor y por consideración con los pacientes y sus familias, hay que explicarles, decirles cómo se deben cuidar e incluso llamarles la atención cuando no lo hace. Si no lo hace uno, ¿quién lo va a hacer?” (E).

“La verdad el tiempo limita mucho, uno sabe que en 20 minutos no hará tanto como en 40 minutos o una hora. Y el único perjudicado es el paciente. Parece que la productividad pesara más que la vida misma” (E).

Se evidencia la relación médico – paciente y el interés por brindar una atención en salud humanizada de la mano con el profesionalismo, actitud que tiene efectos directos en la percepción de la calidad de los pacientes frente al modo de atención que la institución puede brindar por medio de sus empleados.

9 DISCUSIÓN

En el desarrollo de esta investigación se hizo posible identificar que la institución ha denominado “modelo de atención domiciliaria” a su enfoque organizacional en la prestación de sus servicios, sus acciones y actividades, pues a partir de este documento (el modelo de atención domiciliario de la IPS), se derivan las especificaciones, recursos para la atención de la salud y se incluyen las funciones asistenciales y logísticas, dando muestra de que la intención del documento es ser la base funcional de sus actividades en la prestación de servicios domiciliarios. Esta realidad contrasta con lo definido en la teoría sobre lo que es un modelo de atención domiciliaria desde la Organización Mundial de la Salud, pues especifica que el modelo es la provisión de servicios de salud en el hogar (45). Si bien esa es la práctica de la IPS, definir como modelo de atención a la prestación de sus servicios, puede resultar confuso a la hora de adentrarse en procesos como la investigación.

En la literatura se registra que en Europa existen equipos de atención primaria especializados para cuidar a los pacientes no hospitalizados que son trasladados a sus casas para continuar con el tratamiento, encontrándose semejanza con la atención domiciliaria de la IPS protagonista de este estudio, la cual cuenta con una red de empleados de salud que se desplazan a cualquier zona de la ciudad cubierta por esta IPS (37).

Los modelos de atención domiciliaria en el mundo están ligados a los cuidados paliativos. Ya sea tanto para racionalizar el gasto sanitario, como para descongestionar los hospitales. Esto se relaciona con el propósito de esta IPS, aunado a que la intención presentada con el modelo de atención es brindar la atención en el domicilio del paciente, generando así beneficios percibidos por los pacientes e incrementando su nivel de calidad de vida (38).

De acuerdo con la investigación “Determinantes del cuidado domiciliario ideal: experiencia de cuidadores familiares de pacientes con secuelas de enfermedad

cerebrovascular”, se evidencian hallazgos relacionados con la presente investigación, partiendo del hecho de que se realizan entrevistas a un grupo de cuidadores familiares, a partir de los cuales se obtiene información relacionable con los resultados obtenidos.

La investigación mencionada, arroja como resultados categorías como la atención integral centrada en el domicilio, haciendo alusión a las actividades asistenciales que se desarrollan en el hogar del paciente, relacionado con el modelo de atención de la IPS en cuestión. En este resultado, se hace evidente que los actores deben y necesitan conocer los procesos prestados por la institución y su forma de operar.

Por medio de la categoría de satisfacción con el programa de cuidados en el hogar, se evidencian contrastes, pues en la IPS objeto de este estudio, los resultados develan que los pacientes y cuidadores tienen conocimiento general de las atenciones e intervenciones en salud que los empleados asistenciales realizan y a pesar de tener miedos frente a no estar en una clínica, sienten seguridad por la información recibida y la relaciones médico – paciente.

Frente a la calidad percibida por los pacientes y cuidadores familiares, se manifiestan sentires y percepciones similares en cuanto a los beneficios recibidos en tiempo, desplazamiento y comodidad; sin embargo, se presentan déficits en la oportunidad en ambas investigaciones.

“Como eje evaluador de un sistema de salud y de un modelo de atención, aparece la satisfacción. Desde hace un tiempo para acá este indicador se ha tornado más importante vinculado con la calidad de los servicios de salud. Los pacientes conjugan sus estándares de calidad con la experiencia que obtienen de toda una atención recibida.

“La satisfacción de los usuarios frente a una atención de salud recibida es compleja de estandarizar ya que se basa fundamentalmente en la percepción subjetiva del usuario”. (39) Esta afirmación se refleja en las percepciones de los entrevistados, pues la calidad, en su mayoría, se percibió a la luz de la oportunidad y el sentir de los pacientes y cuidadores.

La percepción de la calidad y beneficios de los usuarios con el modelo de atención domiciliario, en este caso, se evidencia por la falta de oportunidad en la atención, debido a factores externos como lo son las condiciones climáticas y los problemas de tráfico. El personal de la salud debe desplazarse hasta el lugar de residencia de los pacientes asignados y entre uno y otro se va generando tiempos largos de espera, este aspecto se ha develado en Chile, en el desplazamiento del personal de salud a las residencias de los pacientes llegando tarde lo que generaba roces con sus familiares, quienes son actores fundamentales en todo el proceso de atención domiciliar. Existen componentes sociodemográficos, económicos y de accesibilidad para la atención que muestran relación directa con la percepción del usuario sobre el modelo de atención domiciliario, es por esto que el nivel de satisfacción cambia de acuerdo con cada paciente pese a lo limitante que es este concepto por la subjetividad antes mencionada (39).

En este estudio no se pretendió mirar los atributos de calidad que deben estar presentes en la atención, por el contrario, se ambicionó explorar lo que los diferentes actores: empleados asistencias, cuidadores familiares y pacientes, percibían por atención con calidad. Se evidencia que es subjetivo y la oportunidad tiene mucho peso para los cuidadores familiares y pacientes al momento de indagar por su percepción de calidad en la atención domiciliar.

10 CONCLUSIONES

1. La percepción de los empleados de la IPS sobre la atención domiciliaria que brinda es que se requiere más comunicación e inclusión para permear a todos los empleados de la institución sobre este modelo de atención. A pesar de esto, los pacientes y cuidadores, quienes son los que reciben directamente el servicio, perciben en términos generales que se hace adecuadamente, sin evidenciar vacíos estructurales en este modelo. Sin embargo, una IPS es una empresa y debe funcionar como tal, es necesario que la información sea bien divulgada y se maneje el mismo lenguaje entre los empleados de dicha institución.
2. Los pacientes y cuidadores desconocen los alcances e integralidad del modelo de atención domiciliaria, pese a esto refieren estar satisfechos con el servicio no sin manifestar inconformidades en la oportunidad de la atención y en la demora para la asignación de las visitas médicas y terapias, debido a factores que impiden la oportunidad y puntualidad, como el tráfico vehicular, las condiciones climáticas, y contratiempos generados por arreglos viales.
3. El conocimiento parcial del modelo de atención domiciliaria por parte de los empleados de la institución, pues la mayoría de ellos tienen ideas vagas acerca del modelo, no lo han interiorizado, no tiene acceso a la información completa del modelo y su funcionamiento, reflejándose las falencias en la praxis y en el quehacer diario.
4. Los paciente y cuidadores por su parte perciben la calidad del modelo de atención domiciliaria como un modelo que permite ahorrar en cuanto a lo económico, la mayor disponibilidad del tiempo, la comodidad de su hogar, la compañía y atención familiar, mayor confianza en el personal de salud, la educación y prevención que reciben en las visitas. Estos, le atribuyen al modelo de atención domiciliaria, exclusividad como un componente en la calidad percibida; pero, sienten temor de presentar alguna urgencia y no contar con el equipo necesario para su atención en ese momento.

11 RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se presentan las siguientes recomendaciones:

- La comunicación y divulgación de la información es la principal necesidad identificada, pues, aunque se está desarrollando con los empleados más nuevos, es imperativo que todos tengan acceso a la información de manera regular y que se evalúe el conocimiento adquirido a partir del proceso de comunicación. Se hace necesario capacitar a los empleados nuevos y antiguos sobre el modelo de atención domiciliario, garantizando una información completa, clara y pertinente para asegurar el conocimiento y práctica adecuada del modelo; esto repercute en que los empleados manifiestan la necesidad de ser tenidos en cuenta en un mayor grado, de manera que su voz pueda ser escuchada para la mejoría de sus atenciones en salud.
- Se recomienda un acercamiento mayor con los pacientes y sus cuidadores en cuanto a temas de educación en salud. Una buena forma es no dejar perder esos pacientes del rango de operación y capacitarlos, teniendo en cuenta que esto contribuirá a un mejor manejo y cuidado, por ende, reducirá tiempos y costos de atención.
- Los actores involucrados perciben calidad en los servicios prestados por la IPS en términos de beneficios y bienestar general. Identificando beneficios en tiempo, costo, costos de transporte y alimentación. Así mismo, se refleja insatisfacción en la oportunidad de la atención y continuidad.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer primeramente a Dios por la oportunidad que nos ha dado de formarnos como profesionales, a nuestras familias por el apoyo afectivo y económico durante todo nuestro proceso académico, a nuestros profesores, compañeros, jurados y asesores, en especial a la profesora Blanca Myriam Chávez por motivarnos y encaminar nuestro trabajo con pasión y sabiduría. A la Facultad Nacional de Salud Pública, nuestra fuente de conocimiento y aprendizaje integral y a la I.P.S que nos abrió las puertas de la institución con interés y libertad para la realización de nuestra investigación.

12 REFERENCIAS

1. Organización Mundial de Salud. Salud en el desarrollo humano [Internet] [Consultado 2018 May 8] Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6208/Salud-en-desarrollo-humano_doc357.pdf?sequence=1
2. Echeverría G, Ovalle, Palma S, Rosales P, Werner L. Modelo de atención integral en salud. [Internet] [Consultado 2018 May 8] Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518
3. Universidad de la República de Paraguay. Modelos de Atención en Salud. [Internet] [Consultado 2018 May 8] Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_modelos.pdf
4. Suárez M. Atención Integral a Domicilio. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2012; 18 (2) [Consultado en 2018 May 8] Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010
5. Christus Sinergia Salud [Internet] Arizona; 2016 [citado el: 2018 Abr 29]. Disponible en: <http://christussinergia.com/quienes-somos/>
6. De la Revilla L., Espinosa J. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Aten Primaria [Internet] 2003; 31 (9): 587-591 [consultado 2018 Oct 3] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670379221X>
7. Piñarte D, Reinoso N. Atención domiciliaria en salud realizada por instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Bogotá y su relación con la atención primaria en salud, año 2013 [Maestría en Administración en Salud] Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2013 [consultado 2018 Oct 3] Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/12061>

8. CHRISTUS SINERGIA Salud Hospital en Casa. Modelo de atención de prestación de servicios domiciliarios. 2016 [consultado 2018 Abr 10]
9. Bustamante N. Descripción y análisis del modelo de hospitalización domiciliaria. El Hospital: 1-3 [Internet]. 2006 [Consultado: 2018 May 1]. Disponible en: <http://www.elhospital.com/temas/Descripcion-y-analisis-del-modelo-de-hospitalizacion-domiciliaria+8046429>
10. Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. Política de atención integral en salud: “Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud” Bogotá, 2016, pág. 30
11. Colombia. Ministerio de salud y Protección Social. Política de atención integral en salud: “Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud” Bogotá, 2016, pág. 45
12. Colombia. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 por de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 16 de febrero de 2015
13. CHRISTUS SINERGIA Salud Hospital en Casa. Modelo de atención de prestación de servicios domiciliarios. 2016 [consultado 2018 Abr 10], pág. 6. Documento Institucional
14. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 28 de mayo de 2014
15. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de Colombia; 19 de enero de 2011
16. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5928 de 2016, Por la cual se establecen los requisitos para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador ordenado por fallo de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio excepcional financiado con cargo a los

recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial, 50.074 (Dic 1 2016)

17. Hospital en Casa. ¿Quiénes somos?: Coomeva la cooperativa de los profesionales [Internet]. Santiago de Cali; 2010 [citado el: 2018 May 21]. Disponible en: <http://www.hospitalencasa.com.co/publicaciones.php?id=24096>
18. Christus Sinergia Salud. Hospitalización domiciliaria [Internet] Arizona; 2016 [citado el: 2018 Abr 29]. Disponible en: <https://christussinergia.com/hospitalizacion-domiciliaria/>
19. Christus Sinergia Salud. ¿Quiénes somos? [Internet] Arizona; 2016 [citado el: 2018 Abr 29]. Disponible en: <https://christussinergia.com/quienes-somos/>
20. Martínez M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). Revista IIPSI. 2006; 9(1): 123-146
21. Fernández S. Si las piedras hablaran. Metodología cualitativa de Investigación en Ciencias Sociales [Internet]. 2017 [citado el: 2018 May 1]. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/54506/3/Sergio>
22. Morse J. Qualitative evidence: Using signs, signals, indicators, and facts. Qualitative Health Research, 14(6): 739-740
23. Maxwell J. Using qualitative methods for causal explanations. Field Methods, 16(3): 243-264
24. Batzán A. Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural. España: Marcombo; 1995
25. Hammersley M, Arkinson P. Etnografía: métodos de investigación. Barcelona: Paidós; 2005
26. Álvarez C. El interés de la etnografía escolar en la investigación educativa. Estud. Pedagóg. 2011; 37(2): 267-279
27. Ruiz J. Metodología de la investigación cualitativa. 5 ed. España: Universidad de Deusto; 2012
28. Díaz A, Velasco H. La lógica de la investigación etnográfica: un modo de trabajo para etnógrafos de la escuela. 4 ed. Estados Unidos: Trotta; 2004

29. Fernández L. Fichas para investigadores. ¿Cómo analizar datos cualitativos? España: Universidad de Barcelona; 2006. [citado el: 2018 Oct 3]. Disponible en: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
30. Delgado J, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1995
31. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. 2 ed. España: Paidós; 1987
32. Pérez G. Desafíos de la investigación cualitativa. [Internet] Chile: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2007 [citado el: 2018 Nov 19]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237798499_DESAFIOS_DE_LA_INVESTIGACION_CUALITATIVA
33. Blesa B, Cobo F, García M, Muñoz P, Rodes J. Guía de criterios básicos de calidad en la investigación cualitativa. España: UCAM; 2014
34. Aristizábal L. El porqué de la ética en la investigación científica. Investig Andina. [Internet] 2012; 14(24) [consultado el: 2018 Abr 5]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462012000100001
35. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Internet] [consultado el: 2018 Abr 5]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INTL_Informe_Belmont.pdf
36. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 04 octubre de 1993
37. Contel J, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria: organización y práctica. [Internet] España; 1999 [consultado el: 2019 Abr 19]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=5hv_aNaqvKYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=atencion+domiciliaria&ots=8PWDITpISk&sig=RcV_f18-

CUXQyKRWDGyCWM4v9FM#v=onepage&q=atencion%20domiciliaria&f=false

38. Minardi R, Morales M, Llopis A, Cotta J, Días J. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev. Pan. Salud Pública. [Internet] 2001; 10(1) 45-54 [consultado el: 2019 Abr 19]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2001.v10n1/45-55/es>
39. Seclén-Palacin Juan, Darras Christian. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000. An. Fac. med. [Internet]. 2005 Jun [citado 2019 Jul 11] ; 66(2): 127-141. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000200007&lng=es.
40. Colombia, Ministerio de salud y protección social, Resolución 06408 de 2016, Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bogotá. Ministerio de salud y protección total, 26 de diciembre de 2016
41. Arias CA, Theoretical approaches on the perception that the persons have, Horiz. Pedegóg. 2006 8(1) pp. 9-22
42. Colomer J, González MJ, González RVJ. Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda. En: Del Llano J, Ortún V, Millán J, Gené J, eds. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson 1998;359–401.
43. Nicho D. Valorando la atención domiciliaria: historia, modelos, situación actual y perspectivas. Perú, 2011 [internet] ciado 2019 Jul 15. Disponible en: https://www.monografias.com/usuario/perfiles/dante_raul_nicho_rosado/monografias.
44. Ramírez D. Guía de práctica clínica en atención domiciliaria: objetivos de la atención domiciliaria. Ministerio de calidad y consumo. International marketing. España, 2005. [internet] Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
45. Sánchez M., Verbel M., Zambrano E. Determinantes del cuidado domiciliario ideal: experiencia de cuidadores familiares de pacientes con

- secuelas de enfermedad cerebrovascular. Rev. Colomb. Enferm. 2016: 12; 25-32
46. Garcia, R. (2001). El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. In: Revista médica de Chile. Santiago: Scielo.
47. Zurita, B. (1996). Calidad de la Atención de la Salud. In: Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 57th ed.
48. Diaz, R. (2005). La calidad percibida en la sanidad pública. In: ELSEVIER, 20th ed. Malaga: Revista de calidad asistencial, pp.35-42.
- 49.. Donabedian Avedis. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Segunda ed. Mexicana P, editor. México: Prensa Médica Mexicana; 2001.
50. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de abril 2 de 2006. 2006. Colombia.

13 ANEXOS

ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

PERCEPCIÓN DE LOS EMPLEADOS ASISTENCIALES, PACIENTES Y CUIDADORES FAMILIARES DE UNA I.P.S DE MEDELLÍN, SOBRE SU MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIO DURANTE EL AÑO 2018

Código: _____

Fecha: _____ **Lugar:** _____

Introducción

El objetivo del presente estudio es comprender el Modelo de Atención Domiciliario una IPS, por medio de la percepción de empleados, pacientes y cuidadores. Medellín 2018.

Lo estamos invitando a participar en el estudio por su experiencia en el desarrollo del modelo de atención en salud domiciliaria de la IPS CSS. Su participación consiste en responder una entrevista semiestructurada acerca de su intervención en el modelo mencionado, la cual se realizará en las instalaciones de Hospital en Casa sede Belén y tendrá una duración de 30 minutos.

La investigación es financiada por recursos propios de los estudiantes con la asesoría de la profesora Blanca Myriam Chávez. Los participantes no recibirán recursos del proyecto y su participación en la investigación no tiene costo.

El beneficio principal del proyecto será el conocimiento de los resultados y conclusiones al finalizar el proceso investigativo sobre el modelo de atención en salud domiciliaria, que lo podrán utilizar para mejorarlo, adaptarlo o continuar como está, según la voluntad del líder de la institución.

El riesgo de la investigación es mínimo según la resolución 8430 del ministerio de salud, debido a que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de

los individuos que participan en el estudio. Además, se aplicará los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, por eso su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desea, lo cual no tendrá ninguna consecuencia.

Los estudiantes y la profesora nos comprometemos a guardar absoluta privacidad y discreción sobre la información obtenida, la cual se manejará anónimamente mediante códigos, el nombre de los participantes no aparecerá en ningún informe de la investigación.

Contacto: En caso de que se presenten dudas e inquietudes respecto al proyecto o a su participación, por favor póngase en contacto con cualquiera de las siguientes personas:

Asesora: Blanca Miriam Chávez Guerrero - Teléfono 2196845

Estudiante 1: Julián Arango Betancur - Teléfono: 3007334318

Estudiante 2: Karla Vanessa Mena - Teléfono: 3163032596

Aceptación: Mi información personal estará bajo confidencialidad y no se recibe ningún tipo de beneficio personal que pueda generar conflictos personales y motivación para participar en ella.

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____ hago constar que he leído y decido hacer parte del estudio. Asimismo, autorizo que la información suministrada podrá ser utilizada con fines académicos.

Firma del participante

ANEXO 4: MODELO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS POR ACTORES

PERCEPCIÓN DE LOS EMPLEADOS ASISTENCIALES, PACIENTES Y CUIDADORES FAMILIARES DE UNA I.P.S DE MEDELLÍN, SOBRE SU MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIO DURANTE EL AÑO 2018

Entrevista semiestructurada a pacientes

Objetivo 1

¿Qué significado tiene para Ud., el modelo de atención en salud domiciliaria que recibe?

¿Cree que este modelo se ajusta a sus necesidades de atención? ¿Por qué?

Objetivo 2

¿Qué intervenciones o actividades recibe de los profesionales de la salud que vienen a su hogar?

Para promoción de la salud

Para prevención de la enfermedad

Para Curar

Para rehabilitar

Objetivo 3

¿Puede describir los beneficios que se desprenden del modelo de atención en salud domiciliaria?

En cuanto a la salud

En cuanto a costos

En cuanto al desplazamiento

En cuanto a equipos y medicamentos

Objetivo 4

¿Cuál es la percepción de la calidad del modelo de atención en salud domiciliaria?

En cuanto a oportunidad del tratamiento, curaciones, terapias, medicamentos

Las visitas son programadas y se cumplen a tiempo

En cuanto al trato que recibe de los profesionales

Recibe capacitación en las visitas

En cuanto a los materiales utilizados

Con relación a la cercanía con los profesionales de la salud

¿Considera que el tratamiento es integral?

¿Está satisfecho con la atención en salud que recibe?

PERCEPCIÓN DE LOS EMPLEADOS ASISTENCIALES, PACIENTES Y CUIDADORES FAMILIARES DE UNA I.P.S DE MEDELLÍN, SOBRE SU MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIO DURANTE EL AÑO 2018

Entrevista semiestructurada a familiares o cuidadores del paciente

Objetivo 1

¿Qué significa para Ud., el modelo de atención en salud domiciliaria que recibe el paciente?

¿Considera que este modelo de atención se ajusta a sus necesidades de atención del paciente? ¿Por qué?

Objetivo 2

¿Qué intervenciones o actividades realizan los profesionales de la salud que visitan al paciente en su hogar?

Para promoción de la salud

Para prevención de la enfermedad

Para Curar

Para rehabilitar

¿Considera que la atención es integral? ¿Por qué?

¿Les explican sobre el tratamiento que recibe el paciente?

Objetivo 3

¿Cuáles son los beneficios del modelo de atención en salud domiciliarios?

Observan mejoría en el paciente

¿Se han disminuido los costos del tratamiento?

En cuanto al desplazamiento que debían hacer al sitio de atención

En cuanto al ambiente o entorno

En cuanto a equipos y medicamentos que llevan los profesionales son suficientes, de buena calidad, gratuitos o tienen que comprarlos

Objetivo 4

¿Cómo calificaría la calidad del modelo de atención en salud domiciliario?

En cuanto a oportunidad del tratamiento, curaciones, terapias, medicamentos que necesita el paciente

Les informan sobre las visitas programadas y se cumplen a tiempo

En cuanto al trato que reciben de los profesionales

Les explican sobre el tratamiento del paciente, los signos de alarma, signos de mejoría, ¿cuándo llamarlos?

Recibe capacitación en las visitas sobre las actividades que deben realizar en casa, cuando no están los profesionales de salud

En cuanto al trato humano

En cuanto a los materiales utilizados

Con relación a la cercanía con los profesionales de la salud

¿Considera que el tratamiento es integral?

¿Recomendaría este modelo de atención en salud domiciliaria a los vecinos, parientes y amigos en caso de necesitarlo?

¿Está satisfecho con la atención que recibe su familiar?

PERCEPCIÓN DE LOS EMPLEADOS ASISTENCIALES, PACIENTES Y CUIDADORES FAMILIARES DE UNA I.P.S DE MEDELLÍN, SOBRE SU MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIO DURANTE EL AÑO 2018

Entrevista semiestructurada a empleados de CSS

Objetivo 1

¿En qué consiste el modelo de atención en salud domiciliaria que ejecutan?

¿Qué significado tiene este modelo de atención para Ud.?

¿Considera que el modelo es replicable en otros espacios?

¿Cree que la práctica de este modelo es el más adecuado para pacientes que necesitan tratamiento en casa?

Objetivo 2

¿Las intervenciones que realizan al paciente en el hogar se someten a parámetros establecidos por la IPS o el Ministerio de salud de Colombia?

Qué actividades realizan:

De promoción de la salud

De prevención de la enfermedad

De curación

De rehabilitación

¿Considera que el modelo que desarrolla es integral? ¿Por qué?

Objetivo 3

Destaque los beneficios más importantes relacionados con el modelo de atención en salud domiciliario para el paciente, para los familiares y para Ud., como profesional y para la institución.

Objetivo 4

¿Cómo calificaría la calidad del modelo de atención en salud domiciliario?

¿Los tratamientos, curaciones, terapias, medicamentos que recibe el paciente son oportunos?

¿Los insumos, materiales y equipos que utilizan son de calidad?

¿El plan de tratamiento se cumple en cuanto al tiempo y los procedimientos a realizar?

¿Las visitas se programan de acuerdo con la disponibilidad del paciente y los familiares o según disponibilidad de los profesionales?

¿Les explican el tratamiento o el plan de trabajo al paciente y familiares?

¿Le enseñan al paciente y familiares sobre los signos de alarma, les dan información para llamarlos?

¿Capacitan al paciente y familiares sobre lo que se espera de ellos para lograr la recuperación del paciente?

¿El trato que recibe del paciente y sus familiares es respetuoso?

¿El modelo de atención en salud domiciliario es integral y por qué?

Describa los principales atributos de calidad que tiene el modelo de atención en salud domiciliario

¿Está satisfecho trabajando en el modelo de atención en salud domiciliario?

¿Lo recomendaría este modelo de atención a familiares, vecinos o amigos?