

**ESTÁNDARES DE CALIDAD DE ATENCIÓN DOMICILIARIA, PACIENTES
CRÓNICOS, IPS SALUD INTEGRAL VITAL VIDA, CARTAGO 2017**

**ERIKA YOJANA DIAZ MESA
SINDY VANESSA RODAS RESTREPO
CLAUDIA MARCELA RESTREPO SANTANA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORIA EN SALUD**

**ASESORA METODOLÓGICA
CARMEN LUISA BETANCUR PULGARÍN
Enfermera Profesional, Magister en Enfermería, Especialista en
Epidemiología, Especialista en Docencia Universitaria, Docente Asociada
Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Centro de Postrados.**

**ASESORA TEMÁTICA
ANA MILENA MONTOYA CÁRDENAS
Fisioterapeuta, Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar
Especialista en Auditoria en Salud.**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD, COHORTE 213
PEREIRA
JUNIO 2017**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Pereira, Marzo 18 de 2017

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecerle primeramente a Dios por permitirnos concluir con éxito uno más de nuestros proyectos, el cual en un principio podría parecer tarea inmensa e interminable, a nuestros familiares, los cuales han aportado en gran medida en el cumplimiento de esta meta, a los profesores del programa de Auditoria en Salud, en especial a Carmen Luisa Betancur Pulgarín, por sus valiosos aportes al desarrollo de este trabajo, por su paciencia y dedicación para con nosotras y al doctor Diego Carmona porque además de ser el director del programa supo también como guiarnos y estuvo dispuesto siempre a brindarnos su tiempo y conocimientos, a la IPS Salud Integral Vital Vida, la cual nos dio la confianza de poner en práctica nuestras competencias.

Gracias a todas las personas de la Fundación Universitaria del Área Andina, por su atención y amabilidad.

Queremos además agradecer a nuestros compañeros de clase con los que hemos compartido grandes momentos durante este tiempo de aprendizaje, ya que gracias a ellos, a su compañerismo, amistad y apoyo moral, han aportado en gran medida para seguir adelante con este proyecto.

Tabla de contenido

1. PROBLEMA	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
3. OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GENERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES	16
4. MARCO TEÓRICO	21
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES	21
4.2 MARCO INSTITUCIONAL	30
4.3 MARCO REFERENCIAL	31
4.4 MARCO CONCEPTUAL	34
4.4.1 ATENCIÓN AL PACIENTE	34
4.4.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD	34
4.4.3 CONTROL DE CALIDAD	34
4.4.4 SERVICIOS DE SALUD	34
4.4.5 SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD A DOMICILIO	34
4.5 PALABRAS CLAVE	35
4.6 MARCO JURÍDICO	35
4.6.1 ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN	36
5. MARCO METODOLÓGICO	45
5.1 TIPO DE ESTUDIO	45
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	45
5.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	45
5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	45
5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	45
5.6 VARIABLES	45
5.7 PLAN DE ANÁLISIS	45

5.7.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	45
5.7.2 TABULACIÓN DE LOS DATOS	45
5.7.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	46
5.7.4 PRUEBAS ESTADÍSTICA	46
5.8 COMPROMISOS	46
5.8.1 COMPROMISO BIOÉTICO	46
5.8.2 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL	46
5.8.3 RESPONSABILIDAD SOCIAL	46
5.9 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	46
5.9.1 CRONOGRAMA	47
5.9.2 PRESUPUESTO	47
5.10 DIFUSIÓN DE RESULTADOS	47
6. RESULTADOS	48
6.1 ANÁLISIS UNIVARIADO	48
6.2 PRUEBAS ESTADÍSTICAS Y CONTROL DE SESGOS	48
6.3 PROPONER UN PLAN DE MEJORA DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS.	49
6.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
7. CONCLUSIONES	52
8. RECOMENDACIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	56

LISTA DE CUADROS

Cuadro N°. 1 Matriz de Objetivos	16
Cuadro N°. 2 Normograma	38

LISTA DE FIGURAS

- Figura N°. 1 Cumplimiento de los Estándares de Calidad bajo la Resolución 2003 del 2014, para los Servicios de Atención Domiciliaria a pacientes crónicos sin ventilador en el municipio de Cartago Valle en el 2017. 45**

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de Variables.	1
Anexo B. Instrumento	1
Anexo C. Consentimiento Institucional.	2
Anexo D. Aspectos Administrativos.	4
Anexo E. Cronograma de Actividades.	18
Anexo F. Presupuesto.	19
Anexo G. Plan de Mejoramiento.	20
Anexo H .Carta Fundación Universitaria del Área Andina	1
Anexo I. Notificación Trabajo de Grado.	2

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención en casa, se incorporó al trabajo del Médico de Familia en febrero de 1985 y aunque no se le dio el uso adecuado durante mucho tiempo, se determinó para el fortalecimiento de la atención primaria de salud, como uno de los puntos donde debe lograrse el mayor impacto para subsanar la necesidad de quienes requieran la atención en casa. Se han planteado dificultades en el uso de este proceder en relación con su utilización, por el desconocimiento de las normas para su aplicación, el desconocimiento de la importancia que tiene, y las ventajas que le aporta para la comunidad, al equipo básico de salud y al sistema de salud.¹

Las necesidades de salud incitan a que la atención domiciliaria se convierta en uno de los aspectos más importantes de su cartera de servicios. Donde la relación de costo-efectividad, resulta ser una herramienta importante en la reducción de costos en las hospitalizaciones y brindar la posibilidad al paciente de ser atendido en su hogar, cabe mencionar que una de las falencias en el modelo de atención domiciliaria, es la falta de oportunidad, se ponen en evidencia frecuentemente insuficiencias, demoras, y dilaciones. En estos casos de riesgo grave e inminente de la vida e integridad de los pacientes, esas falencias se traducen muchas veces en muerte o invalidez.

El manejo de pacientes de forma ambulatoria ha surgido como una de las respuestas más razonables a los problemas de la atención en salud en Colombia. Dentro del marco de la Ley 100 de 1993 de Seguridad Social, se tiene la proyección de que los servicios ambulatorios asciendan, debido a la limitación de camas hospitalarias y la alta demanda de su ocupación, disminuyendo los costos de las atenciones.

De esta manera, se encuentra que aunque existen diferentes experiencias de atención domiciliaria, poco se conoce acerca de los fines, la implementación e integralidad de estos modelos de atención y los estándares de calidad a los

¹ Cruz Rodríguez J, Díaz Prado A, Milián Castro A. El ingreso domiciliario. Modalidad asistencial necesaria. Revista médica [internet]. 2013 [citado 03 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ingreso-domiciliario-modalidad-asistencial/>.

que están sometidas las entidades prestadoras de servicios, las cuales a su vez, no adoptan para su actividad dichas herramientas, brindando un servicio de baja calidad y no satisfactorio para el paciente. La calidad de un servicio de salud parte del nivel de competencia y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales. Por lo tanto, el análisis del factor recurso humano es clave y dentro de él, básicamente, se está refiriendo a lo que sabe y pone en práctica, las competencias adquiridas y su desempeño.

Desde sus comienzos, la medicina familiar ha promovido la idea de que un médico de familia debe relacionarse con el individuo, la familia y el contexto social; un componente fundamental de esta especialidad es la comprensión de los problemas de la familia y su solución, actualmente esta idea no es aplicada, ya que en la mayoría de las veces el prestador que brinda el servicio, se dedica solo a generar ingresos, que en brindar una atención integral. Los resultados obtenidos denotan un bajo nivel de competencia de los residentes para la atención a la familia, con los instrumentos aplicados y los criterios asumidos para esta investigación, esto implica que se deben diseñar e implementar estrategias para revertir este tipo de situaciones.

Una de las dificultades que se presentan en la atención domiciliaria, es la falta de dirección integral y social de los problemas de salud, donde la diferencia entre los grupos de atención no concuerdan con el funcionamiento del plan de atención domiciliaria y la de los hospitales, la carencia de corresponsabilidad, cuando es un elemento fundamental en la evolución del paciente, la atención sanitaria directa, en la detección y prevención de problemas de salud y la falta de fomento del autocuidado, no realizar la educación al paciente y a su familia para potenciar su autonomía en materia de salud, así, como no identificar al cuidador principal, como sus necesidades y problemas, tanto individuales como en relación a los cuidados.

Es preciso fomentar una alianza de colaboración y unión entre los prestadores de salud ante todas las dificultades identificadas, la atención domiciliaria plantea ciertos problemas de competencia frente a las diferentes organizaciones que ofrecen servicio. En este contexto, se debe destacar la necesidad de implementar medidas prácticas, también de estrategias de colaboración, asimismo de asistencia compartidas entre hospital y la atención primaria, que inciden directamente en los puntos críticos del funcionamiento de los programas de atención domiciliaria, eso es pues una de las mayores

dificultades que se evidencian e impiden la completa adherencia a este tipo de programas, que si bien son una gran alternativa a la hospitalización convencional.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad en atención domiciliaria a pacientes crónicos de la IPS Salud Integral Vital Vida, localizada en la ciudad de Cartago, Valle?

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En Colombia la dinámica poblacional ha experimentado cambios a través de los años; lo cual modifica las características epidemiológicas y los perfiles de morbimortalidad de la población, aumentando la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas de difícil pronóstico dentro de la población; siendo estos grupos etarios hacia quienes deben destinarse nuevas modalidades de atención y soporte paliativo. Se realizó una revisión sistemática de diversos artículos, clasificados con niveles de evidencia I y II; cuyas variables de análisis fueron: El 88% de los pacientes que fueron vinculados a la atención domiciliaria falleció en su hogar; el 68% refirió haber experimentado disminución en la intensidad de al menos 2 síntomas como resultado de la atención en casa.

Por otro lado el nivel de satisfacción para el cuidado en casa puntuó 19 puntos porcentuales por encima de la calificación que obtuvo el manejo hospitalario. El 23% de los pacientes tratados en su hogar, requirió al menos una hospitalización durante el manejo; mostrando una disminución en el tiempo de estancia hospitalaria de 3.4 días promedio. El manejo paliativo domiciliario de pacientes crónicos en fase terminal, no sólo es una alternativa en la reducción de costos para el sistema de salud, sino que es un factor protector de tipo emocional que refleja también una importante disminución de los riesgos de la hospitalización.²

Los programas de atención domiciliaria son una estrategia del nivel ambulatorio – hospitalario dentro de una prestación de atención que permite dar unos servicios de salud humanizados y oportunos a la población objeto, siendo estos de alta calidad y logrando reducir la atención interinstitucional. Por ende en la actualidad, el estado ha delegado en las EPS la supervisión y la auditoría de las empresas que prestan servicios de internación domiciliaria. Pero como no existe la experiencia suficiente, tampoco tienen la metodología para hacer esa supervisión, y por eso las empresas pioneras en el desarrollo de esta especialidad están construyendo mecanismos para incrementar la calidad y los

² Guarín Escobar MC, Salas Antolinez ML. Diferencias en costo efectividad del cuidado paliativo domiciliario frente a la atención convencional hospitalaria para el manejo de enfermedades crónicas en fase terminal. [internet]. 2014. [citado 03 de junio de 2016]. Trabajo de grado. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/5040/1032383311-2014.pdf?sequence=1>.

sistemas para garantizar la misma³

Del mismo modo la norma ISO 9001 del 2008⁴ se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que cualquier empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de los servicios, es además, una herramienta de calidad que permite garantizar procesos efectivos, eficaces y oportunos; en este mismo orden y dirección la resolución 1441 del 2013 se crea para ajustar los procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios de salud, de conformidad con el desarrollo del país y los avances del sector que permitan brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud⁵.

Resulta oportuno además, mencionar la Resolución 2003 del 2014⁶, 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 actualmente, describiendo así, que el servicio de atención domiciliaria es independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados, debido a que se encuentran usuarios que no requieren un manejo hospitalario, mitigando así costos, estancia, riesgos de infecciones entre otros precedentes, buscando el beneficio de todos y cada uno de los afiliados que acceden al servicio de atención en casa.

³ Ruiz Ayala Mónica Giovana. análisis de calidad en la implementación de servicios de atención domiciliaria en odontología: Caso ciudad de Bogotá. [internet].2014. [citado 25 de mayo 2016]. Trabajo de grado. Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/11630/1/AN%C3%81LISIS%20DE%20CALIDAD%20EN%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20SERVICIOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DOMICILARIA%20EN%20ODONTOLOG%C3%8DA.pdf>.

⁴ Norma internacional. ISO 9001 de 2008. Sistema de gestión de calidad – requisitos. [Sitio en internet]. Disponible en: <https://www.mct.es/sites/default/files/archivos/ISO-9001.pdf>.

⁵ República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 1441 de 2013. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%201441%20DE%202013.pdf>. Consulta el 25 de mayo de 2016.

⁶ República de 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. [Sitio en internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf. Consulta el 25 de mayo de 2016.

De acuerdo con los razonamientos sobre la calidad de la prestación de los servicios que se han venido realizando, dos de los indicadores de mayor importancia y trascendencia en la prestación de los servicios de salud a nivel privado, son la oportunidad y pertinencia en la atención domiciliaria, estos garantizan la completa y rápida recuperación del paciente, además constituyen uno de los objetivos institucionales de la IPS Salud Integral Vital Vida, en el programa de la asistencia médica a domicilio, se desarrollan con ese fin una serie de actividades dirigidas a medir la percepción del usuario frente al servicio y en el nivel de la calidad adquirida, pero, por otro lado, se desconoce cuál es el nivel de la calidad propia de la atención en el paciente crónico.

Por lo anterior surge la importancia de implementar un modelo que asegure la prestación del servicio en el programa de atención domiciliaria por parte de los diferentes servicios que este brinda, adicional a esto, renovar y apuntarle a este sistema de hospitalización domiciliaria en las instituciones prestadoras de salud del país, con el fin de aprovechar los recursos con los destinados al sector, evitando así, la frecuencia de la atención hospitalaria convencional.

En vista del desconocimiento esencial de los servicios médicos y por tanto los efectos e impacto de las intervenciones sanitarias que se otorgan en el programa de atención domiciliaria de la IPS Salud Integral Vital Vida, surge la necesidad de aplicar auditoria médica como herramienta de calidad, para medir el acto médico y contribuir al logro de la misión y visión del programa de atención domiciliaria de dicha IPS, de estas manera se logrará brindar soluciones acertadas a cada falencia identificada en el desarrollo del trabajo, logrando así impactar positivamente sobre el crecimiento de la empresa, como también de la población inscrita en esta institución prestadora de servicios de salud, logrando dar un mejor servicio basándose en la calidad de la atención que se presta en esta.

Este proyecto, permitirá entonces, hacer las inferencias requeridas acerca del efecto perjudicial que trae algunas falencias a la prestación del servicio domiciliario de este lugar, logrando tener los efectos y causas que lo producen, así llegar a dar resultados en el plan de mejoramiento desarrollado con base a los hallazgos encontrados, permitiendo que el programa de atención domiciliaria de la IPS Salud Integral Vital Vida, brinde una cobertura de los servicios de salud en un contexto oportuno, eficiente y con altos estándares de calidad, proporcionando a la población una satisfacción de las necesidades asistenciales de los pacientes crónicos, los cuales son atendidos por dicha

entidad de salud, elevando la calidad de vida personal y familiar de los pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de cumplimiento de los estándares de la calidad en atención domiciliaria, a pacientes crónicos de la IPS Salud Integral Vital Vida, durante el segundo periodo del 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los estándares de calidad según la normatividad vigente que le aplican al servicio de Atención Domiciliaria.
2. Establecer el cumplimiento de los estándares de calidad en la institución.
3. Proponer un plan de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados.

3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES

Cuadro N°. 1 Matriz de Objetivos

Objetivos	Conceptos	VARIABLES	Definición	Indicadores
Identificar el cumplimiento de los estándares de calidad según la normativa vigente de la IPS salud integral vital vida del municipio de Cartago	Identificar Estándares De calidad	Talento humano	Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional de Talento Humano asistencial	% de personal necesario
		Infraestructura	Son las condiciones y el mantenimiento de la	Instalaciones en óptimas condiciones – vs-

Valle		infraestructura de las áreas asistenciales que condicionan en procesos críticos asistenciales	instalaciones en regulares o malas condiciones
	Dotación	Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos	% de Equipos en buen estado
	Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, dispositivos médicos, e insumos	% de medicamentos solicitados vs medicamentos faltantes en la institución
	Procesos prioritarios	La existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales	% de personal con socialización adecuada a guías y protocolos
	Historia clínica y registros	Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la Historia Clínica por paciente y	N° de historias clínicas diligenciadas correctamente

			las condiciones técnicas de su manejo y de los procesos clínicos diferentes a la Historia Clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos de la prestación de servicios	
		Interdependencia	Existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o Administrativo.	N° de servicios de apoyo existentes vs N° de servicios contratados por la IPS
	Normativa vigente	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto 1011 de 2006. - Resolución 2003. - Ley 100 de 1993. - Ley 1122 de 2007 	Refiere a las normas que regulan y orientan a todo prestador a la buena prestación del servicio en salud.	% de normas vigentes adoptadas por la institución prestadora de salud

<p>Establecer el cumplimiento de los estándares de calidad en la IPS salud integral vital vida del municipio de Cartago Valle</p>	<p>Identificar el cumplimiento</p>	<p>- Cumple - No cumple</p>	<p>Se refiere a la Clasificación que se da al cumplimiento de algo</p>	<p>% de cumplimiento de estándares % de no cumplimiento de estándares</p>
<p>Proponer un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados en la IPS salud integral vital vida del municipio de Cartago Valle.</p>	<p>Plan de mejoramiento</p>		<p>Conjunto de procesos de mejora que se inician, a partir de los problemas identificados</p>	<p>100% de incumplimientos con acciones de mejoramiento formuladas.</p>

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

La organización mundial de la salud, OMS define la hospitalización domiciliaria como: La provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales en el hogar con el fin de promover, restablecer el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte.⁷ Aunque el ingreso en el hogar de los usuarios, apareció en el quehacer médico desde tiempos inmemoriales, no es hasta la quinta década del pasado siglo que se comenzó a informar y hubo que esperar hasta los años 70 para verlo aparecer como un programa de salud en los Estados Unidos, que posteriormente se expandió por el mundo, contando hoy en día con buena aceptación por parte de pacientes, familiares, médicos y administrativos.

El sistema de salud actual en Colombia, lleva a que se genere la obligación de establecer herramientas operativas para atender a los diferentes pacientes que de acuerdo a las mediciones de satisfacción en la prestación del servicio en todos sus niveles muestran altos niveles de insatisfacción, como resultados de una serie de factores multicausales, siendo las largas horas de espera en las distintas unidades de atención los eventos más recurrentes en la calificación del servicio por parte de los usuarios del sistema de salud, por cuanto se ven sometidos a permanecer en espera mucho tiempo, antes de ingresar al consultorio respectivo, este evento se repiten tanto en las entidades públicas como privadas.

En los países tercermundistas se encuentra que el aumento de la esperanza de vida en la población actual es una constante, pero también hay un progresivo envejecimiento de la población, lo cual ha generado un incremento en el número de personas que presentan múltiples problemas de salud⁸, esto debido al estilo de vida adoptado por estos individuos a lo largo de sus vidas, lo cual

⁷ González Aleyda del Carmen; Acevedo Osorio Dora Emilia. Revisión del estado del arte de la atención domiciliaria en salud. [internet]. 2009. [citado 16 de mayo 2016]. Trabajo de grado. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/771/1/Revision_estado_arte.pdf.

⁸ Mejía Guevara L, Montes Marín E, Muñoz Cuellar M, Ramírez J.M, Ríos Vargas L. Oportunidad del servicio del plan de atención domiciliaria en una Ips de Manizales. [internet]. 2011. [citado 16 de mayo de 2016]. Trabajo de grado. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/92/Leydi%20T%20Mejia%20Guevara.pdf?sequence=3>.

conlleva a que dichas poblaciones padezcan patologías crónicas y degenerativas, vale aclarar que algunas enfermedades crónicas no pasarán a ser enfermedades terminales porque no son necesariamente de este tipo.

La importancia de lo anterior radica, en reconocer que los hospitales están cambiando de una manera rápida y profunda. Esta transformación ya no es una discusión académica, sino que se trata de una realidad latente⁹, debido a los múltiples eventos de pacientes con cuadros crónicos y con enfermedades terminales que llevan a procesos de internación hospitalaria diariamente y éstos centros asistenciales no responden a la misma velocidad que se espera y la demanda de servicios aumenta más rápidamente que la misma oferta, por lo tanto, se ve la necesidad de proponer alternativas de solución al cuello de botella mediante la implementación de servicios extramurales como la atención en casa.

Es importante observar y evaluar dentro de este ejercicio, aquellos modelos de atención domiciliaria, tomándose desde su origen hasta su aplicación en diferentes países. El esquema de atención fuera de los centros hospitalarios, nace en 1947 en Nueva York, con el fin de extender la hospitalización hacia el domicilio del paciente, con el objetivo de descongestionar las salas hospitalarias y otorgar a los pacientes un lugar más sano y favorable para su recuperación¹⁰, permitiendo que el paciente se recupere prontamente; ya que al encontrarse en su entorno se hace un poco más favorable, debido al acompañamiento permanente por parte de sus familiares, quien juegan un papel importante en la recuperación de este, sin dejar de lado el equipo interdisciplinario.

La implementación de programas de atención domiciliaria para pacientes crónicos demanda de un conjunto de elementos para poder desarrollar el nuevo modelo de atención, por lo que se encuentra ante un escenario que exige dar respuesta a nuevos retos, de manera diferente. No se trata sólo de aportar soluciones específicas para diferentes grupos de pacientes, sino de

⁹ Escarrabill J. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. El sevier [internet]. 2002 [citado 16 mayo de 2016]; 30 (5):304-309. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-domiciliaria-como-alternativa-13037457>.

¹⁰ Mitre Cotta Rosângela Minardi, Suárez Varela María Morales, Llopis González Agustín, Sette Cotta Filho José, Real Enrique Ramón y Días Ricós José Antonio. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. [internet]. 2011. [citado 16 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rpsp/v10n1/5850.pdf>.

trabajar y abordar las situaciones de manera distinta. Difícilmente una sola organización o un solo grupo profesional pueden dar una respuesta «mágica» y «universal» a estas nuevas situaciones¹¹, como se define la atención primaria en salud todos deben aportar su grano de arena para una mejor calidad de la atención, desde los entes gubernamentales, hasta los directamente implicados en la prestación de los servicios.

El programa de atención domiciliaria no solo logra beneficiar a los usuarios afiliados a este, sino además a las mismas instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), logrando un estado de mayor compromiso de las partes involucradas en el proceso: Paciente, familia, estado y sociedad, evitando así que la atención y responsabilidad de los usuarios recaiga solo y exclusivamente sobre el personal sanitario, además permite brindar muchos más y mejores servicios, mejorar la oportunidad del servicio prestado y descongestionar los servicios ofertados, mitigando el tiempo de espera en las instituciones de salud, dadas las múltiples responsabilidades y funciones que estas deben cumplir¹², favoreciendo así mismo a la familia de los pacientes.

A través de la educación para la salud brindada en casa y con ayuda de técnicas participativas se conduce a la toma de conciencia tratando de empoderar al individuo, para que de forma autónoma analice y cambie sus comportamientos y actitudes.¹³ Así mismo, se motiva a las personas para que transformen progresivamente su entorno teniendo en cuenta la complejidad biopsicosocial, esto es importante debido a que es necesario considerar el contexto para modificar estilos y hábitos de vida no saludables, es así como el trabajo de enfermería es fundamental dentro de la prevención y promoción de

¹¹ Contel JC. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. El sevier [internet]. 2012 [citado 16 mayo de 2016]; 44 (02). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-al-paciente-cronico-90097203>.

¹²Bustamante Portilla Diana Carolina, Delgado García Warner. "Medición de la Satisfacción de Usuarios Hospitalizados en el Programa Hospitalización y Atención Domiciliaria en Hospital de Baja Complejidad en Tuluá - Valle del Cauca". [internet]. 2012. [citado 16 de mayo de 2016]. Trabajo de grado. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/289/Daiana%20Karolina%20Bustamante%20Portilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

¹³ Julio César Cadena Estrada, Yariela González Ortega. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. [Internet]. 2017-01-13 [citado 2017 enero 30]. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo; Vol. 19, Núm. 1 (2017): Investigación en Enfermería. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/11843>.

la salud, ya que puede incidir en la modificación de conductas no saludables por conductas promotoras de salud.¹⁴

Para lograr la permanencia de este programa en una institución, no solo es necesario tener un usuario satisfecho, sino además la necesidad de sumarle al mismo, una serie de aspectos como: La organización y control dentro del programa, cumpliendo los siguientes requerimientos de conformidad con los Estándares de habilitación:

- Guía de hospitalización y atención domiciliaria
- Tener un proceso de traslado de desechos biológicos de hospitalización y atención domiciliaria
- Mapa de riesgos clínicos, tomar acciones preventivas y correctivas para la seguridad del paciente
- Guías de procedimientos de enfermería
- Guías de manejo de las primeras 10 causas de morbilidad según estadísticas institucionales
- Guía de transporte en ambulancia terrestre (básica- medicalizada) incluyendo manejo de código azul en hospitalización y atención domiciliaria.
- Programa de educación para el cuidador del usuario del programa
- Procedimiento para toma de muestras de laboratorio en el programa¹⁵
- Tener un grupo interdisciplinario idóneo.
- Programa de prácticas seguras y empoderamiento de las mismas
- Políticas de seguridad del paciente, estas últimas son de vital importancia a tener en cuenta dentro del proceso.

Para alcanzar altos estándares de calidad en la prestación del servicio a nivel domiciliario, es primordial identificar el perfil específico de los empleados que

¹⁴ Julio César Cadena Estrada, Yariela González Ortega. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. [Internet]. 2017-01-13 [citado 2017 enero 30]. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo; Vol. 19, Núm. 1- página 110, (2017): Investigación en Enfermería. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/11843>.

¹⁵ Rojas Gamboa C. análisis de la gestión en calidad del servicio domiciliario de toma y remisión de muestras de laboratorio clínico prestado por una lps de Bogotá. [internet]. 2013. [citado 16 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10950/1/ROJAS%20GAMBOA%20CLAUDIA.pdf>.

cumplan con los lineamientos de la institución y que logre satisfacer las necesidades de los usuarios, para ello se debe garantizar por parte de la institución, capacitaciones constantes al personal contratado, hacer seguimiento y evaluaciones continuas, para poder verificar la adherencia a los lineamientos, guías, normas y protocolos establecidos por el gobierno y la institución prestadora de servicios, con el fin de unificar criterios, y lograr de esta manera como estrategia fundamental la atención oportuna a la población objeto, posteriormente lograr una mejor calidad del servicio.

La atención domiciliaria se ha convertido en una alternativa para proporcionar a los pacientes un cuidado con calidez y calidad y a su vez un reto para los profesionales en salud¹⁶ es por esto que se necesita de estos parámetros para una atención eficiente, además de los aspectos mencionados anteriormente, cabe mencionar que otra manera de conseguir una atención de calidad dentro del programa, es por ejemplo con la implementación de un modelo de auditoria de historias clínicas, definiendo ésta como el sumario de las atenciones recibidas por el paciente por parte del personal de salud de una IPS, y donde, de su buen registro depende en gran parte la calidad de la atención que se presta.¹⁷

Es por esto que todas las estrategias que propendan por una excelente funcionalidad, deben ser implementadas de manera inmediata y las que ya se encuentran en uso, deben ser fortalecidas. Se puede decir entonces que la implementación de dicho modelo de auditoria de historia clínicas es el pilar fundamental en la consecución de los objetivos de las entidades de salud, ya que con este se tiene un control directo sobre las actividades, procesos e información contenida en la entidad, lo cual se traduce en una prestación del servicio óptima y unos estándares de calidad elevados, permitiendo que la institución cuente con un proceso de habilitación adecuado, llevándola así por un camino hacia el mejoramiento de los procesos institucionales.

¹⁶ Corrales Nevado Dolores; Babarro Alberto Alonso; Rodríguez Lozano María Ángeles. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. gaceta [internet]. 2012[citado 16 mayo de 2016]; 26(1): 63-68. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piiltem=S0213911111003700&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&stadoltem=S300&idiomaltem=es>.

¹⁷ Vélez Moncada Elizabeth. Diseño e implementación de un modelo de auditoría de historias clínicas para una IPS domiciliaria de la ciudad de Pereira Risaralda. [internet].2013. [citado 16 de mayo de 2016]. trabajo de grado. Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/handle/11059/3921>.

Dejando de lado un poco el tema de auditoría de historias clínicas y retomando lo referente al programa de atención domiciliaria, la necesidad de tratamientos efectivos que recuperen rápidamente la capacidad laboral, el progresivo envejecimiento de la sociedad como se mencionaba anteriormente, el aumento de enfermedades como el cáncer, patologías como el VIH y otras enfermedades crónicas y terminales en población cada vez más joven y la necesidad de racionalizar costos en la hospitalización deben llevar a replantear una alternativa de atención adecuada y oportuna para este tipo de usuarios, ofreciendo una propuesta novedosa de donde se incluyan en la atención domiciliaria los cuidados paliativos^{18, 19, 20}.

Sin duda alguna, la alternativa más acertada para reducir costos hospitalarios, es aquella que promueve la internación domiciliaria para reducir el uso de la estadía hospitalaria en pacientes cuya atención puede resolverse con menores niveles de complejidad y consumo de recursos. Esta propuesta permite reducir listas de espera, mejorar la calidad de vida del paciente y evitar las potenciales infecciones intrahospitalarias. Con argumentos similares, algunas reformas en los servicios de salud mental promueven la desmanicomialización de los pacientes. Sin embargo, en cualquiera de estos casos, más allá de los beneficios enunciados, incentivar estas políticas sin evaluar los costos asociados al cuidado informal de la familia que se hará cargo del cuidado del paciente, sería analizar el problema parcialmente, sin obtener resultados.²¹

¹⁸ Teruel José L., Rexach Lourdes, Burguera Víctor, Gomis Antonio, Rodríguez-Mendiola Nuria, Díaz Alicia et al. Programa de atención domiciliaria a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada: experiencia de dos años. *Nefrología (Madr.)* [Internet]. 2014 [citado mayo 16 de 2016]; 34(5): 611-616. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952014000500010&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.12595>.

¹⁹ Espinel-Bermúdez María Claudia, Sánchez-García Sergio, Juárez-Cedillo Teresa, García-González José Juan, Viveros-Pérez Álvaro, García-Peña Carmen. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado mayo 16 de 2016]; 53(1): 17-25. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100004&lng=es.

²⁰ Arreghini MB, Saldeña LRJ. La asistencia de pacientes crónicos: El desafío del nuevo siglo. *Rev. Méd-Cient "Luz Vida"* [internet]. 2011 [citado mayo 16 de 2016]; 2(1):10-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3250/325028222003.pdf>.

²¹ RIPARI, Nadia Vanina ; ELORZA, María Eugenia ; MOSCOSO, Nebel Silvana. Costos de enfermedades: clasificación y perspectivas de análisis. *Revista Ciencias de la Salud*, [S.l.], v. 15, n. 1, p. 49-58, ene. 2017. ISSN 2145-4507. Disponible en: <>. Fecha de acceso: 20 feb. 2017 doi:<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5376>.

Por otro lado, una de las derivaciones que se manifiestan de la atención en casa, son el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión, un estudio realizado titulado: Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria, ha constatado que presentar un mayor grado de dependencia física o un deterioro cognitivo severo, se relacionan con un aumento del riesgo de ulceración²², lo que refleja la necesidad de implementar acciones preventivas y correctivas para la mejoría en los pacientes que presenten este tipo de situaciones, con el fin de mitigar riesgos y posibles reingresos hospitalarios por otras patologías y limitaciones antes mencionadas.

Otro tema de interés relacionado con pacientes crónicos, es el correspondiente al paciente con enfermedades respiratorias crónicas, de aquí la importancia de incluir en el programa de atención domiciliaria un profesional en rehabilitación respiratoria, ya que se ha comprobado que es de vital importancia en la recuperación de dichos pacientes, dado, que adicional a restablecer su capacidad pulmonar, ayuda a disminuir el deterioro de su capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Por lo anterior, la rehabilitación respiratoria se define como “Un proceso a través del cual los profesionales de la salud y los especialistas, junto con el paciente y su familia, trabajan en equipo para conseguir una mejoría de la capacidad funcional y en la calidad de Vida relacionada con la salud del paciente.”²³

Un reporte de estudio sobre la Ips Sisanar, donde se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, donde la población de estudio correspondió a 83 adultos entre 45 y 85 años con patologías crónicas, pertenecientes al programa de terapia respiratoria, se diseñó una encuesta dirigida al paciente y cuidadores primarios, este estudio encontró que los planes caseros muestran que la adherencia es efectiva pero depende en alto grado, del manejo que se dé inicialmente desde los Sistemas de Seguridad

²²Sancho A. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *El sevier* [internet].2011 [citado mayo 16 de 2016]; 44(10):586-594. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711004173>.

²³Lizet Veliz-Rojas, Andrés Bianchetti Saavedra. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. [Internet] 2017 [citado 2017 enero 30]. revista universidad de costa rica, enfermería, Núm. 32 (2017) > [Veliz-Rojas](http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/26989) ISSN electrónico: 1409-4568. Disponible: en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/26989>

Social al que pertenezcan los pacientes y al cumplimiento de las actividades.²⁴

Después de todo lo anteriormente expuesto, y teniendo en cuenta que las enfermedades con el paso del tiempo han ido evolucionando y aquejando cada día más la salud de quienes las padecen, se deben implementar herramientas más avanzadas que puedan ser utilizadas dentro del programa de atención domiciliaria; aquí las ciencias de la salud deben ir también hacia adelante y promover nuevas alternativas en el tratamiento de estas patologías, dichos avances permiten tener un acercamiento más completo al paciente, un ejemplo claro son los pacientes que presentan una enfermedad compleja como el cáncer, en los cuales se ve disminuida su calidad de vida, en un alto porcentaje.

El resultado de que un paciente presente patologías como la antes mencionada, se traduce en largas y periódicas internaciones en las instituciones de salud, lo cual se convierte en un detrimento para la salud tanto física como emocional del paciente²⁵ esto podría contrarrestarse con la modalidad de hospital virtual, que además de ser una propuesta innovadora viable, asegura el cuidado en el hogar, de forma multidisciplinaria a los pacientes crónicos. La telemedicina entonces se considera como un servicio de apoyo adecuado para el tratamiento de estos pacientes^{26, 27}.

Otro aspecto importante de implementar este tipo de herramientas dentro del programa de atención domiciliaria, es que los médicos pueden pedir y compartir su opinión con otros profesionales de la salud para tener un resultado más preciso, además que sirve de formación para los futuros profesionales de salud. Un hospital virtual es la herramienta segura, a bajo costo y de mucha

²⁴ Anisbed Naranjo-Rojas, Juan C. Millán, Marisel Orrego, Adherencia de planes caseros de terapia respiratoria en pacientes con enfermedades crónicas del programa de atención domiciliaria, Cali, 2014. [Internet] 2017 [citado 2017 enero 30]. revista nacional de salud pública, Vol. 34, Núm. 2 (2016) >Naranjo-Rojas. ISSN-e 2256-3334. <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/23474>.

²⁵ Mercadante S. Pain Treatment and Outcomes for Patients with Advanced Cancer Who Receive Follow-Up Care at Home. Rv. American cancer society [internet]. 2011 [citado mayo 16 de 2016]; 85(8):1849-1858. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10223581>.

²⁶ León A, Cáceres C, Fernández E, Chausa P, Martín M, et al. A New Multidisciplinary Home Care Telemedicine System to Monitor Stable Chronic Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients: A Randomized Study. PLoS ONE [internet]. 2010 [citado mayo 16 de 2016]. 6(1). Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0014515>.

²⁷ Lessened M. Assessment of a primary care-based tele monitoring intervention for home care patients with heart failure and chronic lung disease. The TELBIL Study. BMC Health Services Research [internet]. 2011 [citado mayo 16 de 2016]. 6(1). Disponible en: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-56>.

importancia para pacientes que son atendidos desde el hogar ya que a través de esto tienen atención 24 horas al día, es un apoyo, y puede resultar de mucha utilidad a países que no tengan un buen acceso al sistema de salud, y que para el caso, resulta un acierto, si tenemos en cuenta el colapso en que se encuentra el sistema de salud colombiano.

Una más de las herramientas o estrategias que se pueden llegar a implementar en el programa de atención domiciliaría, es el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC's), ya que se considera que por lo menos 80% de las personas cuentan con un dispositivo móvil como el celular o la web, se puede hacer uso de una aplicación tecnológica que active mensajes persuasivos durante las semanas de seguimiento a los pacientes incluidos en el programa, la web puede acercar al personal de salud con el paciente y su familia.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que el cuidado en casa puede proporcionarse, de forma potencial, con mayor calidad y seguridad, considerando el diferente software que existen en la web para la intervención. Ahora es más fácil tener una videoconferencia, comunicarse a través de la web o asesorar a distancia y observar la clínica del paciente. Las TIC's como una estrategia de soporte social, son de fácil acceso y permiten el seguimiento, control, vigilancia, acceso a la asesoría domiciliaria de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles donde se tenga en cuenta a la familia y al cuidador principal. Esta alternativa ha mostrado que optimiza los gastos médicos, disminuye el reingreso hospitalario y mejora la calidad de vida de los pacientes.²⁸

Es así entonces, que la hospitalización domiciliaria, nace como una forma de contrarrestar la congestión en la prestación de los servicios de salud, y que para el caso, resulta un acierto, si tenemos en cuenta el colapso en que se encuentra el sistema de salud colombiano; pero también es una forma de brindarle una mejor atención al paciente, con base en programas de atención, salud ocupacional, rehabilitación entre otros que se encaminan a una atención integral de la patología y sus posibles complicaciones.

²⁸ Julio César Cadena Estrada, Yariela González Ortega. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. [Internet]. 2017-01-13 página 10 [citado 2017 - enero 30]. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo; Vol. 19, Núm. 1 (2017): Investigación en Enfermería. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/11843>

Un objetivo a perseguir es mejorar la calidad en la atención hospitalaria prestada en el país, no es una tarea fácil, pero con un trabajo arduo y consciente de que lo que se está protegiendo es la integridad física y psicológica de un ser humano, se puede lograr, además mediante la inclusión de estos sistemas o estrategias de servicios domiciliarios, pues estos, ayudan a mantener la viabilidad de la red hospitalaria, previniendo la saturación y la demanda extra por parte de los usuarios que son los beneficiados al recibir la atención médica en sus casas por parte de un personal idóneo y calificado, dando así, un apoyo al concepto de acceso y oportunidad en materia sanitaria a todos los Colombianos, según la Constitución y los derechos humanos.

4.2 MARCO INSTITUCIONAL

SALUD INTEGRAL VITAL VIDA S.A.S. es una empresa prestadora de servicios de salud de carácter privado. Su principal objetivo es brindar a los usuarios excelentes servicios médicos a través de un personal idóneo, responsable y altamente profesional.

MISIÓN: Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud que trabaja bajo altos estándares de calidad, comprometida en contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes, a través de un personal idóneo, responsable y altamente profesional, logrando la satisfacción de todos nuestros clientes, lo que nos permite alcanzar altos niveles de competitividad y rentabilidad.

VISIÓN: En el 2020 seremos una institución prestadora de servicios de salud acreditada, con el mayor reconocimiento en todo el norte de Valle, por su aporte al bienestar social, y sus altos estándares de calidad en nuestros servicios, que nos permiten ser competitivos y reconocidos por la excelencia en la atención al usuario, garantizando la integridad y seguridad a nuestros pacientes.

POLÍTICA DE CALIDAD: Ser auto sostenibles, competitivos, eficientes y con solidez financiera; prestando servicios de salud, debidamente habilitados, con personal altamente calificado, óptima condición de infraestructura, equipos y tecnología que permita satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios, basado en nuestro objeto social y en el mejoramiento continuo.

VALORES Y PRINCIPIOS

RESPECTO: En SALUD INTEGRAL VITAL VIDA, se aceptan y se valoran las opiniones de los pacientes y empleados.

CONFIANZA: Es uno de sus principios básicos, ya que es prioridad generar un ambiente de confianza ante los pacientes con todos los servicios prestados en nuestra institución.

BENEFICIO MUTUO: En SALUD INTEGRAL VITAL VIDA, se tiene en cuenta las necesidades y expectativas de nuestros pacientes y empleados; por eso con su trabajo se pretende satisfacerlas.

TRABAJO EN EQUIPO: Se reconoce que es necesario la valoración y el tratamiento del paciente con un equipo multidisciplinario, altamente calificado en la institución para alcanzar los objetivos planteados tanto en prevención como en tratamientos de enfermedades.

SOLIDARIDAD: Son muy importantes las personas que laboran en la Institución, los pacientes y los proveedores. Estamos dispuestos a trabajar para el bienestar de todos.

4.3 MARCO REFERENCIAL

En 1978 se realizó la conferencia internacional sobre atención primaria de salud Alma-Ata, donde se afirmó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, los trabajadores de la salud, del desarrollo, y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo²⁹ debido a que desde esta perspectiva se evidencia la importancia de dar a conocer lo influyente que puede ser el cuidado de la salud de las personas en el mundo, además de fomentar el grado máximo de autorresponsabilidad y participación de la comunidad. Conviene decir, que después esta se convirtió en una estrategia para alcanzar diferentes metas universales planteadas por la OMS, y así empezar el fortalecimiento de la salud

Resulta oportuno señalar que en el transcurrir de los años se concibe la salud como un derecho humano, se destaca la necesidad de afrontar los

²⁹ OMS, Declaración de Alma - Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. [internet]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf. consultado 6 de junio 2016.

determinantes sociales y políticos de la salud. Después de lo anteriormente expuesto se pueden relacionar las implicaciones sociales y políticas, además el enfoque social - político de la Atención Primaria en Salud, en el que ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades, y políticas de desarrollo debieran ser más globales, dinámicas, transparentes y de obligatorio compromiso legislativo y económico, para así conseguir mejoras equitativas en materia de salud³⁰ logrando así brindar una atención a los pacientes de manera integral, además de equitativa y oportuna.

Vista de manera global la atención primaria en salud se puede comprender como el primer nivel de atención hacia los individuos, ya que abarca a la familia y la comunidad del país, promoviendo la participación intersectorial, además de la comunidad, logrando mejorar la promoción de la salud, reduciendo las desigualdades que se presentan en el sistema de salud actual, mediante la disminución de la enfermedad, aumentando así el bienestar de la sociedad, logrando objetivos mundiales encaminados a preservar la vida humana bajo unos características de la atención adecuadas para el bienestar de los pacientes y del núcleo familiar como tal, mitigando de algún modo mediante estrategias el presentar enfermedades prevenibles.

La atención domiciliaria por otro lado se ha convertido en una necesidad de las comunidades, tanto en países desarrollados, como en vía de desarrollo y donde la enfermedad no es la única preocupación, sino además la necesidad de trabajar con un panorama de integralidad en pro de la promoción de la salud, la prevención eficaz, la curación y la rehabilitación, en donde se contemple además la visión global que ha proyectado la Comisión de los determinantes Sociales que refiere que la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países, están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes y los servicios³¹.

³⁰ OPS/OMS. La Renovación de la APS en las Américas, documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS): [internet]. Disponible en: https://cursos.campusvirtuales.org/pluginfile.php/14021/mod_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion_de_la_APS_1-16_.pdf. Citado 6 de mayo 2016

³¹ OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. (2009).subsanan las desigualdades de una generación: [internet]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf. Consultado 06 de 2016.

Lo antes mencionado se convierte en el eje principal para lo que se viene a continuación, según Torra se entiende por atención domiciliaria al: Conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud y que tiene como objetivo proporcionar atención de salud, mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilidad del usuario y/o familia con los profesionales del equipo de salud en el domicilio³² los cuales deben ser competentes e idóneos, de esta forma se aumentará el bienestar de los pacientes que se encuentren inscritos en este programa.

Es el personal asistencial quien de manera directa, logra cambiar la noción que el usuario y su familia pueda tener acerca de la atención y la calidad del servicio ofrecida en el programa de atención domiciliaria, de ahí además la importancia de evaluar la adherencia que se tiene frente a todas las guías, además de protocolos establecidas en el programa; la autoevaluación, las capacitaciones y actualizaciones constantes al personal involucrado.

Son diversas las definiciones que en la literatura se puede encontrar sobre atención domiciliaria, pero finalmente todas coinciden en que esta representa un gran aporte al sistema actual de salud, ya que además de contribuir a una mejor oportunidad y accesibilidades a los servicios sanitarios ofertados, apunta también a que debe ser de forma corresponsable entre el usuario, la familia y los profesionales de la salud. En este mismo orden y dirección se puede comprender que el sistema de atención domiciliaria trabaja como puente entre el hospital y la atención primaria de salud, posibilitando el establecimiento de labores compartidas y permitiendo una interacción progresiva y real entre los principales niveles de atención del sistema de salud.

De acuerdo con la anterior información acerca de la importancia que tiene la atención domiciliaria condicionada por el progresivo envejecimiento de la población, junto con las mejoras en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, es un fenómeno que implica que se destinen cada vez más recursos, tanto humanos como materiales y económicos, para atender esta demanda. Es importante estimar la carga asistencial que este tipo de atención puede suponer para el equipo de atención primaria, tanto en función de las características individuales de los enfermos como a partir de modelos

³² Torra i Bou JE. Atención domiciliaria y atención primaria de salud. Revista Rol de Enfermería. 1989; 125:37-43.

predictivos de base poblacional³³ por eso la importancia radica en la corresponsabilidad que se tiene tanto a nivel del grupo interdisciplinar como en la familia de los pacientes.

4.4 MARCO CONCEPTUAL

4.4.1 ATENCIÓN AL PACIENTE

Los servicios prestados por los miembros de la profesión médica y no profesionales bajo su supervisión.

4.4.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Los niveles basados en normas de calidad que caracterizan a los servicios o cuidados de salud proporcionados.

4.4.3 CONTROL DE CALIDAD

Se entiende por buena calidad de atención el servicio que reúne los requisitos establecidos y, dados los conocimientos y recursos de que se dispone, satisface las aspiraciones de obtener el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos para la salud y bienestar de los pacientes.

4.4.4 SERVICIOS DE SALUD

Servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad y el mantenimiento de la salud (NLM). Ante las tendencias descentralizadoras, des concentradoras o privatizadoras que hoy caracterizan a la provisión de servicios, los ministerios de salud necesitan desempeñar un conjunto de nuevas tareas.

4.4.5 SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD A DOMICILIO

Servicios de salud comunitaria y servicios de enfermería, que proporcionan múltiples servicios coordinados de atención al paciente en su domicilio. Estos servicios de atención de salud a domicilio son proporcionados por una

³³ Grupo ATDOM. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? El sevier [internet]. 2003 [citado 16 mayo de 2016]; 31:473-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aproximacion-atencion-domiciliaria-como-trabaja-13047722>.

enfermera visitante, agencias de atención domiciliaria, HOSPITALES o grupos comunitarios organizados que utilizan personal profesional para la administración de cuidados.

4.5 PALABRAS CLAVE

Atención al Paciente, Calidad de la Atención de Salud, Control de Calidad, Servicios de Salud, Servicios de Atención de Salud a Domicilio. (DeCS).

4.6 MARCO JURÍDICO

El modelo de atención domiciliaria se reconoció en Colombia con la Ley 1122 del 2007 mediante la cual se realizaron modificaciones del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y estableció: El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Donde su objetivo es la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir; Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria³⁴.

Revisando la normatividad, se puede encontrar que mediante la Resolución 5261 de 1994 con la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud - POS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se definió en su artículo No. 23 que: El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar³⁵, logrando que el paciente se sienta cómodo, evitando estar en una

³⁴ República de Colombia, congreso de la Republica. Ley 1122 de 2007: por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- y se dictan otras disposiciones. [internet]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>. Consultado 06 de junio de 2016.

³⁵ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 5261 de 1994: por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud - POS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. [internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%20

hospitalización convencional en donde la mayoría de la población no se siente a gusto, donde se podrá afectar aún más la condición de salud de estos.

En efecto CONPES 3446 Lineamientos para una Política Nacional de Calidad³⁶ y de acuerdo a la política de calidad del país, tanto en el sector productivo de la economía como en el sector salud, determina que en el país existirán dos grandes sistemas, el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología, el cual pasará a llamarse Sistema Nacional de Calidad, agrupando diversas iniciativas y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, define el propósito y precisa el alcance y las especificidades de cada uno y arroja sus interrelaciones, de acuerdo con esto lo que se empieza a buscar es una mejor calidad de la atención al usuario, logrando prestar así servicios idóneos y donde se desee seguir perteneciendo a estas instituciones garantizadoras de los procesos de calidad.

4.6.1 ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN

Significa entonces que en el país se encuentran normas claves, como la Resolución 2003 de 2014, que evalúan la prestación de los servicios de salud y la habilitación de estos mismos, es decir que se pueden evaluar dichos comportamientos en donde se vela porque los ciudadanos pertenecientes al territorio colombiano tengan de manera accesible y equitativa los servicios a la salud, teniendo en cuenta riesgos, beneficios y costos, logrando la adhesión y satisfacción de los usuarios inscritos en el sistema de seguridad social en salud, de esta manera se estaría hablando entonces de un proceso de auditoría, donde vemos que su objetivo principal es diseñar, estructurar y gerenciar procesos, planes, programas y proyectos en salud, dando un mejoramiento continuo y de autoevaluación del SOGCS.

A continuación esta incluye 7 estándares de calidad, para la verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos con los que debe contar todo prestador para la habilitación de sus servicios:

Talento Humano: Cambia su denominación en coherencia con la Ley 1164 de

[1994.pdf](#). Consultado 07 de junio 2016.

³⁶ DNP. CONPES 3446. lineamientos para una política nacional de la calidad.2006

2007³⁷.

1. Especialidades que no existen en el país.
2. Ubicación de hojas de vida en todas las sedes.
3. Denominación de subespecialidades, debido a que no hay ésta denominación en el País.
4. Verificación de autenticidad de títulos por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud.
5. Certificaciones de auxiliares logradas antes del Decreto 3616 de 2005, serán aceptadas para laborar.
6. Se considera primariamente el número de formados para algunos requerimientos y se define su exclusión o no.
7. Especializaciones y estudios que no existen en el país.
8. Referencias a normas y exigencias que no sean directas del sector.
9. Se aumenta coordinación médica para ambulancias medicalizadas.
10. Se incluye la disponibilidad de Nefrólogo para atención de Unidades de diálisis.

Infraestructura e instalaciones físicas:

Se realizó la revisión de exigencias de:

1. Las condiciones de obligatorio cumplimiento para otros sectores que no son objeto de habilitación, tales como: RETIE, Plan de emergencias y desastres, rutas de evacuación, reforzamiento sísmico, estudios de vulnerabilidad estructural, licencia de construcción aprobada para uso de salud (POT). En el presente anexo técnico se registran como herramienta para los prestadores.
2. Se separa cada exigencia dentro de un mismo criterio, para facilitar la revisión.
3. Se incluyen criterios para el servicio de diálisis peritoneal.
4. Se retiran palabras subjetivas, tales como: Adecuadas, suficiente
5. Se organizan requerimientos por ambientes y áreas unificando estas palabras dentro de todo el estándar.
6. Se aumentan criterios por áreas no descritas en la norma anterior pero necesaria por su existencia real tales como diálisis peritoneal

³⁷ República de Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1164 de 2007. disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. [internet].disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf.

Dotación y mantenimiento:

1. Se da claridad sobre la dotación exigida por paciente o por servicio según sea necesario,
2. Se retiran criterios repetidos y
3. Se aumentan criterios para sala de diálisis peritoneal

Medicamentos y dispositivos médicos:

1. Se amplía el concepto a Medicamentos, Dispositivos médicos, otros insumos y su gestión (Medicamentos productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de Rayos x para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega condicionen riesgos en la atención del paciente).
2. Se retiran repeticiones de criterios unificando exigencias.

Procesos prioritarios:

Se fortalecen los aspectos de:

1. Seguridad del paciente
2. Exigencia de un programa de capacitación con conocimiento del personal de los

Principales riesgos de la institución, con una cobertura del 90% permanente.

3. Obligatoriedad de procedimientos protocolos o guías documentadas y divulgados específicos por servicio de acuerdo con el riesgo de la atención.
4. Se adiciona la exigencia de procesos para el Sistema de Información para la Calidad.
5. Se direcciona el seguimiento a riesgos del Sistema Único de Habilitación, en términos de morbimortalidad, complicaciones de la enfermedad y eventos adversos, articulado con el Sistema de información para la calidad.
6. Se exige gestión para identificar e intervenir la ocurrencia repetitiva de eventos adversos.

Historia clínica y registros asistenciales:

1. Se precisa el concepto de consentimiento informado
2. Se hacen precisiones acerca de la gestión documental del evento adverso y la protección de la confidencialidad de la historia clínica del paciente.

Interdependencia de servicios:

1. Se fortalece la integralidad de la atención definiendo para cada servicio con enfoque de riesgo, las necesidades de interdependencia.
2. Se aumentan servicios reportados dentro del estándar para hacer explícita su interdependencia y exigir su integralidad.
3. Hay especificidad en Cuidado Intensivo, Hospitalización, Odontología, Urgencias, Nefrología, Salud Mental, Oncología, Trasplantes y Atención de paciente domiciliario e institucionalizado³⁸.

Como puede observarse la auditoría se enfrenta a un ámbito de economía y calidad, que se deben enlazar procurando por unos servicios seguros, eficientes y efectivos; donde los recursos económicos definitivamente produzcan servicios totalmente de calidad³⁹, ya que los usuarios que hacen parte de la Atención Domiciliaria deben gozar de servicios óptimos para su mejoría y que, desde la parte interna se vea reflejado; cabe agregar que la calidad y evaluación recobran vital importancia, porque es necesario definir la calidad como un estado dinámico basado en la valoración de la estructura, el proceso y el resultado del ejercicio empresarial, a través de parámetros cuantitativos y cualitativos, para alcanzar un efecto deseado, tanto para el consumidor como para el empresario.

Plan de mejoramiento. En su complemento la Auditoría, hace referencia a un proceso sistemático, documentado, para obtener evidencias que permitan determinar los fallos y los aciertos en el cumplimiento de los requisitos de calidad, además establecer planes de mejoramiento para asegurar que todo esté bien, poder así avanzar en la corrección de los resultados no deseados. Aun así los mismos planes requieren de su seguimiento y evaluación para con su cumplimiento alcanzar los resultados esperados⁴⁰, además de un plan de

³⁸ Bohórquez Bibiana, Jiménez Barragán Carolina. verificación de estándares de habilitación en una Ips clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. [Internet]. 2012. [citado 15 de junio de 2016]. Trabajo de grado. Disponible en: [http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/2001/JimenezCarolina2012.pdf?sequence=](http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/2001/JimenezCarolina2012.pdf?sequence=1)

1.

³⁹ German Henao Luis, Gutiérrez Andrés Felipe, Gómez Paola Carolina. Globalización y auditoria en salud. Medellín. [internet]. 2010. [citado 07 de junio de 2016]. Trabajo de grado. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/979/2/Globalizacion%20auditoria%20salud.pdf>.

⁴⁰ Marín Agudelo Ana Elvia, Montaña Rodríguez Mercedes, Rosales Agredo Gladys. Asesoría para el desarrollo del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud (PAMEC) del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la caja de previsión de la universidad industrial de Santander "CAPRUIS". Bucaramanga. [internet]. 2008. [citado 07

mejoramiento continuo, ahora lo que se espera es aumentar la productividad y la eficacia en la atención, disminuyendo falencias de los servicios que se prestan, donde se garantice la seguridad de los pacientes.

De aquí que Campbell y sus colaboradores⁴¹ enfatizaron la importancia de diferenciar la perspectiva de la calidad en la atención primaria desde el punto de vista individual. Según ellos, la perspectiva individual de la calidad se orienta en dos dimensiones: accesibilidad y efectividad, dividiendo esta última en atención clínica e interpersonal. Para ellos, la perspectiva de la población sobre la calidad, debe medirse teniendo en cuenta principalmente: equidad y eficiencia, se observa claramente como la calidad se ha fortalecido en el campo de la salud, logrando grandes beneficios tanto para los pacientes como para las instituciones de salud, generando un alto impacto en la prestación de los servicios y en la creación de estrategias que garanticen un mejoramiento continuo de los procesos de las Instituciones⁴².

Observando todo lo anteriormente expuesto, se puede decir que la importancia radica en la prestación de servicios basados en una estrategia de atención primaria, en donde la normatividad vigente se vea aplicada, además de crear un espacio donde la información obtenida sea suficiente y facilite la correcta gerencia de las instituciones, y así tomar decisiones en el momento adecuado para rectificar las fallas o incluir innovaciones que permitan el crecimiento hacia el objetivo propuesto en la institución.

4.5 MARCO LEGAL

Cuadro N°. 2 Normograma

de junio de 2016]. Trabajo de grado. Disponible en: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/265/1/asesoria%20para%20el%20desarrollo.pdf>.

⁴¹ Avalos García María Isabel. La evaluación de la calidad en la atención primaria en salud.] consideraciones teóricas y metodológicas. México. [internet]. 2010. [citado 07 de junio de 2016]. Trabajo de grado. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/158>.

⁴² Bohórquez Bibiana, Jiménez Barragán Carolina. Verificación de estándares de habilitación en una Ips clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá. [internet]. 2012. [citado 08 de junio de 2016]. trabajo de grado. disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/2001/JimenezCarolina2012.pdf?sequence=1>.

Norma	Año en la que emana la norma	Descripción
Ley 100	1993	Sistema General de Seguridad Social en salud
Resolución 5261	1994	Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud del SGSSS
Decreto 1011	2006	el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS
Resolución 1043	2006	condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención.
Resolución 1445	2006	definen las funciones de la Entidad Acreditadora
Resolución 1446	2006	define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
CONPES 3446	2006	lineamientos para una política nacional de calidad

Resolución 2680	2007	Modifica la resolución 1043 del 2006 que hace referencia a las Condiciones y estándares exigidos para el proceso de habilitación.
Ley 1122	2007	implementa modificaciones al SGSSS
ISO 9001	2008	Requisitos para un sistema de gestión de la calidad
Ley 1346	2009	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad
Ley 1438	2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1616	2013	Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones
Ley 1618	2013	Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad
Resolución 1441	2013	Reforma. Condiciones que deben cumplir los prestadores para

		habilitar un servicio
Resolución 5521	2013	Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)
Resolución 2003	2014	Reforma de la resolución 1441/13
Resolución 1378	2015	Por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del "Día del Colombiano de Oro".
Resolución 1477	2016	Se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI"
Resolución 0256	2016	Se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo descriptivo y documental.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Siete Funcionarios y contratistas de la IPS.
Siete Estándares de la resolución 2003 del 2014.

5.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de Funcionarios y contratistas de la IPS a quienes se les aplicó la Lista de Chequeo de acuerdo al estándar que le correspondía.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Ser trabajador de la IPS.
2. Tener relación con los estándares a evaluar.
3. Aceptación de participación en la investigación.
4. Consentimiento Institucional.
5. Los estándares necesarios para la habilitación de la institución.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En este trabajo no se contempla criterios de exclusión

5.6 VARIABLES

Ver anexo **A**. Operacionalización de variables.

5.7 PLAN DE ANÁLISIS

5.7.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La encuesta se construyó en EPI Info con estadística descriptiva.

Ver Anexo **B**. Instrumento Lista de Chequeo Estándares de Habilidadación Resolución 2003 de 2014.

5.7.2 TABULACIÓN DE LOS DATOS

Se creó una base de datos en EPI Info 7.

5.7.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información se analizó en el programa EPI Info 7 con estadística descriptiva.

5.7.4 PRUEBAS ESTADÍSTICA

Se aplicó medidas de tendencia central y dispersión, prueba de χ^2 y valor de π .

5.8 COMPROMISOS

5.8.1 COMPROMISO BIOÉTICO

Durante el desarrollo de esta investigación se da cumplimiento a la resolución 008430 de 1993 se informa que para la recolección de los datos se contó con el permiso de la institución, además no representa peligro para la población en estudio, por lo tanto no se vulneran los derechos humanos fundamentales bajo ninguna circunstancia.

El grupo investigador se compromete a guardar la información bajo estricto sigilo y vigilancia de conformidad bajo la ley del Habeas Data.

Ver anexo **C**. Consentimiento Institucional.

5.8.2 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL

El equipo investigador se compromete de acuerdo a las normas nacionales e internacionales a respetar el entorno haciendo mínimo uso de papel y manejando la información en medio magnética.

5.8.3 RESPONSABILIDAD SOCIAL

El desarrollo de este proyecto de investigación contribuye de una manera positiva a la población objeto que son los pacientes crónicos y de forma indirecta a sus familiares, promoviendo y estableciendo un programa de vigilancia de los estándares de calidad, además de disminuir factores de riesgo que dificulten prestar un servicio eficaz y eficiente, todo esto garantizara una mejor calidad de vida a dicha población.

5.9 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Ver Anexo **D**. Fotografías Institución.

5.9.1 CRONOGRAMA

Ver Anexo E. Cronograma de Actividades.

5.9.2 PRESUPUESTO

Ver Anexo F. Presupuesto

5.10 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación se expondrán en la institución mínimo una semana antes de ser socializados en un evento académico en la Fundación Universitaria del Área Andina en el mes de Marzo de 2017.

6. RESULTADOS

A través de la recolección de esta información, se encontraron los resultados sobre el nivel de cumplimiento de los estándares de la calidad en atención domiciliaria, a pacientes crónicos de la IPS Salud Integral Vital Vida, durante el segundo periodo del 2016.

6.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

Para responder a la Identificación y cumplimiento de los estándares de calidad según la normatividad vigente, se encontró:

6.2 PRUEBAS ESTADÍSTICAS Y CONTROL DE SEGOS

Estándares y criterios de calidad, de acuerdo con la resolución 2003 de mayo 30 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 el Ministerio de Salud y Protección Social.

Figura N°. 1 Cumplimiento de los Estándares de Calidad bajo la Resolución 2003 del 2014, para los Servicios de Atención Domiciliaria a pacientes crónicos sin ventilador en el municipio de Cartago Valle en el 2017.



En el estándar de interdependencia de servicios, se cumplen con todas las

condiciones y requerimientos de la normatividad vigente.

En el estándar de historia clínica y registros, en el ítem N96 se encontró que la institución está en proceso de cambio de software, tienen pendiente la migración de datos al nuevo sistema, y en el ítem N109, no hay registro de referencia y contra referencia.

En el estándar de procesos prioritarios, se encontró que en el ítem N62 no hay protocolo ni existencia de comité técnico científico, también se halló falta de adherencia al protocolo de referencia y contra referencia relacionado en el ítem N64, otro incumplimiento es en el ítem N69, la ausencia de protocolo de nutrición enteral, en el ítem N71 no existe política de reuso de dispositivos médicos. Además en el ítem N81 no hay procesos de eventos y guías de interés en salud pública.

En el estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se encontró que en los ítems N53 y N55 no existe política de reuso de dispositivos médicos, técnicas de limpieza y re-esterilización, tampoco se cuenta con control de re envase.

En el estándar de dotación, en el ítem N17, la dotación de los medicamentos en casa no aplica, ya que la institución se encarga del transporte de estos. Los servicios que no aplican, hacen referencia al tratamiento de pacientes crónicos ventilados, descritos en los ítems N25 al N28.

En el estándar de infraestructura, las condiciones del espacio físico, cumplen con todas las condiciones y requerimientos de la normatividad vigente.

Según los resultados obtenidos, se encontró que en el estándar de talento humano, en el ítem N4 hay un incumplimiento, ya que no disponen de un profesional en el área de nutrición.

6.3 PROPONER UN PLAN DE MEJORA DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS.

Para responder este objetivo se construyó el plan de mejora, de acuerdo a los siguientes resultados, ver Anexo **N°8**. Plan de mejoramiento.

6.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el desarrollo del trabajo de grado se observó con respecto al estándar de historia clínica y registros, la institución está en proceso de cambio de software, tienen pendiente la unificación de historia clínica, la cual es de vital importancia para un buen control y seguimiento de los pacientes, y donde de su buen registro depende en gran parte la calidad de la atención que se presta, como lo menciona Vélez Moncada Elizabeth en su artículo Diseño e implementación de un modelo de auditoría de historias clínicas para una IPS domiciliaria de la ciudad de Pereira Risaralda, se encontró además con relación a lo anterior, que otras de las instituciones que están en proceso de cambio de software son Pueblo Rico y Quinchía Risaralda, información fue suministrada por la coordinadora del área de salud en sistemas, Diana Patricia Giraldo Montenegro de la Secretaría de Salud de Risaralda.⁴³

Por otro lado en el estándar de procesos prioritarios, la falta de protocolo de nutrición enteral, además del profesional en esta área, hace que el proceso de atención domiciliaria de la IPS ya mencionada, presenta falencias y conlleve a no prestar un servicio integral y de calidad, ya que para el manejo del paciente crónico domiciliario la alimentación influye de manera directa sobre su recuperación, además de incrementar el riesgo de presentar úlceras por presión, según un estudio realizado titulado: Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria, ha constatado que presentar un mayor grado de dependencia física o un deterioro cognitivo severo, se relacionan con un aumento del riesgo de ulceración, por esto la importancia de contar con un profesional competente para tal fin e implementar un protocolo de nutrición enteral, con lo cual se logrará evitar complicaciones, brindar seguimiento al tratamiento y dar la educación pertinente respecto al uso adecuado de la nutrición enteral en el domicilio, tanto al paciente como a su cuidador.

Además dentro de este mismo estándar no se evidencian las guías ni procesos de eventos de interés en salud pública, entendiendo esta dificultad de la institución y según la definición dada por el ministerio de salud y protección social, como la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida,⁴⁴ según esto y

⁴³ “La Doctora Diana Patricia Giraldo Montenegro declaro que otras de las instituciones que están en proceso de cambio de software son Pueblo Rico y Quinchia Risaralda”, Secretaria de Salud de Risaralda, Entrevista personal Enero 30 de 2017.

⁴⁴ Ministerio de Salud y Protección Social, La salud en Colombia la construyes tú. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021 ISBN. [Internet]. 2013 Marzo 15 [citado 2017 Feb 21] página 14. Bogotá. Disponible en:

teniendo en cuenta que las enfermedades crónico-degenerativas se han convertido en un problema actual de salud pública, la importancia de permanecer al tanto de aquellos sucesos o circunstancias que puedan modificar o incidir en la situación de salud de la población que forma parte de la IPS Salud Integral Vital Vida.

La adherencia a los tratamientos resulta ser un proceso muy complejo que requiere aún de educación sanitaria a la población y también a los prestadores de salud, mayor investigación y el diseño de estrategias de intervención que incluyan redes de apoyo al enfermo y su participación activa y responsable en la construcción del tratamiento.⁴⁵

Es importante desarrollar futuras investigaciones con poblaciones de estudio más amplias, con el fin de establecer medidas de intervención que permitan controlar las variables que producen el efecto (Sistema de Seguridad Social en Salud y las actividades que se desarrollan) y minimizar las causas de la no adherencia y demás factores relacionados. Así mismo, que permitan a las entidades de salud tomar decisiones acertadas en el cuidado en casa, como también para disminuir los costos de manejo a este grupo de población. Finalmente, esta investigación es un aporte a la área clínica y a la salud pública, pues permite implementar medidas preventivas y de control en pacientes crónicos que hagan parte del programa de atención domiciliaria.

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

⁴⁵ Ramos Morales Luisa Estela. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Rev Cubana Angiol Cir Vasc [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Feb 21]; 16(2): 175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es.

7. CONCLUSIONES

- En la IPS Salud Integral Vital Vida de Cartago, se identificaron los siete estándares de habilitación bajo la normatividad vigente del ministerio de salud y protección social.
- La institución cumple a cabalidad con dos de los siete estándares de calidad, incumple en cuatro y uno de estos no aplica.
- Se construyó un plan de mejoramiento, ver Anexo **G**.
- El nivel de cumplimiento en los estándares de calidad en la institución es medio con unos resultados de cumplimiento del 73,10%.

8. RECOMENDACIONES

Las investigadoras recomiendan a:

Gerente de la institución:

Agilizar y revisar el proceso de migración de datos de la historia clínica, que garantice la correcta unificación, en la brevedad posible.

Con respecto al estándar de talento humano, realizar la correspondiente convocatoria para el perfil de nutricionista en el menor tiempo posible con la finalidad de mantener en el ámbito domiciliario el estado nutricional del paciente.

Coordinación médica:

Implementar un protocolo de buenas prácticas para alimentación enteral.

Coordinación de enfermería:

Documentar, socializar y evaluar el formato correspondiente de referencia y contra referencia.

Diseñar e implementar la política de reuso de dispositivos médicos con el fin de fortalecer los procesos de seguridad del paciente.

Adoptar guías del ministerio de salud y protección social, sobre eventos de interés en salud pública, con el fin de permanecer al tanto de aquellos sucesos o circunstancias que puedan modificar o incidir en la situación de salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zurro Amando Martín, Jodar Solá Gloria. Atención familiar y salud comunitaria. 1ra edición. Barcelona España: Elsevier España S.L; 2011.
2. Sánchez Manzanera D. Ramón. Cuidados paliativos: avances sin final. 4ta edición. Alcalá la Real (JAÉN): formación Alcalá; 20011.
3. Vidal Pineda Luis Miguel, Reyes Zapata Hilda. Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad. (Sede web). 1993. Salud Pública de México. (fecha de acceso 22 de Mayo de 2016). Disponible en...
4. Roldán Piedad, Vargas Clara Ruth, Giraldo Clara Patricia, Valencia Gloria Esperanza, García Claudia Liliana, Salamanca Luisa Matilde. Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. (sede web). 2014, Vol. 32 no. 1, 2001 (fecha de acceso 23 de mayo de 2016). Disponible en <http://hdl.handle.net/10893/6894>
5. Malagón Londoño Gustavo, Hernández Esquivel Libardo. Infecciones hospitalarias. 2da edición. Colombia: médica internacional LTDA; 1999.
6. Pico Merchán María Eugenia, Tobón Correa Ofelia. La enfermería en el primer nivel de atención. 1ra edición. Manizales Colombia: universidad de Caldas; 2006.
7. Gonzalez Mariscal Gracia, Brea Mármol Inés. La nueva ISO 9001:2008. España: Fundación confemetal; 2011.
8. Tudela Pere, Modo Josep María. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. (sede web). 2015 (fecha de acceso 23 de mayo de 2016). Disponible en...
9. Ortega Vargas Ma Carolina, Suarez Vásquez Ma Guadalupe. Manual de evaluación del servicio de calidad de enfermería. 1ra edición. Colombia: médica internacional LTDA; 2006
10. Jiménez Cangas Leonor, Báez Dueñas Rosa María, Pérez Maza Benito, Reyes Álvarez Iliana. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 1996, vol.22, n.1, pp. 15-16. ISSN 0864-3466.
11. Riveros Silva Pablo Emilio. Sistema de gestión de calidad de servicios. 3ra edición. Bogotá DC: Ecoe ediciones; 2007.
12. Canevaro Alfredo. Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos. 1ra edición. Madrid: Ediciones Morata, S.L; 2012

13. Domingo Ribas Christian, Ortún Rubio Vicente. Urgencias hospitalarias o colapso crónico: los pacientes crónicos no deberían colapsar urgencias.(sede web) *Archivos de Bronconeumología* 2006 (fecha de acceso 25 de mayo de 2016). Disponible en...
14. Ibor Pilar, Adriá José Manuel, Marín María. Vía subcutánea: Una vía de administración alternativa de medicamentos en asistencia domiciliaria a pacientes terminales. (sede web). 2013 (fecha de acceso 23 de Mayo de 2016).Disponible en <http://hdl.handle.net/10893/5525>.
15. Epi Info™ 7.2.0.1 Requires Microsoft Windows XP or higher with Microsoft .NET 4.0. 27 Jun 2016 Disponible en: <https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de Variables.

CONCEPTO	VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE	PREGUNTA	INDICADORES
Identificar Estándares De calidad	Talento humano	Cuantitativa -Razón	Primaria	¿Cuántos pacientes hay en el programa de atención domiciliaria del paciente crónico? ¿Cuántos profesionales de la salud hay para la atención domiciliaria del paciente crónico?	% de personal necesario
	Infraestructura	Cuantitativa -Razón	Primaria	¿Cuáles es el estado de las instalaciones?	% de estado alto, medio, bajo
	Dotación	Cuantitativa -Razón	Primaria	¿Cuál es el número de equipos médicos? ¿Cuál es el cronograma de mantenimiento y calibración? ¿Cuál es el nivel de estado de los equipos médicos?	% de nivel de estado equipos médicos, alto, medio, bajo
	Medicamentos, dispositivos	Cuantitativa -Razón	Primaria	¿Cuál es la cantidad de medicamentos solicitados?	% de medicamentos solicitados

	médicos e insumos			¿Cuál es la cantidad de medicamentos faltantes en la institución?	% de medicamentos faltantes en la institución
	Procesos prioritarios	Cuantitativa -Razón	Primaria	¿Cuál es la cantidad de capacitaciones y evaluaciones realizadas al personal asistencial?	% de personal con adherencia a guías y protocolos
	Historia clínica y registros	Cuantitativa -Razón	Primaria	¿Cuántas historias clínicas tienen existentes la institución? ¿Cuántas historias clínicas diligenciadas correctamente tiene la institución?	N° de historias clínicas diligenciadas correctamente
	Interdependencia	Cuantitativa -Razón	Primaria	¿Cuántos servicios de apoyo existentes tiene la institución? ¿Cuál es la cantidad de servicios contratados por la institución?	N° de servicios de apoyo existentes N° de servicios contratados por la Ips
Normativa vigente	Resolución 2003	Cuantitativa	Primaria	¿Cuáles de las normas	% de normas

		de 2014 Ley 100 de 1993 Ley 1122 de 2007 Iso 9001	-Razón		referenciadas, tienen cumplimiento por parte de la institución? ¿Cuál es el cumplimiento de las normas referencias por parte de la institución?	vigentes adoptadas por la institución prestadora de salud
Identificar cumplimiento	el	cumple	Cuantitativa -Razón	Primaria	¿Cumple la institución con los estándares de calidad establecidos?	% de cumplimiento de estándares
		no cumple	Cuantitativa -Razón	Primaria	¿No cumple la institución con los estándares de calidad establecidos?	% de no cumplimiento de estándares
Plan mejoramiento	de		Cuantitativa -Razón	Primaria	¿Necesita la institución implementar un plan de mejoramiento?	% de aceptación para implementar un plan de mejoramiento.

Anexo B. Instrumento

Anexo en pdf.

[..\Desktop\PRESENTACION TESIS\ANEXOS\Anexo B. LISTA DE CHEQUEO RESOLUCION 2003 \(2\).pdf](#)

Anexo C. Consentimiento Institucional.

	SALUD INTEGRAL VITAL VIDA SAS <small>NIT. 900.472.731-5</small>	Versión 2.0 del 2015
	GERENCIA	Revisado: Gerente Código: STVV0026

CARTA DE CONSENTIMIENTO INSTITUCIONAL

Yo, Catalina M^{rs} Arango Gualdo, representante legal de la Ipe Salud Integral Vital Vida S.A.S, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Catalina M^{rs} Arango Salud Integral Vital Vida S.A.S.
NIT. 900.472.731-5

Firma del participante o del tutor Fecha: Junio. 16. 2016.

Testigo 1 Gloria Milena Rodas Fecha: 16.06.2016

Testigo 2 Vanessa Rodas R. Fecha: JUNIO. 16. 2016

Testigo 3 Luisa F. Ramirez Fecha: 16. junio. 2016

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). Catalina M^{rs} Arango Gualdo la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar la investigación y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Javier R.
Firma del investigador

Fecha: 16. JUNIO 2016

	SALUD INTEGRAL VITAL VIDA SAS	Versión 3.0 del 2016
		GERENCIA

Cartago, 11 de Noviembre de 2016

Yo, CATALINA MARIA ARANGO GIRALDO, identificada con cédula de ciudadanía numero 30.405.640 de Manizales Caldas, actuando como Representante legal de la empresa SALUD INTEGRAL VITAL VIDA S.A.S, identificada con Nit. 900.472.731-5, Autorizo a los estudiantes, CLAUDIA MARCELA RESTREPO SANTANA, SINDY VANESSA RODAS RESTREPO, ERIKA YOJANA DIAZ MESA, bajo la asesoría de los docentes ANA MILENA MONTOYA CARDENAS y CARMEN LUISA BETANCUR PULGARIN, para realizar la investigación " ESTANDARES DE CALIDAD DE ATENCION DOMICILIARIA, PACIENTES CRONICOS, IPS SALUD INTEGRAL VITAL VIDA, CARTAGO, 2016".

Me queda claro que los resultados de la investigación, nos serán dados a conocer antes que en cualquier otra comunidad, y que la institución podrá ser retirada de este proyecto en el momento que así lo considere, sin perjuicio para ninguna de las partes.

Salud Integral Vital Vida S.A.S.
NIT. 900.472.731-5
Catalina M. Arango

CATALINA MARIA ARANGO GIRALDO
REPRESENTANTE LEGAL
SALUD INTEGRAL VITAL VIDA SAS
NIT. 900472731-5

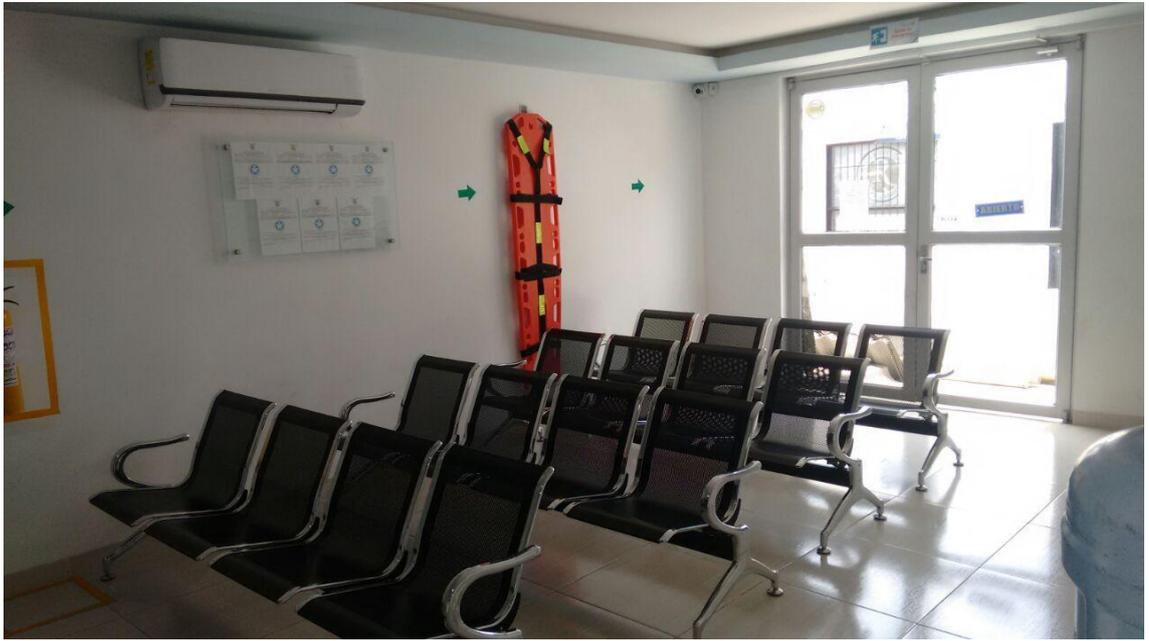
CC. ARCHIVO

Dirección: Calle 8 No. 5 - 69 - Teléfonos: 2146686 - 2094732 - Celular: 3127152980
E-mail: saludintegralvitalvida@hotmail.com
Cartago - Valle del Cauca

Anexo D. Aspectos Administrativos.













LOS PACIENTES TIENEN LOS SIGUIENTES DEBERES

- a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad.
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención.
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud.
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema.
- f) Cumplir las normas del sistema de salud.
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio.
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.



Clinica Si 
Salud Integral Vital Vida

LOS PACIENTES TIENEN DERECHO

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una unión integral, oportuna y de alta calidad.
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la prioridad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.
- c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante.
- d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad a recibir un tratamiento de salud.
- e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley.
- f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.
- g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, ya poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.
- h) A que se le preste durante todo su proceso de la enfermedad asistencia de calidad por trabajadores de la salud ebidamente capacitados y autorizados para ejercer.
- i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.
- j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
- k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine.
- l) A recibir información sobre los canales formales para presentar las reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito.
- m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.
- n) A que se respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.
- o) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.
- p) A que no se trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde servicio; asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.
- q) Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

Clinica S+
Salud Integrada Plus P.R.



MISION

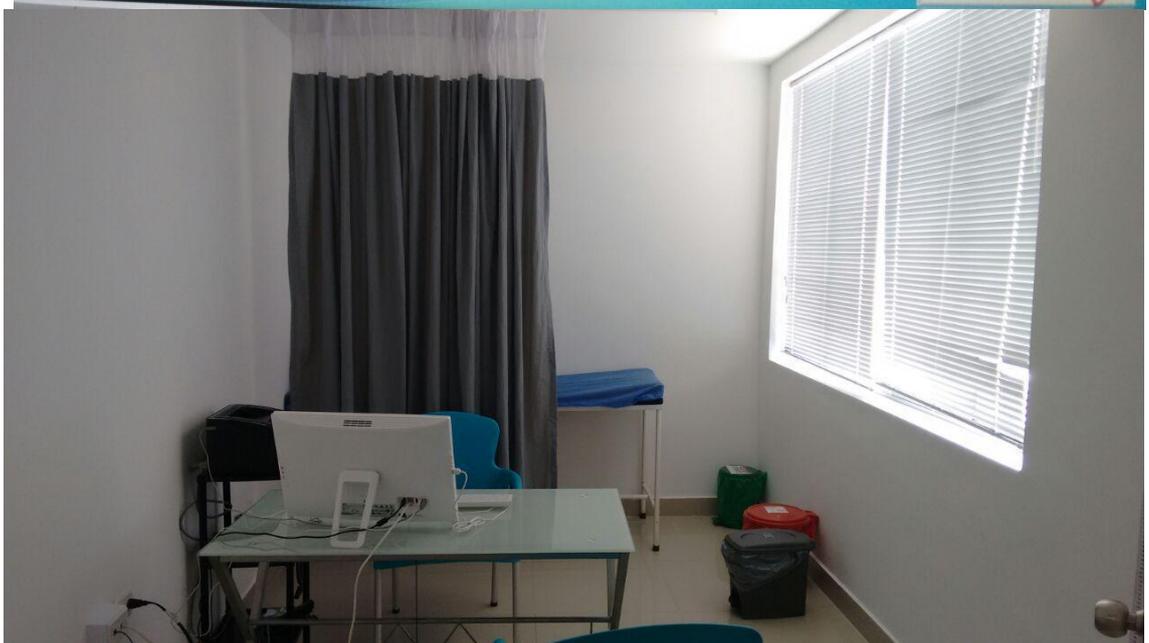
Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud que trabaja bajo altos estándares de calidad, comprometida en contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes, a través de un personal idóneo, responsable y altamente profesional, logrando la satisfacción de todos nuestros clientes, lo que nos permite alcanzar altos niveles de competitividad y rentabilidad.



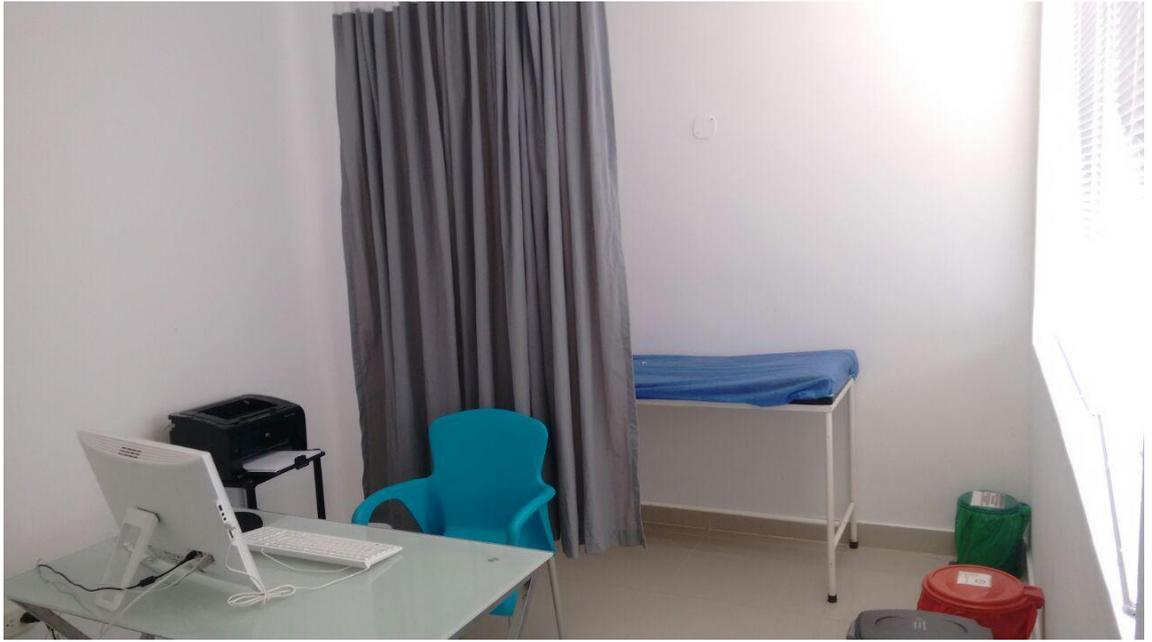
VISION



En el 2020 seremos una institución prestadora de servicios de salud acreditada, con el mayor reconocimiento en todo el norte de Valle, por su aporte al bienestar social, y sus altos estándares de calidad en nuestros servicios, que nos permiten ser competitivos y reconocidos por la excelencia en la atención al usuario, garantizando la integridad y seguridad a nuestros pacientes.

















Anexo E. Cronograma de Actividades.

CRONOGRAMA DE TRABAJO																				
AÑO 2016-2017																				
ACTIVIDADES	Anteproyecto					Proyecto														
	MESES					Diciemrbe			Enero			Febrero			Marzo					
SEMANAS	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Conformación de grupo	■																			
Revisión de la literatura	■	■																		
Definición del tema		■	■																	
Delimitación del problema, Justificación de la investigación y objetivos		■	■	■																
Marco referencial, ampliacion de revisión bibliográfica			■	■																
Marco conceptual				■	■															
Marco legal, Normograma				■	■															
Poblacion y muestra				■	■															
Unidad de análisis				■	■															
Criterios de inclusión				■	■															
Criterios de exclusión				■	■															
Variables, recolección de datos, tabulación, análisis de la información				■	■															
Pruebas estadísticas				■	■															
Resultados esperados				■	■															
compromisos, bioéticos, responsabilidad social				■	■															
Aspectos administrativos, Cronograma, presupuesto, difusión de los resultados				■	■															
Sustentación Anteproyecto										■										
Revisión de la literatura-Anteproyecto										■										
Trabajo de Campo- Instrumento										■										
Trabajo de campo- Recolección de la información										■	■									
Tabulación de base de datos Epi-Info7										■	■									
Análisis de Resultados											■	■								
Conclusiones												■	■	■						
Recomendaciones													■	■						
Sustentación proyecto																			■	

Anexo F. Presupuesto.

PRESUPUESTO					
ITEM	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	APORTANTES	TOTAL
Talento Humano					
Asesor	Horas	42	50.000	Fundación Universitaria	2.100.000
Estudiantes	Horas	200	7.000	Estudiantes	1.400.000
Recursos logísticos					
Biblioteca	Horas	8	1.200	Fundación Universitaria	9.600
Computador	Horas	500	1.500	Estudiantes	750.000
Gatos de Viaje	Días	15	30.000	Estudiantes	450.000
Internet	Horas	1000	1.200	Estudiantes	1.200.000
TOTAL			60.900		5.909.600

Anexo G. Plan de Mejoramiento.

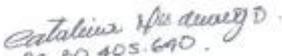
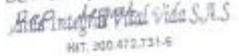
PLAN DE MEJORAMIENTO SEGÚN HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

N°	ESTANDAR	HALLAZGOS	ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION
1	Talento Humano	No Disponibilidad de talento humano en nutrición.	Realizar convocatoria para perfil de talento humano de nutricionista.	Contratación de perfil profesional en Nutrición.	Realizar convocatoria para profesional en nutrición, seleccionar aspirantes según perfil, programación de entrevista, contratación del profesional.	Gerente	Inmediato
2	Medicamentos, Dispositivos Médicos E Insumos.	No se evidencia protocolo de reuso y técnicas de limpieza y re-esterilización.	Implementar un protocolo de reuso y técnicas de limpieza y re-esterilización.	Construcción del protocolo de reuso y técnicas de limpieza y re-esterilización, socializar con todo el personal de la institución.	construcción de acuerdo a las guías aprobadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, realizar el proceso de adoptar y adaptar según las actividades de la institución, socializar a través de comités y charlas educativas con todo el personal, realizar evaluación y seguimiento del protocolo.	Coordinación médica	Mediano plazo
3	Medicamentos, Dispositivos Médicos E Insumos.	No se evidencia control de re envase.	Revisar proceso de rotulación de insumos, que garantice la correcta identificación de los elementos contenidos en	Implementar y documentar formato para control de re envase.	Socialización de formato de control de re envase con el todo el personal, evaluación y seguimiento del mismo.	Coordinación de enfermería	Mediano plazo

			recipientes re envasados.				
4	Procesos Prioritarios	No hay evidencia de protocolos o guías, y comité de CTC.	Implementar un protocolo y guías del comité CTC.	Implementar y documentar protocolo, socializar y evaluar este mismo.	construcción de acuerdo a las guías aprobadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, realizar el proceso de adoptar y adaptar según las actividades de la institución, socializar a través de comités, realizar evaluación y seguimiento del protocolo.	Gerente	Inmediato
5	Procesos Prioritarios	Se evidencia protocolo de referencia y contra referencia, pero no su aplicación o adherencia.	Socializar y evaluar adherencia a protocolo.	Socializar, evaluar seguimiento y adherencia al protocolo con todo el personal.	Socializar a través de comités y charlas educativas con todo el personal, realizar evaluación y seguimiento del protocolo.	Coordinación de enfermería	Mediano plazo
6	Procesos Prioritarios	No se evidencia protocolo o procedimientos para alimentación enteral.	Implementar un protocolo de buenas prácticas para alimentación enteral.	Implementar y documentar protocolo, socializar y evaluar este mismo.	construcción de acuerdo a las guías aprobadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, realizar el proceso de adoptar y adaptar según las actividades de la institución, socializar a través de comités, realizar evaluación y seguimiento del protocolo.	Coordinación médica	Mediano plazo

7	Procesos Prioritarios	No se evidencia protocolo ni política de reuso.	Documentar, socializar y evaluar manual de uso y reuso.	Implementar y documentar un manual de uso y reuso.	Socializar, evaluar seguimiento y adherencia al manual con todo el personal.	Coordinación de enfermería	Mediano plazo
8	Procesos Prioritarios	No se evidencia guías ni procesos de eventos de interés, en salud pública.	Adoptar guías del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre eventos de interés en Salud Pública.	Implementar, documentar guías y socializar.	Socializar guías con todo el personal, y fomentar charlas educativas con los encargados de atención al usuario.	Coordinación de enfermería	Mediano plazo
9	Historia Clínica Y Registros	La institución está en proceso de cambio de software, tienen pendiente la unificación de historia clínica.	Revisar proceso de migración de datos de la historia clínica, que garantice la correcta unificación.	Seguimiento y evaluación.	Socializar la unificación de la historia clínica en nuevo software, y evaluar los datos contenidos en la historia, con el personal pertinente.	Gerente	Inmediato
10	Historia Clínica Y Registros	No se evidencia registro de Referencia y Contra referencia.	Documentar, socializar y evaluar formato de referencia y contra referencia.	Implementar, documentar, socializar y evaluar formato.	Socializar, evaluar seguimiento y adherencia al formato con todo el personal.	Coordinación de enfermería	Inmediato

Anexo H .Carta Fundación Universitaria del Área Andina

AREANDINA Fundación Universitaria del Área Andina	Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83 Seccional Pereira NIT.: 860.517.302-1
Pereira, 26 de Noviembre de 2016	
Doctora Catalina María Arango Giraldo Gerente IPS SALUD INTEGRAL VITAL VIDA S.A.S. Cartago- Valle	
Cordial Saludo,	
Las estudiantes Sindy Vanessa Rodas Restrepo, Claudia Marcela Restrepo Santana, Erika Yojana Díaz Mesa, de la Especialización de Auditoría en Salud, se encuentran presentando el proyecto para trabajo de grado: "Habilitación estándares de calidad de atención domiciliaria, pacientes crónicos, IPS Salud Integral, Vital Vida, Cartago Valle 2016".	
Las estudiantes están bajo la asesoría temática de la docente Ana Milena Montoya Cárdenas y metodológica de la docente, Carmen Luisa Betancur Pulgarín.	
Como resultado el trabajo se entregara a su institución en medio magnético y los estudiantes lo deben sustentar. Esta información se solicita finis netamente académicos.	
Agradezco su colaboración. Atentamente,	
 	
Carmen Inés Quijano Del Gordo Directora Centro de Posgrados Facultad Ciencias de la Salud	 cc. 60 405.640. 

AREANDINA Fundación Universitaria del Área Andina	MIEMBRO DE LA RED ILUMNO	Línea Gratuita Nacional 018000 180099	Pereira Calle 24 No. 8 - 55 PBX: 340 2260 www.areandina.edu.co
---	------------------------------------	--	---

Anexo I. Notificación Trabajo de Grado.



TRABAJO DE GRADO

Fecha: 02 de Noviembre de 2016

Nombre Estudiantes: Sindy Vanessa Rodas
Claudia Marcela Restrepo Santana
Erika Yojana Díaz Mesa

Especialización: Auditoria en Salud

Breve descripción del trabajo de grado: Habilitación estándares de calidad de atención domiciliaria, pacientes crónicos, IPS salud Integral, Vital Vida, Cartago 2016.

Concepto Comité Centro de Posgrados :

Tutor Asignado Temático: Ana Milena Montoya Cárdenas
Teléfono: 3113643421
Correo: anamontoya2424@gmail.com

Tutor Asignado Metodológico: Carmen Luisa Betancur Pulgarín
Teléfono: 3206968672
Correo: cbetancur@areandina.edu.co


FUNDACION UNIVERSITARIA
DEL AREA ANDINA
PEREIRA
Carmen Luisa Betancur Pulgarín
Directora Centro de Posgrados
Facultad Ciencias de la Salud

Recibi: Catalina Pineda
NOV. 11.2016.

Salud Integral Vital Vida S.A.S.
NIT. 900.472.731-5