

**MODELO INTEGRAL DE GESTIÓN PARA EL MEJORAMIENTO
INSTITUCIONAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UNA
EAPB DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

**Daniela Barragan Chuchoque
Edwin Leonardo Castañeda Suarez
Catherine Montoya Zuluaga
Eddy Mercedes Tapias Arenas**

**Universidad Sergio Arboleda
Especialización en Gerencia en Servicios de Salud
Bogotá D.C
2020**

**MODELO INTEGRAL DE GESTIÓN PARA EL MEJORAMIENTO
INSTITUCIONAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN UNA
EAPB DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

**Daniela Barragán Chuchoque
Edwin Leonardo Castañeda Suarez
Catherine Montoya Zuluaga
Eddy Mercedes Tapias Arenas**

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud**

Tutor Temático

Javier Salamanca Rincon

**Director de la Especialización
Dr. Fernando Forero Navarrete**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ
2020**

Dedicatoria

El presente trabajo de grado lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados. A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años.

Daniela Barragan Chuchoque

El presente trabajo de grado está dedicado a Dios y a mi familia por el apoyo fundamental para poder llevar a cabo este proyecto de formación profesional. Por su paciencia y dedicación y a todos los que directa o indirectamente participaron en este proceso para lograr obtener nuestro trabajo de grado y finalmente el título de Especialista en Gerencia en Servicios de Salud.

Edwin Leonardo Castañeda Suarez

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por ser mi maestro y baston en cada etapa de la vida. A mi madre y hermana, mi polo a tierra, por su apoyo incondicional siempre y por enseñarme que la disciplina es la clave del exito. A mi esposo por su apoyo y comprension. Y a mi hijo por ser mi fuerza e inspiracion para alcanzar mis objetivos.

Catherine Montoya Zuluaga

El presente trabajo de grado es dedicado especialmente a Dios: Por permitirme lograr cada proyecto que pongo en sus manos, a mi madre: Quien es la base fundamental de mi vida y a mi prometido: Por su tiempo, dedicación, comprensión y apoyo.

Eddy Mercedes Tapias Arenas

Agradecimientos

Queremos expresar nuestra gratitud a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

Gracias a nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios inculcados.

Agradecemos a nuestros docentes de la Universidad Sergio Arboleda, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra especialización, de manera especial, al Doctor Javier Salamanca Rincón tutor de nuestro proyecto de investigación quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo

Tabla de Contenidos

Capítulo 1 Introducción e información general	9
Introducción	9
Tema	13
Problema	14
Justificación	15
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Capítulo 2	20
Marco histórico y evolutivo	20
Capítulo 3 Marco teórico	34
Política de atención integral en salud (PAIS)	35
Modelo de atención integral en salud (MIAS)	37
Modelo de acción integral territorial (MAITE)	46
Sistema obligatorito de garantía de calidad en salud (SOGCS)	50
Sistema único de habilitación (SUH)	51
Sistema único de acreditación	52
Sistema único de información en salud (SUIS)	55
Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud (PAMEC)	58
Capítulo 4	64
Tipo de investigación	64
Diseño metodológico	65
Criterios de inclusión y exclusión	68
Operacionalización de variables	69
Universo	70
Instrumentos	71
Instrumento definitivo	72
Colaboradores de la investigación	73
Recursos disponibles	74
Divulgación	75
Tratamiento de la información	76

Cronograma	77
Presupuesto	78
Capítulo 5 Anexos	79
Diagnóstico institucional	79
Caracterización del proceso de atención domiciliaria	89
Indicadores	90
Formato de plan de mejoramiento	93
Recomendaciones	94
Capítulo 6	98
Modelo Integral De Gestión para el mejoramiento institucional del proceso de atención domiciliaria de una EAPB en la ciudad de Bogotá.	98
Lista de referencias	101

Lista de tablas

Tabla 1. Analisis general del PHD

81

Lista de figuras

Ilustración 1. Diagrama de Gantt	65
Ilustración 2. Operacionalización de variables	69
Ilustración 3. Cronograma	77
Ilustración 4. Presupuesto	78
Ilustración 5. Matriz DOFA	87
Ilustración 6. Ficha Técnica de indicadores.....	92
Ilustración 7. Macroproceso de comunicación	96

Capítulo 1

Introducción e información general

Introducción

El sistema General de Seguridad social en Salud de Colombia progresivamente ha avanzado en los principios consagrados en la ley 100 de 1993; cifras tomadas en el año 2016 hablan de una cobertura del 95.6% de la población, también, se evidencia su progreso en temas de accesibilidad a los servicios con equidad y oportunidad, esto bajo la coordinación y direccionamiento del ministerio de salud y de la protección social, mediante sus decretos, resoluciones, guías, protocolos, investigaciones y políticas que garantizan la implementación de los programas para prevenir, tratar y curar la enfermedad.

La Ley estatutaria 1751 de 2015, sancionada con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, comprendiendo en ella su regulación e implementación de protección, mediante mecanismo eficaces con los que se pretende lograr el cumplimiento de lo señalado en la Constitución Política de Colombia.

Con el objetivo de cumplir los fines esenciales en la prestación de servicio de salud, nace la Política de atención integral en Salud (PAIS), la cual se conforma de un marco estratégico y un modelo operacional, inicialmente se implementó el modelo integral de atención en salud (MIAS) enfocado en todos los usuarios, en las entidades territoriales, Entidades Administradora de Plan de Beneficio (EAPB), Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS); públicas y privadas, donde su enfoque se basaba en el paciente como eje principal;

Sin embargo, en su ejecución no se logró lo esperado, para el año 2019 nace el modelo de atención integral (MAITE), con el cual se busca la operatividad del marco estratégico de la Política de atención integral en salud (PAIS) dirigido a las comunidades, familias y a cargo de las entidades territoriales. Para su cumplimiento se toman las líneas de atención entre otras directrices, que logran la articulación de diferentes factores para lograr la estrategia de la política.

Lo que antecede, fortalece y permite la prestación de servicios de salud no convencionales, pero sí efectivos, entre ellos la atención domiciliaria, modelo a implementar en entidades administradoras de planes de beneficios, instituciones prestadoras de servicio de salud y entes territoriales para los pacientes y sus familias con un enfoque humanizado y que genere resultados importantes para la población.

La atención domiciliaria, es considerada una alternativa eficiente para disminuir la alta demanda en los servicios de urgencias y hospitalización, posesionándose en diferentes países del mundo. Colombia no se ha quedado atrás, más cuando el sistema de salud tiene grandes fortalezas y herramientas normativas que hacen que esta modalidad se aplique en teoría con éxito.

Algunos estudios realizados en diferentes universidades del país, encuentran que una de las falencias a la hora de aplicar el modelo de atención domiciliaria, está relacionada en la falta de educación al paciente y la comunicación entre todo lo que en ella interviene.

En la EAPB de Bogotá objeto del presente trabajo de grado, se implementó la atención domiciliaria como modalidad de prestación de servicios, donde se tienen en cuenta factores como; los sociodemográficos, el aumento de esperanza de vida derivado del avance de

tecnologías, la elección de proveedores, las condiciones sanitarias y el apoyo disponible de su núcleo familiar. Su modelo va dirigido a la atención integral de paciente agudo, pacientes crónicos, en rehabilitación y a clínica de heridas

Es de advertir, que dada la complejidad y el abordaje amplio en el que se ejecuta la atención domiciliaria en la entidad, se decidió enfocar el presente trabajo, en la atención de pacientes agudos que cumplen con los criterios de ingreso para el programa de atención domiciliaria

Con la información suministrada por la EAPB, datos estadísticos y flujogramas, para la ciudad de Bogotá, se cuenta con una población de 540.000 afiliados aproximadamente, de los cuales, pertenecientes al programa de atención domiciliaria se identifican 3.559 inscritos. Para el año 2020 con corte al mes de abril, el porcentaje para pacientes mayores de 59 años corresponde a un 34% considerados como pacientes de la tercera edad con enfermedad crónica compleja y de origen multifactorial, generando de esta manera un posible incremento en los ingresos al programa de atención domiciliaria.

Para cumplir las expectativas de una atención orientada bajo los atributos de calidad, se establecen tres enfoques con los que debe contar el prestador de servicios domiciliario contratado por la EAPB; 1) brindar atención integral al paciente de acuerdo a los servicios contratados, 2) articular su prestación al modelo de atención de la Entidad Administradora de planes de beneficios, en ella deberá tener en cuenta; gestión de riesgo y herramientas de autocuidado con apoyo de su familia y 3) prestar los servicios de acuerdo a los estándares de calidad, la eficacia en la atención al paciente, su satisfacción y recuperación.

En este sentido, surge un gran interrogante ¿Existe un proceso efectivo con criterios de calidad que permita garantizar la atención domiciliaria a la población, cumpliendo con los requisitos técnicos, científicos y normativos de la EAPB de la ciudad de Bogotá?

El propósito del presente trabajo de grado, busca fortalecer el Mejoramiento institucional a través de un modelo de gestión integral que incluye diagnóstico, caracterización del proceso, intervención planificada, seguimiento sistemático y recomendaciones para el proceso de atención domiciliaria, que genere una coordinación administrativa, asistencial y comunicativa entre las partes involucradas. Logrando con ello, tomar decisiones basadas en indicadores, generando resultados efectivos en el número de reingresos hospitalarios, duración de tiempos de tratamiento, evolución clínica del paciente y satisfacción del usuario; En busca de una atención segura, humanizada y con enfoque de riesgo, que contribuya en mediano o largo plazo a la optimización en el tiempo de prestación de los servicios y la descongestión de urgencias controlando la evolución del paciente.

Tema

Mejoramiento institucional a través de un modelo que incluye diagnóstico institucional, intervención planificada, seguimiento sistemático y recomendaciones para el proceso de atención domiciliaria de una EAPB en la ciudad de Bogotá.

Problema

En Colombia la atención domiciliaria, surge como respuesta al incremento de la población adulta mayor, la prevalencia de enfermedades crónicas dentro del sistema de salud y los cambios en la organización hospitalaria principalmente. (Monge ,2011)

Según un estudio realizado por la Universidad de Antioquia en el año 2019, unas de las principales falencias encontradas durante la aplicación del modelo de atención domiciliaria, estan relacionadas con la comunicación e inclusión de los actores asistenciales involucrados, el desconocimiento por parte de los usuarios acerca del alcance del programa y la calidad en la atención. (Universidad de Antioquia,2018)

Dentro del desarrollo del diagnóstico institucional realizado, se lograron identificar diversas dificultades, manifestadas principalmente en: falta de comunicación asertiva entre los implicados contractuales responsables de la atención domiciliaria, desconfianza por parte de los usuarios sobre la prestación del servicio dentro del domicilio, el no engranaje con las actividades administrativas entre la EAPB y los proveedores encargados de la atención domiciliaria perse y la limitación en los criterios de inclusión para las diferentes poblaciones adscritas al programa en cuestión (Paciente agudo, paciente crónico con o sin ventilación mecánica y clínica de heridas).

Justificación

El modelo de atención domiciliaria inicialmente se implementa en el país ante la necesidad de satisfacer las necesidades de salud de la población de la tercera edad, una estrategia de atención para aquellos pacientes crónicos pertenecientes al Instituto Nacional de Seguros Sociales y dando respuesta a fallos de tutela en los que se obliga a las aseguradoras a brindar atención médica, rehabilitación y cuidados de enfermería (Sánchez M, Fuentes G,2016)

En los diferentes planes de gobierno se han propuesto cambios en el sector salud en cumplimiento a los principios establecidos en la ley 100 de 1993, buscando políticas públicas que ayuden a la atención oportuna de las personas que habitan en el territorio.

En este sentido, es importante lograr que el proceso de atención domiciliaria cumpla con los estándares requeridos para una prestación de calidad que supla las necesidades del usuario, garantizando la seguridad del paciente mediante la aplicación y adherencia de protocolos y guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

En lo referente a la prestación de servicios de salud con calidad, mediante la ley 1438 de 2011 se establecieron unas estrictas exigencias, entre ellas la creación de un Plan Nacional de Mejoramiento de la calidad en Salud, diseño bajo la dirección del Ministerio de Salud y la Protección social y su equipo interdisciplinario apoyado en las Secretarías de Salud, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y Entidades Administradoras de Planes

de Beneficios de salud (EAPB). Dentro del marco del plan estratégico se desarrollan tres objetivos, los cuales instan a que sus esfuerzos estén dirigidos a usuarios y trabajadores del sector salud, que se promueva la autoevaluación con el fin de alcanzar resultados en el mejoramiento continuo, para lo cual fue creado. Además, se incluyen objetivos específicos enmarcados en dos mecanismos que buscan su cumplimiento : 1) Empoderamiento: se basa en promover cambios en la normatividad vigente buscando la transparencia de los agentes que integran el sistema de salud, la autogestión, humanización, la seguridad del paciente, la calidad en la prestación en los servicios en salud y la innovación. 2)

Autoevaluación: con este mecanismo se busca que haya una continua revisión y evaluación de los procesos de mejoramiento, así como también, incrementar el sentido de pertenencia entre los actores que en ella participan con el único fin de lograr entre otras, la efectividad, la eficiencia, la oportunidad y la seguridad en la atención .

(Ministerio de Salud y Protección Social,2016)

En aras del mejoramiento continuo enmarcado en el plan estratégico señalado en líneas anteriores y buscando mitigar el impacto en salud pública que ocasiona la sobreocupación hospitalaria y el aumento de las morbilidades crónicas dentro del sistema, se ha venido robusteciendo la modalidad de atención domiciliaria entre los diferentes responsables de la prestación , como opción costo efectiva y segura, en donde la recuperación del paciente es el objetivo principal.

Posteriormente, para dar mayor cubrimiento, este modelo se apoya de la creación de Instituciones prestadoras de salud dedicadas exclusivamente a este servicio, las cuales

realizan convenios con Aseguradoras del régimen contributivo, subsidiado y Sistemas de medicina prepagada, donde se brinda una atención al usuario dentro de su domicilio.

En virtud de lo anterior, la EAPB ha implementado un instructivo de guía para el proceso de contratación del servicio de atención domiciliaria, denominado “Modelo de atención domiciliaria” documento que busca “garantizar la atención domiciliaria a la población que cumpla con los requisitos técnicos, científicos y normativos, acorde a la situación y/o complejidad requerida de cada usuario que cumpla con los criterios de racionalidad, calidad y satisfacción del paciente” , con visión multidisciplinaria y en conjunta participación de su familia como actor primario en su recuperación .

(Instructivo proceso de contratación anexo modelo de atención domiciliaria,2015)

El modelo que antecede, está orientado a la gestión del riesgo, el cual debe integrar protocolos, guías de práctica clínica, planes de manejo individualizados, proceso de atención al usuario y manejo unificado de historia clínica; documento que debe emplear la institución prestadora de salud y que de acuerdo a sus criterios de contratación atiendan a nombre de ellos como Atención Domiciliaria. Situación que en la actualidad no se controla de manera efectiva, puesto que las auditorías o criterios de cumplimiento solo responden a lo mínimo irreductible.

Es importante citar que el modelo no ha sufrido modificaciones desde el año 2015, fecha de su creación, lo que permite inferir que la entidad no ha identificado procesos de mejora en el enfoque de la atención domiciliaria.

En atención a lo anterior, es importante articular una comunicación transversal y asertiva en donde participen todos los actores y sea el paciente el eje fundamental; buscando salvaguardar su vida y evitar eventos adversos o secundarios a la prestación del servicio domiciliario. (Sánchez M, Fuentes G, 2016)

Por tal motivo, este trabajo de grado busca proponer un Modelo Integral de Gestión (MIG) para el mejoramiento institucional del proceso de atención domiciliaria exclusivamente de la EAPB de la ciudad de Bogotá, que permita crear un engranaje administrativo, asistencial y comunicativo entre la EAPB, IPS y el proveedor de atención domiciliaria, tomando de esta manera decisiones basadas en indicadores, generando resultados efectivos en el número de reingresos hospitalarios, duración de tiempos de tratamiento, evolución clínica del paciente y satisfacción del usuario. Que garantice finalmente una atención segura, humanizada y con enfoque de riesgo; contribuyendo a mediano o largo plazo la optimización en el tiempo de la prestación de los servicios y la descongestión en el servicio de urgencia controlando la evolución tórpida del paciente.

Objetivo general

Establecer un modelo de gestión integral para el mejoramiento del proceso de atención domiciliaria en la EAPB ubicada en Bogotá D.C.

Objetivos específicos

- ❖ Elaborar un diagnóstico institucional sobre el proceso de atención domiciliaria en la EAPB de la ciudad de Bogotá DC.
- ❖ Realizar la caracterización del proceso de atención domiciliaria en la EAPB de la ciudad de Bogotá.
- ❖ Proponer los indicadores de gestión para el programa de atención domiciliaria, que den respuesta a los atributos de calidad planteados en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
- ❖ Proponer un formato de plan de mejoramiento que permita fortalecer los procesos institucionales orientados a una prestación con calidad.

Capítulo 2

Marco histórico y evolutivo

La atención domiciliaria se implementa en muchos lugares del mundo como alternativa para descongestionar los hospitales, sin embargo, no todos los países cuentan con recursos económicos y sistemas de salud armónicos para su ejecución exitosa.

Diferentes países entre ellos; Estados Unidos, Canadá, Costa Rica, Argentina y Brasil, han implementado la atención domiciliaria de acuerdo a las necesidades de su territorio, su normatividad y accesibilidad al sistema.

Colombia, cuenta con un sistema de salud normatizado, que busca garantizar la vida y la salud como derecho fundamental. Por eso, para el tema objeto del presente trabajo de grado es necesario recorrer la historia y evolución de la salud en el país, entendiendo la palabra evolución, a los avances que ha tenido el sistema, con el fin de comprender la viabilidad y éxito de la modalidad de prestación planteada.

Desde la Constitución Política de 1886 se adquirió la concepción de una protección especial en salud, en estos tiempos se llamó lo denominada higiene pública y privada, organizando una convivencia en temas de salud en pro de todos los que en ella pertenecían. En su artículo diecinueve (19), se establecía la protección a la vida de todos los residentes en Colombia, en su amplitud este artículo era paternalista y también con tildes de anarquía.

Debido a los cambios constantes en reformas por medio del Acto legislativo N 1 modifican al artículo mencionado anteriormente, adicionando que además de la vida también aseguran que se cumplan los deberes tanto del Estado como de los Particulares. No obstante, se mantuvo como derecho fundamental la vida siendo responsable el estado de su cumplimiento.

En la reforma de 1836 adicionan lo referente a la asistencia pública para aquellos que tenían el derecho de acceder, pero se encontraban incapacitados para trabajar y el estado determinaba la forma de prestar la asistencia. Otro de los avances de esta reforma constitucional es la creación de Ministerio de trabajo, higiene y previsión social en el año 1938, teniendo en cuenta que el estado debía garantizar mediante sus autoridades la protección de derechos como la vida, honra y bienes.

Fue hasta el año 1948 que en la Constitución de la ONU donde con claridad se refieren al derecho a la Salud de una forma concatenada en varios componentes, entre ellos; la alimentación, vivienda, sanidad, vestuario y en cabeza del estado.

(Hernández Álvarez, Mario 1991)

En este punto es pertinente citar el concepto de salud emitido por la Organización mundial de la salud en su carta así; "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"

(Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946, Pág. 23-24)

En este sentido estamos dentro de un concepto amplio que no solo se basta de curar la enfermedad sino prevenirlo y en ese punto avanzamos en nuestro concepto estatal sobre la salud adaptándolo a los retos que cada día el mundo cambiante nos va exigiendo.

Con la ley 10 de 1990 se reorganiza el sistema nacional de salud en Colombia, adoptando nuevos términos y estableciendo nuevas directrices y medidas dentro de las cuales se reitera que la salud es un derecho público y por ende debe ser garantizado por el estado a todos los habitantes del territorio, en esta norma se habla de articular la colaboración público privada en apoyo con entidades descentralizadas y territoriales, en esta misma ley se establecen los 6 primeros principios por los cuales regirá el sistema de salud.

En dichos instrumentos se declaran como principios básicos en su artículo 3 los cuales se desarrollan así:

- a) Universalidad: el derecho a la salud aplica para todos los habitantes del territorio, sin excepción.
- b) Participación ciudadana: todos los ciudadanos deberán propender por su autocuidado y los de su entorno más cercano.
- c) Participación comunitaria: la participación de la comunidad es indispensable para el proceso e implementación de planes relacionados con el servicio de salud
- d) Subsidiariedad. Cooperación entre entidades prestadoras de servicios de salud en cuanto a la demanda de la población, sin importar si están en niveles diferentes de atención, brindando con este una atención integral al paciente.

- e) Complementariedad. Competencia para atender la oferta y demanda de servicios de salud, condicionando que pertenezcan al nivel de atención, pero también que las entidades deberán tener capacidad científica, tecnológica, financiera, administrativa.
- f) Integración funcional. Las entidades públicas y privadas trabajarán mancomunadamente con el fin de cumplir con los objetivos de la prestación de servicios de salud de calidad.

Basados en estos principios, el sistema para la época ya hablaba de grandes avances yendo hasta la prevención y cuidado para prevenir enfermedades desde una organización de control, con entes de integración funcional, descentralizados, reglamentando la estructura, su funcionalidad, orden jerárquico y forma de administración de recursos y autorización de las personas jurídicas privadas y su aprobación por las entidades del estado previo cumplimiento de requisitos legales de cada una de las entidades que conforman el sector salud tanto a nivel nacional, departamental y municipal.

Nace nuestra carta magna denominada “Constitución Política De Colombia de 1991” en ella el legislador profundiza sobre la protección a la salud como un derecho y de especial protección en cabeza del estado, así lo señala el artículo 48:

“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley (.....)

También es importante traer a colación en este punto que el derecho a la salud se ligó con el derecho fundamental y principal de la vida.

Ahora bien, se sanciona la ley 100 de 1993 en la cual se crea el sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos profesionales), dicese de un conjunto que integra diferentes actores incluyendo el usuario con el objetivo de brindar calidad de vida mediante desarrollo de normas, protocolos y guías. Atendiendo los seis principios de la ley que lo anteceden, Los hechos más relevantes de la norma se establece en la Dirección y control a cargo del Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud (CNSSS-), en ella no menciona un modelo de seguros, sólo un sistema general de seguridad social con seguros públicos y privados.

Señala los actores del sistema y sus funciones; EPS, ARS, IPS, Superintendencia de Salud, Entes territoriales, Usuarios, Fosyga y Entes de control, abre las puertas al cobro de cuotas moderadoras y copagos, se crea el Plan Obligatorio de Salud. En ella no se prohíbe la integración vertical entre IPS Y EPS.

Garantiza la destinación de recursos para la atención básica en Salud y establece un Plan Obligatorio de Salud (POS), pero con baja cobertura. Con periodos de carencia de 100 semanas para el alto costo y 52 para los demás servicios y en cuanto a la Financiación del sistema el Régimen Subsidiado corresponde a los entes Territoriales y el Régimen Contributivo a los Empleados dependientes y empleadores. También que los gerentes y/o representantes legales serán de libre nombramiento y remoción por parte de los Entes Territoriales y podrán reelegirse, en temas de movilidad congelan los tiempos de mínimo 2 años en la entidad promotora de salud para poderse trasladar a otra y se establece las multas por la inasistencia a los servicios de salud ambulatorios y finalmente se crea el Fosyga.

En desarrollo de algunos de los artículos (151 y 288) de la Constitución Política de 1991, se expidió la Ley 60 de 1993 que estableció las normas sobre el situado fiscal, la que fue posteriormente derogada por la Ley 715 de 2001, que garantiza la financiación de algunas entidades del sector salud a cargo ya no de la nación, sino de los departamentos, a través del fondo de salud que la misma ley les impuso crear a estos entes territoriales para el manejo de los recursos del sistema general de participaciones y demás recursos destinados al sector salud, a través de una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas del ente territorial. Luego, la mencionada Ley 715 de 2001 fue modificada por la Ley 1446 de 2011, en el sentido de hacer extensivas a otras entidades del sector salud no tenidas en cuenta en la ley anterior dichas sobre financiación y destinación de recursos.

La ley de participación y regalías desde el punto de vista presupuestal es una de las normas que profundizan en el sector salud y educación en tema de financiamiento, mediante la ley 715 de 2001 modifica la Constitución Política de Colombia en cuanto a la distribución de recursos destinados a los entes territoriales, profundizando en programas de promoción y prevención, más sin embargo esta ley queda corta antes las necesidades enormes del país en derechos como la salud, la aplicabilidad de esta norma impacto en congestiones de los servicios, modificando la ley 100 de 1993 y entregando más cargas a los entes territoriales.

Art. 57. Fondos de Salud. Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del sistema general de participaciones y de todos los recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el

caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial y el manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la contaduría general de la Nación". (Ministerio De Salud,2001) (Ley 715, 2001)

Se hacen algunas reformas a la ley 100 de 1993 mediante a la ley 1122 del 2007 entre ellas, se acabó el CNSSS y se crea la Comisión de Regulación En Salud (CRES) en cuanto a dirección y control por primera vez, se menciona aseguramiento en donde dicen que las EPS son las aseguradoras del riesgo, hacen cambios también en los actores del sistema, cambiando el nombre de Administradoras del Régimen Subsidiado ARS y las nombre EPS-S, y aparece el defensor del paciente, otro de los grandes avances la eliminación el cobro de copagos para los usuarios del Régimen Subsidiado de los niveles 1 y 2 del Sisben, se incluyen algunos beneficios adicionales en el transcurso de su vigencia. Se autoriza contratar de manera vertical solo el 30% de los servicios, Aumento de recursos del Sistema general de participación para el Régimen Subsidiado, y así aumentar la cobertura hasta hacerla universal. Baja los periodos de carencia a 26 semanas.

En el régimen contributivo incluye los trabajadores independientes, y aumenta en 0,5% la cotización en el régimen contributivo. Aumentan el aporte de solidaridad a 1,5% del IBC a

los empleadores. Se habla del sistema general de participaciones, Se nombra por concurso de méritos, según terna presentada por la Junta Directiva, y se pueden reelegir según sus indicadores de gestión, se disminuye el tiempo de movilidad a 1 año, Se crean adicionalmente las cuentas maestras para el manejo de los recursos del régimen subsidiado, separada de sus recursos y reinvertiendo sus utilidades.

Dentro del constante cambio normativos en temas de seguridad social se crea la ley 1438 de 2011, aumentando por primera vez los principios de 6 a 21 los cuales son, universalidad principio base en todas las normas anteriores aplicándolo en un 95% de cobertura de la población y partir del 2012 no hay periodos de carencia, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad, se mantiene la CRES y órganos como el Ministerio, con esta norma se amplía más el manejo, administración y rol del aseguramiento, continua la EPS-C, EPS-S, IPS, Superintendencia de Salud, Entes territoriales, Usuarios, Fosyga y Entes de control, observatorio nacional de Salud, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Junta Técnica Científica de pares, también se exceptúa a algunos grupos de la población, del cobro de cuotas moderadoras y copago, uno de los grandes avances se unificó el Plan Obligatorio de Salud, para el régimen subsidiado y contributivo y finalmente establece un marco de sostenibilidad financiero, con mecanismos de recaudo y giro de recursos.

No obstante, de todo lo anterior, se ve la necesidad de garantizar la salud como un derecho fundamental mediante una ley estatutaria que es el mecanismo utilizado para garantizar los derechos constitucionales en el territorio colombiano.

Lo anterior, derivado de fallos judiciales por atención deficiente en salud, pese a la normatividad que en año tras años vienen definiendo los parámetros de su prestación, eliminado teóricamente hablando los beneficios particulares en cobro excesivos de medicamentos, también en temas de cobertura y otros.

La ley 1751 de 2015 establece el derecho a la salud, como un derecho irrenunciable, no negociable y autónomo, es deber del estado garantizar que el colectivo e individual tenga acceso al mismo en todo el territorio nacional, prestando servicios de calidad, accesibilidad, oportunidad, de promoción y prevención. Todos los habitantes del territorio tendrán la prestación bajo los principios de igualdad y equidad ya que es un servicio público esencial obligatorio en cabeza del estado.

En la norma definen el sistema como un conjunto de principios, programas, políticas públicas, de financiación, en articulación con entidades prestadoras de salud tanto de lo privado como pública con la dirección y control del estado colombiano.

Se implementarán nuevas tecnologías a la prestación de los servicios de salud, se deberá profundizar en el principio de continuidad en los tratamientos y se prohíbe la negación de los mismos por temas administrativos, en este punto empezamos a aterrizar lo concerniente a la atención de calidad ofreciendo nuevos servicios, como único objetivo el usuario final.

Dentro esta implementación está la transformación digital, y más aún al caos que se viene presentado en la prestación del servicio de salud, de ahí que el Estado se haya fijado metas, tales como: mejorar la prestación de dicho servicio de forma cuantitativa y cualitativa. Bajo tales premisas, se hacía necesario de una ley que regulará situaciones, tales como la de contar a nivel nacional de un Banco y/o sistema que permitiese facilitar a los médicos acceder de forma pronta y segura a información relevante de la epicrisis de las personas que acuden en su ayuda, simplificando así los proceso en salud y eliminando las ineficiencias; he ahí el motivo de la ley 2015 de 2020.

La disposición legal en cita, crea la Historia Clínica Electrónica interoperable, la cual tiene por objeto facilitar, agilizar, garantizar el acceso y el ejercicio al derecho fundamental de la salud como también que tienen las personas a la información de un lado y, del otro, combatir la galopante corrupción que se presenta en la prestación de dicho servicio.

El primer capítulo, establece algunas definiciones, el ámbito de aplicación de ley, su reglamentación y la guarda y custodia de la Historia Clínica Electrónica interoperable. Que a su letra reza “... el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante... (sic)”, art. 2º.

Dentro del ámbito de aplicación, obliga a todas las entidades prestadoras del servicio de salud, a llevar y diligenciar Historia Clínica Electrónica interoperable, en la plataforma que para ello disponga el Gobierno a través de los Ministerios de Salud y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Para la implementación de la plataforma se establece un plazo de doce meses contados a partir de la entrada en vigencia de la ley, esto es, hasta el 31 de enero de 2022.

La ley igualmente recalca que custodia y guarda de la información estará cargo de los prestadores de la salud. Como consecuencia de ello, se debe garantizar la privacidad y reserva de la historia clínica a la cual solo tiene acceso el titular y los terceros siempre y cuando medie autorización de estos últimos, consagra de forma categórica la obligación que tienen los prestadores del servicio de salud como de los demás actores de abrir y llevar una Historia Clínica Electrónica, así como también vuelve a recalcar la reserva de tal tipo de información.

En ella también se establece no solo el contenido que debe tener la Historia Clínica Electrónica interoperable, sino que, además, establece una presunción de veracidad de los datos en ella contenidos.

(Ley 2015,2020)

La ley establece que se deberá consignar todos los datos clínicos relevantes de cada persona o paciente desde el registro perinatal hasta el fallecimiento.

Finalmente, se establece la prohibición de la divulgación de la información contenida en tal tipo de documento electrónico, tanto para los galenos como para las entidades prestadoras del servicio de salud, los actores que vayan a manejar dicha información deberán contar con la infraestructura necesaria como de seguridad y privacidad de la información como de seguridad digital.

Ordena al Gobierno Nacional para que junto con el Archivo General de la Nación reglamenten lo relacionado con los tiempos de retención, organización, así como la conservación de los documentos y el expediente de la historia clínica física o electrónica, en concordancia con la normatividad que rijan la materia.

No obstante, lo anterior, conviene traer a colación que ya en otra oportunidad el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud, mediante la Resolución No. 1995 de 1999, había establecido normas para el manejo de la Historia Clínica. Dentro de dicha normatividad, se encuentra no solo la definición de la historia clínica sino establece tres tipos de archivos, cabe resaltar que estableció igualmente las características básicas que debía reunir la historia clínica, como son la integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad. Igualmente hizo énfasis en la custodia y acceso a la historia clínica, aspectos que son recogidos por la ley 2015 de 2020. (MINISTERIO DE SALUD,1999)

Ahora, bien volvamos a recalcar la norma que introdujo toda la operatividad del sistema de salud, se creería que hasta hoy la más importante y de ella han venido desprendiendo varias ya antes enunciadas, la ley 100 de 1993, se crea una política de atención en salud más conocida como (PAIS), con esta política se busca una estrategia y una operatividad para el buen funcionamiento de los involucrados en el sistema. de ella se han desprendidos diferentes modelos que han buscado cumplir con las expectativas de todo; como por ejemplo el Modelo Integral de atención en salud (MIAS) con él se buscaba el cumplimiento de los principios establecidos en la ley 100 del 93. Sin embargo, fue un modelo muy bonito de papel y al llevarlo al campo de acción no era tan productivo como se pensaba, es por eso, que nace un nuevo modelo llamado Modelo de Acción integral Territorial (MAITE) con se busca cumplir con la Política PAÍS, llegando a cada territorio, a cada familia, brindando salud con calidad, pero sobre todo integrando a todos los que en él se comprenden y complementando con el MIAS, pues en él se busca la operatividad e integración.

Es enriquecedor todo el desarrollo histórico que Colombia ha adquirido durante todos estos años, su avance en sistema de salud del país es llamativo, proporcionando herramientas sólidas que nos permite ahondar y mejorar el modelo de atención domiciliaria institucional de la EAPB objeto de este trabajo de grado, aplicando en él los estándares de calidad, habilitación y acreditación.

Finalmente, en la actualidad el mundo está bajo una pandemia global llamada COVID-19, algunos sistemas de salud han colapsado debido a la falta de preparación para este tipo de

eventos. Se evidencia en países como; España, Italia, Estados Unidos, Ecuador, Brasil y otros, tal vez por falta de planeación y rapidez en la toma de decisiones. Empero, Colombia ha demostrado que el sistema de salud muestra solidez a la fecha, obteniendo respuestas medianamente rápidas y basadas en una planeación conjunta entre todos los sectores, lo que a la fecha de 09 de Abril del año 2020, el 80% de los infectados estaban recibiendo su tratamiento en casa, consolidándose la atención domiciliaria y demostrando que este modelo de prestación de salud es necesario para equilibrar los servicios de hospitalización y urgencias, evitando la saturación de los mismos a pesar de que aún falta la articulación vertical entre los actores.

(Ministerio de Salud y Protección Social CORONAVIRUS (COVID-19) ,2020)

Capítulo 3

Marco teórico

La salud ha sido uno de los elementos más relevantes para el desarrollo de una vida larga, cualitativa y sostenible, así como un derecho fundamental e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo definido por el (Ley 1751, 2015) . Teniendo como base estos aspectos importantes, se destaca que en Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha logrado avances en cobertura, acceso y equidad, los datos suministrados por el Ministerio de Salud indican que la cobertura del aseguramiento en Colombia está en un 95.6% con corte al año 2016, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

En los últimos años (corte 2016) la inversión a Hospitales Públicos ha sido fundamental con el fin de mejorar la atención a las poblaciones más vulnerables, adicional con este sistema se ha logrado disminuir el gasto de bolsillo en salud pasando en el 1.995 del 45% a un 14% para el año 2012 datos entregados por el Banco Mundial (Ministerio de Salud, 2016) buscando de esta manera que la oferta y la demanda se equilibren para generar una mayor sostenibilidad.

Para dar cumplimiento a estos aspectos, Colombia implementa un sistema de salud que contempla un conjunto articulado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias, procedimientos, facultades, obligaciones, derechos, deberes, financiamiento, controles, información y evaluación; donde el Estado dispone y genera las mismas para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud definido por él (Ley 1751,2015)

Viendo la necesidad de contar con una política de atención integral en salud, que tenga como objetivo general orientar al sistema hacia la obtención de mejores condiciones de salud para la población, clasificados en: acceso a los servicios y garantía del derecho a la salud, fue implementada una Política teniendo como antecedentes los resultados en salud, contemplados en la Ley 100 de 1993, cuyos alcances en aseguramiento han sido positivos, no obstante los resultados son los más óptimos. Según el Ministerio de Salud la carga de enfermedad denominada patología crónica creció del 76% al 83% entre los años 2005 a 2010, donde la expectativa de vida aumentó hasta los 74 años, pero con 16 años de discapacidad aproximadamente; es decir que la persona a los 58 años ya presenta alguna comorbilidad. Otro de los estudios realizados por el ministerio de salud indica que la mortalidad difiere según la region del país, lo que lleva a implementar la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo (art. 65) con el fin de impactar en las problemáticas de salud.

De esta se deriva finalmente la Política de Atención Integral en Salud de la siguiente manera:

(Ministerio de Salud y Protección Social,2016)

Política de atención integral en salud (PAIS)

Esta política está conformada por un marco estratégico y un modelo operacional, que a partir de las estrategias e instrumentos operativos y de gestión orientan la intervención de los diferentes agentes del Sistema, los cuales son: entidades territoriales a cargo de la

gestión de salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Las estrategias e instrumentos aquí contenidos, buscan un cambio en el modelo institucional de salud contemplado en la ley 100, teniendo como objetivo principal construir un modelo centrado en la población, que vincule la familia y la comunidad; además de intervenir directamente los factores protectores y de riesgo que determinan el estado de salud en el individuo.

Bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud están condicionados por agentes ambientales, sociales, culturales, políticos, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan la población y busca una relación articulada y sincrónica entre las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios.

Para lograr dichos objetivos, La política PAIS establece las siguientes 4 estrategias:

1. La atención primaria en salud (APS), la cual se define como estrategia fundamental, que busca inicialmente un enfoque familiar y comunitario, que dé respuesta a las necesidades de la población, siendo puente entre el sistema y los recursos disponibles.
2. El autocuidado, debe entenderse como una estrategia complementaria, en donde no solo el sistema sea responsable, sino que permita vincular al individuo en la toma de decisiones y acciones protectoras no solo de su salud, sino de la de su

familia y su comunidad; buscando así mismo una corresponsabilidad que permita disminuir o intervenir los factores de riesgo preestablecidos.

3. La Gestión Integral del Riesgo en Salud busca generar sincronía entre la Salud Pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud; logrando de esta manera disminuir el riesgo y el gasto de enfermedad.
4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones; siendo la última estrategia del modelo, individualiza la atención según características de la población y disponibilidad de recursos.

Estas cuatro estrategias permiten entonces una relación armónica entre el aseguramiento, la prestación del servicio y el desarrollo de políticas y programas en salud pública; para lo cual se adopta el siguiente modelo:

Modelo de atención integral en salud (MIAS)

La Política de Atención Integral en salud cuenta con un marco estratégico y un marco operacional que corresponde al MIAS que su ámbito de aplicación está enfocado en todos los actores que intervienen como lo son la Población en general y la responsabilidad estará a cargo de los Entes Territoriales, EAPB, IPS, entre otros relacionados con el sector salud principalmente. La finalidad del MIAS es que el paciente sea el centro de atención o el eje principal, como prioridad esta su bienestar y desarrollo, donde se intervienen aspectos

como promoción y mantenimiento de la salud, cuidado, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y muerte digna; se establece una serie de herramientas como lo son políticas, planes, proyectos que busca garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención de salud de la población, teniendo como pilares los siguientes 10 componentes:

(Ministerio de Salud y Protección Social,2016)

1. Caracterización de la Población

La cual indica que se debe organizar la población según el curso de vida y grupo de riesgo que puede afectar la salud y estar correlacionadas y adaptadas al Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021, cada actor debe cumplir con una función específica, como lo es el Ente Territorial debe identificar, conocer las necesidades de la población, las EAPB mediante la caracterización de la población prioriza las necesidades de sus afiliados, adicional se deben conformar los grupos de riesgo con siete criterios que son Grupo social de riesgo, enfermedades de alta frecuencia y cronicidad, enfermedades prioritarias en salud pública, enfermedades de alto costo y con tratamiento de alto costo y condiciones intolerables para la sociedad.

(Ministerio de Salud y Protección Social,2016)

2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS

Es el modelo de atención en salud donde se involucra a todos los actores que intervienen como lo son, prestador, asegurador y el ente territorial, para garantizar la atención

adecuada, se tiene como uno de los ejes principales el curso de vida de la población donde en ella se reconoce diferentes momentos y características, clasificadas como primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez, los cuales cuenta con entornos donde transcurre la vida cotidiana que tienen características sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, estos entornos son el hogar, entorno educativo, entorno laboral, entorno comunitario y entorno institucional entiéndase por éste último las entidades de salud; la atención o mejor el prestador primario es la puerta de entrada o el primer paso para la atención de un paciente, el cual puede ingresar por demanda espontánea, inducida o identificación desde la comunidad, en ella se dará una evaluación clínica para definir cuál ruta aplica según el estado o condición clínica del paciente, estas se clasifican en tres tipos de RIAS que son: Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, Ruta integral de atención para grupos de riesgo (16 grupos) y Rutas integrales de atención específica; adicional contempla cuatro componentes como Gestión de la Salud Pública, Promoción de la Salud, Acciones de Entornos y Acciones Individuales, según la condición clínica el paciente puede continuar con su Prestador Primario con un deber del usuario de implementar el Autocuidado no obstante si su atención requiere de mayor complejidad y según la clasificación de la ruta debe ser atendido por un Prestador Complementario será remitido y éste realizará valoración, tratamiento y validación después de tratamiento si continúa con la atención de mayor complejidad o puede ser devuelto para continuar sus controles y seguimientos con el prestador primario, según criterios médicos; estos dos prestadores tendrán en su proceso un HITO que se entiende como el resultado de la gestión y atención en salud, también intervienen las aseguradoras o EAPB para realizar acciones de vigilancia en salud pública, realizar seguimiento individual y familiar, realizar monitoreo,

evaluación y retroalimentación de los caso atendidos por el prestador, hacer seguimiento de acciones de promoción y mantenimiento de la salud y por último intervienen las entidades territoriales que realizan acciones de vigilancia en salud pública, realizan seguimientos a los casos reportados, así mismo hacer seguimiento de acciones de promoción y mantenimiento de salud e inspección vigilancia y control. (Ministerio de Salud y Protección Social,2016)

3. Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS

Esta tiene como objetivo anticiparse a la ocurrencia de los eventos de interés de salud pública, mitigar el riesgo para la salud del individuo, prevenir enfermedades, entre otros, y se realiza operativamente con la obtención de datos y con la participación de diferentes agentes como lo son Prestador Complementario, Primario, Afiliado, EAPB y Ente Territorial garantizando una articulación de la Gestión Colectiva e individual del riesgo. (Ministerio de Salud y Protección Social,2018)

La Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS contemplan tres objetivos los cuales son:

- a) Mejor nivel de salud de la población
- b) Mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención
- c) Costos acordes a los resultados obtenidos

Para poder avanzar y lograr estos objetivos se requiere lo siguiente:

- a. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.
- b. Mejoramiento continuo de la calidad por parte de cada agente del sistema.
- c. Implementación de las Rutas de Atención Integral en Salud – RIAS
- d. Involucramiento de las personas que aporte a la toma de decisiones.

Estos se concretan a través de los agentes o los actores que intervienen en el sistema de salud:

a) Entidad Territorial tiene como responsabilidad la modificación de los determinantes sociales que afecten la salud poblacional y debe formular y priorizar el plan territorial de salud.

b) Entidades Promotoras de Salud ahora EAPB su responsabilidad es:

La identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos de la población.

Suministrar los servicios y tecnologías en salud de manera integral para promover la salud, prevenir, tratar, rehabilitar, paliar o curar la enfermedad.

c) Prestadores de servicios de salud su responsabilidad es:

La atención según las necesidades y condiciones de salud de la población y la aplicación de las RIAS.

Identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos.

d) Personas (afiliados) las cuales son el centro y la finalidad del sistema de salud, su responsabilidad es toma decisiones y acciones orientadas al autocuidado, así como el cuidado de su familia, la comunidad y el medio ambiente.

e) Ministerio de salud y protección social su responsabilidad es:

Definir políticas y marco regulatorio en salud que optimice el desempeño del sistema.

Coordinación de los agentes del sistema y otros sectores.

Articular las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales dirigidas a la promoción, mantenimiento y el logro de resultados en salud.

4. Delimitación Territorial del MIAS

Contempla que en Colombia según las características sociales, étnicas, demográficas y de género, puede variar las condiciones de salud, según el ámbito donde esté ubicado el afiliado que puede ser territoriales urbanos, territoriales con alta ruralidad y territoriales dispersos. (Ministerio de Salud y Protección Social. 2016)

5. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

La red de Prestadores son entidades de salud tanto públicas como privadas que prestan servicios y que se clasifican según su nivel de complejidad en componentes primarios y complementarios que se define según habilitación en REPS, y esta red debe garantizar al afiliado la atención de los dos componentes georreferenciada al lugar donde vive evitando traslados innecesarios.

(Ministerio de Salud y Protección Social. 2016)

Su objetivo es garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud y la atención oportuna, continua, integral y resolutive. Funciona como un conjunto articulado de prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados clasificados como componente primario y complementario que deben disponer de recurso humano, técnico, financiero y físico, donde se debe contemplar y garantizar redes de prestadores de servicios de salud, red de urgencias, redes de servicios oncológicos y enfermedades huérfanas.

La red se define a partir de las necesidades de la población, caracterización de riesgo de las aseguradoras para su población, requerimientos de las RIAS y los resultados de los grupos poblacionales y grupo de riesgo del territorio, como se a mencionado anteriormente debe contener dos componentes prestacionales, el componente primario servicios de baja y mediana complejidad el cual debe resolver como mínimo el 80% de los problemas de salud de la población y el componente complementario servicios de mediana y alta complejidad, la complejidad está definida de acuerdo a los servicios que cada IPS tiene habilitados en el REPS.

(Ministerio de Salud y Protección Social. 2016)

Según la resolución 1441 de 2016 donde se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones, estos son los actores que intervienen en la implementación de los RIPSS: el Ministerio de Salud y Protección Social, EAPB, Entidad Departamental y Distrital de Salud y la Supersalud, esto con el fin de habilitar a la EAPB teniendo como criterio garantizar la prestación de los servicios en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutiveidad, los cuales son de obligatorio cumplimiento para la EAPB de la población que tiene

(RIPSS,2020)

6. Redefinición del rol del asegurador

Debe fortalecer la gestión de riesgo financiero y garantizar la atención de sus afiliados de manera eficiente, optimizando los recursos y participar con todos los actores del MIAS.

(Ministerio de Salud y Protección Social,2016)

7. Redefinición del Esquema de incentivos

Orientados hacia los resultados en salud o desempeño en salud, sin poner en riesgo la sostenibilidad del sistema, donde se contempla incentivos tanto pecuniarios como no pecuniarios para el recurso humano (antes ahora Talento Humano) en salud e incentivos para los usuarios relacionados con el autocuidado, entre otros.

(Ministerio de Salud y Protección Social,2016)

8. Redefinición y procesos del sistema de información

Teniendo como base el MIAS y las RIAS se debe disponer según lo que estipule el Ministerio de Salud y Protección Social de información adecuada y que todos los actores estén sincronizados para el uso adecuado de este sistema y el uso adecuado de la herramienta que se utiliza para este fin que es SISPRO Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social.

(Ministerio de Salud y Protección Social,2016)

9. Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud – RHS

Para el fortalecimiento del recurso humano definen qué se deben contemplar cuatro ejes como lo son la formación del RHS, la armonización del RHS con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios, el fortalecimiento del RHS responsable de la planeación y gestión territorial en salud y gestión y planificación y mejoramiento de condiciones

laborales del RHS a nivel nacional y territorial. (Ministerio de Salud y Protección Social,2016)

10. Fortalecimiento de la Investigación, Innovación y apropiación del conocimiento. Para este Componente lo que se buscan en cuanto a la Investigación es solventar las necesidades en salud de la población en general y fortalecer la capacidad de investigación en salud pública, e indica que debe estar enmarcadas con seis retos de innovación e investigación en sistema de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social,2016)

Buscando dar el Liderazgo a cada entidad territorial es decir el Departamento y el Distrito y disminuir la brecha en su desarrollo entre territorios se decide ajustar el MIAS por el MAITE esto con el fin del fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial, la priorización conjunta nación-territorio, asistencia técnica focalizada y trabajo colaborativo y cercanía a los territorios por medio de líderes MAITE. (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2019) lo anterior ya que en el modelo anterior no se contemplan estos aspectos y según información dada por el Ministerio de Salud (Formarsalud, 2019) su momento en cabeza del Dr. Juan Pablo Uribe Colombia es muy heterogénea y por esto es necesario realizar en cada territorio un acuerdo práctico de salud de la población con temas de las dimensiones del antiguo MIAS, temas de salud pública y gobernanza. Por lo anterior se crea la resolución número 2626 del 27 de septiembre de 2019 es el acto administrativo por medio del cual se modifica la política PAÍS y derogando las resoluciones 429 de 2016 y 489 de 2019 del MIAS y nace el modelo de Acción Integral Territorial, también llamado MAITE, dando cumplimiento con el marco operacional de la política, enfocados en las

comunidades, familias y atención de salud con calidad, adicional pasa de los diez componentes del MIAS a ocho líneas de acción en MAITE unificando algunos componentes a una sola línea, así línea de Aseguramiento están incluidos los componentes de Caracterización de la Población, GIRS y Redefinición del rol del asegurador, en la Gobernanza están los componentes de delimitación del modelo del MIAS y el Fortalecimiento de la Investigación, innovación y apropiación, en la Línea de Salud Pública está el componente RIAS, en la línea de Prestación de Servicios de Salud está el componente de RIPSS, en la línea de Financiamiento está el componente redefinición esquema de incentivos, en la línea de Transversal está el componente de requerimientos de los sistema de información y en la última línea Talento Humano está el componente fortalecimiento del talento humano, a continuación se describe cada Línea de Acción :

Modelo de acción integral territorial (MAITE)

Su marco contempla ocho líneas con las que se pretenden implementar en los territorios herramientas, acuerdos, proyectos, documentos entre otras, que permitan brindar una atención de calidad a las familias, comunidades, los cuales son:

1. Aseguramiento: Garantizar el acceso a los servicios de todos los integrantes del territorio mediante los integrantes del sistema, asegurando la implementación del sistema obligatorio de Garantías de la calidad SOGC. (Jaimes, c, 2019)
2. Salud Pública: Esta línea busca atender la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) mejorando la calidad en salud de la población liderada por las entidades territoriales, satisfaciendo las necesidades a las personas, familias y comunidades.

3. Prestación de servicios de salud: Su alcance es garantizar el acceso y mejoramiento de los servicios de salud del territorio, optimizando los recursos, implementando mecanismo de accesibilidad, organización de redes prestadoras de servicios y celebración de acuerdos y contratos que cumplan con las expectativas de las familias y comunidades.

Contempla 11 acciones como lo son la implementación de mecanismos, instrumentos o metodologías de la disponibilidad y suficiencia en los servicios de salud, implementar RIPSS habilitadas, fortalecer el SOGC en el territorio, garantizar la consistencia entre las prioridades en salud, definir procesos de las redes, garantizar adecuadas coberturas de PYM, mejorar infraestructura y la dotación de las IPS, fortalecer los servicios extramurales, de sistemas de información y de actividades de telesalud y telemedicina y promover la demanda inducida a través de los PYM. (Ministerio De Salud, 2019)

Para objeto del presente trabajo esta línea **Prestación de servicios de salud** contribuye a la GIRS, lo anterior, ya que al implementar este Modelo Integral de Gestión para el Mejoramiento Institucional del Proceso de Atención Domiciliaria en una EAPB de la Ciudad de Bogotá, y aplicando las acciones que se indican en esta línea como lo son mecanismos, instrumentos o metodologías para el mejoramiento continuo del actual proceso de todos los actores que intervienen la Atención domiciliaria, así como implementar redes integrales entre el prestador de atención domiciliaria, la IPS y la EAPB contribuyendo a un mejor resultado en el estado de

salud del paciente, también uno de las acciones que se pueden intervenir es mejorar o fortalecer los servicios extramurales, con el trabajo que se realizará de campo se puede detectar cuales son los planes de mejora.

4. Talento Humano: Siendo una de las líneas más importantes, ya que debe ser personal enfocado en la humanización, disponibilidad y competente, pero además reconocido financieramente.
5. Financiamiento: línea que busca la gestión, seguimiento y disponibilidad de los recursos financieros que garanticen una operación eficiente, equitativa y sostenible del sistema de salud, (Jaimes, c, 2019)
6. Enfoque diferencial: Busca erradicar las inequidades del sector, eliminando barreras de acceso al sistema adaptando y desarrollando proyectos, realizando adaptaciones financieras, estructurales, de procedimiento entre otras. fortaleciendo este esta línea con el talento humano encaminado a la atención de la población más vulnerable de cada territorio.
7. Intersectorialidad: Articulación de las entidades privadas, públicas, recursos, servicios, familias, comunidades buscando satisfacer las expectativas del territorio teniendo en cuenta que cada uno tiene necesidades diferentes, generando mecanismo de colaboración entre otras comunidades desarrollando objetivos comunes.
8. Gobernanza: consiste en el conjunto o cohesión de todos los gobernantes, entidades públicas y privadas, comunidad funcionen articuladamente por un bien

común llamado gestión en salud, es decir siendo este un asunto público de interés general y no particular.

La implementación de MAITE se hará gradualmente buscando la eliminación de las barreras culturales, administrativas, geográficas, tecnológicas, entre otras y deberá llevar las siguientes fases: (Ministerio De Salud, 2019)

Planeación, formulación y adopción: es un proceso donde las entidades departamentales y distritales de salud con el apoyo del ministerio de salud identifica prioridades en cada línea de acción en el territorio, y realizan un Plan de Acción e Implementación del MAITE - PAIM el cual debe iniciar su elaboración a partir del 01 día de posesión del Gobernador y Alcalde es decir desde el 01 de enero y tendrá un plazo de 6 meses para presentarlo.

Ejecución: Se implementará el Plan de Acción e Implementación del MAITE - PAIM y el departamento trabajará con las autoridades municipales para su ejecución, este plan tendrá una vigencia de cuatro años.

Monitoreo: el PAIM tendrá avances cada tres meses, y debe ser reportado al ministerio dentro de los 30 días siguientes a su vencimiento.

Ajuste del Plan: El departamento o distrito hará la revisión del PAIM si requiere ajustes debe notificarlos al ministerio, esta revisión debe realizarse en el tercer trimestre de cada año y donde se tendrán en cuenta los avances realizados en el MIAS.

De acuerdo a los postulados anteriores y para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud, donde las necesidades intrínsecas y extrínsecas del paciente sean pilar fundamental; se hace necesario conocer lo indicado a nivel normativo en el decreto 1011 incluido en el decreto 780, el cual busca que los prestadores generen, mantengan y mejoren la calidad, buscando la excelencia en la gestión clínica y la humanización de la atención en salud.

Por ende, a continuación, se explicará la estructura del SOGC en Colombia:

Sistema obligatorito de garantía de calidad en salud (SOGCS)

Para abarcar de manera integral el modelo de atención domiciliaria, es crucial conocer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el cual tiene como objetivo principal la mejora de los resultados en salud; que den seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y los cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios EAPB.

Es justamente que con el fin de intervenir en estos resultados y evaluar la calidad en la atención en salud, que el SOGCS, debe garantizar a los usuarios la accesibilidad a los diferentes servicios de salud incluidos, de manera oportuna y segura, sin comprometer la pertinencia y la continuidad de los mismos **(Capítulo 2, Decreto 1011 del 2006, contenido en decreto 780)**

Dicho sistema es modificado periódicamente y según avances, datos o resultados obtenidos por las entidades departamentales, distritales y la superintendencia de salud. Lo que permite la articulación con otros sistemas de gestión y con sus 4 componentes.

Sistema único de habilitación (SUH)

Este sistema, de cumplimiento obligatorio, establece las directrices o estándares mínimos que evalúan y verifican la capacidad científica, técnica y de suficiencia patrimonial; que den garantía a los usuarios sobre la prestación del servicio. Esto se apoya en la Resolución 2003 del 2014; donde según lo establecido para este proceso de “Atención domiciliaria “, busca la aplicación de modelos de salud, dentro del domicilio y con la participación activa, no solo del personal médico asistencial; sino de la red de apoyo primario del paciente y que permitan de esta manera un ambiente seguro para su evolución.

Justamente para garantizar estos objetivos, el servicio de atención domiciliaria, incluye al paciente agudo y al paciente crónico con y sin ventilador y establece unos criterios respecto a infraestructura, talento humano, dotación, aplicación de medicamentos e insumos, registro de historia clínica, procesos prioritarios e interdependencia. Dichos requisitos nos aseguran una prestación completa y de calidad para el usuario. En donde no solo la disponibilidad del médico o el personal de enfermería sean claves, sino las condiciones del domicilio, incluyendo accesibilidad y servicios públicos.

Cabe resaltar de esta manera que dependiendo el uso o no de ventilación mecánica, el prestador debe contar con los materiales, medicamentos e insumos necesarios que garanticen el tratamiento adecuado para el paciente de manera individual y según sea necesario disponer de los protocolos o guías para cada proceso; Sin dejar de lado el registro de la atención dentro de la historia clínica unificada, que permita valorar el ingreso del paciente, los datos de la visita, en cuanto a tiempo, involucrados y desarrollo de la misma; así como la aplicación de

consentimientos o referencia y contrarreferencia cuando apliquen (Resolución número 00002003,2014)

Es importante en este sentido hacer referencia a la Resolución 3100 del 25 de noviembre del 2019, la cual modifica a la 2003 del 2014, como resultado de los múltiples avances en materia de reglamentación y tecnología que han impactado en la prestación del servicio y los criterios de habilitación. Dicho de esta manera esta resolución define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y su Habilitación, así como la adopción del manual. Lo cual nos pone en la actualidad en un periodo de transición

Sistema único de acreditación

Para hablar de mejoramiento, sin lugar a dudas debemos hacer referencia al Sistema único de acreditación constituido en el decreto 903 del 2014 y al Manual de acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia Versión 3, contenido en la Resolución 5095 del 2018 , que aun sin ser de obligatorio cumplimiento; se pone a disposición de las instituciones prestadores de servicios de salud (IPS),, EAPB del Régimen Contributivo y Subsidiado y empresas de medicina prepagada que de forma voluntaria deseen la implementación de servicios de calidad superior.

Este sistema se orienta bajo 3 principios esenciales; que buscan la integralidad de los servicios, el cumplimiento de las exigencias planteadas y el manejo de la información entre los entes involucrados, los cuales deben dar cumplimiento a una serie de requisitos mínimos denominados “ puertas de entrada “, que permiten el inicio del ciclo de

acreditación; el cual es un proceso de índole mundial que permite crear un clima de confianza ante los usuarios y refuerza el interés de todos los involucrados en la prestación de los servicios de salud por alcanzar el reconocimiento al haber iniciado un proceso de mejora continua hacia la excelencia.

Dicho ciclo, debe ser acordado contractualmente por el acreditado y el acreditador, estableciendo inicialmente una autoevaluación que permita definir la aplicación o no de cada estándar.

Estos estándares de acreditación incluidos en la versión 3.1, se agrupan en:

Grupo asistencial

1. Cliente - Asistencial: Que por definición se divide en 11 subgrupos:

- Derechos de los pacientes
- Seguridad del paciente
- Acceso
- Registro e ingreso
- Evaluación de necesidades al ingreso
- Planeación de la atención
- Ejecución del tratamiento
- Evaluación de la atención
- Referencia y contrarreferencia
- Salida y seguimiento

Grupo administrativo

2. Direccionamiento
3. Gerencia
4. Gerencia del talento humano
5. Gerencia del ambiente físico
6. Gestión de tecnología
7. Gerencia de la información
8. Mejoramiento de la calidad; y son los que en la actualidad están vigentes.

(Resolución número 5095,2018)

Adicionalmente y con el objetivo de evaluar el proceso de acreditación de manera sistemática, que incluya el ámbito ético y normativo, se debe certificar el cumplimiento de estos 7 ejes:

1. Seguridad del paciente
2. Humanización de la atención
3. Gestión de tecnología
4. Enfoque y gestión del riesgo
5. Mejora continua
6. Atención centrada en el usuario y su familia
7. Responsabilidad social

(ICONTEC, 2020)

Sistema único de información en salud (SUIS)

Inicialmente debe entenderse el Sistema Único de Información en Salud (SUIS), como aquel que integra la recolección, procesamiento y reporte de información necesaria para el mejoramiento de los servicios de salud, logrando de esta forma una mejor gestión en todos los niveles del sistema.

(Resolución 256,2016)

Por medio de la resolución 256 de 2016 se dictan las disposiciones del SUIS para la calidad y se establecen a su vez los indicadores para el monitoreo de la misma, buscando de esta forma la evaluación del desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, permitiendo brindar información objetiva a los ciudadanos y su elección de los diferentes prestadores de salud y aseguradores.

A su vez comprendiendo un marco legal el cual se basa en la Ley 100 del 93, en el que se define la responsabilidad del Gobierno Nacional de generar y difundir información que incluya el estado de salud de la población, así como indicadores de precio, gestión y calidad.

Dicho esto, el SUIIS cuenta con unos componentes los cuales son:

- ❖ Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA), el cual es un sistema de reporte de eventos de interés en salud pública, gestionado por el Instituto Nacional de Salud el cual comprende enfermedades de salud pública tales como: bajo peso al nacer, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, hipertensión arterial, entre otras.
- ❖ Registro Único de Afiliados (RUAF), encargado del manejo de información de todos los componentes de protección social como lo son salud, pensiones, riesgos profesionales; a su vez el RUAF contiene un módulo llamado ND-RUAF encargado de registrar información de nacidos vivos y defunciones el cual es utilizado por el Departamento Nacional de Estadística para la publicación de información poblacional.
- ❖ Planilla Integrada de Liquidación (PILA), es una base de datos encargada de manejar información de empleo, cotizaciones y aportes a los diferentes módulos de protección social.
- ❖ Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), registra datos de precios de compra y venta de medicamentos por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), droguerías, etc.

- ❖ Cuenta maestra, contiene información de la distribución de recursos del sistema general de participaciones.
- ❖ Registro de Personas con Discapacidad, en esta base de datos se encuentra registradas las personas con algún tipo de discapacidad reportadas por las gobernaciones.
- ❖ Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), recoge información de los servicios de salud prestados en el país. Estos son generados por la Instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPS) quienes reportan a la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y al Ministerio de Protección Social (MPS).
- ❖ Vacunación, contiene información de vacunación enviada por las direcciones territoriales de salud. Buscando implementar un sistema de seguimiento de cada individuo vacunado para supervisar el cumplimiento del plan de vacunación.
- ❖ Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO), recoge información de gestión, capacidad instalada y funcionamiento de los hospitales públicos.
- ❖ Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS), registra información de los prestadores habilitados para la prestación del servicio.

Entendiendo que todos los Prestadores de Servicios, sean públicos o privados, deben contar con un sistema de información. (Bernal-Acevedo, Oscar, & Forero-Camacho, Juan Camilo, 2011)

Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud (PAMEC)

El PAMEC, es el mecanismo que se utiliza para la implementación de una auditoría que permita a las diferentes instituciones de salud obtener una evaluación y continuo mejoramiento en la calidad de atención en salud.

Asimismo, el PAMEC cuenta con un marco legal el Decreto 1011 de 2006 en el cual se indican las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud y las guías básicas para la implementación de las mismas, a su vez se encuentra la Circular 047 de 2007 la cual se modifica a través de la Circular 012 de 2016, donde se establecen las generalidades sobre el reporte de información y los anexos técnicos.

Cabe resaltar, la relevancia que actualmente tiene la calidad en los servicios de salud, puesto que no solo incluye la satisfacción de un cliente, sino mejorar su calidad de vida, extenderla y en muchos casos evitar que se enferme o fallezca. Por tal motivo se toma un cambio en el que no solamente el paciente es quien se preocupa por la calidad de atención

que espera recibir, sino que cada uno de nuestros servicios en salud empieza a tener como uno de los pilares básicos fundamentales la calidad.

Es allí donde encontramos los niveles de operación los cuales son tres: autocontrol, auditoría interna y auditoría externa.

- ❖ Autocontrol, encargado de la obtención de un diagnóstico en el que se identifiquen los problemas o fallas de calidad que afecten la organización que impacten a su vez el usuario y la atención a este. Debe tenerse en cuenta los seis aspectos a evaluar desde el punto de vista del usuario en cada uno de los procesos, los cuales son accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y atención al usuario.
- ❖ Auditoría interna, es el conjunto de procesos que permite la evaluación de atención en calidad en salud, llevada a cabo por la misma institución, teniendo como objetivo contribuir a la adquisición de una cultura de autocontrol.
- ❖ Auditoría externa, es la evaluación de la calidad de atención en salud, llevada a cabo por un ente externo a la institución. Este tipo de auditoría podrá ser llevado por la Superintendencia Nacional de Salud, Secretarías delegadas en cada Ente Territorial y los operadores logísticos contratados por cada ente de control.

A su vez, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

- ❖ Acciones preventivas: se entiende como el conjunto de procedimiento, actividades y/o mecanismos de auditoría que se realizan en los procesos prioritarios definidos por la institución, los cuales debe ser realizados por las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios garantizando de esta forma la calidad de la misma.
- ❖ Acciones de seguimiento: se entiende como el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización a la prestación de los servicios de salud de la institución para garantizar la calidad de los mismos.
- ❖ Acciones coyunturales: se entiende como el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que tienen como objetivo alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos en los servicios de la salud de la institución durante los procesos de atención, de igual forma debe facilitarse la aplicación de intervenciones orientadas a la solución y prevención inmediata de su ocurrencia.

Logrando la construcción de una ruta crítica la cual consta de ocho pasos que involucran actividades diferentes en cada uno de ellos. A continuación, se explican los diferentes aspectos de la misma.

❖ Autoevaluación

En este primer paso debe tenerse en cuenta la realización de un diagnóstico que identifique los problemas o fallas de calidad que afecten a la organización. Así mismo la calidad que se imparte al usuario y la atención a este. por medio de seis aspectos, los cuales son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y atención al usuario.

❖ Selección de proceso a mejorar

Corresponde a el listado de oportunidades de mejoramiento que se genera a partir de la autoevaluación, sin embargo, debe tenerse en cuenta que dichas oportunidades de mejora deben estar relacionadas al proceso de atención centrado en el usuario.

❖ Priorización de procesos

Debe realizarse acorde a los procesos que impactan con mayor fuerza al usuario

❖ Definición de la calidad esperada

Una vez definidos los procesos prioritarios que serán intervenidos, se procede a establecer la forma en cómo se van a realizar esos procesos de atención bien sea a través de normas técnicas, guías, indicadores etc.

- ❖ Formulación de planes de mejoramiento

Es aquí donde se observará que tan grande es la brecha que existe entre la calidad observada y la calidad esperada

- ❖ Implementación de planes de mejoramiento

Consiste en la definición de acciones de mejoramiento detalladas que mitiguen o eliminen las causas del efecto no deseado.

- ❖ Evaluación de ejecución de los planes de mejoramiento

Tiene como objetivo valorar el cumplimiento y la efectividad de las acciones ejecutadas que se definieron previamente en el plan de mejoramiento.

- ❖ Aprendizaje organizacional

Hace referencia a la capacitación del personal según la toma de decisiones, la estandarización de mejora de los procesos que se haya tomado por la organización, una vez obtenidos los resultados del programa de auditoría. (Daruma,2019)

Finalmente, el modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, cuenta con una herramienta de gestión como el PHVA, la cual se encuentra compuesta por cuatro componentes.

El primero de ellos es planear, en donde se definirán las metas y métodos que permitan alcanzar dichas metas, seguido a esto se encuentra el segundo componente que hace referencia al hacer, en este se deberá educar y entrenar y a su vez ejecutar la tarea y recoger los datos, luego en el tercer componente que es verificar, se llevará a cabo la verificación de la tarea realizada y por último se encuentra el actuar, en donde se conseguirá una actuación correctivamente.

Cabe resaltar que la responsabilidad en el ejercicio de la auditoría, debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede llegar a poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente; Por lo cual la Resolución 1043 de 2006 establece las condiciones que se deberán cumplir por parte de los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios. (Brito, A, 1970)

Capítulo 4

Tipo de investigación

Caso empresarial con trabajo de campo

Diseño metodológico

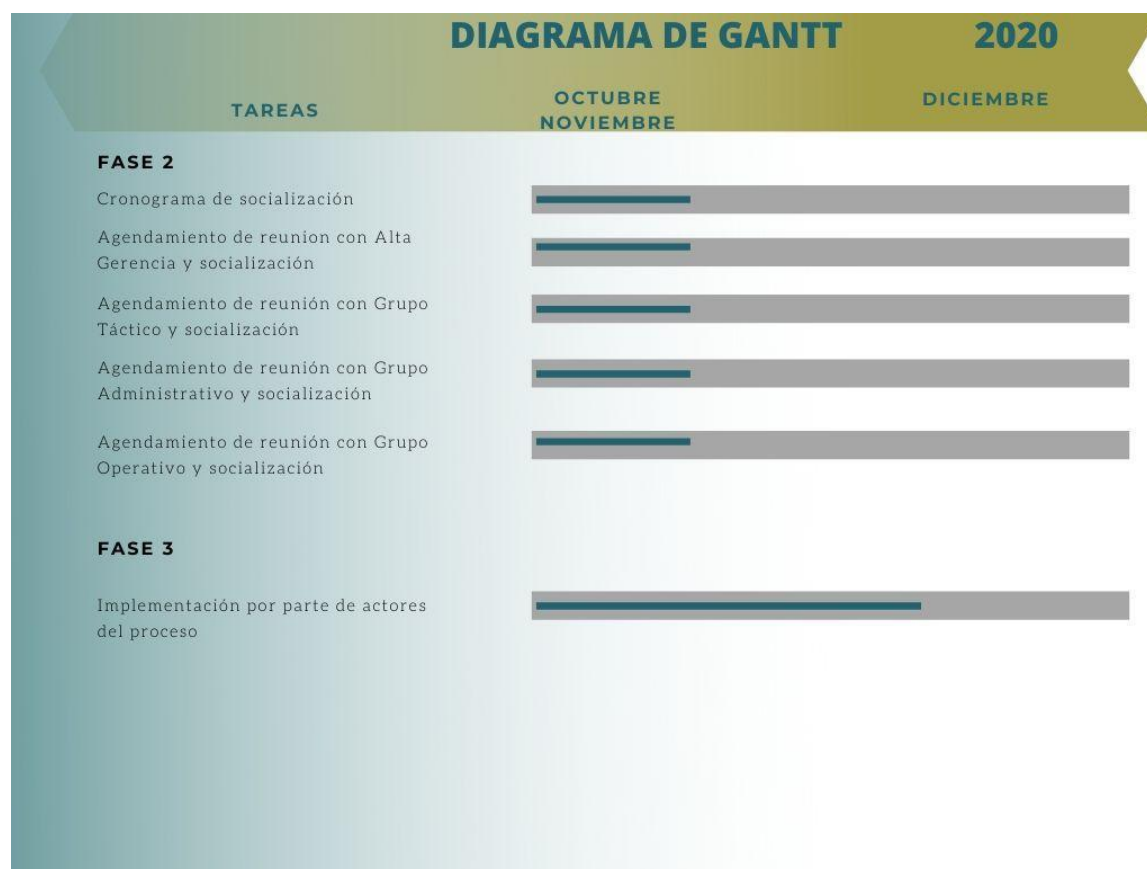
Para llevar a cabo este trabajo de grado, se divide la investigación en cuatro fases, lo cual permite tener un control de las actividades a desarrollar en el trabajo, por tal motivo, se hará uso de la herramienta de Gantt la cual proporciona una visión de las tareas programadas y simplifica el inicio y final de una tarea en tiempos estipulados para el cumplimiento de las mismas.

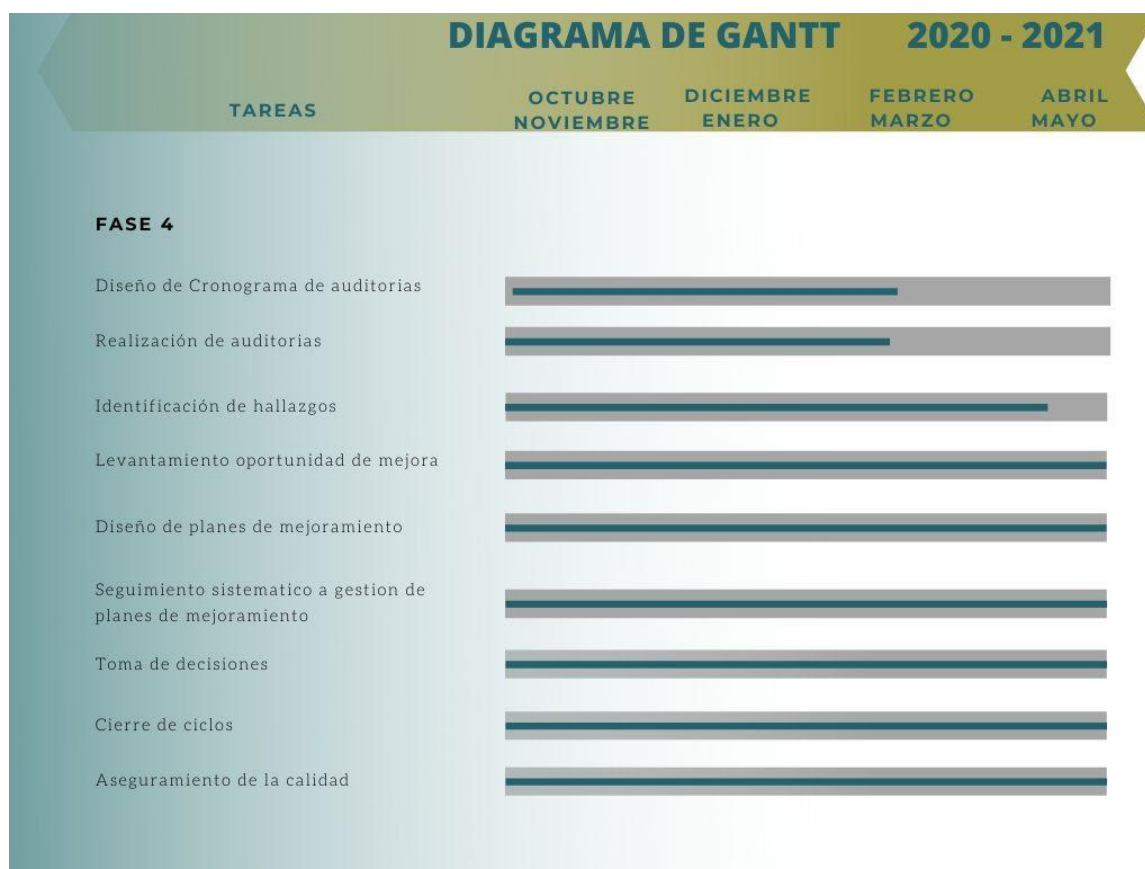
Se hace necesario recalcar que para efectos del presente trabajo de grado el alcance corresponde a la fase 1, se deja a consideración de la EAPB el continuar con la fase 2 correspondiente a la socialización , 3 implementación y 4 seguimiento.

A continuación, se ilustra el Diagrama de Gantt para el presente trabajo:



Ilustración 1. Diagrama de Gantt





Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- ❖ Población adscrita a la EAPB de la ciudad de Bogotá
- ❖ Población atendida en la IPS de la ciudad de Bogotá
- ❖ Pacientes con patologías o diagnósticos de inicio agudo que cumpla con los criterios de ingreso definidos al programa de atención domiciliaria.
- ❖ Pacientes inscritos en el programa de atención domiciliaria por parte de los proveedores directos de la atención.

Criterios de exclusión

- ❖ Población adscrita a la EAPB en otras ciudades fuera de Bogotá.
- ❖ Población atendida en otras IPS no contratadas directamente por la EAPB de la ciudad de Bogotá.
- ❖ Pacientes con patologías crónicas que estén inscritos al programa de atención domiciliaria.
- ❖ Pacientes en fase terminal con apoyo de cuidado paliativo domiciliario.

Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y SU RED DE APOYO	Cualitativa	Evaluación de la percepción del servicio por parte del usuario y su red de apoyo	Grado de conformidad que siente el usuario frente a la prestación	- SATISFACCIÓN DEL CON EL SERVICIO PRESTADO IPS. - SATISFACCIÓN DEL CON EL SERVICIO PRESTADO EAPB. - SATISFACCIÓN CON EL PROFESIONAL EN SALUD	Porcentaje de satisfacción frente al profesional encargado de la atención asistencial. Porcentaje de satisfacción frente a los colaboradores administrativos.
APROVECHAMIENTO DE RECURSO	Cuantitativa	Uso de recursos disponibles para la atención del paciente.	Forma como se utiliza cada uno de los recursos institucionales para brindar al usuario un servicio de calidad	- RECURSOS FISICOS - RECURSOS HUMANOS - RECURSOS FINANCIEROS	- Promedio de estancia - Porcentaje de personal asistencial.
ACCESIBILIDAD AL SERVICIO DE PHD	Cualitativa	Mayor o menor posibilidad de tomar contacto con el servicio de hospitalización domiciliaria	Tiempo de acceso a la prestación del servicio	- ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA - ACCESIBILIDAD ECONOMICA - ACCESIBILIDAD EN TRAMITES ADMINISTRATIVOS	- Tiempo en días en trámites administrativos. - Uso de recursos financieros propios. - Demora en tiempos de atención
SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PHD	Cualitativas	Evento que resulta como consecuencia de la enfermedad o del manejo.	Forma de medir el número de complicaciones secundarias a la prestación del servicio.	- Reingresos - Eventos adversos - Tiempo prolongado de tratamiento	- Porcentaje de reingresos. - Promedio de eventos adversos. - Promedio de días de hospitalización.

Ilustración 2. Operacionalización de variables

Universo

Para el desarrollo del presente trabajo de grado se tendrá en cuenta el proceso de atención domiciliaria de una EAPB en la ciudad de Bogotá. La cual cuenta con diferentes programas, centrandonos en el servicio de pacientes agudos con una población con corte al mes de abril del año 2020 de 89 pacientes y que cumplen con los criterios de selección para prestación del proceso de atención domiciliaria.

Instrumentos

Modelo Integral De Gestión para el mejoramiento institucional del proceso de atención domiciliaria.

Anexos

- ❖ Diagnóstico institucional
- ❖ Caracterización del proceso
- ❖ Indicadores de medición
- ❖ Descripción de recomendaciones
- ❖ Formato de Plan de mejoramiento

Instrumento definitivo

El Instrumento definitivo para este trabajo de grado es el modelo de gestión integral para el mejoramiento institucional del proceso de atención domiciliaria en una EAPB de la ciudad de Bogotá , el cual se basa en el ciclo PHVA, siendo este uno de los esquemas recomendados para alcanzar niveles superiores de calidad. Sus siglas reciben el significado de Planear, Hacer, Verificar y Actuar, cada uno de estos conceptos corresponden a una etapa del ciclo:

Planificar: En esta etapa se establecen objetivos y se identifican los procesos necesarios para lograr resultados de acuerdo a las políticas de la organización. Así mismo en esta etapa se tendrán en cuenta los parámetros de medición que se van a utilizar para controlar y hacer seguimiento del proceso.

Hacer: Se basa en la implementación de los cambios necesarios para lograr las mejoras planeadas.

Verificar: Una vez se establece el plan de mejoras, se establece un periodo de prueba para medir y valorar la efectividad de los cambios; teniendo entonces como objetivo esta fase la regulación y ajuste.

Actuar: Se toman las decisiones y acciones para mejorar continuamente en el desarrollo de los procesos, y en caso de que los resultados no se ajusten aún a las expectativas y objetivos predefinidos, se realizan las debidas correcciones y modificaciones necesarias.

Colaboradores de la investigación

- ❖ IPS de Mediana complejidad
- ❖ IPS Tercerizadas encargadas del proceso de atención domiciliaria
- ❖ EAPB de la ciudad de Bogotá.

Recursos disponibles

❖ Talento humano:

- ❖ Estudiantes del posgrado “Gerencia en Servicios de salud, de la Universidad Sergio Arboleda”
- ❖ Profesional del área de auditoria de la EAPB de la ciudad de Bogotá
- ❖ Gerente de la EAPB de la ciudad de Bogotá.
- ❖ Usuarios del Programa de Atención domiciliaria de la EAPB de la ciudad de Bogotá
- ❖ Asesor Metodológico dentro del marco de la investigación

❖ Recursos financieros:

- ❖ Incluidos para papelería, traslados y desarrollo de actividades programas

❖ Recursos técnicos: Tangibles e intangibles

- ❖ Computadoras
- ❖ Teléfono móvil
- ❖ Impresora
- ❖ Sistema de información de la EAPB de la ciudad de Bogotá
- ❖ Historia clínica digitalizada

Divulgación

Bajo los términos de la ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decreto 460 de 1995, Decisión Andina 351 y demás normas que apliquen, el presente trabajo de grado titulado “*Modelo integral de gestión para el mejoramiento institucional del proceso de atención domiciliaria en una EAPB de la ciudad de Bogotá*”, estará disponible en la Biblioteca de la Universidad Sergio Arboleda. Documento que podrá ser consultado en la pagina web <https://www.usergioarboleda.edu.co/> , a través de formato físico, digital y demás herramientas dispuestas por la entidad educativa, para el público interesado.

Se realizará entrega de una copia del documento y anexos al Lider de Auditoria Médica de la EAPB objeto del trabajo de grado.

Tratamiento de la información

Con el fin de obtener los datos para cumplir con los objetivos propuestos en el trabajo de grado, se tomará la información tanto física ya existente como aquella no documentada, por medio de reuniones, teniendo en cuenta que la investigación es cualitativa y cuantitativa y que los resultados a entregar están basados en los datos recopilados por las entidades de salud involucradas en el presente estudio.

En cuanto al tratamiento de datos se ofrecerá seguridad a todos sus actores en el tratamiento de la información, basado en la confidencialidad de nombrar las entidades, según sus directrices.

En consecuencia, se entregará oficio de confidencialidad para la ejecución del mismo y estará protegido conforme lo establecen los parámetros legales.

Así mismo, los nombres de las entidades no serán mencionadas ni publicadas, ahora en adelante se llamarán EAPB de la ciudad de Bogotá e IPS de la ciudad de Bogotá, sin embargo los datos suministrados y recolectados se publicarán de acuerdo a las políticas de la Universidad para tal fin, cuidando el deseo de las mencionadas.

En este sentido, se desarrollará la investigación propuesta en el presente documento.

Cronograma

Actividad	feb-20				mar-20				abr-20				may-20				jun-20				jul-20			
Capítulo I: Propuesta trabajo de grado	x	x																						
Capítulo II: Anteproyecto trabajo de grado																								
Título - Formulación del problema - Justificación-Objetivos general y específicos-Marco referencial (teórico, histórico, conceptual, estado actual, científico y tecnológico).			x	x	x																			
			x	x																				
Diseño metodológico definitivo -Operacionalización de variables - Instrumentos - Divulgación -Tratamiento de la información - Cronograma - Presupuesto - Bibliografía.					x																			
Capítulo III: Proyecto trabajo de grado.						x	x	x	x	x														
Diseño metodológico es decir método o estructura de la unidad de análisis - Criterios de inclusión y exclusión - Resultados de prueba de campo o prueba piloto - Variables e indicadores						x	x	x																
Universo o población - Muestra - Instrumento definitivo - Estudio piloto y los elementos pertinentes al tipo de estudio - Resultados e impacto esperados - Divulgación - Bibliografía.								x	x	x														
Capítulo IV: Resultados trabajo de campo									x	x	x	x	x											
En esta entrega de inchiarse un capítulo de resultados, donde se plasmen los hallazgos de la aplicación de pruebas de campo, con el tratamiento estadístico y presentación de resultados de acuerdo a lo planeado, con las conclusiones pertinentes.									x	x														
Estructurarse, ajustar contenido de la totalidad del Trabajo de Grado												x	x	x										
Entrega final																	x	x	x	x	x	x	x	x

Ilustración 3. Cronograma

Presupuesto

PRESUPUESTO						
GASTO		CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR PRIMER MES POR INTEGRANTE	VALOR PRIMER MES DE LOS CUATROS INTEGRANTES	VALOR MENSUAL SIGUIENTES MESES
MATERIALES	CD CON SU MARCA	2	\$ 2.000	\$ 4.000	\$ 4.000	\$ 0
	RESMA	1	\$ 6.600	\$ 6.600	\$ 6.600	\$ 0
	IMPRESIÓN	100	\$ 300	\$ 30.000	\$ 30.000	\$ 0
	ENCUADERNACIÓN	1	\$ 5.000	\$ 5.000	\$ 5.000	\$ 0
	CARATULAS EN PASTA	2	\$ 500	\$ 1.000	\$ 1.000	\$ 0
HERRAMIENTAS OFIMATICAS	PROGRAMA FLUJOGRAMA	1	\$ 33.100	\$ 33.100	\$ 33.100	\$ 33.100
TRABAJO	VALOR POR HORA DE TRABAJO (4 HORAS SEMANA)	16	\$ 100.000	\$ 1.600.000	\$ 6.400.000	\$ 6.400.000
SERVICIOS	INTERNET	16	\$ 800	\$ 12.800	\$ 51.200	\$ 51.200
	LUZ	16	\$ 300	\$ 4.800	\$ 19.200	\$ 19.200
TRANSPORTE	TRASLADO A LA IPS	1	\$ 20.000	\$ 20.000	\$ 80.000	\$ 0
	TRASLADO A LA EAPB	1	\$ 20.000	\$ 20.000	\$ 80.000	\$ 0
	TRASLADO A TUTORIAS	1	\$ 20.000	\$ 20.000	\$ 80.000	\$ 0
ALIMENTACIÓN	REFRIGERIOS	5	\$ 5.000	\$ 25.000	\$ 100.000	\$ 100.000
	ALMUERZOS	6	\$ 12.000	\$ 72.000	\$ 0	\$ 0
TOTAL PRESUPUESTO				\$ 1.854.300	\$ 6.890.100	\$ 6.603.500

Ilustración 4. Presupuesto

Capítulo 5

Anexos

Diagnóstico institucional

El diagnóstico que se presenta a continuación es derivado del estudio y análisis de información brindada por parte de la EAPB, la IPS Hospitalaria y los Proveedores de atención domiciliaria.

Objetivo del diagnóstico Institucional:

El objetivo del presente diagnóstico es consolidar la totalidad de los hallazgos obtenidos en la información recabada de los documentos aportados por los actores implicados en la prestación del servicio de atención domiciliaria (IPS, EAPB y proveedores), dicha información permite crear un bosquejo de la situación actual de este proceso.

Alcance del diagnóstico institucional:

El alcance del presente diagnóstico parte desde la identificación del paciente como candidato para ingreso al Programa de Atención Domiciliaria (PHD), cumpliendo los criterios establecidos por la IPS Hospitalaria y el Proveedor para acceder al PHD y recibir plan de manejo según su diagnóstico, hasta conseguir el egreso con la intervención conjunta del talento humano en salud, cuidador y/o familia.

La amplia pluralidad y diversidad de información permite realizar una evaluación general en la caracterización de las principales problemáticas y potenciales mejoras a nivel interno

en relación con los agentes externos, sin embargo, esta información se encuentra sujeta a los datos suministrados, debido a la situación sanitaria actual del país y a las medidas adoptadas por el gobierno nacional, lo cual imposibilita realizar un trabajo de campo.

Información recolectada:

Para una mayor comprensión, se clasificará la información recibida en; documentales y no documentales:

Documentales:

- ❖ Instructivo proceso de contratación, anexo; Modelo atención domiciliaria; versión 1; noviembre 12 /2015.
- ❖ Indicadores Atención domiciliaria
- ❖ Proceso de búsqueda por IPS Proveedor 1 y la IPS Hospitalaria
- ❖ PHD; Estadísticas marzo 2020; EAPB - IPS Hospitalaria
- ❖ Modelo de atención IPS Proveedor 2
- ❖ Indicadores de Gestión Atención domiciliaria IPS Proveedor 3 y EAPB
- ❖ Indicadores de Gestión Atención domiciliaria IPS Hospitalaria
- ❖ Modelo operacional de Atención de IPS Proveedor 3.

No documentales.

- ❖ Reunión IPS hospitalaria y EAPB
- ❖ Reunión EAPB y Auditoría interna EAPB en la IPS Hospitalaria
- ❖ Reunión con encargada de PHD a nivel regional de la EAPB

Análisis del diagnóstico:

Dada la gran variedad de temáticas abordadas se ha realizado una división del diagnóstico en dos grandes bloques: el primero comprende el análisis que afecta de manera general la articulación entre la EAPB, la IPS Hospitalaria y Proveedores, describiendo el diagnóstico en; las actividades, su explicación y hallazgo, tal como se muestra en la tabla 1 y el segundo corresponde a una matriz DOFA donde se identificaron las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de los tres actores que interviene en la prestación del PHD, ver ilustración 5.

Tabla 1. Analisis general del PHD

<i>Actividades</i>	<i>Descripción</i>	<i>Hallazgos</i>
Proceso de búsqueda activa	Identificación de usuarios con criterios de ingreso al programa.	1. No se encuentra documentado el proceso de búsqueda de pacientes. 2. No hay acompañamiento del proveedor en la ronda médica.
Ingreso PHD	Ingreso de soportes que justifiquen el ingreso a el programa.	1. Diligenciamiento incompleto por parte de los médicos hospitalarios en el sistema de información de PHD. 2. La ausencia de un sistema de información que integre a los tres actores del PHD.
Valoración por proveedor domiciliario	Análisis de historia clínica y verificación de los criterios establecidos por IPS Domiciliaria.	1. Franja horaria del proveedor limitada. 2. Criterios de inclusión y exclusión que no son claros frente a la estabilidad clínica del paciente y no tienen un alcance de georreferenciación.
Egreso del paciente	Salida del paciente hacia el programa de atención domiciliaria con su IPS correspondiente.	1. Tiempos prolongados en el proceso de atención del paciente desde la autorización hasta su valoración. 2. No evidencia seguimiento por parte de la IPS Hospitalaria.
Prestación de atención IPS Domiciliaria	Plan de manejo domiciliario y seguimiento por parte del proveedor.	1. No se dispone de información solicitada para evaluar el proceso de atención domiciliaria, lo cual se puede entender que no cuentan con documentos que permitan su análisis.
Articulación de proveedor domiciliario y EAPB	Seguimiento a el modelo de atención domiciliaria de la EAPB.	1. Los indicadores de calidad contemplados en el “Anexo: Modelo de atención domiciliaria” no se encuentran unificados con el documento de Excel “indicadores de atención domiciliaria” entregados por el área de calidad de EAPB. 2. No se evidencian actualizaciones del modelo de atención domiciliaria desde del año 2015.

A continuación se realiza una mayor descripción de los hallazgos evidenciados:

1. Proceso de búsqueda activa:

De acuerdo a la información recibida se determina que la IPS hospitalaria no cuenta con una guía documentada que permita conocer el proceder o actuar médico para la selección de los pacientes potenciales, además, la ausencia del proveedor durante la ronda médica. Lo cual limita el acceso oportuno al programa de atención domiciliaria, generando reprocesos en la autorización y recepción del paciente por parte del proveedor, debido a que su valoración se realiza hasta el final y no permite hacer un seguimiento de la evolución desde el inicio sino solo un resumen de estado clínico actual.

2. Ingreso a PHD:

A pesar de las capacitaciones realizadas en el área asistencial de la IPS Hospitalaria sobre el uso del software, el talento humano no lleva a cabo el diligenciamiento adecuado en el sistema de información, debido a que no cuenta el aplicativo con una estructuración en los requisitos esenciales para la realización de la orden de solicitud de ingreso al PHD, lo cual retrasa los trámites administrativos afectando de manera directa el giro cama.

Adicionalmente, no se cuenta con un sistema de información que integre a los actores involucrados en la prestación del servicio de atención domiciliaria, el cual permitiría un seguimiento continuo de la evolución del paciente, mitigando fallas en la comunicación bidireccional.

3. Valoración por proveedor domiciliario:

No existe evidencia en los documentos revisados de la franja horaria establecida para la captación y aceptación del paciente por parte del proveedor dentro de la IPS Hospitalaria, dicha información fue suministrada de manera verbal en la reunión previa con los actores de la EAPB e IPS Hospitalaria, los cuales comunican un horario de atención de 7am a 11 am, lo cual es una barrera de acceso al servicio, pues una vez obtenida la autorización fuera de la franja horaria el paciente pasa a ser tramitado hasta el día siguiente, impactando los días de estancia en la IPS Hospitalaria, aumentando las probabilidades de eventos adversos o complicaciones inherentes a la atención.

4. Egreso del paciente

De acuerdo al análisis de la información suministrada, se evidencia una serie de falencias engranadas que conllevan al egreso tardío del paciente, entre ellas, la falta de un proceso implementado y documentado que permita realizar seguimiento a los pacientes egresados de la IPS Hospitalaria hacia el PHD, puesto que una vez el paciente es dado de alta se pierde la comunicación asertiva entre la IPS y el proveedor acerca de su manejo clínico.

5. Prestación de atención IPS Domiciliaria:

La ausencia de información solicitada no permite hacer una evaluación objetiva del proceder y funcionamiento del servicio por parte de los tres proveedores lo que genera incertidumbre en la ejecución de lo contratado para la prestación del servicio.

6. Articulación de proveedor domiciliario y EAPB:

Se evidencia documentado el modelo de atención domiciliaria por parte de la EAPB, sin embargo, no cuenta con las actualizaciones recientes, debido a que el documento suministrado es versión 1 de noviembre del 2015, lo cual impide un proceso continuo de mejora institucional.

También se encuentran dos formatos donde se establecen indicadores con nombres diferentes y mediciones que no permiten determinar un resultado objetivo de la atención, así mismo, la ausencia de ficha técnica para la presentación y aplicación de los mismos.

Ahora bien, en lo que respecta al segundo bloque, se implementó la herramienta DOFA a los tres actores que intervienen en la prestación del PHD, lo que permite el análisis de las situaciones del proceso a través de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, planteando estrategias a seguir para la mejora institucional desde los aspectos positivos y negativos empleados a nivel interno y externo de las instituciones.

Es de anotar, que la IPS hospitalaria es nueva en el mercado, por lo tanto, se están adoptando estrategias para implementar y mejorar sus procesos de prestación de servicios apoyados en la alianza que se tiene con la EAPB de Bogotá en la que se incluye la atención domiciliaria.

La matriz DOFA ofrece perspectivas útiles en cualquier fase del proceso o iniciativa, permitiendo identificar donde es posible realizar el cambio, ajustando y afinando los planes al final del camino. Así como una amenaza puede cerrar un camino ya existente, una nueva oportunidad puede abrir grandes avenidas. A continuación, se exponen los resultados obtenidos para cada una de las categorías en el presente diagnóstico, (*ver ilustración 5. Matriz DOFA*).

		POSITIVOS Para alcanzar el objetivo	NEGATIVOS Para alcanzar el objetivo
ORIGEN INTERNO Atributos de la empresa	FORTALEZAS	1.Documentación teorica completa por parte de la EAPB del modelo de atención domiciliaria. 2.Modelo de alianza estrategica entre la EAPB y la IPS Hospitalaria 3.Estandarización de paquetes por la EAPB para la prestación de atención domiciliaria aplicadas a todos los proveedores 4.Imagen corporativa	DEBILIDADES 1. El proceso de búsqueda activa de pacientes no se encuentra documentado por parte de la IPS. 2. Ausencia de los proveedores domiciliarios durante la ronda medica. 3.Fallas en la carga de información al sistema de PHD por parte de la IPS. 4.La ausencia de un sistema de información que integre a los tres actores del PHD. 5.Demora en el proceso de autorización por parte de la IPS. 6.Franja horaria del proveedor limitada 7.Criterios de ingreso limitados por parte del proveedor 8.Demora en la atención del paciente desde la autorización por parte de la EAPB e IPS hasta su valoración por parte del Proveedor. 9.Demoras en tramites administrativos que retrasan el ingreso a atención domiciliaria por parte de la IPS y EAPB. 10.Ausencia de comunicación asertiva y seguimiento entre la IPS hospitalaria y el proveedor. 11.Los indicadores de calidad contemplados en el "Anexo: Modelo de atención domiciliaria" no se encuentran unificados con el documento de Excel "indicadores de atención domiciliaria" entregados por el área de calidad de EAPB. 12.Falta de actualización del modelo de atención domiciliaria por parte de la EAPB.
	OPORTUNIDADES	1.Auditoria interna en la IPS hospitalaria encargada del seguimiento de PHD 2.Selección por parte de la EAPB de proveedores con variedad de criterios para atención domiciliaria 3.La IPS Hospitalaria cuenta con un sistema de información 4.Notificación por parte de la EAPB a través del otro sí al contrato en la cláusula de documentos referente al modelo de atención domiciliaria al Proveedor. 5.Disponibilidad de indicadores contenidos en documento del modelo de atención domiciliaria por parte de la EAPB.	AMENAZAS 1.Falta de concentración de la red de proveedores para atención domiciliaria 2.Falta de disponibilidad de atención domiciliaria por georeferenciación por parte del Proveedor . 3.Falta de seguimiento integral del servicio de atención domiciliaria por parte de los tres actores. 4. Orden publico 5. Emergencia sanitaria . 6. Demandas por falla en el servicio.
ORIGEN EXTERNO Atributos de la empresa			

Ilustración 5. Matriz DOFA

Resultados de la DOFA:

1. El modelo de atención establecido para la prestación del servicio de atención domiciliaria, debe armonizarse dentro de las políticas públicas definidas por el Ministerio de Salud y Protección social.
2. Es de gran importancia realizar seguimiento periódico por parte de la EAPB, al cumplimiento del modelo de atención a los involucrados contractuales en la prestación del servicio de atención domiciliaria
3. Se debe brindar un servicio humanizado y con enfoque de riesgo, que se articule con un modelo de mejoramiento de la calidad bajo los lineamientos contemplados en el SOGCS, entre ellos, la satisfacción y seguridad del paciente.
4. Se requiere garantizar metodologías de articulación de los actores (EAPB, IPS y Proveedores) que permitan mejorar la comunicación eficiente para los procesos administrativos y asistenciales vinculados al programa de atención domiciliaria.
5. Se hace necesaria una reestructuración de las herramientas ofimáticas, con el fin de lograr la incorporación total de los tres actores y minimizar las fallas en el diligenciamiento de la orden para ingresar al PHD, agilizando el proceso autorizador y el egreso del paciente de la IPS Hospitalaria.
6. Los indicadores de gestión aplicados dentro del PHD, deben dar respuesta a los atributos de calidad planteados en el SOGC.
7. Los criterios de ingreso al PHD, deben estandarizarse para todos los proveedores contratados, con el fin de asegurar la prestación oportuna y pertinente de atención domiciliaria.
8. La franja horaria establecida por parte de la EAP, para la valoración del paciente por parte del proveedor dentro de la IPS hospitalaria, debe ampliarse para asegurar el acceso oportuno al PHD.
9. La prestación del PHD debe tener como soporte fundamental la seguridad del paciente y la humanización de la atención.

Nota aclaratoria: Cabe señalar que la IPS Hospitalaria siendo nueva en el mercado ejecuta sus procesos basados en la evidencia de la práctica diaria; no obstante, es importante documentar la gestión de los mismos, con el objetivo de tomar decisiones que permitan el mejoramiento institucional.

Caracterización del proceso de atención domiciliaria

El proceso de caracterización para el servicio de atención domiciliaria se realizó teniendo en cuenta los tres actores que lo integran (EAPB, Ips Hospitalaria y proveedores) y pensando en el modelo de mejoramiento institucional que permita establecer puntos de control para mitigar el riesgo en la atención, buscando un servicio humanizado y que satisfaga las necesidades del usuario.

Las actividades a desarrollar fueron graficadas a través del ciclo PHVA, donde cada agente cumple un rol y asume una responsabilidad en cada fase del proceso; la EAPB en la planeación estratégica, la forma de seguimiento y monitoreo y los prestadores complementarios ejecutando el modelo de atención establecido que armonice las acciones concluyentes bajo los atributos de la calidad.

Su alcance parte desde la identificación del paciente como candidato para el ingreso al PHD, cumpliendo los criterios establecidos por la IPS Hospitalaria y el Proveedor para acceder al programa y recibir plan de manejo según su diagnóstico, hasta conseguir el egreso con la intervención conjunta del talento humano en salud, cuidador y/o familia.

Para obtener la información específica de este proceso se debe remitir al anexo 1 titulado proceso de caracterización.

Indicadores

Los indicadores son herramientas que permiten la medición de diferentes variables (cualitativas y cuantitativas), contribuyendo a la toma de decisiones basados en hechos y datos, por lo anterior se hace necesario garantizar una medición sistemática y deliberada de la gestión de cada uno de los procesos institucionales.

Es importante recalcar que una de las características de la calidad es la multidimensionalidad donde se requiere la medición de todos sus comportamientos tomando en consideración lo estipulado en el Decreto 780 del 2016, donde se busca garantizar la mejora de los resultados frente a la atención en salud.

Los indicadores estarán guiados por los atributos de calidad; accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción al usuario, permitiendo la toma de decisiones dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y que se armoniza dentro de las intenciones del modelo de salud colombiano.

En virtud de lo anterior, se procede al análisis de los indicadores de resultados de la atención establecidos por la EAPB, evidenciando dos formatos donde se establecen indicadores con nombres diferentes y mediciones que no permiten determinar un resultado objetivo de la atención, así mismo, se hace evidente la ausencia de ficha técnica para la presentación y aplicación de los mismos.

Por lo cual, se hace importante la revisión de la Resolución 256 del 2016, en donde se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, normativa que aplica a las EAPB, IPS y demás entes.

En consecuencia, se adopta el formato de ficha técnica establecida en la presente resolución en los siguientes indicadores (ver ilustración 6), que permiten evaluar la gestión mencionada anteriormente (ver anexo 2):

1. Porcentaje de pacientes valorados por medicina general del programa de atención domiciliaria en la franja horaria establecida dentro de la IPS hospitalaria.
2. Porcentaje de pacientes que no acceden al Programa de Atención Domiciliaria según disponibilidad de Proveedor .
3. Porcentaje de pacientes valorados en el domicilio dentro de las primeras 24 horas de generada la autorización
4. Porcentaje de pacientes no aceptados en el programa de atención domiciliaria
5. Porcentaje de eventos adversos en pacientes agudos que pertenecen al programa de Atención domiciliaria
6. Tasa de incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud en el paciente agudo perteneciente al programa de atención domiciliaria
7. Porcentaje de reingreso de pacientes del Programa de Atención Domiciliaria a la IPS hospitalaria dentro de las primeras 72 horas.
8. Promedio de días de estancia en el programa de Atención Domiciliaria
9. Porcentaje de Pacientes egresados del programa de Atención Domiciliaria

10. Promedio de servicios prestados por parte del proveedor en salud del Programa de

Atención Domiciliaria

11. Porcentaje de quejas de usuarios perteneciente al programa PHD

12. Porcentaje de reclamos de usuarios perteneciente al programa PHD

FICHA DE INDICADORES DE GESTIÓN			
NOMBRE DEL INDICADOR:			CÓDIGO: 00
OBJETIVO DEL INDICADOR			
DEFINICIÓN:			
FORMA DE CÁLCULO		COMPONENTE DE LA FÓRMULA DEL CÁLCULO:	
		NUMERADOR:	
		FUENTE DE NUMERADOR:	
		DENOMINADOR:	
		FUENTE DE DENOMINADOR:	
		UNIDAD DE MEDIDA:	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN		PERIODICIDAD:	
SUSTENTO NORMATIVO/ REFERENCIA			
RESPONSABLE DE LA OBTENCIÓN, CÁLCULO Y SALIDA DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR			
META			
OBSERVACIONES			
ANÁLISIS			
DOMINIO / ATRIBUTO			
VERSIÓN	1	ELABORADO POR:	
FECHA:	1/06/20	GRUPO DE TRABAJO DE GRADO- ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD; UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLED	
FUENTE DE FICHA TÉCNICA	Resolución 0256 de 2016 Ministerio de Salud y Protección Social		

Ilustración 6. Ficha Técnica de indicadores, Fuente: Resolución 256

Formato de plan de mejoramiento

El plan de mejoramiento es una herramienta que permite operativizar la calidad en la prestación de servicios, basándose en la gestión de oportunidades de mejora para optimizar el funcionamiento sincrónico del los diferentes procesos institucionales.

Los elementos base para su implementación se centran en el cliente, la calidad en la atención y en la satisfacción de sus necesidades en salud, realizando su enfoque a través del ciclo de mejoramiento continuo denominado PHVA, cuya aplicación en un continuo en el tiempo.

Planear: Esta fase permite identificar los objetivos y los medio para su alcance.

Hacer: Durante esta fase se ejecuta lo planeado, posterior a la captación de los datos que permiten entrenar a los participantes en las diferentes tareas establecidas.

Verificar: En la presente fase se verifica las tareas ejecutadas a través del análisis de los indicadores.

Actuar: En esta última fase se hace un barrido integral del proceso, con resultados que guíen la toma de decisiones y aplicación de estrategias con el ánimo de establecer oportunidades de mejora.

Recomendaciones

En relación con los hallazgos encontrados se realizan las siguientes recomendaciones que tiene como fin sugerir áreas de mejora en el servicio de atención domiciliaria ofrecido por la EAPB, Ips y Proveedor:

- 1) Realizar las revisiones pertinentes en los cambios de política pública, para alinear la prestación del servicio con las intenciones normativas del país.
- 2) Actualizar el modelo de atención domiciliaria de acuerdo a las necesidades y demanda de la población.
- 3) Socializar periódicamente el modelo de atención domiciliaria involucrando la alta dirección IPS Hospitalaria, la EAPB y Proveedores con el fin de tener una comunicación asertiva.
- 4) Generar documentos que contengan los procesos de búsqueda activa de pacientes, con el objetivo de articular la comunicación entre los involucrados.
- 5) Se sugiere la aplicación de los indicadores de gestión planteados que den respuesta a los atributos de la calidad planteados en el SOGC.
- 6) Estandarizar los indicadores que permitan adquirir resultados de calidad y tomar decisiones centradas en el modelo de atención domiciliaria.
- 7) Es importante que, para los indicadores de egreso de pacientes, se busquen las causas y el tiempo promedio de estancia dentro del PHD.

- 8) Realizar un análisis de los indicadores sugeridos, teniendo en cuenta la interpretación, comparación, descripción, profundización y conclusión de los resultados obtenidos.
- 9) Es pertinente adicionar al contrato la obligación y participación del proveedor en la búsqueda activa del paciente durante ronda médica.
- 10) Prolongar la franja horaria diaria del proveedor dentro de la IPS hospitalaria, buscando un impacto favorable en el indicador de giro cama.
- 11) Unificar los criterios de ingreso para los proveedores que prestan el servicio de atención domiciliaria.
- 12) Implementar un proceso de seguimiento que permita evaluar la prestación del servicio de atención domiciliaria desde el egreso hospitalario hasta la atención por parte del proveedor en el domicilio.
- 13) Es apropiado desarrollar nuevas metodologías de capacitación en atención domiciliaria para el personal médico hospitalario que permita el entendimiento y ejecución de sus actividades diarias dentro del PHD
- 14) Implementar una variable en el software de la IPS Hospitalaria que permita el trámite de información bajo unos campos obligatorios con el fin de disminuir las fallas en el diligenciamiento de Historia Clínica para ingreso al PHD.
- 15) Es conveniente evaluar el proceso de selección del proveedor que dé cumplimiento a las necesidades socio-demográficas del paciente.
- 16) Promover un clima organizacional humano, cálido y con canales de comunicación eficientes dentro del PHD.

- 17) Establecer una política institucional que permita una atención humanizada, segura y centrada en el usuario como eje dentro del Programa de Atención Domiciliaria
- 18) Estandarizar protocolos de atención para disminuir los riesgos asociados a la atención en salud dentro del PHD.
- 19) Es importante ampliar el proceso de auditoría interna de la IPS Hospitalaria permitiendo el seguimiento integral del paciente durante la prestación del servicio de atención domiciliaria.
- 20) Se considera importante la comunicación bidireccional que permita el engranaje de los involucrados (EAPB, IPS, PROVEEDOR) del programa de atención domiciliaria (ver ilustración 7), con el fin de garantizar una atención que cumpla con los parámetros de la calidad en salud.



Ilustración 7. Macroproceso de comunicación

Concluyendo, la excelencia de una organización viene marcada por su capacidad de crecer en la mejora continua de todos y cada uno de los procesos que rigen su actividad diaria, por tal motivo, se sugiere la aplicación del formato de plan de mejora (anexo 3), dado que, se integra la decisión estratégica sobre los ajustes que deben incorporarse a los diferentes procesos.

Con el objetivo de complementar las recomendaciones anteriormente descritas, se dará uso de una matriz de priorización dentro del formato de plan de mejora (anexo 3), que permite obtener información sobre el valor de los criterios, para definir cuáles son las tareas que revisten mayor importancia y las decisiones a tomar al respecto.

Además de servir de base para la detección de mejoras, debe permitir el control y seguimiento de las diferentes actividades a desarrollar, así como la incorporación de acciones correctivas ante posibles contingencias no previstas.

Capítulo 6

Modelo Integral De Gestión para el mejoramiento institucional del proceso de atención domiciliaria de una EAPB en la ciudad de Bogotá.

La pandemia generada por el SARS COV- 2, ha traído desafíos extraordinarios en todos los ámbitos de la vida y consigo la búsqueda de soluciones eficientes e innovadoras, las cuales se convierten en fuentes generadoras de ideas, como las aquí presentes.

Dentro del presente trabajo de grado, se esboza un diagrama Modelo Integral de Gestión para el Mejoramiento Institucional, inspirado en la nave espacial llamada; Crew Dragon, lanzada el 30 mayo de 2020, con el objetivo de ir a la vanguardia y generar un cambio en el diseño de los modelos en salud. (Ver ilustración 8).

El modelo, se enfoca en el mejoramiento continuo del Programa de Atención Domiciliaria, para lo cual se establece una línea en el tiempo de 1 a 5 años, partiendo desde el primer año de un autodiagnóstico institucional; que permitirá conocer el estado actual en el que se encuentra este servicio, de allí emprenderá un viaje con destino a la luna, que hace referencia al objetivo principal; la excelencia operacional.

Dentro de su trayecto la nave deberá comprender cierres de ciclos institucionales, en los cuales se estima un crecimiento de acuerdo al resultado de la vigencia atencional del 20% en cada cierre, con el fin de obtener un alcance gradual del mejoramiento, ejecutado a través del ciclo PHVA y monitorizando las 5 líneas transversales, propuestas a continuación:

1) servicio humanizado; 2) gestión de riesgo; 3) gestión del talento humano; 4) gestión del conocimiento y 5) sistema de información.

Esta nave está diseñada para transportar a nuestros astronautas, los cuales son: la EAPB, la IPS Hospitalaria y los Proveedores. Permitiendo de esta forma obtener un mejoramiento continuo y articulado, mediante el engranaje de los tres actores, ofertando un servicio con comunicación asertiva y bidireccional.

En el recorrido de la nave se pueden presentar fallas, es por esto, que dentro del modelo se adopta el satélite como una figura de control, la cual permite realizar un seguimiento sistematico del estado de nuestra nave desde su despegue hasta su regreso, contribuyendo a el enfoque de riesgo institucional.

Finalmente, en el exito de la operación se adquieren nuevos conocimientos y el desarrollo de nuevas ideas entendidas como oportundiades de mejora, lo que permite fortalecer la nave y emprender un nuevo viaje adoptando un ciclo de mejora continua.

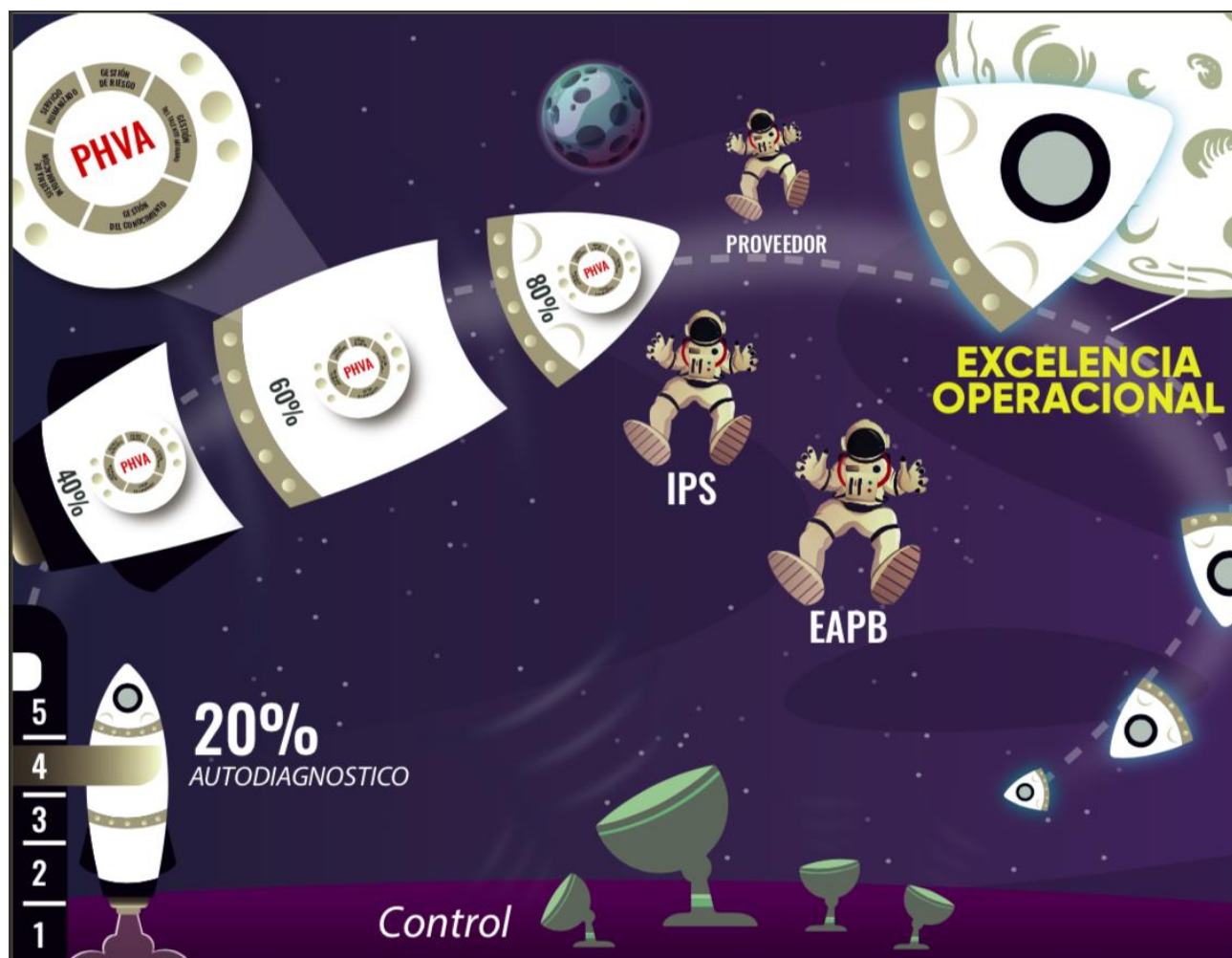


Ilustración 8. Modelo Integral de Gestión para el Mejoramiento Institucional del Proceso de Atención Domiciliaria de una EAPB en la Ciudad de Bogotá

Lista de referencias

Bernal-Acevedo, Oscar, & Forero-Camacho, Juan Camilo. (2011). Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 85-100. Retrieved March 15, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272011000200006&lng=en&tlng=es.

Brito, A. (1970, 1 enero). Auditoría: PAMEC, red médica vital y desarrollo de plan de mejora. Recuperado 16 marzo, 2020, de <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/728>

Congreso de Colombia. (2020, enero 31). LEY 2015 DE 2020. Recuperado 11 de abril de 2020, de [https://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/DIARIOS_OFICIALES/2020%20\(51184\)/DO.%2051213%20de%202020.pdf](https://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/DIARIOS_OFICIALES/2020%20(51184)/DO.%2051213%20de%202020.pdf)

Congreso de Colombia. (2020, enero 31). LEY 2015 DE 2020. Recuperado 11 de abril de 2020, de [https://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/DIARIOS_OFICIALES/2020%20\(51184\)/DO.%2051213%20de%202020.pdf](https://sidn.ramajudicial.gov.co/SIDN/NORMATIVA/DIARIOS_OFICIALES/2020%20(51184)/DO.%2051213%20de%202020.pdf)

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de julio de 1946. Washington, D. C.: OPS/OMS Documento Oficial No. 188, 1983: 23-24.

Daruma. (2019a, 12 noviembre). Paso a paso para la Ruta Crítica PAMEC. Recuperado 3 abril, 2020, de <https://www.darumasoftware.com/blog/gestion-salud/guia-ruta-critica-pamec/>

Envejecimiento demográfico, Colombia 1951-2020. Dinámica demográfica y estructuras poblacionales, Ministerio de Salud y Protección Social Diagramación e impresión: Imprenta Nacional de Colombia Año de Publicación: 2013

Formarsalud. (2019, agosto 6). ENTREVISTA MINISTRO DE SALUD, JUAN PABLO URIBE - CONSULTORSALUD. Recuperado 18 de abril de 2020, de https://www.youtube.com/watch?time_continue=35&v=HUZHS3P56Eo&feature=emb_logoen

Hernández Álvarez, Mario (1991) El derecho a la salud y la nueva constitución política colombiana. Avances en Enfermería; Vol. 9, núm. 2 (1991); 62-84 23460261 01214500
<http://www.bdigital.unal.edu.co/20609/http://bdigital.unal.edu.co/20609/1/16771-52545-1-PB.pdf>

ICONTEC. (2020, febrero 19). Acreditación en Salud. Recuperado 17 de abril de 2020, de https://www.icontec.org/eval_conformidad/acreditacion-en-salud/

Jaimes, c. (2019, mayo 9). Adiós MIAS, bienvenido MAITE. Recuperado de <https://consultorsalud.com/adios-mias-bienvenido-maite/>

Jaimes, c. (2019, mayo 9). Adiós MIAS, bienvenido MAITE. Recuperado de <https://consultorsalud.com/adios-mias-bienvenido-maite/>

Ministerio De Salud. (2019, septiembre 27). Resolución Número 0002626. Recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf

Ministerio De Salud. (2019, septiembre 27). Resolución Número 0002626. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf

Ministerio De Salud. (s. f.). Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS. Recuperado 18 de abril de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/06-redes-integrales.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (2015, 16 febrero). LEY 1751. POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2018, noviembre 19). resolución número 0005095. Recuperado 17 de abril de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020, abril 17). CORONAVIRUS (COVID-19). Recuperado 18 de abril de 2020, de <https://d2jsqrio60m94k.cloudfront.net/>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019, junio 10). VIII Sesión de la comisión intersectorial de salud pública. Recuperado 11 de abril de 2020, de

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/pr
esentacion-cips-0062019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/pr
esentacion-cips-0062019.pdf)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2014, 28 mayo). RESOLUCIÓN
NÚMERO 00002003 DE 2014. Recuperado de
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%202003%20de%202014.pd

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de
[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-
pais-2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-
pais-2016.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de
([https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-
pais-2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-
pais-2016.pdf))

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de
([https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-
pais-2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-
pais-2016.pdf))

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de
([https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-
pais-2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-
pais-2016.pdf))

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN
INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de

(<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de

(<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b, enero). POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD. Recuperado de (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016c, abril 2). MANUAL METODOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIAS. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016c, diciembre 1). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Recuperado 11 de abril de 2020, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, junio 4). GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, junio 4). GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

MINISTERIO DE SALUD. (1999, julio 8). RESOLUCION NUMERO 1995 DE 1999. Recuperado 11 de abril de 2020, de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN%201995%20DE%201999.pdf

Ministerio De Salud. (2001, enero 21). Ley 715 de diciembre 21 de 2001. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf

MINISTRO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (2015, 16 febrero). LEY 1715. POR MEDIO DE LA CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

Recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2016, 5 febrero). Resolución 256 de 2016 [ley]. Recuperado 3 abril, 2020, de <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resolución%200256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. (2016b, febrero 17). Resolución 000429. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%200429%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud Col. (2016, agosto 2). Presentación: Modelo Integral de Atención en Salud MIAS. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=G8bNa1iZ234>;

Monge ,2011) América. Monge. Año 2011. Curso Enfermería Comunitaria Atención Domiciliaria.

Sánchez M, Fuentes G. Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. Rev CES Salud Pública. 2016; 7 (2)

Sánchez M, Fuentes G. Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. Rev CES Salud Pública. 2016; 7 (2)

Universidad de Antioquia. Percepción de los empleados asistenciales, pacientes y cuidadores familiares de una IPS de Medellín, sobre su modelo de atención domiciliaria durante el año 2018. [Internet] [Consultado 2020 Abr 8] Disponible en
:http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/12909/1/ArangoJulian%2cMenaKarla_2019_Percepci%3b3nAtenci%3b3nDomiciliaia.pdf

Versión 1 de noviembre 12 de 2015 instructivo proceso de contratación anexo modelo de atención domiciliaria.