

**ATENCIÓN DOMICILIARIA EN SALUD REALIZADA POR INSTITUCIONES  
PRESTADORAS DE SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y SU RELACIÓN CON LA  
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, AÑO 2013**

**DIANA ISAURA PIÑARTE SUÁREZ  
NANCY VICTORIA REINOSO MARTÍNEZ**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social  
Maestría en Administración de Salud  
Bogotá, D.C. 2014**

**ATENCIÓN DOMICILIARIA EN SALUD REALIZADA POR INSTITUCIONES  
PRESTADORAS DE SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y SU RELACIÓN CON LA  
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, AÑO 2013**

**DIANA ISAURA PIÑARTE SUÁREZ  
NANCY VICTORIA REINOSO MARTÍNEZ**

**Trabajo de grado para optar al título de Magister en Administración de Salud**

**Tutor:**

**Dr. Román Vega Romero**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social  
Maestría en Administración de Salud  
Bogotá, D.C. 2014**

El trabajo de grado **ATENCIÓN DOMICILIARIA EN SALUD REALIZADA POR INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, AÑO 2013**, elaborado por DIANA ISAURA PIÑARTE SUAREZ y NANCY VICTORIA REINOSO MARTÍNEZ, ha sido aprobado como requisito parcial para optar al título de Magísteres en Administración de Salud.

---

**Tutor de Trabajo de Grado**

---

**Director de los Programas**

Bogotá D.C., Abril de 2014.

## **ADVERTENCIA**

La universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en los trabajos de tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques o polémicas personales, antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia.

***Artículo 23 de la Resolución 123 de 1945***

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirnos culminar con éxito nuestra investigación,

A nuestras familias por su amor, compañía y comprensión,

A nuestros compañeros de clase por hacernos los días amenos.

## AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a cada una de las personas e instituciones que hicieron posible que nuestro trabajo de grado se pudiese terminar satisfactoriamente.

- **Doctor Román Vega Romero**, docente de la Maestría en Administración de Salud, quien dirigió este trabajo y puso a nuestra disposición su conocimiento y experticia en Atención Primaria en Salud; su carisma, generosidad, compromiso y nivel de exigencia nos ha llevado a conseguir lo propuesto desde el inicio de este proyecto, gracias por su permanente disposición.
- **Profesora Sandra Milena Agudelo Londoño**, profesora investigadora y docente de los postgrados en Administración de Salud y Seguridad Social, quien nos brindó su apoyo en el diseño metodológico de nuestra investigación.
- **Profesor Jesús Rodríguez García**, profesor asociado y docente de los postgrados en Administración de Salud y Seguridad Social, quien nos asesoró y acompañó en el proceso de análisis y procesamiento de los resultados de nuestra investigación.
- **A los jurados evaluadores**, por sus valiosos aportes que enriquecieron el contenido del presente trabajo.
- **A la Pontificia Universidad Javeriana, a su Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, y a nuestros docentes de la Maestría en Administración de Salud**, por su generosidad al brindarnos sus conocimientos, necesarios para la realización de esta investigación y para nuestra formación como Magísteres en Administración de Salud.
- **A las Instituciones Prestadoras de Salud, a sus tomadores de decisiones y coordinadores de la modalidad de Atención Médica en el Domicilio**, por su disposición de tiempo al concedernos un espacio para la realización de las entrevistas.

## TABLA DE CONTENIDO

|                                                                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>                                                                                                                  | <b>13</b> |
| <b>CAPITULO I – CONTEXTO DEL ESTUDIO .....</b>                                                                                             | <b>16</b> |
| 1. ESTADO DEL ARTE.....                                                                                                                    | 16        |
| 2. ANTECEDENTES .....                                                                                                                      | 22        |
| 3. MARCO TEÓRICO.....                                                                                                                      | 23        |
| 4. PROBLEMA.....                                                                                                                           | 33        |
| 4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....                                                                                                        | 35        |
| 5. JUSTIFICACIÓN .....                                                                                                                     | 36        |
| 6. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN .....                                                                                                     | 36        |
| 7. OBJETIVO GENERAL .....                                                                                                                  | 37        |
| 6.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....                                                                                                           | 37        |
| <b>CAPITULO II - METODOLOGÍA.....</b>                                                                                                      | <b>39</b> |
| 1. TIPO DE ESTUDIO .....                                                                                                                   | 39        |
| 2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....                                                                                                            | 39        |
| 3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....                                                                                                                | 40        |
| 4. MATRIZ DE VARIABLES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS .....                                                                                      | 44        |
| 5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....                                                                                      | 46        |
| 5.1. PLAN DE CAMPO .....                                                                                                                   | 46        |
| 5.2. FUENTES DE INFORMACIÓN .....                                                                                                          | 48        |
| 5.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....                                                                                        | 48        |
| 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....                                                                                                            | 54        |
| <b>CAPITULO III – RESULTADOS.....</b>                                                                                                      | <b>56</b> |
| 1. Características de las IPS y sociodemográficas de los coordinadores y/o tomadores de decisiones<br>57                                   |           |
| 1.1. Naturaleza jurídica .....                                                                                                             | 58        |
| 1.2. Nivel de atención .....                                                                                                               | 59        |
| 1.3. Perfil académico.....                                                                                                                 | 60        |
| 1.4. Tiempo de permanencia en el cargo.....                                                                                                | 61        |
| 2. – Características de la AMD en IPS privadas y públicas.....                                                                             | 62        |
| 3. Intencionalidades (intereses) por las cuales las instituciones prestadoras de salud en estudio<br>implementan la modalidad de AMD. .... | 67        |

|      |                                                                                                                           |           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.   | Atributos de la estrategia de APS utilizados en la modalidad de AMD .....                                                 | 68        |
| 4.1. | Accesibilidad y utilización en la modalidad de AMD .....                                                                  | 69        |
| 4.2. | Longitudinalidad en la modalidad de AMD.....                                                                              | 71        |
| 4.3. | Portafolio de servicios (integralidad) en la modalidad de AMD .....                                                       | 73        |
| 4.4. | Coordinación en la modalidad de AMD .....                                                                                 | 74        |
| 4.5. | Enfoque familiar en la modalidad de AMD.....                                                                              | 76        |
| 4.6. | Apropiación de los atributos de la APS en una muestra de IPS públicas y privadas que desarrollan la modalidad de AMD..... | 78        |
| 5.   | Condiciones que favorecen o dificultan la apropiación de los atributos de la APS en la modalidad de AMD.....              | 81        |
| 6.   | DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....                                                                                             | 84        |
| 7.   | CONCLUSIONES .....                                                                                                        | 87        |
| 8.   | RECOMENDACIONES.....                                                                                                      | 89        |
|      | <b>REFERENCIAS.....</b>                                                                                                   | <b>91</b> |
|      | <b>ANEXOS.....</b>                                                                                                        | <b>96</b> |



## ÍNDICE DE TABLAS

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Prestadores de servicios de salud habilitadas en la ciudad de Bogotá. ....    | 40 |
| Tabla 2. Instituciones Prestadoras de Salud que llevan a cabo la modalidad AMD .....   | 41 |
| Tabla 3. Muestra .....                                                                 | 41 |
| Tabla 4. IPS que participaron en la investigación.....                                 | 42 |
| Tabla 5. Matriz de variables.....                                                      | 44 |
| Tabla 6. Valoración de las respuestas de acuerdo a la escala de Likert.....            | 50 |
| Tabla 7. Parámetros evaluadores para los atributos .....                               | 52 |
| Tabla 8. Comparación de los índices globales de acuerdo a la naturaleza jurídica ..... | 80 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1. Distribución geográfica de las IPS participantes en la ciudad de Bogotá.....                                                  | 43 |
| Gráfico 2. Naturaleza jurídica de las IPS .....                                                                                          | 58 |
| Gráfico 3. Nivel de atención de las IPS .....                                                                                            | 59 |
| Gráfico 4. Perfil académico de los entrevistados .....                                                                                   | 61 |
| Gráfico 5. Tiempo de permanencia en meses en el cargo .....                                                                              | 62 |
| Gráfico 6. Apropiación del atributo puerta de entrada en la modalidad de AMD .....                                                       | 70 |
| Gráfico 7. Apropiación del longitunidalidad en la modalidad de AMD .....                                                                 | 72 |
| Gráfico 8. Apropiación del atributo integralidad en la modalidad de AMD.....                                                             | 74 |
| Gráfico 9. Apropiación del atributo de coordinación en la modalidad de AMD .....                                                         | 75 |
| Gráfico 10. Apropiación del atributo de enfoque familiar en la modalidad de AMD .....                                                    | 77 |
| Gráfico 11. Apropiación de los atributos de la APS en una muestra de IPS públicas y privadas que llevan a cabo la modalidad de AMD ..... | 78 |

## ANEXOS

|                                                                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Anexo1. Entrevista semi-estructurada para gerentes o tomadores de decisiones de las instituciones prestadoras de salud de la ciudad de Bogotá, año 2013.....           | 96  |
| Anexo 2. Encuesta para gestores o coordinadores de la modalidad de AMD en instituciones prestadoras de salud de la ciudad de Bogotá, año 2013. ....                    | 97  |
| Anexo 3. Entrevista semi-estructurada para gestores o coordinadores de la modalidad de AMD en instituciones prestadoras de salud de la ciudad de Bogotá, año 2013..... | 100 |
| Anexo 4. Consentimiento informado para directivos y gestores o coordinadores de las IPS que realizan AMD en la ciudad de Bogotá, año 2013.....                         | 101 |

## **GLOSARIO DE ABREVIATURAS**

|               |                                              |
|---------------|----------------------------------------------|
| <b>AD:</b>    | Atención Domiciliaria                        |
| <b>ADS:</b>   | Atención Domiciliaria en Salud               |
| <b>AMD:</b>   | Atención Médica en el Domicilio              |
| <b>APD:</b>   | Atención Primaria de Salud en el Domicilio   |
| <b>APS:</b>   | Atención Primaria en Salud                   |
| <b>APSS:</b>  | Atención Primaria en Salud Selectiva         |
| <b>EPS:</b>   | Entidad Promotora de Salud                   |
| <b>HD:</b>    | Hospitalización Domiciliaria                 |
| <b>IPS:</b>   | Institución Prestadora de Servicios          |
| <b>MSPS:</b>  | Ministerio de Salud y Protección Social      |
| <b>POS:</b>   | Plan Obligatorio de Salud                    |
| <b>SGSSS:</b> | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| <b>SHEC:</b>  | Servicio de Hospitalización en Casa          |

## INTRODUCCIÓN

En el año 2005 el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, en ella sugirió que dada la heterogeneidad y descentralización del país, las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, tenían la posibilidad de desarrollar “diferentes modelos de prestación de servicios” en el marco del sistema de salud vigente (MSPS, 2005, p. 9). En este sentido, se promueve la participación del sector privado con la finalidad de establecer redes de servicios de salud para optimizar recursos y mejorar el acceso, desarrollando un sistema de incentivos para prestadores en todo el territorio Colombiano; es así, como se fomentaron nuevas formas de operación de los prestadores públicos articulando acciones con el sector privado en la operación de los servicios.

De esta manera, a partir de este momento la implementación de nuevas formas de atención en salud tuvo un incremento significativo. Actualmente en la ciudad de Bogotá existen cuatro (4) modelos de prestación de servicios domiciliarios de salud, 1) Subprograma de la estrategia de atención primaria en salud “Familias protectoras de la Salud y la Vida” desarrollado desde la Secretaría Distrital de Salud con la red pública de hospitales adscritos, 2) Hospitalización Domiciliaria – HD realizada como la extensión de los cuidados médicos en el hogar en aquellos pacientes que no requieren permanecer en el medio hospitalario, 3) Programas que atienden a los pacientes crónicos somáticos liderados por las EPS e incluido en el POS y 4) **Atención Médica en el Domicilio** – AMD- que desarrollan distintas Instituciones Prestadoras de Salud – IPS- públicas y privadas e inclusive Empresas Promotoras de Salud – EPS.

Teniendo en cuenta los 4 modelos descritos anteriormente la presente investigación buscó profundizar en el modelo de AMD, definido como aquella atención de carácter ambulatorio realizada en el hogar. Teniendo en cuenta el perfil del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia – SGSSS-, que es un sistema de aseguramiento que combina la participación de instituciones prestadoras y de aseguradoras públicas y privadas en competencia, se buscó describir las características de la modalidad de AMD, los intereses que median su implementación y su apropiación de los atributos de la Atención Primaria en Salud – APS- en IPS de la ciudad de Bogotá de naturaleza públicas y privadas.

La metodología diseñada fue realizada bajo un enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo, realizando un análisis cuantitativo analítico y transversal para identificar los atributos de APS que se apropian en la modalidad de AMD. Por otra parte se buscó de manera cualitativa realizar un análisis en el que se describen e interpretan las variables que hacen referencia a los intereses o intencionalidades por los cuales esta modalidad se implementa en algunas IPS públicas y privadas, y así mismo poder identificar las condiciones que favorecieron o dificultaron el vínculo entre la AMD y la APS. La muestra de IPS que participaron en esta investigación comprende un total de diecinueve (19), entre públicas y privadas.

Los resultados muestran que aunque se tiene una adecuada apropiación de los atributos de la APS en la modalidad de AMD, en las IPS públicas se deben unir esfuerzos para mejorar la implementación de la estrategia de APS especialmente en el componente de Coordinación desde el punto de vista de la debilidad de los sistemas de información entre la red de hospitales públicos. De igual forma, se encontró que no hay homogeneidad en el modelo de prestación de

servicios domiciliarios entre las IPS privadas, así mismo entre IPS públicas y privadas se encontraron diferencias en los intereses para la implementación de esta modalidad, así como en los lineamientos para su funcionamiento.

## **CAPITULO I – CONTEXTO DEL ESTUDIO**

### **1. ESTADO DEL ARTE**

En la revisión de literatura se encontró que la atención en salud en el domicilio puede desarrollarse desde diferentes modalidades y éstas están estrechamente ligadas con el tipo de Sistema de Salud que desarrolla cada país. Así mismo, las diferentes modalidades tienen particularidades vistas desde la diversidad de servicios de salud y sociales ofrecidos en el domicilio para atender las necesidades de los pacientes: personas en proceso de recuperación, discapacitadas, enfermos crónicos y/o paliativos, personas que requieren asistencia médica, de enfermería y/o social o terapéutica.

Al realizar la revisión bibliográfica, se evidencia que en Colombia la disponibilidad de información relacionada con éste tópico es mínima, y los pocos estudios realizados no se han dedicado de manera estricta a revisar la relación entre la APS y los diferentes modelos de AD. Un estudio realizado en la ciudad de Bogotá, que evaluó la calidad de la atención de enfermería en un servicio de HD, no describe la modalidad de HD ni hace referencia a su relación con la APS. El estudio aplica un instrumento validado (CARE-Q)<sup>1</sup> que tiene en cuenta el comportamiento de la enfermera, si es accesible, explica y facilita la información al usuario, y si mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento (Molina, 2011).

---

<sup>1</sup>CARE – Q: Care Assessment Evaluation Q-Short, diseñado por la enfermera Patricia Larson, para evaluar los cuidados de enfermería.



Por otra parte, González & Acevedo (2009) realizaron una revisión sistemática del estado del arte de la AD en Colombia. Este estudio identifica algunos modelos existentes de AD en diferentes IPS y determina las distintas variaciones que han tenido estas modalidades a lo largo del tiempo y los posibles retos para las diferentes instituciones que trabajan estas modalidades de atención. Identificaron que la principal modalidad ofrecida por seis (6) IPS de la ciudad de Medellín es la HD, cuyas actividades están especialmente dirigidas a la continuidad de tratamientos hospitalarios de carácter curativo.

Al finalizar la revisión concluyen que aunque la mayoría de IPS ofrecen la modalidad de HD, la AD se proyectaría como una gran fortaleza hacia el futuro al mejorar la comunicación entre los diferentes actores del sistema de salud, integrar y utilizar de manera adecuada los recursos disponibles, pues parte de su función es la educación, promoción y prevención además del conocimiento general y manejo de la enfermedad en el núcleo familiar (González & Acevedo, 2009).

Así mismo, a nivel internacional numerosos estudios han evidenciado el importante papel que juega la atención en salud en el domicilio, su impacto positivo en el estado de salud de las personas y su relación con la disminución del gasto sanitario. Por ejemplo, Starfield & Shi (2004) realizaron una revisión sistemática acerca de los beneficios de la atención domiciliaria, los costos y la equidad, considerando que a nivel mundial varios estudios han indicado que la atención domiciliaria está asociada con una mejor salud para las personas y las comunidades, así como con la disminución en los costos generales en la atención en salud y con la disminución de brechas en el estado de salud de los grupos menos favorecidos (Starfield & Shi, 2004).

De igual forma, dentro de los principales beneficios que se resaltan en esta investigación respecto a la APS y la AD, están el reconocimiento de necesidades, un diagnóstico más preciso, mayor prevención, menor utilización de los servicios de urgencias, disminución en las hospitalizaciones y un mayor incremento en la satisfacción del paciente y su familia. El estudio destaca el valor que tiene la atención domiciliaria en el sistema de salud por su eficacia, eficiencia y su impacto en la equidad en salud para los individuos y poblaciones (Starfield & Shi, 2004).

Starfield & Shi (2004) concluyen que la atención médica en el hogar consiste en una fuente de atención de primer contacto, involucra la atención centrada en la persona a través del tiempo (longitudinalidad), la integralidad de la atención, y la coordinación de la atención, proporciona una mayor eficacia de los servicios, así como menos desigualdades y mayor equidad en salud entre los subgrupos de población. Refieren que debería realizarse un esfuerzo concertado para asegurar una atención médica en el hogar para todas las personas sin importar el tipo de seguro, que además debería ser de alta prioridad.

De igual manera, Rosenthal (2008) realizó una revisión sistemática que confirma que la AMD, como una fuente de atención centrada en el paciente, debe estar de la mano con la APS; se evidencia que la atención en casa es un avance en la salud de la sociedad. En la revisión se encontró que la AMD mejora la percepción de la calidad por parte de los usuarios, por ende genera mayor satisfacción con los servicios de salud y, mejor aún, cuando los pacientes identifican su centro médico de APS. Así mismo, se documenta las ventajas de realizar la consulta médica del paciente en espacios diferentes al consultorio donde se permita la

interacción con la familia. Además, se demuestra que la APS tiene un alto grado de sensibilidad en cuanto a estilos de vida y menor utilización de los servicios de urgencias.

La discusión planteada por este estudio hace referencia a la importancia de integrar la AD con la APS, involucrando la coordinación entre el equipo de profesionales y los diferentes niveles de atención, la inclusión de la familia y de la comunidad. Además, propone la utilización de registros electrónicos, el manejo de casos telefónicamente y la educación al paciente. Esta revisión concluye que la atención en salud en el hogar puede mejorar la salud y reducir las disparidades en salud para indicadores como mortalidad infantil, bajo peso al nacer y aumento en las tasas de inmunización ya que, al tener acceso las poblaciones vulnerables a la AD integrada a la APS, podría tener en cuenta algunos determinantes sociales de su salud (Rosenthal, 2008).

Así mismo, Gilfillan (2010) realizó un estudio observacional utilizando modelos de regresión sobre bases de datos antes y después de la intervención. Consistió en implementar un modelo de intervención basado en APS en la modalidad de AD, a los beneficiarios de Medicare<sup>2</sup>. Este modelo Proven Health Navigator (PHN) integra cinco (5) componentes: 1) atención centrada en el paciente, 2) manejo integrado de salud a la población, 3) sistemas de información de referencia, 4) indicadores de calidad y 5) pago por desempeño e incentivos.

Los resultados describen cómo el modelo de AMD, articulada con prácticas de APS, ha promovido la integralidad de la atención y reducido el gasto sanitario en Estados Unidos; además, la introducción de un modelo AD estuvo asociado con una reducción significativa de las

---

<sup>2</sup>El programa de seguro de salud del gobierno de los Estados Unidos para las personas mayores de 65 años.

hospitalizaciones y reingresos para una población de personas inscritas en Medicare. Así se concluyó que la inversión en las prácticas de AD basada en la APS incrementa el cuidado en la salud y mejora la eficiencia en la atención, reduciendo los costos para Medicare (Gilfillan, 2010). Del mismo modo, Sahlen (2006) realizó en Suecia un estudio de casos y controles durante dos años con el fin de responder si las visitas de atención domiciliaria podían posponer la mortalidad en las personas mayores. Este estudio concluye que las visitas domiciliarias preventivas pueden posponer la mortalidad en el contexto Sueco si se llevan a cabo por profesionales de la salud con una metodología de trabajo bien estructurada. De igual forma, evidenció que las visitas domiciliarias en personas mayores disminuyen la utilización de los servicios de salud, del mismo modo que reducen significativamente las hospitalizaciones (Sahlen, 2006).

La Sociedad Catalana de Medicina Familiar y comunitaria realizó un estudio cuyo objetivo fue conocer el modelo de organización, recursos e implementación del programa de AD en la sanidad pública Catalana, y las dificultades expresadas por los profesionales que trabajan en APS. Se trató de un estudio transversal, con un total de 214 Centros de Atención Primaria (CAP) reformados, de los que respondieron al cuestionario 112 (52,3%). Se utilizó un cuestionario semi-estructurado con variables para la identificación del centro, sus recursos, organización y protocolización de la AD (Group ATDOM, 2003).

Los resultados de este estudio mostraron que los equipos de AD están conformados por enfermeras, médicos y trabajadores sociales. Así mismo, el 90.2% de los centros de APS tienen programas de AD, algunos de ellos utilizando protocolos específicos para el tratamiento de úlceras, paliativos y manejo del dolor. También, hacen referencia a las principales dificultades

que encuentran estos equipos en el desarrollo de sus actividades, entre ellas, la falta de coordinación con otros niveles asistenciales, la escasa informatización y la limitación de los recursos sociosanitarios (Group ATDOM, 2003).

También se han realizado estudios que analizan la atención de urgencias en el domicilio, por ejemplo, Martín et al (2004) realizó un estudio descriptivo retrospectivo en Cantabria (España), por medio de la revisión de historias clínicas. Se relacionaron los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios -SUE- que funcionan en los centros de atención primaria, destacando que estos constituyen un medio de contacto con los niveles de atención especializado, y su implementación tiene en cuenta el envejecimiento de la población y la limitación para su desplazamiento. Esta investigación muestra como los pacientes atendidos por los SUE fueron derivados a otros servicios con el fin de dar atención integral, algunos de ellos derivados a su médico de cabecera (38.1%), remitidos a un hospital de segundo nivel de atención (28.6%), los demás (33.3%) tuvieron la posibilidad de continuar su tratamiento en casa. De esta manera, esta investigación concluye que más del 60% de la visitas realizadas por los SUE generaron soluciones inmediatas sobre las patologías tratadas en el domicilio, y se reitera la importancia de la implementación de esta modalidad en los servicios de salud considerando el progresivo envejecimiento y la imposibilidad de movilización de muchos pacientes reduciendo así la morbi-mortalidad en este grupo poblacional (Martín et al, 2004).

Con base en estos estudios se pueden identificar distintas caracterizaciones de las modalidades de atención domiciliaria en diferentes países, y la importancia de su orientación hacia la APS. Se demuestra de alguna manera los beneficios que éstos representan en el estado de salud de las

personas, y los beneficios para el sistema sanitario. Ello evidencia que aun existiendo casos exitosos, en el actual sistema de salud de Colombia no se le da la importancia que la AD merece, y surge el cuestionamiento si quienes lo realizan enmarcan su desarrollo de manera adecuada, por ejemplo, involucrando sus acciones con la estrategia de APS y los principios establecidos en Alma-Ata 1978.

## 2. ANTECEDENTES

El concepto de atención de salud en el domicilio se empezó a mencionar a través del modelo de HD, la cual inicio en el hospital Guido Montefiore de Nueva York en el año 1947 cuyo fin era descongestionar los servicios del hospital, encontrar un ambiente mejor aceptado por el paciente, y tratar las dificultades que se generaban por la ausencia de seguro médico en los estratos más bajos de la sociedad. Posteriormente en Europa, la HD inicia su implementación en 1951 en el hospital Tenon de Paris bajo el nombre de Hôpitalisation à domicile, y luego se creó el Santé Service como una organización sin ánimo de lucro, que en la actualidad continua prestando sus servicios socio-sanitarios (González, Valdivieso & Ruiz. 2001).

Posteriormente, la Atención Primaria Domiciliaria -APD- tomó lugar a partir de la necesidad de integrar los servicios de atención de primer nivel, persiguiendo el objetivo de la Asamblea Mundial de la Salud de 1975 de alcanzar la “Salud para Todos en el año 2000” -SPT- que se reafirmó con la Declaración de Alma Ata en la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud en 1978. Teniendo en cuenta que la APD permite la integración entre el componente económico, sanitario y social.

Por otra parte, en Cuba, el modelo de APD nació en 1986 y se conoció como “Ingreso al Hogar”- IH- y se centra en el médico y la enfermera de familia quienes conforman el Equipo Básico de Salud –EBS- y atienden a una población determinada geográficamente, y estos a su vez reciben apoyo de un grupo de profesionales especialistas (medicina interna, ginecobstetricia, pediatría y psicología) que se encuentran en policlínicos ubicados estratégicamente y se responsabilizan de la atención de aproximadamente 15 a 20 EBS (Barroso, et al, 2007).

En Colombia, la implementación de la APD se inicia en 1993 con la Ley 100. Surgieron diferentes iniciativas por parte de las aseguradoras que implementaron novedosos modelos de HD. Posteriormente, en el año 2004 se implementó el modelo público de APD denominado “Salud a su Hogar” con un enfoque familiar y comunitario para la ciudad de Bogotá. Este modelo tuvo como iniciativa acercar el sector salud a la vida cotidiana de las personas, superando de esta manera las barreras de acceso a los servicios.

### 3. MARCO TEÓRICO

En 1945, el médico e historiador europeo Henry Sigerist (1945) propuso cuatro grandes tareas para los servicios sanitarios: Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación. Denominó la primera con el término de “Promoción de la Salud” y afirmó que: *“la salud es promovida a través de un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, descanso y recreación”* (p. 9). Luego, este concepto se comenzó a perfilar a raíz del informe *A new perspective on the health of Canadian* publicado en 1974. En este documento se encuentra uno de los primeros intentos de modificar la planificación tradicionalmente dirigida a los

servicios de atención médica, en favor de otra organización más amplia para lograr una población y un ambiente sanos (Gobierno de Canadá, 1974).

Posteriormente, en 1978 se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, expresando la necesidad *de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los trabajadores de la salud y del desarrollo, y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo*. Se adoptó el objetivo de “Salud para Todos en el año 2000” en la Asamblea Mundial de la Salud en el año 1977 (Ginebra, 1977), planteado como una meta universal, cuya estrategia para alcanzarla sería la atención primaria en salud propuesta en Alma-Ata en 1978, reafirmando la salud como un derecho humano (Alma-Ata, 1978). Es así, como en esta conferencia se definió la estrategia de APS como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias, así como de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puede soportar. (OMS, 1978)

Además debe ser interpretada en el contexto de los siguientes elementos: la APS forma parte integral tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico, debe encaminar sus acciones para llevar lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde viven y trabajan las personas, ha de concebir la salud como un derecho humano y debe enfrentarse a los determinantes sociales y políticos de la salud (OMS, 1978).



De igual forma, establece los principios de la APS considerando la salud como derecho, la garantía del acceso a la atención adecuada, el acceso universal a los servicios de salud, teniendo en cuenta la prevención, promoción, curación y rehabilitación como un proceso continuo e integral en la atención, realizando un enfoque territorial desde lo individual, lo familiar y lo comunitario, y la organización de los servicios por niveles y escalones de complejidad. Estableciendo la APS como el primer contacto (puerta de entrada integral y garantía de la continuidad), que se caracterice por tener los recursos humanos adecuados tanto profesionales como comunitarios; que permita la participación social, y que fortalezca la acción intersectorial de manera que se aborden los determinantes sociales de la salud (OMS, 1978).

En esa misma reunión se evidenció la preocupación por las graves desigualdades existentes en el estado de salud de las poblaciones, especialmente entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, el papel de la promoción y protección de la salud para un avance económico y social sostenible y viceversa, la participación de la población en su atención a la salud, la adecuación de los servicios a las necesidades, las expectativas y cultura de la población, y la necesidad de una base financiera que garantice la sostenibilidad de los servicios de salud, con prioridad a las poblaciones más vulnerables.

La Atención Primaria en Salud (APS), vista de manera integral, incluye el primer nivel de atención de los individuos pero extiende sus acciones a la familia y a la comunidad, se articula con los niveles secundarios y terciarios del sistema de salud, concita la acción intersectorial por la salud y la participación comunitaria, enriqueciendo la promoción de la salud, el derecho a la

salud y el enfoque de determinación social de la misma, buscando reducir las desigualdades en salud mediante la disminución de la incidencia de la enfermedad y aumentando el bienestar social (Cueto, 2004).

Por otra parte, también se ha hecho mención a la Atención Primaria en Salud Selectiva, en la cual se establece un número limitado de servicios que permitan afrontar los problemas de salud más prevalentes de los países en desarrollo, cuyos principales servicios son conocidos por su sigla en inglés como “GOBI” (Growth monitoring, Oral rehydration, Breast-feeding and Immunization) que involucra control de crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización, y en ocasiones se podría incluir suplementos alimentarios, alfabetización de la mujer y la planificación familiar (Cueto, 2004).

De igual forma, se ha planteado otro enfoque de APS que enfatiza la salud y los derechos humanos:

El cual concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Difiere de la Declaración de Alma-Ata no tanto en los propios principios, sino en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la Atención Primaria de Salud ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo debieran ser más “globales, dinámicas, transparentes y debieran estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos” de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud. (OPS/OMS, 2007, p.4)

La APS se ha convertido en una necesidad de las comunidades tanto de los países desarrollados como en vía de desarrollo en donde la enfermedad no es la única preocupación, sino que se ha hecho sentida la necesidad de trabajar con una perspectiva de integralidad en pro de la promoción de la salud, la prevención eficaz, la curación y la rehabilitación. En donde se contemple además la visión global que ha proyectado la Comisión de los Determinantes Sociales que refiere que la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países, están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes y los servicios (OMS – CDSS, 2009).

Así mismo, Starfield (2004) ha definido las responsabilidades de la Atención Primaria en las que involucra: **Accesibilidad y primer contacto**, que hace referencia a la provisión de los servicios de salud accesibles, así como la utilización de dichos servicios cuando surge una necesidad asistencial (p. 149), **el cupo y la longitudinalidad**, implica la existencia de un médico o de un grupo de médicos habituales, así como su utilización para una atención de salud no limitada a ciertos problemas o tipos de problemas (p. 177), por otra parte **la integralidad en la atención**, hace referencia a la disponibilidad y provisión de los servicios precisos para satisfacer todas las necesidades de la población (p. 228), **la coordinación de la atención**, que se caracteriza por la integración de todos los servicios relacionados con la salud, independientemente del lugar donde se reciban (p. 263), y por último el **enfoque familiar**, que hace referencia al fomento de la participación familiar y su vínculo con el proceso salud-enfermedad.

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la APS trasciende el enfoque individual y curativo de la enfermedad, y para su desarrollo también requiere una orientación familiar. De esta manera, la puesta en marcha de un modelo de atención en salud diferente, que tenga en cuenta las responsabilidades o atributos definidos por Starfield (2004), propicia la importancia de la Atención Domiciliaria (AD), estableciendo la familia como unidad de atención, creando nuevos roles profesionales y de trabajo interdisciplinario.

Según Torra (1989) se entiende por atención domiciliaria al:

Conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud y que tiene como objetivo proporcionar atención de salud, mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales del equipo de salud en el domicilio (...) (Torra citado por OMC, 2005, p.127).

Los principales atributos de la AD son: atención biopsicosocial, proporcionar cuidado continuo y comunicación permanente, coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, considerar las necesidades de los individuos para brindar una atención multidisciplinaria (OMC 2005). Además los atributos de la AD planteados por Starfield & Shin (2004) mencionados con anterioridad.

Ramírez (2005) define la AD como un servicio predominantemente sanitario<sup>3</sup> en el cual se provee una asistencia continuada en el hogar de patologías que no requieren hospitalización, e incluye aquellas personas que por su limitación física no pueden asistir a un centro de salud. Así mismo destaca la importancia de la coordinación y unificación entre la atención social y sanitaria. También hace referencia a otros tipos de atención en el domicilio que no deben confundirse, entre ellos, la Hospitalización a Domicilio (HD) cuyas principales características son la curación y rehabilitación, y la atención de urgencia a domicilio, que se destaca por la resolutivez puntual de un problema de salud.

Así mismo, Barroso et al. (2007) hace referencia a dos modalidades en los servicios de atención en el domicilio: la Hospitalización Domiciliaria y los cuidados de Atención Primaria de salud a Domicilio (APD). La HD surge en 1947 en Nueva York como una alternativa asistencial dirigida a brindar cuidados médicos y de enfermería del nivel hospitalario en el domicilio. Por otra parte según lo describe este autor, la APD puede implementarse de dos formas: la primera de ellas siguiendo el modelo tradicional donde no se garantiza la continuidad del cuidado desde el hospital hacía la atención primaria, y el segundo es el modelo de atención compartida que se destaca porque existe una alianza estratégica entre los equipos de los dos niveles de atención.

---

<sup>3</sup>**Servicio sanitario:** Considerado como el conjunto de bienes y servicios encaminados a preservar y proteger la salud de las personas, un ejemplo de asegurar el cuidado sanitario podría consistir en que el sector público ofreciera cobertura total de ciertas necesidades a toda la población. Este es el esquema adoptado generalmente en los países con sistemas nacionales de salud, como España, Reino Unido, Italia y Suecia (Zubiri, I. 1994).

La atención domiciliaria (AD) tiene un papel muy importante en el cuidado integral de la salud de las personas si se estructura de manera integrada y con responsabilidad compartida, es decir, si sirve como puente entre el hospital y la atención primaria de salud, posibilitando el establecimiento de labores compartidas y permitiendo una interacción progresiva y real entre los principales niveles de atención del sistema de salud. Además, la AD representa la posibilidad de crear un modelo consensuado y armónico de organización y financiación entre los diferentes niveles del sistema de salud, correspondiendo adecuadamente a las necesidades de los usuarios, generando satisfacción y participación del paciente y su familia (Mitre, et al., 2001, p. 49).

Por otra parte, el SGSSS de Colombia fue creado mediante la Ley 100 de 1993, con el objeto de implementar una nueva organización en el sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país. Así mismo, este SGSSS se rige por un conjunto de principios que orientan sus acciones, como son la equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad (Ley 100 de 1993).

Así mismo, el sistema de salud de Colombia se caracteriza por ser un sistema de aseguramiento, delegado en parte al sector privado, y financiado en el régimen contributivo con cotizaciones, especialmente por la población con capacidad de pago de la economía formal. En el régimen subsidiado, donde se afilia la población pobre sin capacidad de pago del Sisben 1, 2 y 3, el financiamiento depende de impuestos y solidaridad.

Al revisar la normatividad, se encuentra que mediante la Resolución 5261 de 1994 con la cual se estableció el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud - POS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se definió en su artículo No. 23 que: “El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar”.

Así mismo, el modelo de atención domiciliaria se reconoció en Colombia con la Ley 1122 del 2007 (Artículo 33) mediante la cual se realizaron modificaciones del SGSSS y estableció:

El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir (...) i. Los modelos de atención, tales como, *salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria* (...) (Ley 1122/07, Cap. VI. Art. 33).

Posteriormente, mediante el Acuerdo 029 de 2011 (Artículo 25) de la Comisión de Regulación en Salud – CRES – por el cual se actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud define que:

La atención en la modalidad domiciliaria estará cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad establecidas en la normatividad vigente (Acuerdo 029/11, Título II. Art. 25).

Más adelante, en la modificación realizada a la Ley 100 de 93 mediante la Ley 1438 del 2011 (Artículo 12), se dispuso:

Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana (...) (Ley 1438/11, Cap. 3. Art. 12).

De igual forma, hace referencia a las redes integradas de servicios de salud definidas como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios de salud individuales y/o colectivos, y se especifica la articulación de estas redes entre ellas, la coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, *asistencia y atención domiciliaria* y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia (...) (Ley 1438/11, Cap. 2. Art. 60, 64, 64.10).

Recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS aprobó la Resolución 1441 de 2013 por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones, puntualmente describe la AD como:



Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador; que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener al paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posibles, garantizando su seguridad (Resolución 1441/13, numeral 2.3.2.9 otros servicios).

Considerando así la inclusión en la atención domiciliaria de pacientes agudos, crónicos con ventilador, crónicos sin ventilador y consulta domiciliaria.

#### 4. PROBLEMA

La Atención Médica Domiciliaria - AMD se desarrolla en diferentes países del mundo. Numerosos estudios han evidenciado que la atención en salud en el domicilio tiene un impacto positivo en el estado de salud de las personas y en la disminución del gasto sanitario, especialmente cuando se desarrolla en estrecha relación con la Atención Primaria en Salud - APS (Starfield, 2004; Rosenthal, 2008; Gilfillan, 2010; Sahlen, 2006). Sin embargo, no se conoce cómo en el marco del SGSSS de Colombia la Atención Médica en el Domicilio - AMD se ha venido relacionando con la APS en las experiencias donde cualquiera de las modalidades de la AMD se ha implementado (González & Acevedo, 2009; Molina, 2011).

Si bien la AD está incluida en el Plan Obligatorio de Salud - POS - y se ha venido realizando por diferentes profesionales de acuerdo al nivel de atención 1 o 2 (CRES, Acuerdo 29 de 2011), EPS e IPS, al parecer su implementación ha quedado como una iniciativa discrecional de estas instituciones; así mismo, los fines buscados, las razones por las que se ponen en práctica, el alcance en integralidad, la conexión con los diferentes niveles de atención del sistema y con la APS no se conoce adecuadamente.

Algunos ejemplos de esta iniciativa en la ciudad de Bogotá son los que actualmente se implementan en algunas aseguradoras e Instituciones Prestadoras de Salud – IPS; como las de la Organización Sanitas Internacional, en la cual se lleva a cabo el Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD), que tiene como objetivo el acompañamiento al paciente en su proceso de recuperación al regresar a su domicilio. Este programa define tres tipos de pacientes: agudos, con discapacidades y al final de la vida. Algunos de los servicios ofrecidos son: un equipo asistencial conformado por médico y enfermera profesional que realiza las visitas a los pacientes, terapias domiciliarias, suministro de medicamentos y material médico quirúrgico, fototerapia, cuidados paliativos, soporte nutricional y servicios de ambulancia en caso de urgencias médicas, entre otros (Organización Sanitas Internacional [web] 2013).

Otro ejemplo de Hospitalización Domiciliaria - HD es el Servicio de Hospitalización en Casa – SHEC- que realiza la IPS SaludCoop en la ciudad de Bogotá, que tiene como objetivo el manejo de la fase aguda de la enfermedad en el domicilio de los usuarios, visto éste como un proceso que disminuye el riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias; es considerado como una alternativa eficaz para el cuidado del paciente estable que requiere completar su proceso de

tratamiento en la comodidad del hogar. Así mismo, la IPS SaludCoop ha desarrollado un plan complementario de Atención Médica en el Domicilio –AMD- donde los usuarios realizan un aporte económico adicional, y reciben un paquete de servicios que incluye consulta médica domiciliaria, toma de muestras de laboratorio, prescripción de medicamentos, servicio de ambulancia y terapia respiratoria (SaludCoop [web] 2013).

De esta manera, se encuentra que aunque existen diferentes experiencias de atención domiciliaria, sin embargo poco se conoce acerca de los fines, la implementación e integralidad de estos modelos de atención y su relación con la APS. Partiendo de lo anterior surgieron diferentes interrogantes respecto a la implementación de la modalidad de AMD en Bogotá, que bien se plantearon para objeto de esta investigación: ¿Qué se entiende por AMD en las experiencias actualmente en desarrollo en la ciudad de Bogotá?, ¿Cuáles son los fines, atributos y actividades que se llevan a cabo en la modalidad de AMD?, ¿Cómo se relaciona la atención domiciliaria con la APS?

#### 4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de la modalidad de AMD, los intereses que median su implementación y su relación con la APS en algunas IPS de la ciudad de Bogotá?

## 5. JUSTIFICACIÓN

Por medio de este trabajo de investigación se pretendió destacar los beneficios que trae consigo la implementación de la estrategia de APS en la modalidad de Atención Médica en el Domicilio que se implementa en algunas IPS en la ciudad de Bogotá, y así poder divisar los posibles aspectos positivos y negativos que podría generar en la salud de los individuos y en los servicios sanitarios. De igual forma, se pretende generar recomendaciones que permitan que las IPS de la ciudad de Bogotá vean en los modelos de AD una nueva oportunidad para mejorar su oferta de servicios, disminuir costos sanitarios y generar mejor calidad de vida a sus usuarios.

Por lo anterior, como participantes activas del actual sistema de salud, surgió la iniciativa de indagar a profundidad, si existe o no una articulación entre la modalidad de AMD y la APS que se lleva a cabo en algunas IPS de la ciudad de Bogotá; así mismo, desde la experiencia de las investigadoras se ha evidenciado que la atención de las personas en su entorno, con sus familias y en su comunidad trae mejores resultados en los procesos de salud-enfermedad; así, como tener en cuenta una estrategia adecuada como la APS, en la intervención que se hace desde el hogar ha de ser una experiencia exitosa para las personas beneficiarias, las instituciones de salud y en general el sistema de salud.

## 6. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Por medio de este trabajo de investigación se busca la generación de nuevas estrategias y/o conocimientos en el sector salud que permitan mejorar las condiciones de prestación de los

servicios de salud, reconociendo el beneficio que representa abordar estos modelos “integralmente” como parte fundamental de la atención en salud, fortaleciendo la promoción de la salud, e involucrando la prevención, tratamiento y rehabilitación; y reconociendo que las necesidades de salud de las poblaciones, comunidades y familias deben transformarse de manera que se conviertan en uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta por los actores políticos y tomadores de decisiones.

## 7. OBJETIVO GENERAL

Describir las características de la modalidad de Atención Médica en el Domicilio, los intereses que median su implementación y su relación con la Atención Primaria en Salud en Instituciones Prestadoras de Salud de la ciudad de Bogotá, año 2013.

### 6.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características de la modalidad de Atención Médica en el Domicilio en Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas de la ciudad de Bogotá, año 2013.
- Conocer las intencionalidades (intereses) por los cuales las Instituciones Prestadoras de Salud en estudio implantan la modalidad de Atención Médica en el Domicilio, Bogotá 2013.
- Identificar los atributos de la estrategia de Atención Primaria en Salud utilizados en la modalidad de Atención Médica en el Domicilio en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Bogotá, 2013.

- Identificar las condiciones que favorecen o dificultan la apropiación de los atributos de la Atención Primaria en Salud en la modalidad de Atención Médica en el Domicilio en Instituciones Prestadoras de Salud de la ciudad de Bogotá, año 2013.

## **CAPITULO II - METODOLOGÍA**

### **1. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación se realizó bajo un enfoque metodológico mixto, cuantitativo y cualitativo; considerando que éstos dos enfoques utilizados conjuntamente pueden enriquecer el proceso de la investigación científica de manera importante, ya que no se excluyen ni se sustituyen, sino que se complementan de acuerdo al planteamiento realizado por Salgado, A. 2007.

Se hizo un análisis cuantitativo analítico y transversal para identificar los atributos de APS que se apropian en la modalidad de AMD. Por otra parte se buscó de manera cualitativa realizar un análisis en el que se describen e interpretan las variables que hacen referencia a los intereses o intencionalidades por los cuales esta modalidad se implementa en algunas IPS públicas y privadas de la ciudad de Bogotá y para identificar las condiciones que favorecieron o dificultaron el vínculo entre la AMD y la APS.

### **2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Los servicios de AMD seleccionados de acuerdo con el muestreo debieron estar en funcionamiento en el periodo correspondiente a la realización de esta investigación y habilitados para esta prestación.
- Los servicios de AMD deben tener una trayectoria de funcionamiento en la modalidad mayor a seis (6) meses (A partir del certificado de habilitación).

- Los informantes primarios para la realización de la encuesta deben ser los coordinadores o gestores de esta modalidad en las IPS previamente seleccionadas.
- El tiempo de permanencia en el cargo de coordinadores o gestores debe ser mayor a seis (6) meses en el cargo.

### 3. POBLACIÓN Y MUESTRA

De acuerdo con la información existente en las bases de datos de la Secretaria Distrital de Salud - SDS-, en la ciudad de Bogotá se encontraron 25.654 IPS habilitadas para la prestación de servicios de salud con corte a mayo de 2013, distribuidas de acuerdo a su naturaleza y modelo de atención como se observa en la Tabla No.1 (SDS, Mayo 5 de 2013).

TABLA 1. Prestadores de servicios de salud habilitadas en la ciudad de Bogotá.

| IPS Privadas | IPS Públicas | Profesionales Independientes | Transporte Especial | Total  |
|--------------|--------------|------------------------------|---------------------|--------|
| 5.159        | 226          | 20.124                       | 145                 | 25.654 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la SDS, Mayo 2013.

De esta manera, en el aplicativo de la SDS en el componente de IPS habilitadas se realizaron los siguientes filtros, teniendo en cuenta las indicaciones dadas por un funcionario de la oficina de habilitación de la SDS:

- Modulo servicios:** Naturaleza jurídica privada, departamento Bogotá, municipio Bogotá, clase prestador instituciones IPS, servicio 328 – Medicina General, modalidad extramural domiciliario. De esta manera se obtuvo la base de datos con los ítems relacionados para las IPS privadas.



Para el caso de las IPS de naturaleza pública el procedimiento fue el siguiente:

- b) Módulo servicios:** Naturaleza jurídica pública, departamento Bogotá, municipio Bogotá, clase prestador instituciones IPS, servicio 328 – Medicina General, modalidad extramural domiciliario. De esta manera se obtuvo la base de datos con los ítems relacionados para las IPS públicas.

De esta manera, se encontró que 130 IPS prestan el servicio de AMD con habilitación de la modalidad de atención extramural (Tabla No. 2) (SDS, 2013).

TABLA 2. Instituciones Prestadoras de Salud que llevan a cabo la modalidad AMD

| Modalidades de Atención Domiciliaria  | IPS Públicas | IPS Privadas | Total |
|---------------------------------------|--------------|--------------|-------|
| Atención Médica en el Domicilio (AMD) | 10           | 120          | 130   |

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la SDS, Mayo 2013.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó el cálculo del tamaño muestral para una proporción a partir de la siguiente fórmula:

$$\frac{(N * P * Q)}{((N - 1) * ((E^2) / Z^2)) + (P * Q)}$$

Donde, N es igual al Universo, P igual a Proporción esperada, Q igual a 1(-) P, E igual a Error permitido, y Z igual al Nivel de confianza. Considerando una proporción estimada de 0,50, Error permitido de 10% y un nivel de Confianza de 90% (1,64). De esta manera se obtuvo el siguiente tamaño muestral (Tabla No.3), considerando así las IPS que se tuvieron en cuenta para hacer la aplicación de la entrevista a sus tomadores de decisiones y coordinadores de la modalidad de AMD.

TABLA 3. Muestra

| Naturaleza Jurídica | Atención Médica en el Domicilio |
|---------------------|---------------------------------|
|---------------------|---------------------------------|

|              |           |
|--------------|-----------|
| Públicas     | 4         |
| Privadas     | 41        |
| <b>Total</b> | <b>45</b> |

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la SDS, Mayo 2013.

De esta manera, conociendo la muestra sugerida, se realizó una tabla de números aleatorios y se seleccionaron las IPS que fueron incluidas en el estudio (Anexo No. 1) con el software Microsoft Excel® a través de la herramienta aleatorización.

Sin embargo, aunque se definió una muestra de IPS (n=45) para hacer las entrevistas considerando la información suministrada por las bases de datos de la Secretaria Distrital de Salud – SDS, en el proceso de recolección de la información se encontró que algunas de las IPS seleccionadas habían dejado de operar la modalidad de AMD recientemente (n=4). Así mismo, algunas no existían en las direcciones aportadas por la SDS (n=6); otras se encontraban en proceso de liquidación (n=3); no se obtuvo respuesta en varios intentos de contacto con algunas IPS (n= 4) por lo que se decidió no incluirlas y, por último, 9 IPS manifestaron no querer participar en la investigación (n=9), argumentando algunas que por políticas de la empresa no era permitido, otras porque se encontraban en reingeniería de sus procesos y no era pertinente en el momento, así mismo algunas informaron que no era de su interés participar. Finalmente, contribuyeron al desarrollo de esta investigación 19 IPS como se muestra en la Tabla No. 4.

TABLA 4. IPS que participaron en la investigación

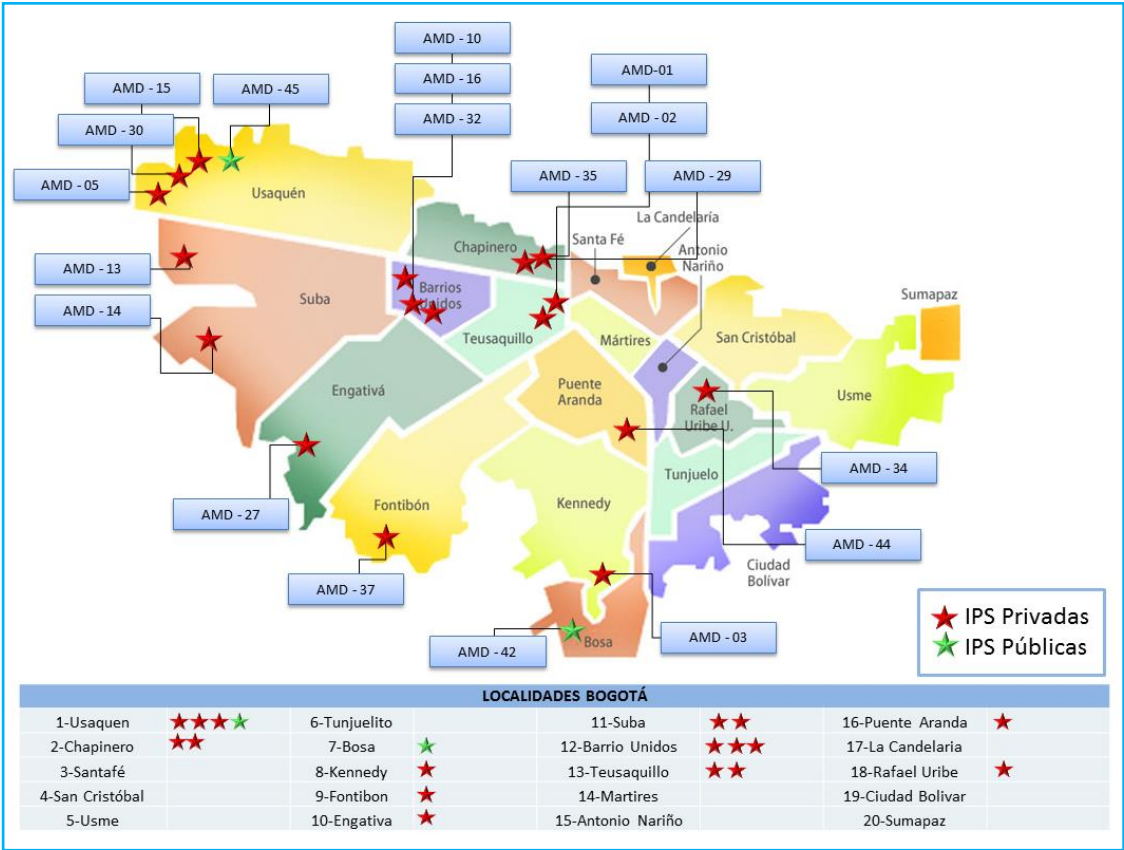
| <b>Naturaleza Jurídica</b> | <b>IPS planteadas inicialmente</b> | <b>IPS que participaron</b> |
|----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Públicas                   | 4                                  | 2                           |
| Privadas                   | 41                                 | 17                          |
| <b>Total</b>               | <b>45</b>                          | <b>19</b>                   |

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la SDS, Mayo 2013.

Sin embargo, pese a no haber logrado la cobertura del 100% de las IPS definidas en la muestra, se encuentra que con el numero alcanzado se logra la validez del estudio aunque no se pueda inferir los resultados a todo el universo de IPS que realizan AMD.

Finalmente, se realizó un mapeo teniendo la ubicación de las IPS por localidades con el fin de visibilizar la ubicación geográfica de estas en la ciudad de Bogotá (Gráfico No. 1).

Gráfico 1. Distribución geográfica de las IPS participantes en la ciudad de Bogotá



Fuente: Elaboración propia, 2013.

#### 4. MATRIZ DE VARIABLES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

De acuerdo al planteamiento de Creswell (2005) y Mertens (2005) en la investigación multimetodo o mixta, en el componente cualitativo el investigador reconstruye los hechos a partir de una cadena de sucesos narrada en este caso a través de las entrevistas, posteriormente los relata bajo su óptica y describe las categorías iniciales sobre la base de la evidencia disponible, consecutivamente identifica categorías y temas emergentes en los datos narrativos que provienen de los hechos contados por los participantes, los documentos, materiales y la propia narración del investigador.

Teniendo en cuenta lo anterior y considerando los objetivos planteados para esta investigación se desarrolló la siguiente matriz de variables o categorías a analizar partiendo de lo descrito en el marco teórico (Tabla No. 5).

TABLA 5. Matriz de variables

| <b>Nombre de la variable o de la categoría de análisis</b> | <b>Descripción de la variable o de la categoría</b>                                | <b>Nivel de medición</b> | <b>Categorías de la variable o subcategorías</b> | <b>Fuente de información</b>                 |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Naturaleza jurídica                                        | Tipo de propiedad de la Institución                                                | Cualitativo              | Pública<br>Privada                               | Secretaria Distrital de Salud                |
| Nivel de atención                                          | Complejidad de los servicios prestados por determinada IPS                         | Cualitativo              | I, II y III                                      | Secretaria Distrital de Salud                |
| Perfil académico                                           | Títulos académicos obtenidos tras el desarrollo de un plan de estudios determinado | Cualitativo              | Nombre del Pregrado y/o Postgrado                | Coordinador o gestor de la modalidad de AMD. |

| <b>Nombre de la variable o de la categoría de análisis</b> | <b>Descripción de la variable o de la categoría</b>                                                                                                                         | <b>Nivel de medición</b> | <b>Categorías de la variable o subcategorías</b>                | <b>Fuente de información</b>                           |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Tiempo de permanencia en el cargo                          | Tiempo en el cargo como coordinador y/o gestor en meses                                                                                                                     | Cuantitativo             | A partir de 6 meses y agrupados de acuerdo a la frecuencia      | Coordinador o gestor de la modalidad de AMD.           |
| Definición AMD                                             | Identificar los diferentes conceptos de AMD y el conjunto de actividades que lleva a cabo.                                                                                  | Cualitativo              | Identificación de las diferentes modalidades que llevan a cabo. | Coordinador o gestor de la modalidad de AMD de la IPS  |
| Razones para llevar a cabo la AMD                          | Causas por las cuales la IPS implanta la modalidad (Económicas, Demanda y Oferta de calidad).                                                                               | Cualitativo              | Pregunta abierta                                                | Gerente de la IPS (Tomador de decisiones).             |
| Primer contacto                                            | Fuente disponible para la atención en salud por la modalidad de AMD                                                                                                         | Cualitativo              | Accesibilidad y utilización del servicio                        | Coordinador o gestor de la modalidad de AMD de la IPS. |
| Longitudinalidad (Vínculo)                                 | Relación mantenida entre el proveedor y el paciente basada en la continuidad en el tiempo.                                                                                  | Cuantitativo             | Permanencia de la relación entre proveedor – paciente.          |                                                        |
| Integralidad                                               | Disponibilidad de servicios que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población, involucrando acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. | Cuantitativo             | Actividades que tengan en cuenta la Resolución 412 del 2000.    | Coordinador o gestor de la modalidad de AMD de la IPS. |

| Nombre de la variable o de la categoría de análisis          | Descripción de la variable o de la categoría                                                                                                                           | Nivel de medición | Categorías de la variable o subcategorías                                                                                                                                                                                                       | Fuente de información                                  |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Coordinación                                                 | Capacidad de comunicación, referencia y contrareferencia entre los diferentes prestadores de servicios de salud de manera que se dé una atención integral e integrada. | Cuantitativo      | Continuidad en la atención y existencia de sistemas de información.                                                                                                                                                                             | Coordinador o gestor de la modalidad de AMD de la IPS. |
| Enfoque familiar                                             | Fomento de un enfoque de atención del proceso salud enfermedad centrado en la familia                                                                                  | Cuantitativo      | Orientación familiar de la atención y reconocimiento de su entorno                                                                                                                                                                              | Coordinador o gestor de la modalidad de AMD de la IPS. |
| Definición APS                                               | Identificar el concepto de APS, evidenciando hacia donde encaminan sus acciones.                                                                                       | Cualitativo       | Modelo de atención selectiva o integral.                                                                                                                                                                                                        | Coordinador o gestor de la modalidad de AMD de la IPS  |
| Factores involucrados en el desarrollo de la modalidad de AD | Conocer cuáles son los factores que favorecen o dificultan el vínculo entre la modalidad de AMD y la APS.                                                              | Cualitativo       | <p><i>Factores Internos:</i><br/>Económicos, políticas organizacionales, conocimiento sobre los atributos de la APS, etc.</p> <p><i>Factores Externos:</i><br/>Reglamentación nacional, políticas de prestación de servicios en salud, etc.</p> | Coordinador o gestor de la modalidad de AMD de la IPS. |

## 5. RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

### 5.1. PLAN DE CAMPO

Para la recolección de la información se tuvo en cuenta los aspectos mencionados a continuación:

- Una prueba piloto realizada con una de las IPS que aceptó participar en la investigación a partir de la cual se definió el tiempo para la aplicación de cada entrevista, y se sugirió la inclusión de una pregunta relacionada con dificultades que se presentan en el desarrollo de la modalidad.
- Se realizó confirmación de datos de las IPS seleccionadas (Dirección, teléfonos y nombre de tomadores de decisiones y gestores o coordinadores).
- Se solicitó al comité de trabajos de grado de la facultad de ciencias económicas y administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana las cartas de presentación como estudiantes de la maestría en administración de salud dirigida a cada una de las IPS a estudiar.
- Se concertó una cita con el tomador de decisiones y gestor o coordinador de cada una de las IPS a estudiar, con el fin de dar a conocer el objetivo del estudio y la relevancia de su participación.
- Se acordó una cita con el tomador de decisiones y gestor o coordinador para la realización de la encuesta y entrevista de acuerdo al cronograma propuesto para el desarrollo de esta fase.
- Las entrevistas y encuestas fueron realizadas por las dos investigadoras en este estudio y las IPS a estudiar se distribuyeron de manera equitativa; de igual forma mediante la aplicación de la prueba piloto se establecieron tiempos para la aplicación de las entrevistas: cuestionario 20 minutos y entrevista semi-estructurada 40 minutos, y se contó con un guion que sirvió como apoyo para la realización de las mismas.

## 5.2. FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la realización de la presente investigación se definieron fuentes primarias de información las cuales estuvieron conformadas por los tomadores de decisiones de las IPS y los coordinadores o gestores de la modalidad de AMD de cada una de las IPS objeto de este estudio, a los cuales se les aplicó la encuesta (n=19) y entrevistas (n=19) diseñadas para la recolección de la información.

## 5.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó de la siguiente manera:

- Guión de entrevista semi-estructurada: Dirigida a tomadores de decisiones de las IPS en el que se definieron seis (6) preguntas orientadas a identificar los intereses de las IPS públicas y privadas para llevar a cabo la modalidad de APS (Anexo No.2).
- Encuesta: Aplicado a coordinadores o gestores de la modalidad de AMD, en el que se definieron cincuenta y seis (56) preguntas agrupadas de acuerdo a los siguientes atributos: puerta de entrada (n=14), longitudinalidad (n=5), integralidad (n=27), coordinación (n=7) y enfoque familiar (n= 3), y así poder determinar las diferentes perspectivas de los entrevistados frente a la apropiación de éstos atributos (Anexo No. 3).



- Guión de entrevista semi-estructurada: Dirigida a coordinadores o gestores de la modalidad de AMD, en el que se definieron siete (7) preguntas orientadas a conocer las condiciones que favorecen o dificultan la apropiación de los atributos de la APS (Anexo No. 4).

Para la elaboración del cuestionario se utilizaron los parámetros definidos por Starfield (2004) para la evaluación rápida del desempeño de la atención primaria, en los cuales se toma en cuenta la percepción de los coordinadores y tomadores de decisiones acerca de las características del desempeño de la APS en la modalidad de AMD, de igual forma se tomó como ejemplo el cuestionario adaptado y validado por Almeida & Macinko (2006) a las condiciones de Brasil, y posteriormente ajustado por Vega, Martínez, & Acosta (2009) en la ciudad de Bogotá. Teniendo en cuenta estos cuestionarios elaborados, se tomaron como ejemplo y se adaptaron algunas preguntas teniendo en cuenta las características de la modalidad de AMD, finalmente este cuestionario fue validado por Vega, R.

También es importante mencionar que los cuestionarios diseñados en los estudios nombrados anteriormente tienen en cuenta para su aplicación a Usuarios del sistema de salud, profesionales de salud y tomadores de decisiones, dado que la metodología de evaluación del desempeño de la APS propone evaluar las percepciones de los tres actores involucrados en el proceso. Sin embargo para esta investigación se decidió únicamente evaluar dicha percepción desde los coordinadores y tomadores de decisiones de la modalidad, teniendo en cuenta que:

- En Colombia la disponibilidad de información relacionada con la AMD es mínima, y los pocos estudios realizados no se han dedicado de manera estricta a revisar la relación entre la APS y los diferentes modelos de AD, de allí que a través de esta investigación se propone un primer paso considerando conocer las percepciones de los coordinadores y tomadores de decisiones.
- Se consideró este grupo de actores teniendo en cuenta que uno de los objetivos propuestos busca dar cuenta de las condiciones que favorecen o dificultan la apropiación de los atributos de la APS por parte de las IPS de Bogotá, así como los intereses para llevar a cabo dicha modalidad.
- Finalmente, se decidió no incluir a los usuarios y profesionales de salud, considerando la limitación de tiempo, recursos físicos y económicos disponibles para esta investigación.

Se estableció una escala valorativa ordinal tipo Likert (Bozal, 2005) que permite identificar el nivel de apropiación de los atributos, de acuerdo a esto se elaboraron los enunciados para las posibles opciones de respuesta y se les asignó un puntaje a fin de clasificarlos (Tabla No. 6).

Tabla 6. Valoración de las respuestas de acuerdo a la escala de Likert

| Opción de respuesta | Orden de respuesta | Valoración de la respuesta (%) |
|---------------------|--------------------|--------------------------------|
| Nunca               | 1                  | 16,7                           |
| Casi nunca          | 2                  | 33,3                           |
| Algunas veces       | 3                  | 50,0                           |
| Muchas veces        | 4                  | 66,7                           |
| Casi siempre        | 5                  | 83,3                           |
| Siempre             | 6                  | 100                            |
| No sabe             | 0                  | 0.0                            |

Fuente: Elaboración propia, 2013.

Igualmente, se llevó un registro en el que se consignaron aspectos importantes en el desarrollo de las encuestas y entrevistas, como contactos de la IPS, teléfonos, correos electrónicos, fechas acordadas para la aplicación de las entrevistas, IPS que no aceptaron participar en la investigación, intentos de localización de los coordinadores y/o gestores, señales dadas para llegar al lugar de la entrevista, entre otros.

#### 5.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la digitación de los datos provenientes de la encuesta se elaboró una matriz en Microsoft Excel® en donde se especificó cada una de las preguntas planteadas en la misma, y para su procesamiento se utilizó el software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS versión 21.0. Por otra parte, para el procesamiento de la información cualitativa proveniente de las dos entrevistas semi-estructuradas se realizaron registros con una grabadora de voz profesional con formato de reproducción mp3 y, posteriormente, se realizó la transcripción fiel de las grabaciones en el procesador de texto Microsoft Word®. A continuación se describen los procedimientos analíticos desarrollados para responder cada uno de los objetivos específicos de la investigación:

##### 4.4.1. Encuesta para gestores o coordinadores de la modalidad de AMD en las IPS

###### a) Preparación de la información

Cada una de las entrevistas estructuradas fueron diligenciadas por las investigadoras del estudio, quienes garantizaron la completitud en el diligenciamiento y la claridad en la lectura de las preguntas realizadas a los entrevistados.

b) Análisis de la información

- Las variables se procesaron de acuerdo con su naturaleza. Esto es, las variables cualitativas, específicamente medidas en escalas Likert se analizan de acuerdo al puntaje asignado por cada opción de respuesta (Tabla No. 6).
- Con la suma de promedios obtenidos al computar todas las respuestas dadas a una pregunta se obtiene una ponderación para la construcción del índice global del atributo.
- Posteriormente, con los índices globales, éstos se compararon entre las diferentes instituciones a través de una prueba de T de student para diferencias de promedios en variables que se distribuyeron normal.
- Todas las variables se diferenciaron según la naturaleza jurídica de las IPS (Públicas y privadas).
- Finalmente, considerando el comportamiento variable de los índices de cada atributo, y con el fin de poder cualificar los resultados, se definieron los siguientes parámetros evaluadores (Tabla No. 7).

TABLA 7. Parámetros evaluadores para los atributos

| Interpretación                      | Calificación del Índice | Definición                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apropiación “adecuada” del atributo | Mayor o igual que 60 %  | En el desarrollo de la modalidad de AMD se tiene en cuenta actividades propias de la APS que representan en buen desempeño del atributo evaluado.                  |
| Apropiación “regular” del atributo  | Entre 40 y 59%          | En el desarrollo de la modalidad de AMD se tiene en cuenta algunas veces actividades propias de la APS que representan un regular desempeño del atributo evaluado. |

|                                 |               |                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apropiación “baja” del atributo | Menor que 40% | En el desarrollo de la modalidad de AMD se tiene en cuenta algunas veces o nunca actividades propias de la APS que representan un bajo desempeño del atributo evaluado. |
|---------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fuente: Elaboración propia, 2013.

#### 5.4.1. Entrevista semi-estructurada para gerentes o tomadores de decisiones de las IPS

##### a) Preparación de los datos

Las investigadoras realizaron la transcripción fiel de cada una de las entrevistas, y se procedió a hacer la identificación de las categorías.

##### b) Análisis de la información

- Teniendo en cuenta las categorías definidas (ej. definición de AMD, beneficios de la modalidad, etc.) se tomó el texto transcrito y se identificaron las diferentes asociaciones hechas por el entrevistado con la categoría propuesta, con un criterio deductivo partiendo del marco teórico previamente definido.
- En el texto surgieron otras categorías emergentes (ej. intereses de terceros) a partir de un criterio inductivo que consistió en el descubrimiento progresivo de las categorías a partir del examen sucesivo de los datos de todas las formas posibles, examinando línea a línea y párrafo a párrafo el texto.

Finalmente, es importante mencionar que de acuerdo a la evaluación del rigor metodológico un criterio que comúnmente se utiliza para evaluar la calidad científica de un estudio mixto y por ende su rigor metodológico es la auditabilidad, de acuerdo a lo referido por Guba & Lincoln, 1989; Ruiz e Ispizua, 1989; Franklin & Ballau, 2005; Mertens, 2005. De esta manera, en esta investigación la auditabilidad o confirmabilidad de la información se respalda con: las grabaciones de audio realizadas en formato mp3 y su fiel transcripción, el proceso de selección de los informantes de acuerdo a los criterios de inclusión ya definidos y la presentación final de los resultados de la investigación a los entrevistados.

Teniendo en cuenta lo anterior las investigadores deciden no realizar confirmación con los entrevistados de cada una de las transcripciones de las grabaciones.

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación consideró en su metodología la realización de entrevistas a directivos y gestores o coordinadores de la modalidad de estudio AMD, de esta manera la presente se clasificó como una investigación sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, siempre y cuando se garantice la confidencialidad y anonimato de los nombres de las instituciones y personas que participaron en la investigación.

Sin embargo, para llevar a cabo las entrevistas planteadas a directivos y gestores o coordinadores se presentó un formato de consentimiento informado (Anexo No. 6), en el cual se hizo claridad que los datos obtenidos serían de uso únicamente académico; de igual forma de manera

anticipada se dio a conocer a los entrevistados las características del estudio, los objetivos y los motivos por los cuales fueron escogidos para participar en el mismo.

### **CAPITULO III – RESULTADOS**

En el presente capítulo se presentan los resultados de la investigación y su respectivo análisis, éstos se ordenan de acuerdo a cada uno de los tres objetivos específicos que se plantearon en este trabajo. Así mismo es importante mencionar que en las IPS públicas su orientación para el modelo de prestación de servicios de salud inicia desde el marco de la estrategia de APS mediante lineamientos definidos y de allí derivan todas sus acciones; mientras que en las IPS privadas no existe homogeneidad en el desarrollo de las actividades, ni lineamientos que orienten su accionar, sin embargo se encuentra que en estas IPS se vienen desarrollando actividades que apropian atributos que podrían orientar o fortalecer el inicio de la implementación de un modelo de APS a través de esta modalidad de atención.

Por lo anterior, se consideró importante presentar los resultados de esta investigación diferenciándolos por naturaleza jurídica (privada y pública), y así poder evidenciar las fortalezas y debilidades de este modelo de atención en cada una de estas IPS; se debe aclarar que el objetivo de esta investigación no es comparar la apropiación de los atributos entre IPS privadas y públicas, más bien conocer el nivel de apropiación de los mismos entre diferentes IPS, dado que de antemano se conoce que las acciones realizadas por las IPS públicas están orientadas en el marco de la APS.

En primer lugar se describirán las características de las IPS como su naturaleza jurídica y nivel de atención, posteriormente se exponen algunas características sociodemográficas de las personas que participaron en la investigación, como perfil académico y tiempo de permanencia



en el cargo. A continuación, se presentan las características propias de la modalidad de AMD en donde se define una a una las categorías planteadas como definición de AMD por los diferentes entrevistados de acuerdo a los hallazgos en el texto transcrito de las entrevistas tras el método deductivo-inductivo; igualmente, bajo este mismo esquema se exponen las causas identificadas por las cuales las IPS implantan esta modalidad.

Finalmente, se presenta la apropiación de los atributos de la APS en las IPS privadas y públicas que llevan a cabo la modalidad de AMD, y para concluir se describen los factores que favorecen o dificultan la apropiación de los atributos mencionados en el desarrollo de la modalidad.

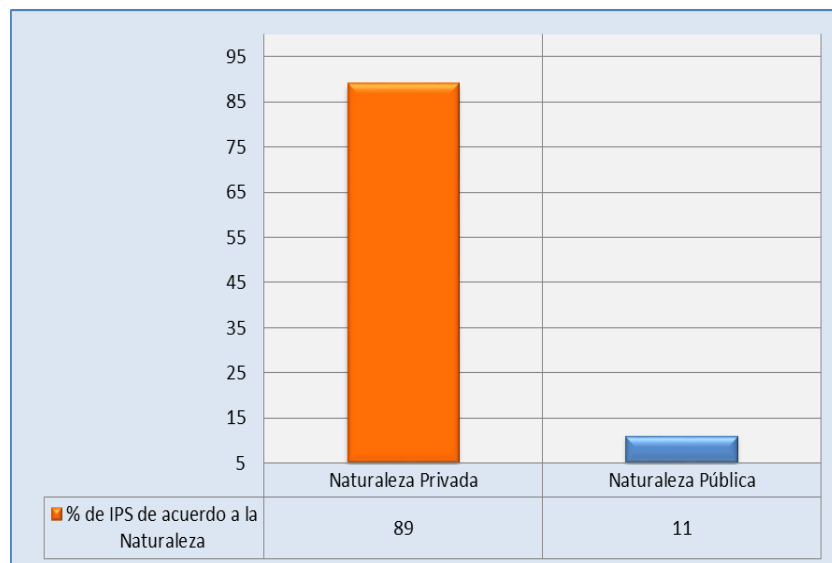
#### 1. Características de las IPS y sociodemográficas de los coordinadores y/o tomadores de decisiones

En esta sección se describen las características de las IPS como su naturaleza jurídica entendida como el tipo de propiedad de la misma, de igual forma se describe el nivel de atención de las IPS definido por la complejidad de los servicios prestados. Por otra parte, se describen características sociodemográficas de los coordinadores y/o tomadores de decisiones que participaron en esta investigación, perfil académico en el cual se tiene en cuenta la denominación del pregrado y si poseen algún postgrado y finalmente el tiempo en meses de permanencia en el cargo de coordinador y/o tomador de decisiones. Se consideró importante realizar esta primera caracterización en aras de describir parte del contexto en el que se desarrolla esta modalidad y los actores que intervienen en su funcionamiento.

### 1.1. Naturaleza jurídica

La muestra final correspondió a 19 IPS, de las cuales el 89% (n=17) fueron de naturaleza privada y el 11% (n=2) restante de naturaleza pública. Es importante destacar que en el 76% (n=13) de las IPS privadas los coordinadores cumplían a su vez el papel de tomador de decisiones, y en la mayoría de estos casos se constituyeron como tomadores de decisiones por ser propietarios de la IPS o por tratarse de una institución de propiedad familiar; por otra parte en el 24% (n=4) restante se tenía un profesional contratado exclusivamente para la coordinación de la modalidad. Así mismo, en las IPS públicas se encontró que el 100% (n=2) de los coordinadores son profesionales de salud contratados para desarrollar actividades de coordinación territorial y apoyo a la gestión operativa de los equipos del subprograma de la estrategia de atención primaria en salud “Familias protectoras de la Salud y la Vida” (Gráfico No.2).

Gráfico 2. Naturaleza jurídica de las IPS

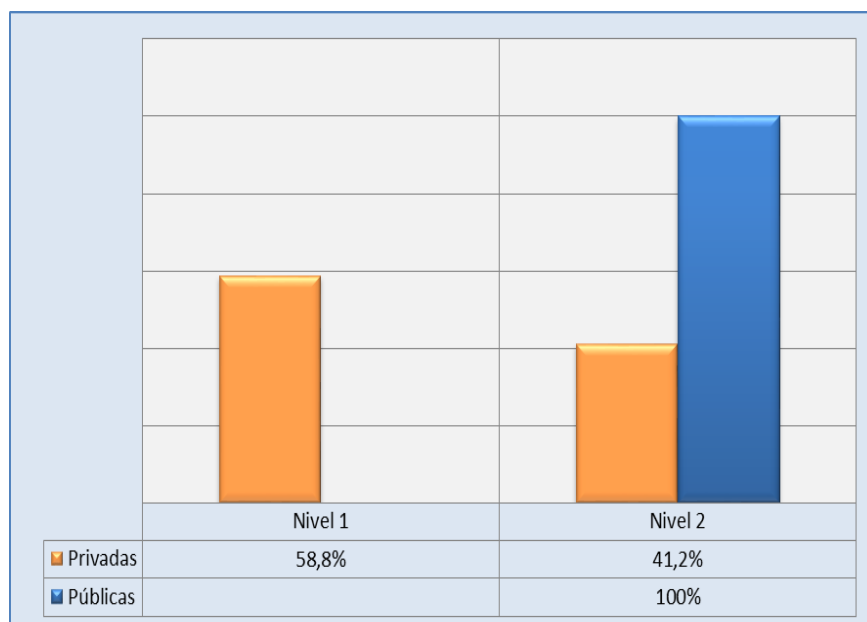


Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

## 1.2. Nivel de atención

Según la Resolución No. 5261 de 1994 por la cual se establece el Manual de Actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el SGSSS, los servicios tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. De esta manera, teniendo en cuenta la importancia de identificar los servicios que se ofrecen en cada una de las IPS que desarrollan la modalidad de AMD, se identificó los niveles de atención (Gráfico No. 3).

Gráfico 3. Nivel de atención de las IPS



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

De acuerdo con la complejidad de las actividades, procedimientos e intervenciones, en las IPS privadas que desarrollan la modalidad de AMD se encontró que el 58.8% de estas IPS pertenecen al nivel 1 y en su mayoría realizan actividades relacionadas con consulta médica general, atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencia, laboratorio clínico básico, medicamentos esenciales, acciones de promoción y prevención, entre otras.

Así mismo, el 41.2% de las IPS privadas pertenecen al nivel 2, así como el 100% de las IPS públicas que también pertenecen a este nivel, se destaca que las actividades que realizan están relacionadas con atención ambulatoria, laboratorio clínico especializado, otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, procedimientos quirúrgico ambulatorio (suturas) derivados de la atención ambulatoria de medicina especializada en áreas como cirugía general, ginecobstetricia, dermatología y otras.

De igual forma, es importante mencionar que en esta investigación se tuvo en cuenta como criterio de inclusión que el servicio de AMD estuviese habilitado, y no se indago acerca de otros servicios habilitados en la misma IPS.

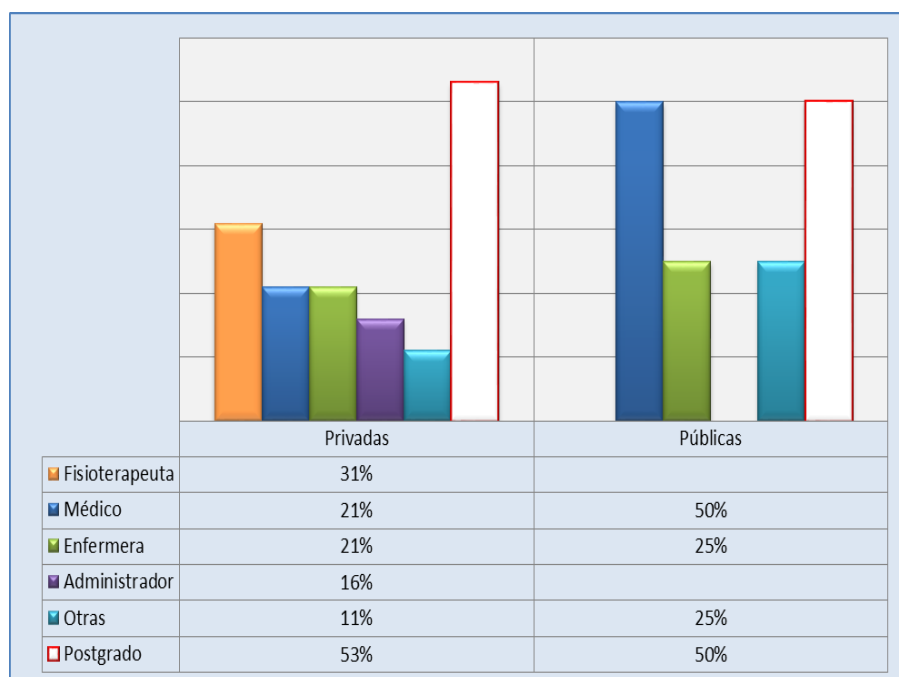
### 1.3. Perfil académico

En el perfil académico de los coordinadores que respondieron la entrevista se encontró que está relacionado en su mayoría con profesionales del área de la salud. En el caso de las IPS privadas se encontró que el 31% eran fisioterapeutas, el 21% enfermeras, el 21% Médicos generales, el 16% administradores de empresas, y el 11% corresponden a otros pregrados como químicos farmacéutas, fonoaudiólogos entre otros; así mismo en estas IPS se encontró que el 53% de los profesionales mencionados anteriormente habían realizado algún postgrado como Especialización en Bioquímica Clínica, Gerencia de Servicios de Salud, Gerencia de Laboratorios entre otros.

Por otra parte en las IPS públicas se encontró mayor homogeneidad, dado que el 50% de los profesionales eran médicos generales con algún grado de especialización por ejemplo gerencia

de servicios de salud, el 25% eran enfermeras y el 25% restante hace referencia a un profesional en nutrición y dietética (Gráfico No.4).

Gráfico 4. Perfil académico de los entrevistados

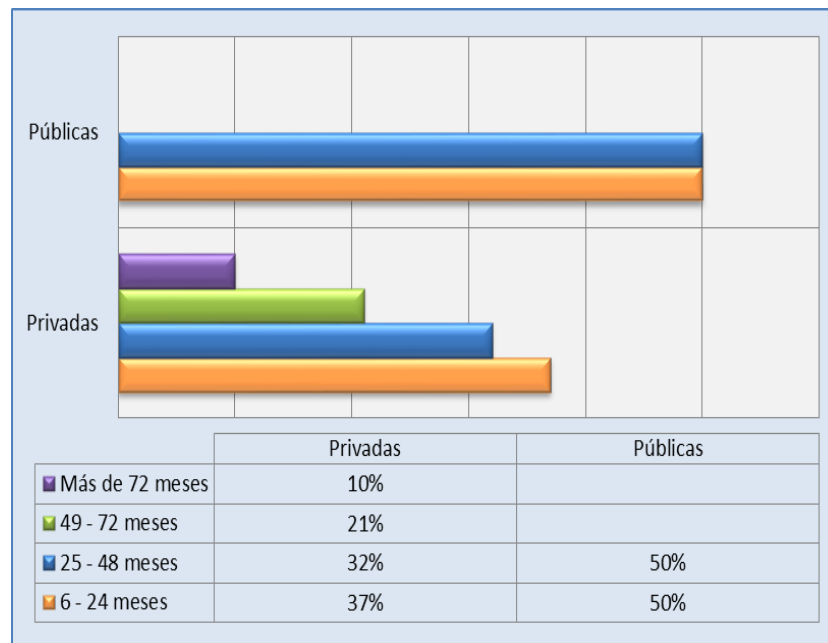


Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

#### 1.4. Tiempo de permanencia en el cargo

Teniendo en cuenta que uno de los criterios de inclusión para esta investigación definió que las personas a entrevistar deberían tener mínimo seis (6) meses de permanencia en el cargo, se logró identificar lo siguiente: en las IPS privadas solamente el 10% de las personas llevaban más de 72 meses en el cargo, y el 37% entre 6 y 24 meses; mientras que en las IPS públicas el 50% de las personas entrevistadas llevaban entre 25 y 48 meses en el cargo, y el 50% restante llevaban menos de 24 meses de permanencia en ese cargo (Gráfico No. 5).

Gráfico 5. Tiempo de permanencia en meses en el cargo



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

## 2. – Características de la AMD en IPS privadas y públicas

Las características de la modalidad de AMD se describen de acuerdo a las categorías planteadas para esta investigación y posteriormente se exponen las categorías que emergieron tras la aplicación de las entrevistas elaboradas para este fin.

De esta manera, la primera categoría hace referencia a la **definición de AMD** referida por los entrevistados, en donde se deduce que la AMD es un conjunto de servicios en salud como terapias, educación, consejería, entre otros, prestados por el médico y otros profesionales en el hogar de una persona.

En las IPS privadas además de lo anterior la AMD se define como el servicio en salud prestado en el domicilio a “pacientes” que demandan esta atención directamente o a través de un seguro (EPS o complementario<sup>4</sup>), dada una condición específica de su estado de salud, generalmente se presta este servicio a adultos mayores, enfermos crónicos, personas discapacitadas entre otros. El portafolio de servicios incluye actividades como terapias físicas y respiratorias, consulta por médico general, curación de heridas por enfermería, administración de medicamentos, puntualmente, la modalidad llevada a cabo por estas IPS se relacionan específicamente con la prevención terciaria, que comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para impedir su progresión y, con ello la aparición o las complicaciones que desmejoren la calidad de vida de los pacientes.

De igual forma en las IPS privadas se tienen criterios de inclusión a la modalidad de AMD, como valoración inicial por un médico general quien define el estado de salud y la posibilidad o no de ser atendido bajo esta modalidad, otro criterio para poder ser atendido bajo esta modalidad es contar con un cuidador permanente quien será entrenado por los profesionales para el cuidado de su familiar, lo que genera en este cuidador la interrupción de sus actividades cotidianas (laborales, académicas, entre otras) asumiendo una responsabilidad familiar, y cambios en su estilo de vida, como lo refieren algunos de los entrevistados:

- a) ... Siempre debe haber un cuidador con el paciente, porque uno se puede ganar un lío con los familiares, igual eso es un problema que se ha tenido, que a veces se llega a la casa y los pacientes están solos, y no es bueno uno meterle mano a un paciente que este

---

<sup>4</sup> Planes complementarios: Servicios adicionales de salud, prepagados, contratados a voluntad del usuario con capacidad de pago, condiciones opcionales de hotelería o tecnología (Ley 1438 de 2011, Artículo 37: Planes voluntarios de salud).

*solo, la responsabilidad es grande... entonces lo ideal es que siempre haya una persona, incluso por la misma seguridad de nosotros. (AMD15)*

- b) ... algunas veces las familias refieren que llevarse al paciente a la casa implica dejar de trabajar o empezar a pedir permisos en el trabajo.... También pasa por ejemplo que los hijos grandes que están estudiando deban descuidar su universidad... (AMD03)*

Es importante mencionar que dentro de las diferentes definiciones dadas por las IPS privadas se encontraron diferencias significativas en cuanto a la prestación del servicio, por ejemplo, algunas lo realizan mediante una programación definida de acuerdo a las necesidades de intervención encontradas en el paciente y el criterio médico, como lo relata uno de los entrevistados:

- a) ...en la atención domiciliaria tenemos una evaluación mensual de médico, nutrición, psicología, trabajo social, va una valoración y seguimiento por enfermera jefe..... (AMD03).*
- b) ... nosotros programamos la atención, excepto una eventualidad que me llame una enfermera que tuvo un inconveniente, o un usuario que no tiene enfermera, se le consigue, pero todo es programado (AMD15).*

Pero también se encuentra que la prestación del servicio se puede dar exclusivamente por la demanda del paciente, por ejemplo:

- a) ... el paciente sabe que tiene las posibilidad de tener un médico 24 horas que vamos al lugar donde el usuario lo necesite... el usuario llama cuando tiene su dolencia... (AMD10).*



Por otra parte, en las IPS públicas la modalidad de AMD se define como la atención extramural y domiciliaria donde se realizan principalmente actividades que incluyen la valoración de la condición general de los individuos y su familia, a través del acto médico, de las acciones de cuidado de enfermería y de actividades de promoción y prevención del personal que conforma el equipo de atención. Se realizan acciones de protección específica, y en casos específicos se realizan actividades asistenciales de tratamiento y rehabilitación. La ejecución de estas actividades surge en el contexto de trabajo en equipo y de programación de las actividades según el plan de atención familiar. Sin embargo, pese a que la atención se da de manera programada pueden presentarse casos de demandas espontáneas de atención.

La modalidad de AMD liderada por las IPS públicas acorde al “*Modelo de atención en salud Bogotá Humana*” hace énfasis en tres intervenciones: 1) caracterización y notificación de eventos de salud pública, lo que involucra la longitudinalidad en la atención sanitaria, así como la identificación del riesgo en salud individual, familiar y social; 2) Intervenciones de resolución de problemas de salud-enfermedad, considerando acciones de promoción y prevención, atención inicial basada en servicios de baja complejidad y referencia y contra-referencia para garantizar la continuidad de la atención; y 3) gestión transectorial, involucrando trabajo intersectorial y transectorial, así como seguimiento y monitoreo a resultados.

Respecto a la variable de **beneficios para los usuarios** se encuentra que tanto IPS privadas como públicas confluyen en que la prestación de los servicios de salud en el hogar genera bienestar para los usuarios, visto desde el punto en que se disminuye el riesgo de enfermedades

nosocomiales, disminuye el gasto de bolsillo de las familias por transportes, se permite especialmente en las IPS públicas la participación de la familia en el proceso salud-enfermedad del usuario, entre otras.

De igual forma, el hogar se constituye en el espacio de calidez y comprensión, de acompañamiento permanente e incondicional, aspecto que cobra mayor importancia en el caso de pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales; así mismo se considera que la atención en el domicilio es una opción para el usuario dependiente de recibir atención continuada, integral y multidisciplinaria, agrupada en un conjunto de servicios que se prestan desde los equipos de salud, mediante funciones y tareas sanitarias y sociales. Se destaca que esta atención se caracteriza por ser un servicio planificado, concertado con el usuario que puede surgir por iniciativa de algún miembro del equipo de salud (IPS públicas), o por requerimiento del paciente y/o algún miembro de su familia (IPS privadas).

Al finalizar con la categoría beneficios emerge en las entrevistas la categoría de ***dificultades presentadas en la modalidad de AMD***. Tanto en IPS privadas como públicas se tiene como particularidad principal que al realizar la consulta médica fuera del entorno sanitario puede dificultarse el diagnóstico, por lo que el material complementario para realizarlo también es limitado. En las IPS privadas se evidencia como dificultad los trámites que debe hacer el usuario para que en ocasiones la atención en el hogar pueda ser autorizada por la empresa aseguradora (EPS).

3. Intencionalidades (intereses) por las cuales las instituciones prestadoras de salud en estudio implementan la modalidad de AMD.

Para definir las intencionalidades de las IPS al implantar la modalidad de AMD se definió una categoría denominada **razones para llevar a cabo la AMD** de la que emergieron diferentes subcategorías. Para comenzar, en las IPS privadas se encontraron diferentes razones que se tienen en cuenta, entre ellas consideran que atender al “paciente” en el hogar genera beneficios para la IPS como el aumento en la rotación giro cama y descongestión de los servicios de atención prioritaria, beneficios para el paciente como disminución de complicaciones por adquisición de infecciones intrahospitalarias, beneficios para las EPS al considerar una forma diferente de atención sin requerir infraestructura física para ofrecer los servicios de salud, de esta manera puede traducirse que la implementación de la modalidad se da por **razones económicas**, que favorecen principalmente a las IPS y EPS; y también **razones de solicitud del servicio** para favorecer la alta demanda por los usuarios a las EPS.

Por parte de las IPS públicas se encuentra que las razones para llevar a cabo esta modalidad de atención en salud se relaciona con **fomentar la garantía del derecho a la salud** entendido este como el mejoramiento de la calidad de vida y el estado de salud, de la población que habita las zonas más críticas de la ciudad, **promoviendo el ejercicio de la ciudadanía en salud**, la corresponsabilidad individual, familiar y comunitaria así como la participación social.

De igual forma esta modalidad de atención busca **incrementar el acceso efectivo a los servicios de salud** de la población, potenciando las intervenciones colectivas en particular y desde salud

pública en general, aportando a la construcción y fortalecimiento de las respuestas del sector, de la red pública de servicios y de los diferentes actores públicos y privados.

#### 4. Atributos de la estrategia de APS utilizados en la modalidad de AMD

Con el propósito de conocer la apropiación de los atributos de la APS y representar las diferencias encontradas entre IPS públicas y privadas que desarrollan la modalidad de AMD, se construyó un índice para cada atributo: Puerta de entrada, Longitudinalidad, Integralidad, Coordinación y enfoque familiar; se definió para cada índice una calificación que permite valorar el nivel de apropiación de acuerdo a lo planteado en la metodología de la siguiente manera: valoración mayor o igual que 60% muestra una adecuada apropiación de los atributos de la APS en la modalidad de AMD, valoración entre 40% y 59% apropiación regular y finalmente valoración menor que 40% se considera una apropiación baja del atributo en la modalidad.

De esta manera se presentan los resultados obtenidos respecto a la apropiación de los atributos de la APS en la modalidad de AMD desarrollada por IPS públicas y privadas, de acuerdo a la información suministrada por los coordinadores y/o gestores y tomadores de decisiones entrevistados.

#### 4.1. **Accesibilidad y utilización en la modalidad de AMD**

La accesibilidad y utilización de los servicios son las dos dimensiones que determinan la puerta de entrada al servicio de AMD, para valorar este componente se tuvo en cuenta aspectos como la disponibilidad del personal médico para la atención del paciente, oportunidad en la atención, forma de acceso a esta modalidad (gasto de bolsillo, cuota moderadora, copagos u otra forma de pago), disponibilidad de medicamentos esenciales para el tratamiento, disponibilidad de equipos tecnológicos para el diagnóstico, limitación geográfica para la atención, número de atenciones definidas para un periodo de tiempo entre otras. De esta manera, se presentan los resultados para estas dos dimensiones diferenciados de acuerdo a la naturaleza jurídica de las IPS.

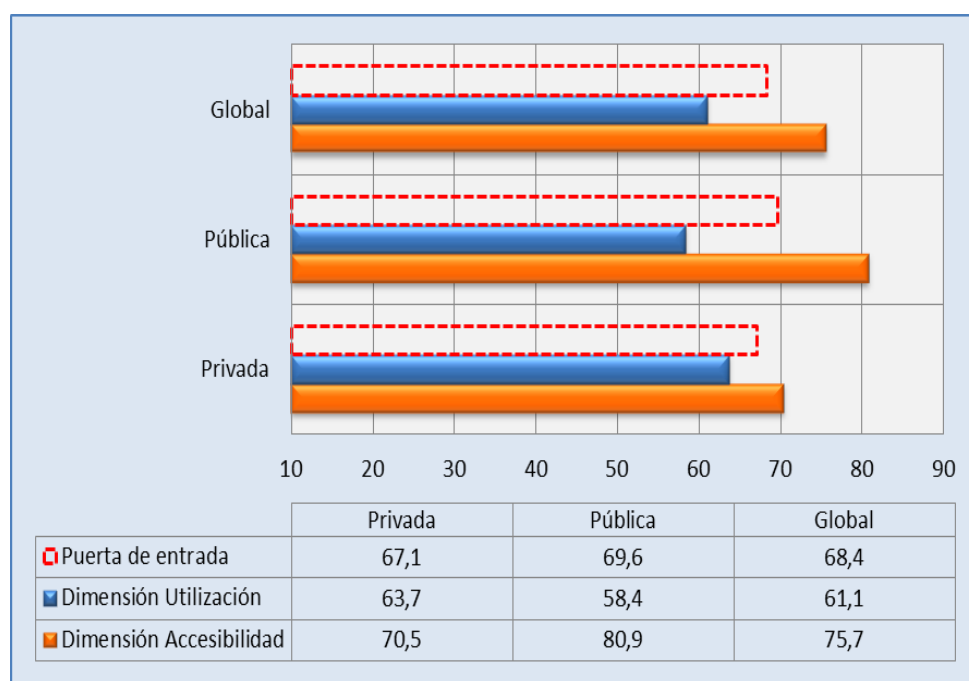
Según las respuestas dadas por los entrevistados tanto de IPS privadas como públicas, se encontró la dimensión de accesibilidad con una calificación de 75,7 % considerándose una apropiación adecuada en el desarrollo de esta modalidad; por otra parte, en la dimensión de utilización de los servicios se encuentra una apropiación global adecuada de 61,1%. De esta manera se puede decir que el atributo puerta de entrada tiene una apropiación de 68,4 clasificándose como adecuado (Gráfico No. 6).

En las IPS de naturaleza privada se encontró que el nivel de apropiación del atributo puerta de entrada fue de 67,1% considerándose como adecuada, de igual forma en las IPS públicas se encontró una apropiación calificada en 69,6% (Gráfico No. 6). Sin embargo, es importante conocer que en las IPS privadas se encontró una menor apropiación en la dimensión de accesibilidad en cuanto qué para la atención en esta modalidad en el 61% es necesario realizar

algún tipo de gasto de bolsillo; de igual forma, en esta dimensión la atención se ve afectada por barreras geográficas, es decir, las IPS privadas tienen definidas zonas geográficas de cobertura.

Así mismo, la dimensión de utilización en las IPS privadas es superior que en las IPS públicas y esto radica en que en el 41% de las IPS privadas los entrevistados refirieron que el usuario no tiene restricción en el número de consultas, mientras que en las IPS públicas la atención se da mediante una programación, que ha sido también definida en los lineamientos de acuerdo a las necesidades de la población; sin embargo en el modelo de atención recientemente modificado “Modelo humano de atención en salud en Bogotá” se abren las puertas para que los usuarios no deban esperar a la visita programada sino que en caso de requerirlo puedan realizar la demanda de la atención en condiciones particulares de riesgo (SDS, 2013).

Gráfico 6. Apropiación del atributo puerta de entrada en la modalidad de AMD



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

Por otra parte, se encuentra que las IPS públicas tuvieron una adecuada apropiación del atributo de puerta de entrada, en tanto que se obtiene una valoración de 69,6%, siendo 58,4% en la dimensión de utilización y 80,9% en la dimensión de accesibilidad. En este sentido se puede observar que la accesibilidad es adecuada y la puntuación alta obtenida se da por la gratuidad de los servicios ofrecidos bajo esta modalidad, así como la no restricción geográfica para la atención a los usuarios.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante mencionar que el financiamiento de la modalidad de AMD en las IPS públicas se da mediante la asignación de un porcentaje de la UPC<sup>5</sup> para el financiamiento de los Equipos Básicos de Salud con los que se atiende la población en los territorios.

Finalmente, de acuerdo a lo informado por los entrevistados en las IPS públicas no se tienen limitantes para la atención, sin embargo se encuentra que en los lineamientos de la SDS se tienen definidos criterios de inclusión, considerando las condiciones necesarias para que un paciente o una familia puedan ser atendidos, ya que no todos los usuarios pueden ser atendidos en su domicilio sea por su estado de salud, por las características de su entorno sociofamiliar, o por su ubicación geográfica que limita el desplazamiento del equipo de atención de salud (SDS, 2013).

#### **4.2. Longitudinalidad en la modalidad de AMD**

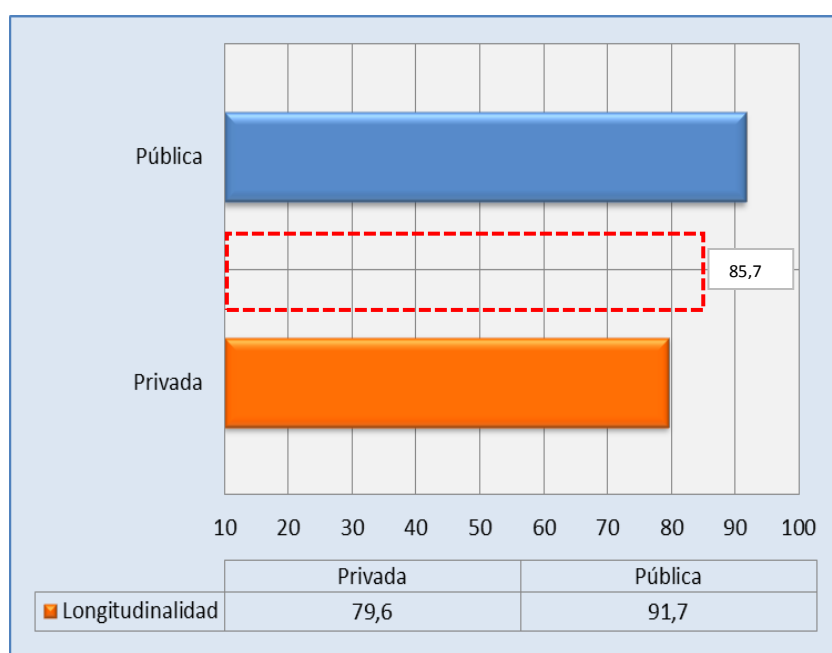
Para la valoración de este atributo se tuvo en cuenta aspectos como continuidad en la atención con los mismos profesionales, reconocimiento de la historia clínica, comunicación continua entre

---

<sup>5</sup> UPC: Unidad de Pago por Capitación.

el usuario y los profesionales tratantes, entre otros. Se encontró según las respuestas dadas por los entrevistados se asigna una valoración de 85,7 % considerándose una apropiación adecuada en el desarrollo de esta modalidad. Puntualmente, en las IPS de naturaleza privada se encontró que el nivel de apropiación del atributo longitudinalidad fue de 79,6% considerándose una adecuada apropiación, así mismo en las IPS públicas se encontró una apropiación calificada en 91,7% considerándose adecuada (Gráfico No. 7).

Gráfico 7. Apropiación del longitudinalidad en la modalidad de AMD



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

Al revisar el aspecto que hace que se dé esta diferencia entre las IPS públicas y privadas en la valoración de este atributo, se encuentra que la respuesta dada a la pregunta No. 15 del cuestionario es la que extrapola este resultado, afirmando que las IPS privadas al asignar el médico que atenderá al usuario no tienen en cuenta si éste ha sido quien lo ha visitado en



ocasiones anteriores; mientras que en las IPS públicas el médico que realiza la visita al usuario es el mismo de las ocasiones anteriores, lo cual permite continuidad en el manejo y tratamiento dado al mismo.

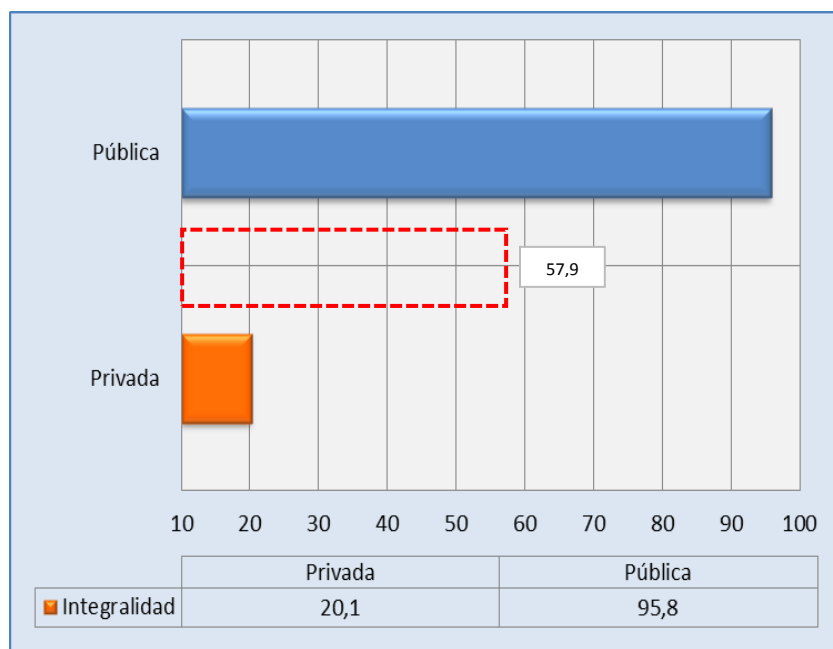
#### **4.3. Portafolio de servicios (integralidad) en la modalidad de AMD**

La integralidad en la atención también conocido como portafolio de servicios hace referencia a la disponibilidad y provisión de los servicios suficientes para satisfacer todas las necesidades de la población, para la valoración de este atributo se formularon preguntas relacionadas con las actividades que llevan a cabo en relación a la promoción y prevención de la salud, como aquellas definidas en la Resolución 412 del 2000, por ejemplo, acciones de protección específica y detección temprana, acciones educativas o por ejemplo reporte de casos sospechosos de negligencia o maltrato.

De acuerdo a las respuestas dadas por los entrevistados se encontró que el 57,9 % del total de IPS entrevistadas tienen una apropiación regular de este atributo en el desarrollo de esta modalidad. Particularmente, en las IPS de naturaleza privada se encontró que el nivel de apropiación del atributo integralidad o portafolio de servicios fue de 20,1% considerándose una baja apropiación.

Así mismo, en las IPS públicas se encontró una apropiación calificada en 95,8% considerándose adecuada su apropiación (Gráfico No. 8), lo cual es pertinente considerando que el modelo de prestación de en estas IPS está definido por un lineamiento enmarcado en la estrategia de APS.

Gráfico 8. Apropiación del atributo integralidad en la modalidad de AMD



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

Particularmente, las diferencias encontradas en este atributo entre IPS privadas y públicas se relacionan con la baja realización de actividades enfocadas a la promoción y prevención de la salud por parte de las IPS privadas, dejándolo más bien como actividades propias de las EPS y no como una posibilidad de ser realizadas bajo la modalidad de AMD, lo que se convierte en una fortaleza de las IPS públicas.

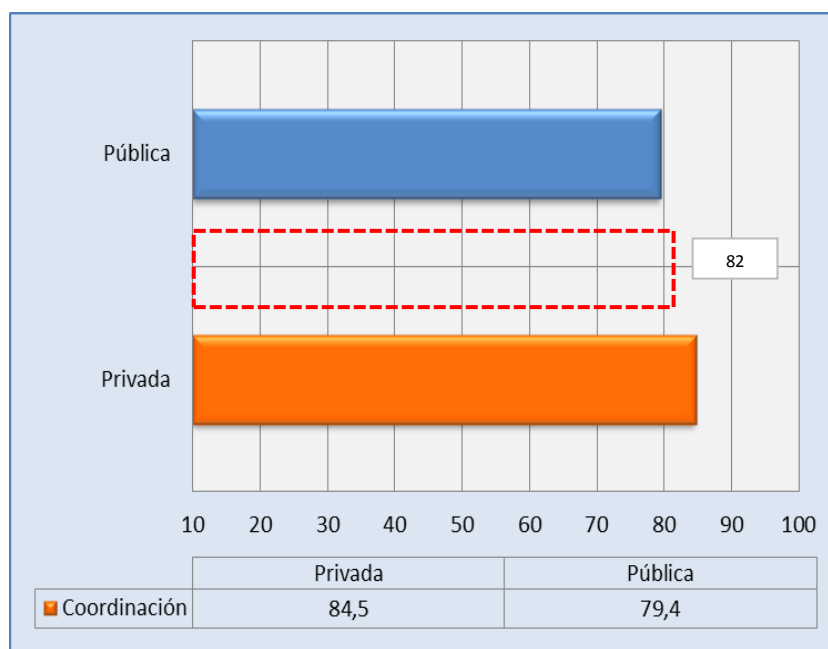
#### 4.4. Coordinación en la modalidad de AMD

El atributo de coordinación definido como la integración de todos los servicios relacionados con la salud, independientemente del lugar donde se reciban, se valoró en esta investigación a partir de preguntas relacionadas con, la posibilidad que tiene el usuario de elegir el lugar de atención

por otras especialidades, seguimiento por el médico domiciliario respecto a la atención realizada por otras especialidades, posibilidad de obtener sus órdenes médicas y autorizaciones en la misma visita domiciliaria y no tener que desplazarse a otro lugar de atención, acceso a la historia clínica del usuario para ser consultada por todos las especialidades tratantes, disponibilidad en la IPS de un área de referencia y contrareferencia que permita la continuidad de la atención, entre otras.

En la valoración de este atributo se encontró una apropiación adecuada de 82%; de otra forma la valoración por parte de las IPS privadas fue de 84,5% considerándose una adecuada apropiación, así mismo en las IPS públicas la puntuación fue de 79,4% considerándose una adecuada apropiación (Gráfico No. 9).

Gráfico 9. Apropiación del atributo de coordinación en la modalidad de AMD



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

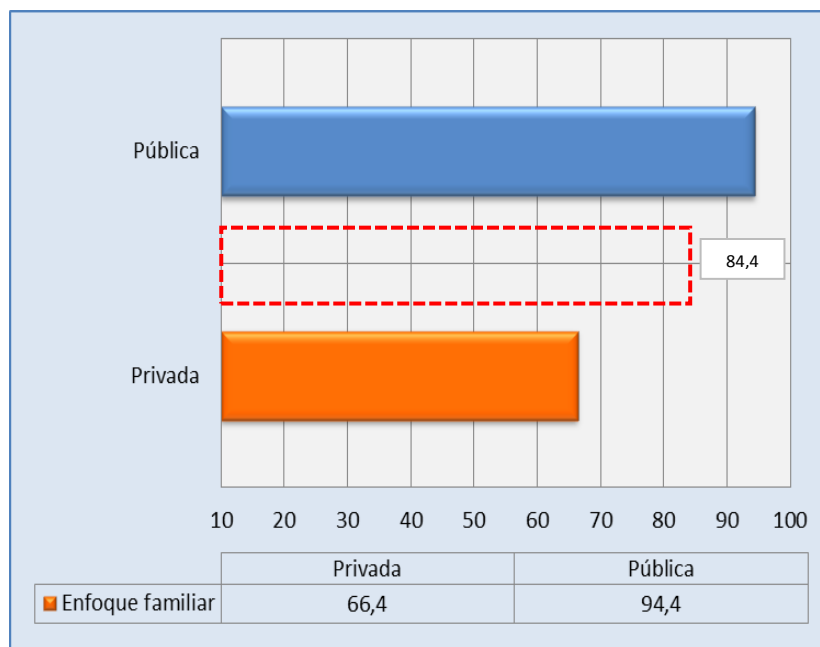
Sin embargo, se encuentra que la apropiación de este atributo es mejor en las IPS privadas dada su mayor puntuación en dos variables como son: la disponibilidad de las historias clínicas sistematizadas para ser consultadas por otros niveles de atención y el seguimiento que se da a la intervención hecha al beneficiario por otros niveles de atención, mientras que para las IPS públicas estas variables se determinan como una debilidad encontrada en la prestación de los servicios de salud en el hogar.

#### **4.5. Enfoque familiar en la modalidad de AMD**

Para la valoración de este atributo se definieron tres preguntas en el cuestionario aplicado a los coordinadores de la modalidad de AMD de las diferentes IPS, las cuales se relacionan con el diligenciamiento de las historias clínicas con enfoque familiar, por ejemplo uso de familiogramas o genogramas, así como indagar acerca de antecedentes médicos de otros miembros de la familia y por último la participación de la familia en la atención que se brinda al usuario fortaleciendo la interacción entre el profesional tratante y el núcleo familiar.

Se encontró una apropiación adecuada de este atributo valorado en 84,4%. En el caso de las IPS privadas se encontró una valoración de 66,4% considerándose una apropiación adecuada, por otra parte las IPS públicas mostraron una adecuada apropiación con una valoración de 94,4% en este atributo (Gráfico No. 10).

Gráfico 10. Apropiación del atributo de enfoque familiar en la modalidad de AMD



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

Es importante, evidenciar que la variable que hace que se dé una mejor apropiación de este atributo en las IPS de naturaleza pública que desarrollan esta modalidad se encuentra que en el proceso de diligenciamiento de las historias clínicas se da un enfoque familiar involucrando en su diligenciamiento familiogramas como una presentación esquemática de la familia que a su vez provee información acerca del estado de salud de los demás integrantes.

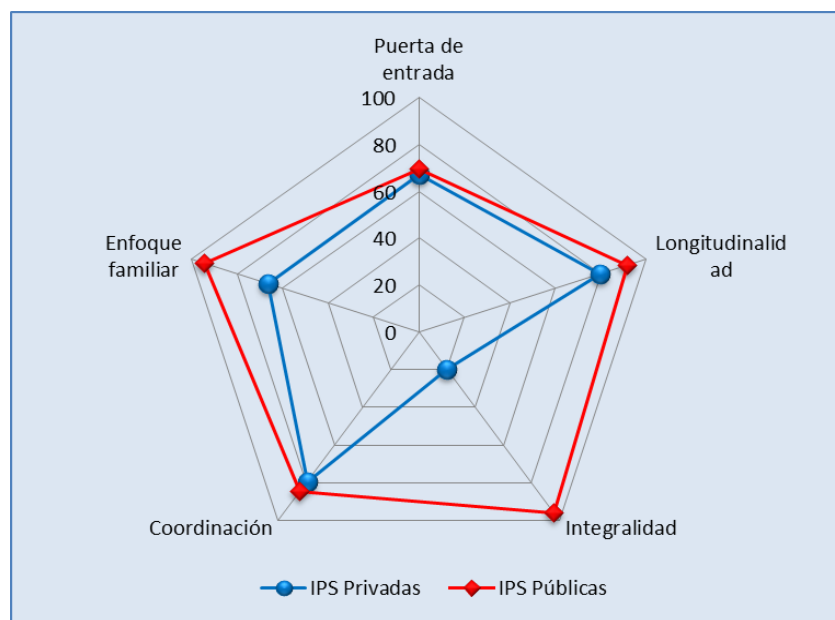
Esta diferencia significativa se establece como una debilidad de las IPS privadas, considerando que su intervención tiene un pasivo reconocimiento de la familia como componente importante en el mejoramiento del estado de salud del beneficiario, de igual forma se encontró que la prestación del servicio de AMD de las IPS privadas se enfocan a la resolución de un problema específico del usuario que se beneficia de este tipo de atención.

#### 4.6. Apropiación de los atributos de la APS en una muestra de IPS públicas y privadas que desarrollan la modalidad de AMD

Aunque en el planteamiento de los objetivos de esta investigación no se determinó encontrar diferencias entre las IPS públicas e IPS privadas, los resultados obtenidos en el proceso de análisis muestra la importancia de visibilizar la apropiación de los diferentes atributos de la APS en el desarrollo de la modalidad de AMD en las diferentes IPS y de acuerdo a su naturaleza jurídica.

Al analizar el índice global para cada uno de los atributos se observa que en la modalidad de AMD desarrollada por IPS privadas y públicas recibieron una mejor valoración los atributos de puerta de entrada, longitudinalidad y coordinación; sin embargo para los atributos de integralidad y enfoque familiar se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las IPS públicas y privadas que prestan sus servicios de salud en el hogar (Gráfico No. 11).

Gráfico 11. Apropiación de los atributos de la APS en una muestra de IPS públicas y privadas que llevan a cabo la modalidad de AMD



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

Así mismo, la apropiación de los atributos de la APS en la modalidad de AMD desarrollada en las IPS que participaron en esta investigación recibió una valoración de 74.9% por parte de los coordinadores y/o tomadores de decisiones; específicamente para las IPS de naturaleza privada se asigna una valoración global de los atributos de 62,5% considerándose adecuado, mientras que en la modalidad de AMD desarrollada por IPS públicas se encuentra una valoración de 87,2% considerándose también una apropiación adecuada. No obstante, se encuentra una diferencia significativa estadísticamente en la valoración dada a los atributos de integralidad y enfoque familiar diferenciado de acuerdo a la naturaleza jurídica de las IPS.

Al revisar detalladamente las preguntas que incidieron en las diferencias de apropiación de estos atributos, se encontró que para el atributo de integralidad las IPS públicas dieron una mejor valoración a las preguntas relacionadas con la realización de servicios preventivos en la modalidad de AMD como el programa ampliado de inmunizaciones – PAI, detección temprana de alteraciones o enfermedades en los diferentes grupos etáreos, educación para la prevención de riesgo domésticos, educación alimentaria y nutricional y consejería en el manejo en casa de las enfermedades prevalentes de la primera infancia dada por las condiciones socioeconómicas de algunos usuarios.

En cuanto al atributo de enfoque familiar, la principal diferencia que se encontró en las tres preguntas elaboradas para hacer su valoración, muestra un desempeño bajo para las IPS privadas que desarrollan esta modalidad, teniendo en cuenta que las personas que acceden a este servicio ofrecido en algunos casos por estas IPS como un plan complementario son atendidos en caso de

una eventualidad en su estado de salud, de esta manera la atención es de carácter resolutivo y dirigida especialmente a la persona que ha solicitado la atención.

Finalmente, se realiza una estimación de las medias poblacionales para cada uno de los atributos de la APS, de igual forma se definieron las desviaciones estándar por atributo, y se realizó una estimación de los intervalos de confianza del 90% para la media poblacional basado en la t de student, tomando la valoración dada al número total de preguntas por cada atributo (Tabla No.9).

TABLA 8. Comparación de los índices globales de acuerdo a la naturaleza jurídica

| Atributo             | Naturaleza jurídica de la IPS | Coordinadores de la Modalidad |                          |                             |              |
|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------|
|                      |                               | Media                         | Desviación estándar (DE) | Intervalo de Confianza (IC) |              |
| Puerta de entrada    | IPS Privada                   | 51,24                         | 21,51                    | 49,1                        | 53,4         |
|                      | IPS Pública                   | 67,93                         | 33,74                    | 57,8                        | 78,0         |
| Longitudinalidad     | IPS Privada                   | 71,54                         | 7,32                     | 70,2                        | 72,9         |
|                      | IPS Pública                   | 87,96                         | 18,65                    | 77,3                        | 98,7         |
| Integralidad         | IPS Privada                   | 18,13                         | 5,89                     | 17,7                        | 18,6         |
|                      | IPS Pública                   | 95,53                         | 7,18                     | 93,9                        | 97,2         |
| Coordinación         | IPS Privada                   | 59,27                         | 22,54                    | 55,8                        | 62,7         |
|                      | IPS Pública                   | 52,77                         | 39,62                    | 34,1                        | 71,4         |
| Enfoque Familiar     | IPS Privada                   | 49,60                         | 27,88                    | 43,1                        | 56,1         |
|                      | IPS Pública                   | 94,09                         | 9,64                     | 86,4                        | 101,7        |
| <b>Total puntaje</b> | IPS Privada                   | <b>38,57</b>                  | <b>30,28</b>             | <b>47,18</b>                | <b>52,74</b> |
|                      | IPS Pública                   | <b>80,71</b>                  | <b>24,96</b>             | <b>69,9</b>                 | <b>89,4</b>  |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos procesados, 2013.

De acuerdo a los resultados la apropiación global contemplando todos los atributos fue calificada como regular con 59,64% para las IPS privadas y públicas; sin embargo se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre IPS privadas y públicas de 42,14 puntos teniendo



una menor apropiación las IPS privadas. Particularmente, para las IPS privadas se valoró su apropiación global como baja en 38,57 de acuerdo a la media, el componente que afectó de manera significativa este resultado fue el atributo de integralidad (18,13); por otra parte para las IPS públicas se calificó su apropiación global como adecuada en 80,71 de acuerdo a la media, el componente con menor apropiación en la modalidad de AMD fue el atributo de coordinación (52,77) (Tabla No. 9).

##### 5. Condiciones que favorecen o dificultan la apropiación de los atributos de la APS en la modalidad de AMD

Al indagar acerca de la **definición de APS**, se encontró en las IPS privadas desconocimiento acerca de los atributos de la misma y los beneficios que trae consigo la implementación de modelos de salud basados en la estrategia de APS. A continuación se citan algunos ejemplos de cómo definen la APS los coordinadores de la modalidad de AMD:

- b) *... la atención primaria en salud es la primera atención que se le da a un paciente en aras de salvaguardar su integridad e incluso su vida.... (AMD12)*
- c) *...Atención Primaria en salud está más dada a prevenir enfermedades y tener un control específico de una enfermedad, esta atención primaria debe ser integral, coordinada para no (perdón decirlo así) “pelotear” al usuario y no verlo integralmente, esa atención primaria va con promoción, prevención, educación, organización, eso es lo que defino como atención primaria...(AMD03)*

- d) *...su nombre la define, es lo primero que debe recibir una persona desde el punto de salud, eso me debería garantizar el Estado, es que el paciente tenga la prevención de parte del Estado de su salud y sea garantizada por él ... (AMD16)*

Teniendo en cuenta lo anterior, se encuentra que pese a que los conceptos están de alguna manera relacionados con la definición de APS, se percibe que ésta no es vista de manera integral dado que no se resalta la importancia de extender las acciones a la familia y a la comunidad, no contemplan la necesidad de enfocar su quehacer hacia la promoción de la salud, entre otras; de igual forma cuando algunos coordinadores de las IPS privadas definen la APS involucran actividades puntuales como aquellas relacionados con resolver un problema específico de salud a quien lo requiere, podría apuntar hacia una APS selectiva aunque continuaría siendo deficiente su apropiación.

Así mismo, se indagó a los coordinadores de las IPS públicas entrevistadas respecto a la **definición de APS**, y teniendo en cuenta que la modalidad de AMD se desarrolla en el marco de la estrategia de APS las definiciones fueron muy aproximadas a lo encontrado en la literatura, a continuación se encuentran algunas definiciones dadas por los coordinadores:

- a) *... es el primer escalón para el contacto con los servicios de salud por parte de los individuos, familia y comunidad con el sistema, llevando la atención primaria lo más cerca posible del lugar donde viven las personas... (AMD21)*

b) ... es aquella que provee servicios de promoción, prevención, y tratamiento, y además concibe el desarrollo de un sistema sanitario que asume el derecho a la salud como un derecho humano ... (AMD42)

Teniendo cuenta lo referido por los coordinadores de las IPS públicas la definición de APS es clara y reforzada por los lineamientos establecidos para el funcionamiento de la modalidad de AMD denominada territorios saludables.

En cuanto a los **factores que favorecen la apropiación de los atributos de la APS**, se encontró que en las IPS privadas aunque se desarrollan actividades relacionadas con los atributos de la APS los realizan por temas relacionados, con acreditación, amplitud de la oferta, calidad del servicio, entre otras, pero no se reconocen como actividades que se encuentran en el marco de una atención integral como es la estrategia de APS. Mientras que en las IPS públicas la apropiación de los atributos es evidente dado que se parte de la estrategia de APS para la formulación de cada una de las intervenciones a realizar en esta modalidad hacia las personas, familias y comunidades.

Por otra parte, al relacionar los **factores que dificultan la apropiación de los atributos de la APS**, se encuentra que en la IPS privadas se da por el desconocimiento de los mismos; mientras que en las IPS públicas a pesar de sus lineamientos definidos basados en la estrategia de APS, se dificulta la coordinación que está estrechamente ligada con la ineficiencia de los sistemas de información, como por ejemplo la no sistematización de las historias clínicas lo cual no permite la continuidad de la atención dada a los usuarios.

## 6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Partiendo de la evidencia revisada se ha demostrado que la atención en salud en el domicilio tiene un impacto positivo en el estado de salud de las personas y en la disminución del gasto sanitario, especialmente cuando se desarrolla en estrecha relación con la Atención Primaria en Salud - APS (Starfield, 2004; Rosenthal, 2008; Gilfillan, 2010; Sahlen, 2006). De esta manera, con esta investigación se buscó hacer un acercamiento que permitiera evidenciar la manera como diferentes IPS privadas y públicas que llevan a cabo la AMD en la ciudad de Bogotá, apropiación los atributos de la APS; partiendo del conocimiento que las IPS públicas desarrollan sus acciones bajo lineamientos enmarcados en la Estrategia de APS.

Es importante mencionar que aunque la AMD está incluida en el POS, y se han definido actividades puntuales a realizar mediante esta modalidad de atención (Resolución 1441 de 2013), se confirma con esta investigación el problema planteado inicialmente, y es que su implementación ha quedado como una iniciativa discrecional de las IPS privadas; así mismo, los fines buscados, las razones por las que se ponen en práctica, el alcance en integralidad y la conexión con los diferentes niveles de atención del sistema y con la APS no se conocen adecuadamente.

De esta manera se evidencia que las IPS privadas no actúan coordinadamente con las IPS públicas, ni toman como punto de partida los lineamientos previamente definidos por la SDS, sino que priman otros intereses en el momento de definir las actividades a desarrollar en esta modalidad, lo que refleja la ausencia de una adecuada coordinación con las IPS privadas que hacen parte del Sistema de Salud en Colombia. La propuesta podría ser articular a las IPS

privadas en el desarrollo de los lineamientos definidos por la SDS que enmarcan la implementación de la APS, bajo una estrecha supervisión, además logrando simultáneamente unos adecuados niveles de calidad en la atención y al mismo tiempo optimas coberturas de las actividades.

De esta forma, con una constante retroalimentación mejorar los estándares de atención en materia de mejores resultados en salud para la población, transformando el sistema de salud actual hacía uno más participativo en el que la APS sea su eje principal, conociendo las ventajas que el desarrollo de esta estrategia ha demostrado, como en el caso del sistema de salud de Uruguay, el cual a partir de la reforma del 2006 basó su funcionamiento en un sistema único, fortaleciendo la rectoría, la movilización, la promoción de la salud y la solidaridad, el propósito último del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud es la universalización del acceso y se implementó haciendo uso del enfoque principal que es la APS, y cuyos resultados se evidencian en el mejoramiento progresivo de sus indicadores de salud.

Así mismo, teniendo en cuenta que la AMD se puede definir según Torra (2005), como el conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención en salud y que tiene como objetivo proporcionar atención de salud, mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación; y conociendo los beneficios de los sistemas de salud que tienen como puerta de entrada un modelo basado en APS, podría considerarse la AMD como un punto de partida para fortalecer la estrategia de APS en Bogotá, y pensando que las IPS privadas han iniciado la implementación de un modelo de AMD con algunos atributos de APS

podría generarse una posible contratación desde la SDS con estas IPS que fortalezcan el modelo ya implementado con la red de hospitales públicos, y cuya ejecución este mediada por los lineamientos ya definidos, de manera que se pueda hacer una verificación y seguimiento a la calidad de la atención.

Teniendo en cuenta los hallazgos de la presente investigación y en coherencia con lo planteado por Rosenthal, 2008, se refuerza la necesidad de integrar la AMD con la APS, fortaleciendo el atributo de coordinación tanto en IPS privadas como públicas dada la debilidad que se encontró, generando una mejor comunicación entre el equipo de profesionales y los diferentes niveles de atención, incluyendo a la familia y la comunidad. Además, como lo propone este autor es necesario la utilización de registros electrónicos y el manejo de casos telefónicamente.

De igual forma, de acuerdo a lo definido por Mitre et al. 2001 se reitera con la presente investigación que la AMD juega un papel muy importante en el cuidado integral de la salud de las personas, estructurándose de manera integrada y con responsabilidad compartida entre los diferentes niveles de atención, posibilitando el establecimiento de labores compartidas y permitiendo una interacción progresiva y real.

Finalmente, es necesario que se visibilice por parte de la SDS en el sector salud la importancia de la estrategia de APS, los beneficios que su implementación ha demostrado y así en el sector privado se considere como el complemento que le hace falta a sus diferentes modelos de atención, entre ellos la AMD.

## 7. CONCLUSIONES

La AMD tiene un efecto positivo en el estado de salud de las personas, especialmente cuando se desarrolla en conjunto con la APS, además puede considerarse que la atención brindada en un espacio diferente al consultorio médico puede permitir la interacción de la familia y conocer el entorno social que influye en el estado salud-enfermedad de las personas.

Especialmente, en las IPS privadas se encuentra que los factores que dificultan la apropiación de los atributos de la APS, son el desconocimiento de los mismos; mientras que en las IPS públicas a pesar de sus lineamientos definidos basados en la estrategia de APS, se dificulta el componente de coordinación que está estrechamente ligado con la ineficiencia de los sistemas de información.

Las características encontradas en el desarrollo de la modalidad de AMD en las IPS privadas son heterogéneas, dado que la normativa que existe permite la libre observación de quienes operan esta modalidad, no se cuenta con lineamientos para el funcionamiento o prestación de este servicio en salud en el sector privado, lo que ha llevado que cada una de éstas IPS generen sus propios protocolos de atención de acuerdo a su libre interpretación, dando como resultado la baja integralidad en sus portafolios de servicios. Por otra parte, en las IPS públicas se encuentra una mayor homogeneidad en sus actividades dado que se rigen bajo los lineamientos establecidos por la SDS, así como las normas nacionales que apuntan a la apropiación de los atributos de la APS en esta modalidad.

Se identificó que las intencionalidades o intereses por los cuales se lleva a cabo la modalidad de AMD en las IPS privadas se relaciona con razones económicas, que favorecen principalmente a las IPS y EPS; y también razones de demanda del servicio por los usuarios de las EPS; mientras que en las IPS públicas los intereses apuntan a fomentar la garantía del derecho a la salud entendido este como el mejoramiento de la calidad de vida y el estado de salud de la población, promoviendo el ejercicio de la ciudadanía en salud, la corresponsabilidad individual, familiar y comunitaria así como la participación social.

Se encontró que para el atributo de integralidad las IPS públicas dieron una mejor valoración a las preguntas relacionadas con la realización de servicios preventivos en la modalidad de AMD; por otra parte en cuanto al atributo de enfoque familiar, la principal diferencia encontrada se da por el desempeño bajo para las IPS privadas, teniendo en cuenta que las personas que acceden a esta modalidad son atendidos en caso de una eventualidad en su estado de salud, de esta manera la atención es de carácter resolutivo y dirigida especialmente a la persona que ha solicitado la atención.



## 8. RECOMENDACIONES

Dado que este estudio, solo logró mostrar los punto de vista de los coordinadores y/o tomadores de decisiones, se sugiere como un segundo paso a esta investigación lograr la inclusión tanto de los usuarios como profesionales de la modalidad de AMD.

Teniendo en cuenta que la muestra se definió basada en la base de datos en línea de la SDS, y se encontró que algunas IPS no existían o no realizaban esta modalidad, se sugiere para futuras investigaciones contactar al responsable de alimentar estas bases de datos, de manera que pueda obtenerse una información más verídica y actualizada de las mismas; u otra opción podría ser a partir de las bases de datos, verificar las que realmente están funcionando y de allí construir el universo.

En algunos casos la realización de las entrevistas debió realizarse vía telefónica por disponibilidad de tiempo de los coordinadores y/o tomadores de decisiones, lo que podría generar un sesgo en las respuestas, se sugiere definir periodos más largos para la recolección de la información, de manera que se flexibilicen los encuentros con los posibles entrevistados.

En el caso de las IPS públicas es importante fortalecer el avance dado en la implementación de modalidades de atención como la AMD enmarcada en las acciones definidas por la APS, en componentes como coordinación, fortaleciendo los sistemas de información que permitan dar una trazabilidad en la atención de los usuarios.

Se evidencia la necesidad de unir esfuerzos tanto en el sector público y privado, creando políticas públicas nacionales, que pongan la estrategia de APS como el eje principal para el desarrollo de los diferentes modelos de atención en salud.

Finalmente, considerando los beneficios que trae la implementación de la modalidad de AMD en sintonía con APS, se sugiere buscar mecanismos que motiven a las IPS privadas a unirse a los programas de APS desarrollados por la SDS, dado que en la actualidad no tienen pleno conocimiento de los atributos de la APS, ni convocatoria del sector público para hacerlo.

## REFERENCIAS

1. Alcaldía Mayor de Bogotá/ Secretaría Salud. Salud a Su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud. Bogotá, (2004).
2. Almeida C, Macinko J. (2006). Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos Serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Série Técnica No. 10. Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde. Brasil: OPAS/OMS, Ministério da Saúde. p. 72-73, 122.
3. Ariza, C. (2012). Cuidado de enfermería al paciente en posoperatorio temprano de revascularización miocárdica. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
4. ATDOM (Home Care) Group, Catalanian Society of Family and Community Medicine. (2003). An Approach to Home Care. How Does the Catalanian Public Health System Handle Home Care? *Aten Primaria* 31 (8): 473-9.
5. Barroso, I., García, A., Rodríguez, A., De Vos, P., Bonet, M., Van Der, P. (2007). El ingreso en el hogar y su costo directo en Cuba. *RevPanam Salud Pública*. 21 (2/3): 85- 95.
6. Bozal, M. (2005). Escala mixta Likert-Thurstone. *Anduli: revista andaluza de ciencias sociales*, (5). 81-96.
7. Coffey, A., Atkinson, P. (2003). Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. 1ra Edición. Colombia: Ed. Universidad de Antioquia.
8. Creswell, J. (2005). Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. Upper Saddle River: Pearson Education.
9. Cueto, M. (2004). The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*. 94 (11). 1864 – 1874.
10. Driessnack, M., Sousa, V., Costa, I. (2007). Revisión de diseños relevantes para enfermería: parte 2: diseños de investigación cualitativa. *Rev Latino-am Enfermagem*. 15(4). 177 – 181.
11. Epstein, A. (2001). The role of public clinics in preventable hospitalizations among vulnerable populations. *Health Serv Res*; 36:405–20.

12. Fereday, J., Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1): 2-11.
13. Franklin, C. & Ballau, M. (2005). Reliability and validity in qualitative research. En: Grinnell, R. & Unrau, Y. (Eds.). *Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches.* (pp.438-449). Nueva York: Oxford University Press.
14. Gilfillan, R., Tomcavage, J., Rosenthal, M., Davis, D., Graham, J., Roy, J.,... Steele, G. (2010). Value and the Medical Home: Effects of Transformed Primary Care. *The American Journal of Managed Care*, 16(8), 607-614.
15. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud. (1977). Asamblea Mundial de la Salud. 30 – 43.
16. Gobierno de Canadá. Ministerio de Salud y Bienestar. A working document. A new perspective on the health of Canadian. Canadá. (1974).
17. González, A., & Acevedo, D. (2009). Revisión del estado del arte de la atención domiciliaria en salud. (Tesis de Especialización). Universidad CES, Medellín.
18. González, V., Valdivieso, B., Ruiz, V. (2001). Hospitalización a domicilio. *Revista MedClin (Barc)*, 118 (17), 659 – 664.
19. Guba, E. & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage.
20. Leavell, H., & Clark, E. (1958). *Preventive Medicine for the doctor in his community*. 2ª ed., Mc Graw Hill. Nueva York.
21. Mertens, D. (2005). *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.
22. Martín, A., Lanza, J., García, M., Bezanilla, G., Videras, R., Sotos, T., & Barrón, M. (2004). Análisis y evaluación de la demanda domiciliaria atendida por un Servicio de Urgencias Extrahospitalario durante 1 año. *Emergencias*, 16, 190-195.
23. Mitre, R., Suarez, M., González, A., Cotta, J., Real, E., & Días, J. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana Salud Publica*, 10(1), 45-55.
24. Molina, E. (2011). Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

25. OMS, Declaración de Alma - Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma- Ata, URSS. (12 Sept 1978).
26. OPS/OMS. (2007). La Renovación de la APS en las Américas, documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Washington, DC, Pág. 1- 11.
27. Organización Médica Colegial de España – OMC. Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. Ed. International Marketing &Communication, S.A. España. (2005).
28. OMS – CDSS. Informe de la comisión de determinantes sociales de la salud. Ed. Ediciones Journal S.A. Buenos Aires Argentina. (2009).
29. Ramírez, D., Sánchez, F., Esteban, J. (2005).Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. Recuperado de [http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20ATENCION %20DOMICILIARIA.pdf#page=10](http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20ATENCION%20DOMICILIARIA.pdf#page=10).
30. Ramos, E. Enfermería Comunitaria, métodos y técnicas. Ed. Paradigma, Cap. 7. España. (2000).
31. República de Colombia, Gobierno Nacional. Ley 1438 de 2011: por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Título II (Cap. 1, 2, 3 y 4). Bogotá D.C, 2011.
32. República de Colombia, Gobierno Nacional. Comisión de Regulación en Salud –CRES-. Acuerdo 29 de 2011: por medio del cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Título II (Art. 25). Bogotá D.C, 2011.
33. República de Colombia, Gobierno Nacional. Comisión de Regulación en Salud –CRES-. Acuerdo 29 de 2011: por medio del cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Anexo 2: Listado de procedimientos y servicios del POS, CUPS 890101 - 890116. Bogotá D.C, 2011.
34. República de Colombia, Gobierno Nacional. Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 23 de Diciembre de 1993.

35. República de Colombia, Gobierno Nacional. Ley 1122 de 2007: por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- y se dictan otras disposiciones. Capítulo VI (Art.33) Literal i. Bogotá D.C, 2007.
36. República de Colombia - Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá D.C., 2005.
37. República de Colombia - Ministerio de la Protección Social. Resolución 5261 de 1994: por la cual se estableció el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud - POS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
38. República de Colombia - Ministerio de la Protección Social. Resolución 8430 de 1993: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá 4 de Octubre de 1993.
39. República de Colombia - Ministerio de la Protección Social. Resolución 5261 de 1994: por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, 5 de Agosto de 1994.
40. Rosenthal, T. (2008). The medical home: growing evidence to support a new approach to primary care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 21(5), 427-440.
41. Ruiz, J. & Ispizua, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao: Universidad de Deusto.
42. Sahlen, K., Dahlgren, L., Hellner, B., Stenlund, H., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality—a controlled trial with time-limited results. *BMC PublicHealth*, 6(1), 220.
43. Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liber [online]*. Vol.13, n.13, pp. 71-78.
44. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Modelo humano de atención en salud en Bogotá. Bogotá, Diciembre de 2013.
45. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Plan territorial de salud Bogotá Distrito Capital 2012 – 2016. Bogotá, Diciembre de 2013.
46. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. (5 de mayo de 2013). Registro de prestadores de servicios de salud. Recuperado de:

[http://201.234.78.38/habilitacion/consultas/habilitados.aspx?pageTitle=Registro+Actual  
&pageHlp=](http://201.234.78.38/habilitacion/consultas/habilitados.aspx?pageTitle=Registro+Actual&pageHlp=)

47. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. (5 de mayo de 2013). Registro de prestadores de servicios de salud. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Extramural Domiciliaria. Recuperado de:  
[http://201.234.78.38/habilitacion/consultas/serviciossedes.aspx?tbcodigo\\_habilitacion=](http://201.234.78.38/habilitacion/consultas/serviciossedes.aspx?tbcodigo_habilitacion=).
48. Starfield, B. (2004). Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Editorial Masson.
49. Starfield, B., & Shi, L. (2004). The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics*, 113(5), 1493-1498.
50. Torra i Bou J.E. Atención domiciliaria y atención primaria de salud. *Revista Rol de enfermería*. Edición 125, pp. 37 - 43. España. (1989).
51. Vega, R. Conferencia Atención Primaria en Salud Integral. 7 de Febrero. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Curso Atención Primaria en Salud. (2013).
52. Vega, R., Martínez, J., Acosta, N. (2009). Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud - APS1. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8 (16), pp. 165-190.
53. Zubiri, I. (1994). La equidad y la intervención pública en los mercados de salud. En: Generalitat de Catalunya. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Análisis económico de la sanidad. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Barcelona.

## ANEXOS

Anexo1. Entrevista semi-estructurada para gerentes o tomadores de decisiones de las instituciones prestadoras de salud de la ciudad de Bogotá, año 2013.

### ENTREVISTA PARA TOMADORES DE DECISIONES DE LA IPS QUE LLEVA A CABO LA MODALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL DOMICILIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, AÑO 2013



Código del entrevistado: \_\_\_\_\_  
Nombre del entrevistado: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_ Tiempo en el cargo: \_\_\_\_\_  
Fecha de la entrevista: 

|    |    |      |
|----|----|------|
| DD | MM | AAAA |
|----|----|------|

 Entrevistadora: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conocer las intencionalidades (intereses) por los cuales las Instituciones Prestadoras de Salud en estudio implantan la modalidad de Atención Médica en el Domicilio. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1. ¿Se lleva a cabo la modalidad de AMD en su IPS?
2. ¿Cómo define la modalidad de atención médica en el domicilio que lleva a cabo esta IPS?
3. ¿Con quien contrata la IPS el servicio de AMD? (EPS, Otra IPS, Usuarios Independientes?)
4. ¿Qué beneficios considera que tiene en cuenta quien lo contrata en el momento de optar por esta modalidad de atención?
5. ¿Qué beneficios considera usted que trae consigo esta modalidad de atención para los usuarios?
6. ¿Qué beneficios considera usted que trae consigo esta modalidad de atención para la IPS?



Anexo 2. Encuesta para gestores o coordinadores de la modalidad de AMD en instituciones prestadoras de salud de la ciudad de Bogotá, año 2013.

| ENCUESTA PARA GESTORES O COORDINADORES DE LA MODALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL DOMICILIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, AÑO 2013                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------------|----------------|
| <b>Código de entrevistado:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="text"/>                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| <b>Nombre del entrevistado:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/>                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| <b>Edad:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/>                                                                                                                                                                         | <b>Profesión:</b>                                                                   | <input type="text"/>                                                                                                                                                                         |                      |                     |                     |                |                |
| <b>Cargo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                                                                                                                                                                         | <b>Tiempo que lleva en el cargo:</b>                                                | <input type="text"/> Años <input type="text"/> Meses                                                                                                                                         |                      |                     |                     |                |                |
| <b>Naturaleza Jurídica de la IPS:</b> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                              | <b>Nivel de atención:</b> <input type="text"/>                                      |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| <b>Localidad No.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/>                                                                                                                                                                         | <b>Días de atención a pacientes:</b>                                                | <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D |                      |                     |                     |                |                |
| <b>Horario de atención:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| <b>A. Accesibilidad</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| Este cuestionario fue elaborado teniendo en cuenta los parámetros definidos por Starfield (2004) para la evaluación rápida del desempeño de la APS, adaptado y validado por Almeida & Macinko (2006). De igual forma se revisó el cuestionario realizado por Vega, Martínez, & Acosta (2009) y algunas preguntas fueron adaptadas teniendo en cuenta las características de la modalidad de AMD. |                                                                                                                                                                                              | <b>Nunca</b>                                                                        | <b>Casi nunca</b>                                                                                                                                                                            | <b>Algunas veces</b> | <b>Muchas veces</b> | <b>Casi siempre</b> | <b>Siempre</b> | <b>No sabe</b> |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ¿Sí el paciente requiere atención en horario nocturno hay personal médico disponible que se desplace para atenderlo?                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ¿Los usuarios pueden obtener una consulta médica (no urgente), en un plazo no mayor de 24 horas?                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ¿Se da orientación telefónica oportuna cuando el paciente lo requiere?                                                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ¿El usuario puede tener comunicación con esta modalidad de atención las 24 horas al día y 7 días a la semana?                                                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ¿Para poder recibir atención en esta modalidad el usuario debe afiliarse y realizar un pago adicional al de su seguridad social?                                                             |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ¿En el momento de la prestación del servicio de Atención Médica en el Domicilio el usuario debe cancelar algún copago, cuota moderadora, cuota de recuperación, bono u otra forma de pago?   |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ¿Durante la consulta realizada bajo esta modalidad el paciente dispone de una adecuada oferta de medicamentos esenciales?                                                                    |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ¿Para la realización de la atención se tiene una adecuada disponibilidad de equipos tecnológicos e insumos que permitan satisfacer las necesidades esenciales del afiliado?                  |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | En el caso de requerirse toma de laboratorios no especializados la conducta es:                                                                                                              |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 9A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Remisión al laboratorio de la IPS que le atiende                                                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 9B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Toma de laboratorios en el domicilio                                                                                                                                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 9C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Toma de laboratorios en otros lugar de manera particular                                                                                                                                     |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ¿Para la realización de exámenes de laboratorio o entrega de medicamentos el paciente debe realizar algún pago (copago, cuota moderadora, cuota de recuperación, bono u otra forma de pago)? |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ¿Se da información sencilla y comprensible a los usuarios acerca de horarios, sistema de citas, medios de pago, sistema de quejas y reclamos?                                                |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ¿Es la distancia entre la sede del programa de AMD y el sitio de residencia del afiliado una condición que limita la atención cuando ésta se necesita?                                       |                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |                      |                     |                     |                |                |

|                            |                                                                                                                                                          | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre | No sabe |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------------|--------------|--------------|---------|---------|
| <b>B. Utilización</b>      |                                                                                                                                                          |       |            |               |              |              |         |         |
| 13                         | ¿El paciente debe acudir a esta modalidad como su primera alternativa de atención para sus necesidades básicas antes de acudir a otro nivel de atención? |       |            |               |              |              |         |         |
| 14                         | ¿Es el numero de consultas en el año una condición que puede limitar la atención?                                                                        |       |            |               |              |              |         |         |
| <b>C. Longitudinalidad</b> |                                                                                                                                                          |       |            |               |              |              |         |         |
| 15                         | ¿En el momento de asignar la atención se tiene en cuenta el médico que ha atendido al paciente en ocasiones anteriores?                                  |       |            |               |              |              |         |         |
| 16                         | ¿Se reconoce a los pacientes como una "persona" en vez de cómo alguien con una patología específica?                                                     |       |            |               |              |              |         |         |
| 17                         | ¿Antes de la atención médica se realiza una revisión detallada de la historia clínica del paciente?                                                      |       |            |               |              |              |         |         |
| 18                         | ¿Cuándo el usuario tiene dudas sobre su tratamiento, puede establecer comunicación oportuna para aclarar dudas o recibir orientación?                    |       |            |               |              |              |         |         |
| 19                         | ¿Se exige que los profesionales de salud se informen sobre todos los                                                                                     |       |            |               |              |              |         |         |
| <b>D. Integralidad</b>     |                                                                                                                                                          |       |            |               |              |              |         |         |
| 20                         | Cuál de las siguientes actividades son llevadas a cabo por el servicio:                                                                                  |       |            |               |              |              |         |         |
| 20A                        | Plan ampliado de inmunizaciones –PAI-.                                                                                                                   |       |            |               |              |              |         |         |
| 20B                        | Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menores de                                                                          |       |            |               |              |              |         |         |
| 20C                        | Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).                                                                            |       |            |               |              |              |         |         |
| 20D                        | Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años).                                                                                    |       |            |               |              |              |         |         |
| 20E                        | Detección temprana de las alteraciones del embarazo.                                                                                                     |       |            |               |              |              |         |         |
| 20F                        | Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.                                                                                                  |       |            |               |              |              |         |         |
| 20G                        | Atención de enfermedades de transmisión sexual.                                                                                                          |       |            |               |              |              |         |         |
| 20H                        | Adultos con patología crónica en seguimiento.                                                                                                            |       |            |               |              |              |         |         |
| 20I                        | Detección temprana del cáncer de cuello uterino.                                                                                                         |       |            |               |              |              |         |         |
| 20J                        | Detección temprana del cáncer de seno.                                                                                                                   |       |            |               |              |              |         |         |
| 20K                        | Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.                                                                                             |       |            |               |              |              |         |         |
| 20L                        | Control / tratamiento de tuberculosis.                                                                                                                   |       |            |               |              |              |         |         |
| 20M                        | Control / tratamiento de enfermedades endémicas.                                                                                                         |       |            |               |              |              |         |         |
| 20N                        | Control / tratamiento de enfermedades epidémicas.                                                                                                        |       |            |               |              |              |         |         |
| 20O                        | Tratamiento ambulatorio de heridas                                                                                                                       |       |            |               |              |              |         |         |
| 20P                        | Cirugías ambulatorias (suturas).                                                                                                                         |       |            |               |              |              |         |         |
| 20Q                        | Consejería sobre el riesgo del uso del alcohol o tabaco.                                                                                                 |       |            |               |              |              |         |         |
| 20R                        | Problemas de salud mental                                                                                                                                |       |            |               |              |              |         |         |
| 20S                        | Detección y educación de problemas de nutrición.                                                                                                         |       |            |               |              |              |         |         |
| 20T                        | Educación sobre estilos de vida saludable.                                                                                                               |       |            |               |              |              |         |         |
| 20U                        | Educación sobre violencia intrafamiliar.                                                                                                                 |       |            |               |              |              |         |         |
| 20V                        | Educación sobre accidentes domésticos                                                                                                                    |       |            |               |              |              |         |         |
| 20W                        | Educación y atención preventiva odontológica                                                                                                             |       |            |               |              |              |         |         |
| 20X                        | Reporte de los casos sospechosos de negligencia o maltrato                                                                                               |       |            |               |              |              |         |         |

|                            |                                                                                                                                                           | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Muchas veces | Casi siempre | Siempre | No sabe |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------------|--------------|--------------|---------|---------|
| 21                         | ¿La modalidad de Atención Médica en el Domicilio Incluye servicio de ambulancia para traslado a urgencias?                                                |       |            |               |              |              |         |         |
| 22                         | ¿La modalidad incluye servicio de ambulancia para pacientes con limitaciones                                                                              |       |            |               |              |              |         |         |
| <b>E. Coordinación</b>     |                                                                                                                                                           |       |            |               |              |              |         |         |
| 23                         | ¿Cuándo se requiere remitir a otro servicio o especialidad, se da a conocer al paciente las diferentes alternativas de sitios o lugares para su atención? |       |            |               |              |              |         |         |
| 24                         | ¿Cuando se realiza remisión a otros servicios o especialidades se hace seguimiento de dicha atención?                                                     |       |            |               |              |              |         |         |
| 25                         | ¿En caso de requerirse citas o exámenes diagnósticos especializados existe un mecanismo para asignarlos directamente en la visita médica?                 |       |            |               |              |              |         |         |
| 26                         | ¿En caso de ser remitido el paciente a otro servicio o especialidad se documenta por escrito el problema de salud por el que se realizó la remisión?      |       |            |               |              |              |         |         |
| 27                         | ¿La historia clínica se encuentra disponible para ser consultada por otros niveles de atención?                                                           |       |            |               |              |              |         |         |
| 28                         | ¿Se cuenta en el programa de AMD con un área de referencia y contra referencia que permita hacer derivación de acuerdo al diagnóstico del paciente?       |       |            |               |              |              |         |         |
| 29                         | ¿Existen guías de manejo y protocolos para la realización de las actividades que                                                                          |       |            |               |              |              |         |         |
| <b>F. Enfoque familiar</b> |                                                                                                                                                           |       |            |               |              |              |         |         |
| 30                         | ¿Las historias clínicas son diligenciadas con enfoque familiar? Ej. Familiograma                                                                          |       |            |               |              |              |         |         |
| 31                         | ¿Durante la consulta, los médicos normalmente piden información sobre enfermedades de otros miembros de la familia?                                       |       |            |               |              |              |         |         |
| 32                         | ¿Durante la consulta se permite la participación de la familia?                                                                                           |       |            |               |              |              |         |         |

Anexo 3. Entrevista semi-estructurada para gestores o coordinadores de la modalidad de AMD en instituciones prestadoras de salud de la ciudad de Bogotá, año 2013.

**ENTREVISTA PARA GESTORES O COORDINADORES DE LA MODALIDAD DE  
ATENCIÓN MÉDICA EN EL DOMICILIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, AÑO  
2013**



**Código del entrevistado:** \_\_\_\_\_

**Cargo que desempeña:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la entrevista:**

|    |    |      |
|----|----|------|
| DD | MM | AAAA |
|----|----|------|

**Entrevistadora:** \_\_\_\_\_

Identificar las condiciones que favorecen o dificultan la apropiación de los atributos de la Atención Primaria en Salud en la modalidad de Atención Médica en el Domicilio.

1. ¿Cómo define la modalidad de atención médica en el domicilio que lleva a cabo esta IPS?
2. ¿Qué beneficios considera usted que trae consigo esta modalidad de atención para los usuarios?
3. ¿Qué beneficios considera usted que trae consigo esta modalidad de atención para la IPS?
4. ¿Para usted que es la Atención Primaria en Salud?
5. ¿Considera importante la estrategia de Atención Primaria en Salud? ¿Por qué?
6. ¿Considera que la atención médica en el domicilio coordinada por usted, tiene alguna relación con la atención primaria en salud? ¿Cuál o Por qué?
7. ¿Conoce usted los atributos de la APS?

Anexo 4. Consentimiento informado para directivos y gestores o coordinadores de las IPS que realizan AMD en la ciudad de Bogotá, año 2013.

*Pontificia Universidad Javeriana  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas  
Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social  
Maestría en Administración de Salud*



---

**ATENCIÓN DOMICILIARIA EN SALUD REALIZADA POR INSTITUCIONES  
PRESTADORAS DE SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ Y SU RELACIÓN CON LA  
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, AÑO 2013**

**Consentimiento informado**

Nombres y apellidos del participante: \_\_\_\_\_  
Cargo que desempeña: \_\_\_\_\_  
Código de estudio: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación, de esta manera, solicitamos que antes de decidir si participa o no, conozca y comprenda cada uno de los siguientes apartados. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y aclarado las dudas, si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

El objetivo de esta investigación es describir las características de la modalidad de Atención Médica en el Domicilio, los intereses que median su implementación y su relación con la Atención Primaria en Salud en las Instituciones Prestadoras de Salud de la ciudad de Bogotá, 2013.

Aunque existen diferentes experiencias de Atención Domiciliaria –AD-, poco se conoce acerca de los fines, la implementación e integralidad de estos modelos de atención y su relación con la Atención Primaria en Salud. Surgiendo así, diferentes interrogantes respecto a la implementación de estas modalidades en Bogotá, que se han planteado para objeto de esta investigación.

Por medio de este trabajo de investigación se pretende destacar los beneficios que trae consigo la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS- en la modalidad de atención médica en el domicilio –AMD- que se implementa en algunas IPS de la ciudad de Bogotá, y así poder divisar los posibles aspectos positivos y negativos que podría generar en la salud de los individuos y en los servicios sanitarios.

Conociendo lo anterior, y teniendo en cuenta que su participación consistirá en brindar información relacionada con el tema a través de una entrevista, y de ser necesario contactarme en otros momentos en el lugar, hora y fecha acordada con el investigador.

Declaro: Se me ha informado ampliamente que se respetara en el sentido más estricto de la palabra, mi privacidad, estableciendo así un clima de confianza, bajo el consentimiento del uso de grabadora, para el registro de mis relatos, con el fin de que el investigador se convierta en un receptor válido para describir lo sucedido.

Como resultado de mi participación en esta investigación, el beneficio que obtendré, será en conocer los resultados de la investigación, de manera que pueda retroalimentarlos con las personas involucradas en el proceso y demás que considere pertinente.

---

**Firma del participante**

Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Firma del investigador**

Fecha: \_\_\_\_\_