

**Revisión del estado del arte de la atención
domiciliaria en salud**

**ALEYDA DEL CARMEN GONZALEZ
DORA EMILIA ACEVEDO OSORIO**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 44
MEDELLÍN
2009**

**REVISION DEL ESTADO DEL ARTE DE LA
ATENCION DOMICILIARIA EN SALUD**

**ALEYDA DEL CARMEN GONZALEZ
DORA EMILIA ACEVEDO OSORIO**

**Trabajo de grado para optar al título de especialista
en Auditoria en Salud.**

Asesor

CLARA PATRICIA ZULUAGA GUTIERREZ
Especialista en gerencia de seguridad social en salud
Especialista en promoción y comunicación en salud

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 44
MEDELLÍN
2009**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Medellín, 12 de noviembre de 2009

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1 JUSTIFICACIÓN	6
2 METODOLOGÍA	8
3 MARCO TEORICO	9
3.1 RESEÑA HISTÓRICA	11
3.2 DEFINICIÓN	11
3.3 OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA	13
3.4 VENTAJAS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	14
3.5 DESVENTAJAS	16
3.6 PATOLOGÍAS OBJETO DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	17
3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA	18
3.7.1 Clínicos	18
3.7.2 Socioculturales	19
3.8 LEGISLACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	19

3.8.1	Resolución No. 5261 de 1994.	19
3.8.2	Decreto 1043 de 2006.	20
3.8.3	Ley 1122 del 2007	25
3.8.4	Decreto2309 de 2002, Resolución1439 de 2002 yCircular Externa 0015.	25
3.8.5	Circular 0045 de 2006	26
3.8.6	Proyecto de Acuerdo 256 de 2006 del Consejo de Medellín.	26
3.8.7	Otras normas relacionadas con legislación en salud	26
3.9	EXPERIENCIAS EN IPS	27
3.9.1	IPS BIOSIGNO	27
3.9.2	COOMEVA EPS	30
3.9.3	EPS Sura.	33
3.9.4	SALUDCOOP.	34
3.9.5	IPS UNIVERSITARIA.	35
3.9.6	MEDICANCER	35
3.9.7	Otras experiencias en colombia	35
3.9.8	Experiencias en otros países	37
4	CONCLUSIONES	38

INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) define la hospitalización domiciliaria como: *“la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales en el hogar con el fin de promover, restablecer o promover el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte”*.

El desarrollo del país y la actual demanda en salud en Colombia genera el implemento de nuevas estrategias para atender la demanda insatisfecha que observamos en las IPS y EPS a diario tanto públicas como privadas.

En los países industrializados del tercer mundo encontramos poblaciones cada vez más viejas, con enfermos padeciendo patologías crónicas y degenerativas avanzadas, aunque en ocasiones no está claro cuando algunas enfermedades empiezan a ser crónicas, los actuales avances científicos en medicina han llevado al aumento de las expectativa de vida que conllevan necesariamente a un aumento de dichas enfermedades y por lo tanto más posibilidad de morir lentamente y de necesitar medidas de soporte, aunque algunas enfermedades crónicas no pasan a ser enfermedades terminales por que no son necesariamente terminales, siempre se asocian con el estado final de postración y muerte. Las cifras hablan de que en el 2015 morirán 62 millones de personas en el mundo; 39% de enfermedades vasculares, 16% de enfermedades infecciosas, (entre las cuales se incluyen el sida); y el 15% de cáncer.

La hospitalización domiciliaria en salud a nivel mundial principalmente en Suiza, Francia, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos se desarrollo desde la década de los 80 con gran acierto y surgiendo como respuesta a la necesidad del manejo de pacientes con patologías crónicas y de alto costo derivado del hospitalario, siendo así encaminado al tratamiento de estos pacientes, proporcionando un ambiente de bienestar biosicosocial adecuado médico y paramédico idóneo y promoviendo un medio ambiente para buscar la mejoría pronta y satisfactoria del paciente en su ambiente cotidiano.

Es si como en oncología de acuerdo a revisiones bibliográficas se ha demostrado el mejoramiento en la calidad de vida en pacientes en estado terminal con sobrevida no mayor de seis meses entendida esta como la percepción del dolor, del estado de salud, actividad física y la preferencia de pasar sus últimos días con su familia.

La necesidad de tratamientos efectivos que recuperen rápidamente la capacidad laboral, el progresivo envejecimiento de la sociedad, el aumento de enfermedades de cáncer, patologías como el VIH y otras enfermedades crónicas y terminales en población cada vez más joven y la necesidad racionalizar costos en la hospitalización deben llevar a replantear una alternativa de atención adecuada y oportuna para este tipo de usuarios ofreciendo una propuesta novedosa donde se incluyan en la atención domiciliaria los cuidados paliativos, ya que en la actualidad la mayoría de usuarios con patologías avanzadas o en estado terminal ven como única alternativa de atención en salud los servicios de urgencias y la hospitalización institucional, siendo este tipo de atención concebida para los enfermos curables por lo que no satisface plenamente las necesidades del enfermo terminal y por el contrario hace más dolorosa si situación, ya que en los servicios de urgencias y de hospitalización la percepción de la atención que brinda el personal asistencial es menor debido a la sobrecarga laboral o las fallas en la infraestructura hospitalaria; además se disminuyen los riesgos que supone una hospitalización institucional como las infecciones nosocomiales y la disminución a la exposición de riesgos o accidentes prevenibles

Con este trabajo se pretende hacer una revisión de algunos modelos existentes sobre hospitalización y atención domiciliaria en las instituciones de salud que han tenido la experiencia tanto en Colombia como en otros países que sirva como un referente que se ajuste a las necesidades actuales del país.

1 JUSTIFICACIÓN

La constitución política de 1991 consagró los derechos fundamentales para reformar la seguridad social en Colombia y la rige como un servicio público esencial bajo la coordinación y control del estado.

En el desarrollo de la carta constitucional se expide la ley 100 de 1993 y se reforma los sistemas de pensiones, de salud y de riesgos profesionales existentes hasta el momento en el país. Esta ley y sus derechos reglamentarios se desarrollan en el sistema general de seguridad social en salud que consagra un plan de beneficios que incluye el plan obligatorio de salud y se garantiza a todos los afiliados y beneficiarios.

En el manual de actividades intervención y procedimientos del plan obligatorio de salud del SGSSS define la asistencia domiciliaria como aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo del personal médico y/o paramédico y la participación de la familia.

Con esta revisión se pretende determinar las distintas variantes que ha tenido el concepto de la hospitalización domiciliaria a lo largo del tiempo, para así contribuir al debate sobre las circunstancias que inciden en este modelo de atención frente a futuros retos, dirigidos a las IPS y EPS teniendo en cuenta la dinámica social y demográfica de nuestra población.

Un programa de atención domiciliaria se considera una estrategia de cobertura de los servicios de salud que establece un contexto oportuno, eficiente, producible y capaz de proporcionar elementos, materiales y relaciones que disminuyen la morbilidad y facilitan difundir conocimiento sobre cuidados de salud, a los usuarios dentro de su entorno familiar, satisfaciendo sus necesidades asistenciales y elevando la calidad de vida personal y familiar.

La atención domiciliaria es una alternativa a la hospitalización que permite desarrollar formas de distribución de bienes y servicios extrahospitalarios y en particular de ofrecer educación en salud, en la prevención de las complicaciones y en el autocuidado, motivando a tomar decisiones que permiten el mantenimiento de la salud. Buscando además la contención del gasto hospitalario procurando mantener los estándares establecidos en la ley en el marco del sistema de garantía de la calidad

2 METODOLOGÍA

Corresponde a un estudio descriptivo retrospectivo. Se revisó bibliografía existente sobre la atención y la hospitalización domiciliaria a nivel nacional e internacional publicada desde el año 2000 hasta el 2009. Para la recopilación de información del marco teórico se revisaron bases de datos como Medline, Lilacs, Cochran, se usaron diferentes combinaciones de palabras con un atributo de calidad específico como: *Homecare and cost*, *Domiciliary care and effectiveness*, *Home care and quality of life*, *Home health care and efficacy*.

Se consultó la normatividad vigente a nivel nacional proporcionada por el ministerio de la protección social.

A través de internet se revisaron experiencias en IPS, EPS, demás instituciones privadas y públicas de nuestro país y por fuera de él.

Se realizaron entrevistas a varios expertos en el tema de atención y hospitalización domiciliaria de instituciones reconocidas a nivel departamental.

3 MARCO TEORICO

Hace ya varios años algunas IPS Y EPS del régimen contributivo de salud adoptaron el modelo de hospitalización domiciliaria para aquellos afiliados que requerían hospitalización institucional, pero que tanto las condiciones clínicas del paciente como las condiciones geográficas permitían que se hiciera en su propio domicilio, permitiéndoles estar en su entorno familiar, garantizándole su privacidad y una recuperación más pronta de su estado de salud a través de actividades como la administración de medicamentos, oxígeno domiciliario, curaciones y que además sus condiciones de salud permitieran que fueran manejados ambulatoriamente en su casa a través de un grupo multidisciplinario de salud.

Es así como en la ciudad de Medellín, en una institución que presta servicios de salud para el sector público, durante la última década se ha observado el represamiento de pacientes hospitalizados en los servicios de urgencias y hospitalización general, manteniendo su capacidad copada al máximo, ejemplo claro fue el que se vivió en la operación Orión en la comuna 13 donde el médico de turno debía clasificar a sus pacientes y tomar la decisión de manejarlos ambulatoriamente para que regresaran a la institución cada 8 o 12 horas para la administración de medicamentos hasta terminar el tratamiento prescrito.

Determinar las distintas variantes que ha tenido el concepto de la hospitalización domiciliaria a lo largo del tiempo, para así contribuir al debate sobre las circunstancias que inciden en la hospitalización domiciliaria frente a futuros retos, dirigidos hacia el sector público en la ciudad de Medellín.

En el momento en nuestro medio a pesar de la resistencia en algunas instituciones de salud, mas por desconocimiento del funcionamiento del programa en cuanto a su

normatividad y coberturas o contrataciones, pues no hay estudios estadísticos o bibliográficos que aporten suficiente información al respecto, esta modalidad de atención ha sido adoptada para el seguimiento integral del paciente con enfermedades agudas, subagudas, y crónicas, además de numerosas situaciones clínicas y quirúrgicas, ya sea reemplazando la internación tradicional o bien complementándola de modo que el tiempo de recuperación del paciente sea verdaderamente más corto.

En Oncología, en revisiones bibliográficas se ha demostrado el mejoramiento en la calidad de vida en pacientes en estado terminal con sobrevivencia no mayor de seis meses entendida esta como la percepción del dolor, del estado de salud, actividad física y la preferencia de pasar sus últimos días con su familia; se destaca sin embargo que dada la variabilidad en el tamaño de la muestra por las defunciones se proponen más estudios para demostrar los beneficios de la atención domiciliaria proporcionando cuidados paliativos a través de un grupo multidisciplinario capacitado.

Con el Programa de Atención Domiciliaria se busca prestar en forma integral los servicios correspondientes a la hospitalización domiciliaria de los usuarios que ingresen al programa brindando un trato respetuoso, justo y con el uso de los recursos tecnológicos y clínicos disponibles dentro de la legislación

El programa busca en todo momento, sin poner en riesgo la vida e integridad del usuario brindar una mejor calidad de vida para las personas que requieran por su patología ser internados o que soliciten una atención médica o paramédica en su vivienda; se busca con el programa hacer lo menos traumático posible este manejo desde su residencia, con su familia y en su hábitat normal para con ello lograr una recuperación más satisfactoria buscando siempre mejorar la calidad de vida de los usuarios en el menor tiempo posible.

Los pacientes deben estar ubicados en área urbana, en zona que cuenten con suficientes vías de acceso para garantizar el ingreso del personal de salud. No deben residir en veredas ni en zonas rurales y contar con los requisitos mínimos exigidos por la ley para ser incluidos en el programa.

3.1 RESEÑA HISTÓRICA

La atención domiciliaria se conoce como la primera modalidad de atención en salud que se conoció en el mundo, la egiptología narra cómo los médicos y las personas encargadas de la sanidad visitaban a los enfermos en sus viviendas para curarlos. De acuerdo a la bibliografía consultada en Norteamérica se inicia hacia 1947 en la ciudad de Nueva York dada la necesidad de descongestionar los servicios de hospitalización; en Canadá en la década de los 60 con pacientes postquirúrgicos que fueron dados de alta tempranamente, en Europa en 1951 en París se inicia el programa, las experiencias en el Reino Unido datan de 1965 con el nombre de hospital care at home, posteriormente Alemania , Suecia en Italia se dio inicio a la denominada *Ospedalizzazione a Domicilio* al inicio de 1980¹. Actualmente en todos los países de Suramérica existe esta modalidad de hospitalización, en Colombia no se conocen datos exactos sin embargo los expertos en el tema hablan de 15 años tomando como base las experiencias en Francia y Canadá desde su inicio los servicios que con mayor frecuencia se prestaban eran los de oxígeno domiciliario, manejo del dolor en fase terminal y patologías crónicas de pacientes con impedimento para el desplazamiento. La atención domiciliaria desde sus inicios ha venido evolucionando rápidamente en la actualidad se cuenta con servicios más complejos como ventilación mecánica ambulatoria, la monitorización electro cardiográfica y de presión arterial a través de la telemedicina.

3.2 DEFINICIÓN

La Hospitalización domiciliaria corresponde a aquellos servicios que prestan personal de enfermería o grupos multidisciplinarios a personas que han sido dadas de alta hospitalaria y que requieren continuar tratamiento especial para la administración de

¹ ROSSI P y otros. *Integration of the hospital coronary care unit with the first aid service for the domiciliary treatment of cardiovascular emergencies*. EN: PubMed - indexed for MEDLINE. PMID: 2806798.

antibioticoterapia, curación de heridas, terapia física o respiratoria, manejos de ostomías y catéteres, se deberían hospitalizar pero sin embargo pueden ser atendidos en casa, es importante destacar la transitoriedad de la atención ya que una vez se subsanan los criterios de inclusión se debe dar de alta al paciente, hospitalizarlo o remitirlo a otros niveles de atención. La hospitalización domiciliaria es definida de muchas formas en diferentes textos sin embargo la que a continuación se cita incluye aspectos importantes tanto en criterios explícitos de calidad como en costos *“Es una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos, paramédicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja”*²

Debe entenderse por calidad cada uno de los atributos que la componen así la seguridad para el paciente su familia y los profesionales que prestan los servicios, la continuidad se debe mantener desde el inicio de la hospitalización domiciliaria tanto si ha egresado de una institución hospitalaria para continuar tratamiento en casa como si inicia la atención hospitalaria en el hogar, la pertinencia para determinar si la patología a tratar si es objeto del programa y la idoneidad del recurso humano que se despliega para la prestación del servicio, la eficiencia por la optimización de los recursos de los que se disponen y la gestión del riesgo en donde se procura disminuir la exposición al evento adverso.

En la actualidad la modernización de las telecomunicaciones, el avance en la tecnología médica y la investigación han permitido prestar servicios de hospitalización domiciliaria garantizando los atributos de calidad mínimos que permitan impactar en los pacientes, sus familias y los servicios de salud.

Es importante señalar que la atención domiciliaria entendida como un primer nivel de atención permitiría atender a población susceptible de este nivel bien por falta de accesibilidad o de oportunidad al sistema como son los afiliados al régimen subsidiado de

² FRICK, Kevin D. y otros. *Substitutive hospital at home for older persons: effects on costs*, EN: *The American journal of managed care*. MDVOL. 15, No. 1. p. 49-56.

salud o aquellos del régimen contributivo que poseen algún tipo de discapacidad física o funcional; logrando la integración de los diferentes niveles de atención a través de este tipo de intervención se lograría una disminución significativa de hospitalizaciones y su repercusión en los costos que esto acarrea al sistema.

3.3 OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

Los objetivos de la hospitalización domiciliaria no están pensados solo para el paciente y la familia sino también en el sistema de salud e incluyen:

Realizar consulta de médico general, de enfermería, paramédica y procedimientos de enfermería en el domicilio del usuario atendido por profesionales de la salud bajo criterios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad, y eficiencia, atendiendo las necesidades y expectativas del paciente.

Proporcionar cuidados de enfermería a las personas que por su situación sanitaria no pueden desplazarse a un sitio de atención.

Ofrecer a las personas que reúnen los requisitos mínimos la posibilidad de recibir cuidados de enfermería y médicos a domicilio.

Ayudar a las personas enfermas y a sus familias a alcanzar un mayor nivel de salud y bienestar, o de una manera más llevadera su enfermedad cuidando, informando y utilizando al máximo los recursos medico sociales del sistema de salud, consiguiendo controlar su salud y aceptando su situación para conseguir mayor independencia potencializando su capacidad.

Educar al paciente y a su familia fomentando la cultura del autocuidado en materia de salud haciendo participe al usuario y a su familia en actividades de promoción y prevención de la salud en el primer nivel de atención.

Disminuir al máximo la exposición a los riesgos que supone una hospitalización institucional, contando por supuesto con la aceptación y la participación activa del paciente y su familia.

3.4 VENTAJAS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Se ha observado disminución de estancias hospitalarias de 2 a 6 días, especialmente en patologías no terminales³.

Mejoramiento de la calidad de vida en personas mayores atendidas en casa⁴.

Permite una asistencia más personalizada, lo cual favorece el auto cuidado y el respeto a la intimidad, garantizando mayor independencia.

Se ha demostrado que articulando los procesos de alta temprana con los servicios de hospitalización ambulatoria se logra contener el costo de hospitalizaciones garantizando la continuidad del tratamiento asistencial⁵.

Disminución de costos por patología⁶.

Optimización de los recursos disponibles.

³ HUGHES, Susan L y otros. *Impact of Long-Term Home Care on Hospital and Nursing Home Use and Cost*, EN: *HSR: Health Services Research* 22:1, April 1987, p. 20-46.

⁴ DOĞAN And DEĞER Mebrure. *Nursing Care Of Elderly People At Home And Ethical Implications: An Experience From Istanbul Hanzade* EN: *Nursing Ethics* 2004 11 (6).p. 554-567

⁵ ZAMORA SANCHEZ, Juan José y otros. Programa de continuidad de cuidados de alta en una unidad de hospitalización a domicilio. EN: *Metas de Enfermería*. Volumen 12 No 3, Abril 2009 p. 23-30.

⁶ FRICK, Kevin D. y otros. Op. Cit. p. 49-56.

Integración de la familia en la recuperación de los pacientes, especialmente en la evolución de trastornos psiquiátricos como la anorexia; además de la disminución de costos ocultos para los integrantes de la familia.

Disminución de riesgos asociados a la hospitalización: aparición de úlceras de presión, iatrogenia, infecciones nosocomiales, efectos del hospitalismo por largas estancias (disminución de los episodios de depresión y desorientación en personas mayores.

Promueve la intimidad a la vez que libera los horarios propios para alimentación, el descanso y el ejercicio⁷.

Fomenta la educación en salud.

Si se logra articular la atención domiciliaria de primer nivel con la hospitalización domiciliaria de segundo o tercer nivel se disminuiría notablemente el número de hospitalizaciones en un esfuerzo conjunto por la contención del costo al sistema de salud, la experiencia en países europeos lo ha demostrado a través de varios estudios⁸.

En Cuidados Paliativos el impacto es positivo económicamente hablando si se trata de atención a pacientes terminales ya que se logra reducir en forma significativa la hospitalización y rehospitalización⁹.

La rehabilitación a domicilio ha demostrado mayores beneficios comparada con la que se realiza en las instituciones de salud¹⁰.

⁷ OSPINA AGUIRRE, Jorge Enrique. Atención domiciliaria integral [en línea] Área de Fomento y Protección de la Salud Unidad De Servicios De Salud – Unisalud Universidad Nacional De Colombia <<http://www.monografias.com>> [Consulta: oct. 11 de 2009]

⁸ Cfr.: PROESMANS M y otros. *Real life evaluation of intravenous antibiotic treatment in a paediatric cystic fibrosis centre: outcome of home therapy is not inferior*. EN: PubMed - indexed for MEDLINE. PMID: 18848441 y WILSON, Andrew y otros. *Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care*. EN: BMJ 1999; 319:1542–6.

⁹ BRUMLEY, Richard y otros. *Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative*. EN: *Journal of the American Geriatrics Society*. New York: Jul 2007. Vol. 55, Iss. 7; p. 993

El ahorro cuando se tiene una patología que su hospitalización oscila entre 1 y 5 días es del 30% y de 5 a 10 días es de un 40% y mayores de 10 días puede ser hasta un 50% de acuerdo a la patología, el ahorro que puede hacer una EPS por que son patologías que requieren estancias prolongadas para manejo de enfermería¹¹.

3.5 DESVENTAJAS

No existe información sobre las necesidades reales de atención, priorización, patologías objeto del programa, zonificación de la población, y la experiencia en hospitalización domiciliaria recae sobre un número muy reducido de profesionales (se requiere capacitación).

No hay evidencia sólida sobre el costo efectividad del modelo en nuestro medio, por lo tanto se genera Incertidumbre acerca de la sostenibilidad económica del programa a largo plazo, ya que se generan tareas administrativas adicionales, requiriéndose la contratación de personal que las asuma.

No existe claridad en los criterios de ingreso y egreso al programa así como de los componentes éticos y legales generados para el personal de salud en la atención domiciliaria.

El imaginario colectivo (pacientes, familiares y profesionales de la salud) considera los servicios domiciliarios como de menor calidad respecto a los hospitalarios.

¹⁰ GILES, Lynne C. y otros. *Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial*. EN: *Age and Ageing*. Oxford: Nov 2008. Vol. 37, Iss. 6; p. 628.

¹¹ Un estudio realizado por costos y presupuestos en una IPS de la ciudad de Medellín.

3.6 PATOLOGÍAS OBJETO DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

En patologías tales como EPOC exacerbado, otras patologías respiratorias, neurológicas, hepatopatías crónicas, pie diabético, trastorno vascular periférico, insuficiencia cardiaca, infecciones postoperatorias y postraumáticas, estudio y lesiones cutáneas, secuelas de ECV, daño raquimedular, en hemorrágicos o trombóticos, postoperatorio de cirugía general, prótesis de cadera y de rodilla, manejo de celulitis de cualquier etiología y otras enfermedades agudas, pacientes que por su edad no se pueden movilizar, postoperatorio inmediato de cirugía menor y media, complicaciones de cirugía mayor, postoperatorio de cirugía postraumática, antibioticoterapia ambulatoria y continuada, tratamiento de grandes escaras y úlceras cutáneas, pacientes con requerimiento de nutrición parenteral y enteral, ventilación mecánica ambulatoria, pacientes con enfermedades terminales, tuberculosis, y para el manejo del dolor neoplasias, sida, cirrosis hepática y otras enfermedades en un estadio terminal, pacientes que requieran hospitalización domiciliaria para transitoria durante más de un mes para administración de antibioticoterapia, usuarios oxígeno dependientes en el domicilio, pacientes discapacitados, pacientes con limitaciones sensoriales, usuarios con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, usuarios que requieran atención de consulta programada, bebe canguro, atención a maternas de riesgo intermedio, realización de ayudas diagnósticas (exámenes de laboratorio, rayos x), pacientes con patologías en las cuales se requiera anticoagulación prolongada para seguimiento y control.

Se ha demostrado que articulando los procesos de alta temprana con los servicios de Hospitalización ambulatoria se logra contener el costo de hospitalizaciones garantizando la continuidad del tratamiento asistencial.

Gracias a los avances tecnológicos y la telemedicina ha sido posible monitorizar electrocardiográficamente a pacientes desde sus casas además de tomarles la presión arterial a pacientes con enfermedad coronaria y angina de pecho que de otro modo

hubiesen estado hospitalizados, mostrando una baja incidencia de hospitalizaciones y readmisiones de pacientes monitorizados desde su casa gracias a la telemedicina¹².

En países europeos se ha venido aplicando quimioterapia para pacientes de cáncer colorectal integrando a la familia en la evolución de la enfermedad sin embargo se resalta la importancia de la evaluación previa de las condiciones del paciente, la infraestructura de la vivienda y el entrenamiento del personal asistencial¹³.

Pacientes con enfermedades crónicas tanto si son altamente dependientes de otras personas o si son mayores de edad que además tienen dificultad para desplazarse al hospital.

En insuficiencia renal terminal las terapias de remplazo renal ofrecen la posibilidad al paciente de realizarse la diálisis peritoneal continua ambulatoria demostrando la disminución en los costos y mejoramiento en la calidad de vida comparativamente con la hemodiálisis esta última gracias a los avances tecnológicos y científicos también puede realizarse en el domicilio del paciente aunque los costos no han demostrado ser menores pero si proveen mayor confort a los pacientes.

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL PROGRAMA

3.7.1 Clínicos

Pacientes clínicamente estables con el fin de disminuir al máximo los riesgos, y además darle la educación respectiva sobre la atención que se le va a ofrecer, y que él la acepte

¹² WOODEND, A Kirsten y otros. *Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk of readmission*. EN: Heart & Lung. St. Louis: Ene. 2008. Vol. 37, Iss. 1; p. 36.

¹³ JAYASEKARA, Rasika. *Chemotherapy: Home Administration*. EN: *Evidence Summaries - Joanna Briggs Institute*. Adelaide: Mar 3, 2009. p. 1.

en forma voluntaria, firmando previamente el consentimiento informado diseñado para tal fin.

La patología debe estar claramente identificada con un plan de manejo claramente definido.

3.7.2 Socioculturales

Los pacientes deberán estar ubicados en áreas geográficamente accesibles, sin barreras arquitectónicas no sociales como la discriminación o el aislamiento por conflicto.

Deberá existir compromiso familiar quien definirá quien será el cuidador primario, un consentimiento informado previa explicación del procedimiento, condiciones mínimas sanitarias sin hacinamiento con acceso servicios públicos principalmente agua potable y telefonía, garantizar de acuerdo a la patología el recurso humano necesario, la frecuencia de las visitas y los recursos materiales.

3.8 LEGISLACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

3.8.1 Resolución No. 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 en su artículo 8 define la atención domiciliaria como *“Aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin”* y en su artículo 33 hace referencia al cuidado paliativo *“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”*.

3.8.2 Decreto 1043 de 2006.

Regula el programa de hospitalización domiciliaria, este permite la implementación del programa en instituciones de salud habilitadas, con el fin de mejorar la efectividad, continuidad, oportunidad y eficiencia en los servicios de salud, garantizándole al usuario llevarle el servicio hasta su propio domicilio, en su entorno y acompañado por sus seres queridos, los cuales harán que se sienta en su ambiente habitual, y a la vez recibiendo el tratamiento ordenado por el médico tratante y su equipo interdisciplinario.

La hospitalización domiciliaria va dirigida a aquella población que por sus condiciones de incapacidad se requiera el traslado del personal de salud hasta su domicilio, todo esto cumpliendo unas condiciones específicas, tanto de la vivienda, como del paciente y de los cuidadores que van a estar a cargo del paciente.

Condiciones de la vivienda.

- El domicilio deberá encontrarse ubicado en el área urbana.
- El domicilio deberá tener asignada nomenclatura definida.
- El domicilio deberá contar con agua potable.
- El domicilio deberá contar con luz eléctrica.
- El domicilio contar con nevera.
- Deberán tener un nivel socioeconómico mínimo, la familia debe disponer de elementos para la higiene y la alimentación del paciente.
- Contará con una línea telefónica que le permita comunicarse con el centro regulador del programa de hospitalización en casa fácilmente.

Condiciones del paciente.

- La familia y el paciente deberán aceptar voluntariamente a la hospitalización en su domicilio.

- Que haya el compromiso de un cuidador permanente, capacitado y entrenado para cumplir con las tareas que le sean asignadas por el equipo multidisciplinario de salud, y el médico tratante del paciente.

Recurso humano y de las responsabilidades.

Las instituciones de salud que tienen implementado el programa de hospitalización domiciliaria, o piensen implementarlo deberán contar con el recurso humano disponible, ya que el programa debe estar coordinado por un médico general o una enfermera profesional, quienes serán los encargados de la parte administrativa del programa y de coordinar al personal encargado de realizarle las visita al paciente para realizarle los procedimientos respectivos, o la educación correspondiente a los cuidadores de este.

El anexo técnico número 1 de la resolución 2680 del 2007 modificó parcialmente el decreto 1043 en lo referente al recurso humano e incluye los niveles de complejidad de la hospitalización domiciliaria así:

- **Hospitalización domiciliaria de baja complejidad:** La coordinación y la responsabilidad del programa están a cargo de un medico general o una profesional de enfermería, podrán ser prestados por IPS que lo habiliten como modalidad, y que hayan habilitado servicios hospitalarios, o por IPS que lo habiliten como servicios, que garanticen la referencia y contra referencia a servicios hospitalarios institucionales cuando el paciente lo requiera.
 - Debe haber disponibilidad de auxiliares de enfermería para el cuidado del paciente.
 - Si ofrece servicios de fonoaudiología o terapia del lenguaje, terapia ocupacional, y terapia respiratoria, debe tener el recurso humano disponible.
 - En todo caso la responsabilidad del cuidado de cada paciente deberá estar en le medico tratante.
- **Hospitalización de Mediana complejidad.**
 - Además de lo definido para baja complejidad.

- Auxiliares de enfermería permanente en el domicilio del paciente bajo la supervisión de profesional de enfermería.
- El control hospitalario y la monitorización del paciente puede ser realizado por medico general. Disponibilidad de médico especialista o subespecialista y de otros profesionales del área de la salud que se requieran. En todo caso en todo caso la responsabilidad del cuidado del paciente debe estar a cargo del médico especialista o enfermera especialista
- Podrán ser prestados por IPS que lo habiliten como modalidad y que haya habilitado servicios de hospitalización o por IPS que lo habiliten como servicios que garanticen la referencia y contra referencia a servicios hospitalarios institucionales cuando el paciente lo requiera.

Dotación o implementos.

Al realizar la visita domiciliaria la institución que tiene habilitado este programa debe proveer al médico tratante del paciente, a la enfermera, y al grupo multidisciplinario de salud encargado de la recuperación de este, de los implementos necesarios para poder cumplir su labor como son:

- Médico: fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsoxímetro (cuando este indicado), glucómetro, martillo, termómetro, metro.
- Maletín enfermería: elementos médico-quirúrgicos.
- Maletín con elementos de curaciones.
- Maletín con medicamentos de acuerdo a inventario establecido para uso en la atención en casa.
- Atriles.
- Bombas de infusión para líquidos y nutrición enteral.
- Doppler fetal.
- Otros según las especialidades ofrecidas.

Procesos prioritarios asistenciales.

- Deberá contar con procedimientos para el manejo de medicamentos en casa.
- La institución deberá establecer los criterios de inclusión al programa o servicio, protocolos de manejo del paciente en su domicilio.
- Plan de atención individual, manejo del paciente: admisión, atención y egreso. Criterios de inclusión, que definan la periodicidad de valoración.
- Mecanismos de coordinación y supervisión del equipo tratante: entrega de turno diaria.
- Se deberá realizar un comité científico semanal de análisis de los casos.
- Los pacientes hospitalizados en casa deberán tener su seguimiento en los diferentes aspectos a través de los comités establecidos por la IPS (historia clínica, mortalidad, infecciones).
- Protocolo para el Consentimiento informado del paciente, familia y del médico tratante.
- Garantizar las ayudas técnicas en caso de que los pacientes las requieran.
- Entrenamiento a la familia incluyendo, plan de cuidado de pacientes, manejo de apoyos técnicos, residuos, registros, restricción de procedimientos, por ejemplo: manejo de medicamentos parenterales. Manejo de almacenamiento de medicamentos.

Historia clínica y registros asistenciales

- Deberá contar con un registro de los pacientes atendidos en el programa donde queden consignadas todas las actividades, cuidados y procedimientos realizados a los pacientes incluidos en el programa de hospitalización domiciliaria, los cuales deben ir muy bien identificados con nombres, apellidos, documento de identidad, fecha, hora origen, destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que lo atiende, evolución y procedimiento, durante su permanencia en el programa, además se deberá tener un registro de los cuidados encargados a la familia o a su cuidador principal.

Seguimiento al riesgo

- Mortalidad hospitalaria en el domicilio, infecciones adquiridas durante su permanencia en el programa.
- Complicaciones terapéuticas: Lesiones osteomusculares por fallas en las intervenciones de terapia física, autolesiones por deficiencias en las instrucciones a pacientes o familiares, complicaciones derivadas del manejo de medicamentos.
- Reingresos a hospitalización institucional
- Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- Complicaciones terapéuticas medicamentosas secundarias a: Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado por el profesional tratante, eficacia reducida o nula o toxicidad por desnaturalización del medicamento, formulación por profesional no autorizado para la formulación, resistencia antibiótica, efectos adversos innecesario o evitables, enmascaramiento de cuadros clínicos con discapacidad cognitiva.
- Empeoramiento o ausencia de mejora de la discapacidad por deficiencias en el diseño del plan terapéutico o en la oportunidad o seguimiento en su implementación.

Transporte.

- Los vehículos para el traslado de personal no destinado al transporte de pacientes, deberán cumplir con los requisitos de movilización exigidos por las autoridades de tránsito y contar un sistema de doble vía de telecomunicaciones asignado exclusivamente al vehículo que permita un enlace permanente con los sistemas de atención de emergencias o con una central de servicio o de despacho.
- Debe contar con una identificación institucional
- En caso de que el transporte que se habilite para los servicios de atención domiciliaria y atención asistencial básica y medicalizado prehospitalaria sea una

ambulancia, esta debe cumplir con los requisitos para transporte asistencial básico y medicalizado.

La referencia y contrareferencia.

- Se tienen definidas formalmente las guías de referencia y contrareferencia garantizando medios de transporte cuando en un momento dado el paciente requiera su traslado a la institución, además se le debe garantizar el apoyo diagnóstico y terapéutico, que garanticen la referencia y contrareferencia a servicios hospitalarios institucionales cuando el paciente lo requiera.

3.8.3 Ley 1122 del 2007

Artículo 33. Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública 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. Literal "j): *Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria*".

3.8.4 Decreto 2309 de 2002, Resolución 1439 de 2002 y Circular Externa 000015.

Cuidados domiciliarios. Los estándares definen requisitos específicos para las modalidades de atención domiciliaria, que en general se trata de los mismos definidos para la atención extramural, no aplica lo relacionado con instalaciones físicas temporales.

3.8.5 Circular 0045 de 2006

El formulario de Inscripción adoptado por la Circular 0045 de 2006, permite inscribir este Servicio en el Código 119 para las complejidades Baja y Media. Los requisitos que deben cumplir estos servicios están incluidos en el anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 2006, los límites los establecerá el prestador tomando en cuenta el enfoque de riesgo y lo mencionado en el Anexo citado.

3.8.6 Proyecto de Acuerdo 256 de 2006 del Consejo de Medellín.

“por medio del cual se definen políticas públicas de salud para los adultos mayores de la ciudad de Medellín”

3.8.7 Otras normas relacionadas con legislación en salud

- Constitución Nacional de 1991 Resolución 13431 de 1991 (Declaración de los Derechos de los Pacientes)
- Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social, artículo 152 al 248.
- Ley 23 del 18 de febrero de 1981, (Ética médica) se dictan normas en materia de ética médica. Los códigos de ética de las diferentes disciplinas de la salud en Colombia
- Resoluciones 4445 de 1996, normas en lo referente a las condiciones sanitarias.
- Resolución 741 de 1997, instrucciones sobre seguridad personal de usuarios y los prestadores de servicios de salud.
- Resolución 1995 de 1999 (Manejo de historia clínica).por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica
- Decreto 2676 del 22 de diciembre de 2006, por la cual se reglamenta la gestión integral de residuos hospitalarios y similares.

- Acuerdo 228 de 2002 (Medicamentos POS), por medio del cual se actualiza el manual de medicamentos del POS y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1895 de noviembre de 2001, por la cual se adopta para la codificación de mortalidad en Colombia, la clasificación estadística internas de enfermedades y problemas relacionados con la salud.
- Decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre prestadores y servidores de la salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 5261 de 1993 (MAPIPOS)
- Resolución 9279 de 1993 (regula lo referente a Normatización de ambulancias)
- Decreto 1571 de 1993 (regula lo referente al Banco de sangre)
- Decreto 1295 de 1994 (regula lo referente a Riesgos profesionales)
- Resolución 3374 de 2000 (Registro individual de prestadores de salud: RIPS)
- Acuerdo 228 del 2000 (Manual Tarifario ISS 2000)
- Acuerdo 256 de 2001 (Manual Tarifario ISS 2001)
- Decreto 1011 de 2006 Por el cual se determina el sistema obligatorio de garantía de calidad.
- Resolución 1446 y anexo técnico por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

3.9 EXPERIENCIAS EN IPS

El programa de hospitalización domiciliaria se ha posicionado en los últimos años como una de atención extra hospitalaria que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con un relativo menor costo comparado con la hospitalización institucional.

En el modelo de hospitalización domiciliaria caben actividades de todo el espectro de los servicios de salud desde el fomento y la protección de la salud, la atención primaria, la

prevención clínica, la hospitalización en casa con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios, enfermedades de alto costo y procedimientos de rehabilitación

A continuación se enumera algunas instituciones de salud que tienen el programa de hospitalización domiciliaria como una alternativa de servicio para los usuarios.

3.9.1 IPS BIOSIGNO

Plan de Atención Domiciliaria, es el programa que consiste en que los profesionales de la IPS se desplazan hasta la casa del usuario para prestarle la atención básica que el usuario necesita. Este programa se creó pensando en la comodidad y pronta recuperación de los pacientes de Biosigno IPS, cuyo objetivo es atenderlo en su propia casa, puesto que estudios científicos han comprobado que es mucho más fácil su recuperación cuando se encuentra en un ambiente conocido y apoyado por todo su grupo familiar.

De esta manera se atienden bajo esta modalidad a diferentes clases de pacientes por ejemplo.

Pacientes con procesos agudos: que requieren tratamiento venoso y cuya situación de salud no amerita estar hospitalizado.

Pacientes Crónicos: (EPOC oxígeno dependientes, secuelas de ECV, paciente terminas, etc.) con un alto grado de discapacidad que les impide asistir a la consulta. Son los que debido a su incapacidad no pueden desplazarse hasta la unidad de atención médica.

Pacientes en Fase Terminal: quienes debido a su enfermedad necesitan de medicamentos frecuentes y regulados y seguimiento a la evolución de la enfermedad.

Hospicasa: son aquellos pacientes que pueden continuar su proceso de hospitalización en casa sin correr ningún riesgo.

Oxígeno domiciliario: es aquel usuario que debido a su patología respiratoria necesita estar conectado gran parte del tiempo a oxígeno.

Otros servicios domiciliarios, para los pacientes incluidos en el programa son: Consulta Médica General; consulta Paramédica; Fisioterapia; terapia Respiratoria; actividades y Procedimientos de Enfermería, toma de muestras a domicilio, oxígeno domiciliario, curaciones postquirúrgicas, terapia respiratoria.

En cualquiera de los casos el paciente debe ser remitido al programa o autorizado por el médico que trata su afección. Si es un particular quien solicita el servicio, se hacen los procedimientos necesarios para evaluar si es conveniente o no brindarle la atención domiciliaria.

El ingreso al programa a pacientes crónicos y de cuidado paliativo como (EPOC oxígeno dependientes, secuelas de ECV, paciente terminales, etc.) se requiere que el médico tratante solicite el ingreso al programa ante la dificultad del usuario de poder movilizarse, esta orden es evaluada por el comité en la central de autorizaciones quienes determinan su autorización; luego el médico del programa realizará una visita en la cual considerará los criterios preestablecidos (procedimiento diseñado e ingresado en el). Los pacientes que se encuentren en los grados 3, 4 y 5 de disfuncionalidad son susceptibles de ingresar al programa y será el médico tratante quien determine la pertinencia del ingreso y la periodicidad de las visitas. No se le prestará consulta de urgencia pues el programa está diseñado para enfermedades que no requieren una estrecha vigilancia y control.

Los médicos de los servicios de urgencias y áreas de hospitalización deben llamar siempre y sin excepción a comentar los pacientes al servicio para evaluar si cumplen o no los requisitos de ingreso al programa principalmente , se presentan casos en los que el paciente o su acudiente llegan al día siguiente del alta con la documentación para ingreso al programa pero no cumplen los requisitos de acceso por lo cual deben ser remitidos nuevamente a urgencias con la insatisfacción que esto genera entre los usuarios.

Diligenciar el consentimiento informado e informar sobre el programa al cual se van a ingresar, los paciente tienen la expectativa que van a ingresar a un servicio 24 horas con urgencias y asistencia inmediata al llamado lo cual no es claro..

Mejorar el envío de las ordenes las cuales no son claras y falta información en ellas o no se entiende la letra

Es muy importante que antes de remitir al usuario al programa de hospitalización domiciliar se verifique con el personal si puede acceder al servicio y cumple los requisitos para ingresar al servicio y tratar de evitar que el usuario este de un lado para otro poniendo en riesgo su salud.

Se ha demostrado la importancia que tienen el afecto y el entorno en la recuperación del enfermo por eso la hospitalización domiciliar cobra cada vez mayor fuerza

La EPS COMFENALCO mantiene el entorno familiar al enfermo continuando el manejo del paciente hospitalizado en la casa, a partir de la evaluación del médico tratante manteniendo al paciente en la comodidad de su hogar,

El principal objetivo es mejorar la calidad de vida del usuario a través de una atención adecuada en su hogar.

Para lograrlo se cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por médicos, enfermeras, personal de enfermería capacitado.

3.9.2 COOMEVA EPS

Los servicios que ofrece COOMEVA EPS a sus usuarios en hospitalización domiciliar son:

- Cuidados básicos de enfermería: Consiste en la atención de un auxiliar de enfermería para ejecutar diferentes servicios permanentes como cuidados básicos

de higiene y confort, administración de medicamentos, supervisión de signos vitales, hidratación, instrucción del manejo del paciente al familiar cuidado, el servicio se presta en turnos de 6,12,y 24 horas.

- Ventilación mecánica domiciliaria: Este programa tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los usuarios que por sus condiciones de salud, requieren asistencia de ventilación mecánica y están en condiciones de ser llevados a su medio familiar, los objetivos adicionales del programa son:
 - Destetar los pacientes del ventilador en los casos que su evolución lo permita.
 - Asistencia al paciente y su familia durante el proceso de evolución natural de la enfermedad o hacia la muerte en los casos irreversibles, disminución de las complicaciones intrahospitalaria.
 - Los servicios que incluyen este programa son, auxiliar de enfermería entrenado en manejo de pacientes de UCI, terapias (físicas, deglución, ocupación respiratorias.
 - Tratamiento y seguimiento por médico especialista, tratamiento y seguimiento por médico general, evaluación y manejo por enfermera profesional de patologías concomitantes (heridas, escaras, sondas, etc.), tratamiento por nutricionista, tratamiento por psicología, alquiler de ventilador y equipamiento propio y necesario para ventilación mecánica, alquiler y suministro de equipamiento hospitalario adecuado al tipo de paciente y patología, suministro de medicamentos e insumos para el adecuado manejo del paciente.
- Cuidados postquirúrgicos: El servicio consiste en realizar un control post operatorio en las 24 - 48 horas siguientes al egreso del paciente del área de recuperación de la clínica. Aplica para pacientes de cirugía ambulatoria. En la visita al paciente se hace lo siguiente:
 - Valoración y registro de la evolución del paciente, en la cual se evidencian signos y síntomas de complicaciones postquirúrgicas y se notifica al médico tratante en caso que sea necesario de manera inmediata su intervención, se verifica el cumplimiento de las órdenes médicas, se brinda educación en auto-cuidado para el paciente y sus familiares.

- Aplicación de medicamentos por vía subcutánea y endovenosa: Consiste en la aplicación de medicamentos parenterales (como antibióticos). La aplicación de medicamentos tiene la siguiente frecuencia: cada 4, 6, 8, 12, y 24 horas
- Curaciones El objetivo de este servicio es eliminar el proceso infeccioso local, facilitar las fases de cicatrización de las heridas en pacientes agudos o crónicos y disminuir los riesgos de sobre-infecciones hospitalarias. Este servicio es prestado por enfermeros(as) profesionales especializados en atención de lesiones de piel. Tipo I, tipo II, Tipo III y tipo IV. Las curaciones de heridas tipo I y II: son realizadas por el auxiliar de enfermería bajo supervisión de un enfermero jefe, quien realiza una valoración de la herida y determina la frecuencia, duración y el plan de manejo a seguir.
- Alquiler de equipos e implementos hospitalarios: Se presta servicio de alquiler de equipos hospitalarios necesarios para complementar una óptima prestación del servicio asistencial a todo tipo de paciente que así lo requiera, entre los equipos están, ventiladores mecánicos con su equipamiento complementario cpap, bpap, pulsoxímetros, aspiradores, nebulizadores, camas hospitalarias, sillas de ruedas, otros equipos necesarios en la recuperación del paciente.
 - Suministro de oxígeno medicinal en cilindro de 8.5, 6.5, 2.5 y 1 m3, suministro de oxígeno medicinal en concentradores de mediano y alto flujo, alquiler de regulador y cilindro.
 - Estos servicios se prestan a pacientes en fase de recuperación de patologías médicas y/o quirúrgicas; a usuarios crónicos con limitación de desplazamiento, postrados; a usuarios con enfermedad mortal en fase terminal que requieran cuidados paliativos; y/o a usuarios con ventilación mecánica.
- Servicio de enfermería profesional: Cuidados básicos de enfermería profesional: Consiste en la atención de una enfermera profesional para los siguientes servicios: Manejo de Colostomías, yeyunostomías, Gastrostomías, abdomen abierto con drenaje, manejo de estomas, retiro de catéter peridural, colocación y cambio de sonda nasoyeyunal, colocación, manejo y retiro de bombas de alimentación y de infusión, educación al familiar cuidador.
- Evento. Se define como evento los siguientes procedimientos:

- Cateterismo vesical, paso de sonda vesical o nasogastrica
- Curaciones de heridas tipo I y II: Son realizadas por el auxiliar de enfermería bajo supervisión de un enfermero jefe, quien realiza una valoración de la herida y determina la frecuencia, duración y el plan de manejo a seguir.
- Toma de glucometría, toma de pulsoximetría, colocación de enemas,
- Terapia física: Servicio que se realiza con fisioterapeutas especializados y es útil para: manejo del dolor, entrenamiento y re-educación neuromuscular, lesiones de nervio periférico, rehabilitación vestibular, lesiones deportivas.
- Terapia respiratoria: Servicio realizado por terapeuta respiratorio para seguimiento de orden médica: Aspiración de secreciones, cuidado de traqueotomía, drenaje postural, estimulación de patrón tusígeno, manejo de equipos de ventilación, nebulización.
- Terapia de lenguaje y deglución: Realizada por fonoaudiólogo para seguimiento de orden médica, estimulación de deficiencias en el lenguaje, dislalia, afasias en adultos y niños.
- Terapia ocupacional: Realizada por terapeuta ocupacional para la reincorporación del paciente a su vida laboral y cotidiana, terapia de psicología, terapia de nutrición.
- Fototerapia: Este servicio incluye el alquiler de lámpara de fototerapia y el acompañamiento 24 horas de un auxiliar de enfermería.
- Toma de muestras de laboratorio: puede ser con o sin traslado de la muestra al laboratorio, no incluye el procesamiento del examen ni la entrega del resultado.

3.9.3 EPS Sura.

Desde hace ya varios años cuenta con un programa de atención domiciliaria estructurado de acuerdo a la norma vigente en donde el médico general o especialista identifica al paciente en la consulta en la IPS, teniendo en cuenta los criterios de remisión al programa, los cuales dependen del diagnóstico, grado de complejidad, factibilidad de ser tratado en el domicilio y la vigencia de cobertura para que el paciente tenga derecho al servicio.

Una vez definida la hospitalización el médico debe realizar una remisión a la IPS teniendo en cuenta que debe tener un diagnóstico claro y definido, deberá contar con un plan de tratamiento y actividades de acuerdo al diagnóstico, deberá existir un consentimiento informado y firmado por el paciente y su familia y esta deberá proveer un cuidador primario, del mismo modo la vivienda deberá cumplir con los requisitos mínimos de infraestructura y saneamiento que permitan una atención segura al igual que ubicación geográfica accesible.

La EPS ofrece alternativas en caso de que los criterios mínimos a los que hace referencia el sistema único de habilitación no sean cumplidos permitiendo que el usuario sea atendido en la casa de algún familiar que si los cumpla o en último caso ofrecerá la estadía temporal en un lugar acondicionado para tal fin. Una vez se decide la hospitalización domiciliaria se hace una remisión telefónica al gestor del programa (médico especialista o enfermera jefe) quienes una vez verifiquen los derechos del paciente y la disponibilidad de los recursos necesarios para el procedimiento dan a conocer al médico encargado del paciente la aceptación del usuario en el programa de hospitalización domiciliaria.

Otros procedimientos de atención domiciliaria que brinda la EPS son: Cateterismo vesical, administración de oxígeno domiciliario, clínica de heridas, terapia respiratoria, administración de medicamentos.

3.9.4 SALUDCOOP.

Hospitalización en Casa.

Para SaludCoop es muy importante la atención completa y adecuada de todos sus usuarios. Por esto implementó el programa SaludCoop Hospitalización en Casa, "SHEC" que consiste en proporcionarle al paciente sin riesgo vital la asistencia hospitalaria (equipos, elementos, terapias y soporte técnico y profesional), en la comodidad de su hogar y cerca de sus familiares, lo que facilita la recuperación y disminuye los riesgos propios del ambiente hospitalario.

Para asegurar la mejor atención, cuenta con un equipo de Médico, Enfermeras, Fisioterapeutas y Auxiliares de Enfermería cuidadosamente seleccionado y altamente capacitado, respaldado por prestigiosos especialistas y soportado en la tecnología de las Clínicas de la Red Corporativa de SaludCoop.

3.9.5 IPS UNIVERSITARIA.

También en Medellín brinda atención domiciliar dirigida a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, ACV, enfermedades terminales y en general aquel que no puedan acudir a la institución para la prestación de los servicios de salud. La inclusión al programa se hace a través de la consulta externa en donde la valoración inicial la hace un médico general quien dispone un plan de manejo, después se programan las visitas por parte de una auxiliar de enfermería previo aviso a la familia del usuario.

3.9.6 MEDICANCER

En la ciudad de Medellín en MEDICANCER de acuerdo a la información reportada por la enfermera jefe de la institución se ha evidenciado una considerable disminución de las hospitalizaciones de pacientes en estados avanzados de cáncer de cualquier tipo cuando ellos han sido tratados bajo la modalidad de cuidados paliativos a través del grupo multidisciplinario con el que cuenta la institución. Esto redundo en una notable disminución del gasto hospitalario en el que incurrirían las EPS.

3.9.7 Otras experiencias en Colombia

La Universidad Nacional de Colombia en los servicios de salud UNISALUD presta servicios de atención ambulatoria desde hace varios años su población objeto son personas mayores de 60 años con patologías como enfermedad cerebro vascular menor con limitaciones físicas , artritis, osteoartritis severas y párkinson, pacientes en estado

terminal con diagnóstico de cáncer, ofrecen también valoración por trabajo social, psicología, terapia física, respiratoria y de lenguaje, toma de muestras de laboratorio y valoración nutricional. Los pacientes son remitidos desde la consulta externa al servicio, no mencionan los criterios de inclusión al programa como tampoco se menciona la hospitalización domiciliaria

La Clínica Teletón en la ciudad de Bogotá presta atención domiciliaria con medicina general y especializada, terapia física, terapia respiratoria, procedimientos de enfermería, terapia de lenguaje, exámenes de laboratorio.

La EPS Salud Colpatria ofrece en su portafolio de servicios la atención domiciliaria con el objeto de aumentar la accesibilidad a los servicios de salud y proporcionar un ambiente más confortable para sus pacientes y sus familias (20)

La Fundación Santafé de Bogotá ofrece cuidados paliativos en etapas finales de la vida a pacientes oncológicos, con VIH y en patologías cuya supervivencia no sea mayor a seis meses, brinda también acompañamiento familiar en enfermedades crónicas como insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática, EPOC, artritis degenerativa dolorosa e insuficiencia cardíaca congestiva.

Medica Colombia, Medicina Integral en casa (Cali, Palmira, Pereira), en su portafolio de servicios menciona la importancia de la internación domiciliaria enfocada hacia la integridad del paciente desde la perspectiva social como ser humano. “La atención domiciliaria debe garantizar un trato digno que conlleve a la recuperación o mantenimiento de la salud, rehabilitación de secuelas y reinserción del paciente al contexto socio familiar en la medida de lo posible”. Destacan la importancia de un cuidador responsable con disponibilidad de tiempo para brindar la atención necesaria y un equipo de profesionales previa clasificación del paciente de acuerdo a su estado de salud, entorno familiar y patología, se tienen en cuenta situaciones de riesgo social para la inclusión al programa como hacinamiento, ausencia de condiciones mínimas sanitarias, barreras arquitectónicas o geográficas, carencia o insuficiencia de recursos económicos para la supervivencia y discriminación social o aislamiento.

3.9.8 Experiencias en otros países

En Argentina el ministerio de desarrollo social promueve la capacitación de personas con el apoyo del gobierno para la educación en la atención de personas mayores y discapacitados que requieran atención domiciliaria, Se encontraron experiencias muy claras con más de 30 años de experiencia funcionando donde redunda la disminución de costos en pacientes mayores y pacientes en estado terminal, mencionan claramente criterios explícitos de inclusión a los programas de atención domiciliaria.

En Chile desde 1989 se menciona la creación de una unidad de enfermería a domicilio dirigida al sector privado para aquellas personas que puedan pagar un cuidador mayores de 70 años con cáncer terminal y enfermedad cerebrovascular, resaltan la importancia de la familia en el éxito del programa.

En Ontario Canadá estudios han demostrado los costos de la hospitalización convencional y la atención domiciliaria concluyen que no hay una diferencia significativa en cuanto a costos, pero que si redunda en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y en la disminución en la demanda de camas en un sistema con una alta demanda de hospitalizaciones y una cada vez más reducida cantidad de camas e infraestructura física.

4 CONCLUSIONES

La hospitalización en casa y la atención de pacientes crónicos se proyecta como una gran fortaleza hacia el futuro, al mejorar la comunicación entre los diferentes actores del sistema de salud, integrando y utilizando 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.

En los pocos estudios encontrados sobre la hospitalización domiciliaria se ha podido observar que esta contribuye en el sistema de seguridad social en Colombia a mejorar la calidad de vida, teniendo en cuenta la satisfacción de los usuarios.

Siendo este un servicio proactivo entre la IPS, el paciente, y el entorno familiar se demuestra que la aceptación a este modelo de atención tiene gran acogida por los usuarios, los cuales manifiestan de manera objetiva la mejoría de su enfermedad

Este modelo de atención demuestra de manera significativa la importancia que debe tener la prestación del servicio con oportunidad, seguridad, continuidad, y accesibilidad para lograr altos niveles de satisfacción que influyan de manera positiva en la evolución de la enfermedad.

No existe en nuestro país bibliografía suficiente sobre el tema, la mayoría de experiencias encontradas fueron cedidas por amigos conocedores del tema.

Se debe fomentar la investigación con el fin de demostrar los impactos que a nivel de costos, satisfacción de los pacientes y calidad de vida que se alcanzarían con la atención domiciliaria.

En un sistema de salud como el nuestro las experiencias en otros países han demostrado que este modelo de atención domiciliaria puede ser adoptado también por las IPS y no solo por las EPS independiente del tipo de régimen y las modalidades de pago que pacten las administradoras y las prestadoras.

Dada la importancia que implica el manejo del riesgo en la prestación de servicios de salud, deben adelantarse estudios serios que procuren la clasificación de los riesgos y la manera de mitigarlos. La bibliografía actual no hace referencia a este tópico tan importante.

Los grandes avances en las telecomunicaciones permitirían ir mucho más allá de lo que hasta ahora se conoce en atención y hospitalización domiciliaria.

5 BIBLIOGRAFÍA

AGRA VARELA, Yolanda y otros. Relación de la calidad de vida con diferentes modelos de atención domiciliaria en enfermos oncológicos terminales de un área sanitaria de madrid. EN: Rev. Esp. Salud publica v.77 n.5 madrid oct. 2003.

ARREDONDO, Armando y otros. Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. EN: Salud pública Méx vol.41 n.1 Cuernavaca Jan./Feb. 1999.

BARROSO UTRA, Isabel M., y otros. El ingreso en el hogar y su costo directo en Cuba. EN: Rev Panam Salud Publica vol.21 no.2 3 Washington Feb./Mar. 2007.

BERMAN, Peter. *Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries*. EN: *Bull World Health Organ* vol.78 no.6 Genebra June 2000.

BOWLES, Kathryn H y otros. *Patient Characteristics at Hospital Discharge and a Comparison of Home Care Referral Decisions*. EN: JAGS Febrero 2002–VOL. 50, No. 2 p. 336-342

BRUMLEY, Richard y otros. Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative. EN: Journal of the American Geriatrics Society. New York: Jul 2007. Vol. 55, Iss. 7; p. 993

BURTON, Leff B. y otros. *Comparison of functional outcomes associated with hospital at home care and traditional acute hospital care*. EN: PubMed - indexed for MEDLINE. PMID: 19170781.

CHERNEW, Michael E. y otros. *Heterogeneity of Risk in a Managed Home Health Care Population*. ISSN: 0025-7079 Volumen 39(9), September 2001, p. 1002-1013.

Circular 000035 de 11 Junio del 2009

Circular Externa 000015 del Ministerio de la Protección Social.

CLINICA UNIVERSITARIA TELETON. Portafolio de Servicios [en línea] <www.clinicauniversitariateleton.com.co/portafolio/hospitalizacion.html> [Consulta: 9 de octubre de 2009]

CONSORCIO DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. primeras aproximaciones de una experiencia de internacion domiciliaria 2003.

CORDOBA, Guillermo. Preguntas y Respuestas. [en línea] Ministerio de Protección Social. <<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18226DocumentNo8749.PDF>> [Consulta: diciembre 8 de 2008]

CREUTZBERG M, Thober E y VIEGAS K. *Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar*. EN: Rev Bras Enferm 2005 jul-ago; 58(4) p. 38-43.

D'ELBOUX DIOGO. Maria José y otros. *Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio* EN: Rev Esc Enferm USP 2005; 39(1) p. 97-102.

DAL BEN, Luiza Watanabe y RAPONE GAIDZINSKI, Raquel Proposta . *Modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária*. EN: Rev Esc Enferm USP 2007; 41(1) p. 97-103.

DAL BEN, Luiza Watanabe y MÁRCIA CARDOSO DE SOUSA, Regina. *Adaptação de instrumento para dimensionar horas diárias de assistência de enfermagem residencial*. EN: Rev Esc Enferm USP 2004; 38(1): 80-9.

Decreto1995 de 2001.

DERI ARMSTRONG, Catherine y otros. *Home-based intermediate care program vs hospitalization Cost comparison study* EN: Can Fam Physician 2008; 54 p. 66-73.

DOG˘AN And DEG˘ER Mebrure. Nursing Care Of Elderly People At Home And Ethical Implications: An Experience From Istanbul Hanzade EN: Nursing Ethics 2004 11 (6).p. 554-567

EPS COMFENALCO. Salud en buenas manos edici3n EN: Revista de COMFENALCO No. 79 Antioquia, julio- agosto de 2007.

ESCOBAR ABUFON, Marıa Jalile. Modelo de organizaci3n de la atenci3n domiciliaria con equipo de soporte del HCVB, de la red de atenci3n del SSVSA.

ESCOBAR ABUFON, Marıa Jalile. Hospitalizaci3n Domiciliaria (Hd), Una Nueva Modalidad De Tratamiento, Factible De Aplicar Por El Hospital Carlos Van Buren De La Red Asistencial Del S.S.V.S.A. Para Pacientes Con Patologıa Respiratoria

FEUERWERKER, Laura C. M. y ELIAS MERHY, Emerson. *A contribuiç3o da atenç3o domiciliar para a configuraç3o de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalizaç3o e transformaç3o de pr3ticas*. EN: Rev Panam Salud Publica vol.24 no.3 Washington Sept. 2008.

FINGERMANN, Hilda y otros. La internaci3n domiciliaria [en lınea] <<http://psicologia.laguia2000.com/general/la-internacion-domiciliaria>> [Consulta: octubre 12 de 2009]

FRICK, Kevin D. y otros. Substitutive hospital at home for older persons: effects on costs, EN: The American journal of managed care. MDVOL. 15, No. 1. p. 49-56.

GASTALDO, Bover. *Centralidade da famılia como recurso no cuidado domiciliar: perspectivas de gēnero e geraç3o* En: Rev Bras Enferm 2005 jan-fev; 58(1) p. 9-16.

GILES, Lynne C. y otros. Home versus day rehabilitation: a randomised controlled trial. EN: Age and Ageing. Oxford: Nov 2008. Vol. 37, Iss. 6; p. 628.

GOBIERNO DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica: Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. 2005

GOBIERNO DE ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guía práctica clínica sobre cuidados paliativos. 2003.

GÓMEZ MENDIETA, M^a Antonia. Hospitalización domiciliaria, una nueva modalidad de tratamiento servicio de neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

GÓMEZ MENDIETA, M^a Antonia. Hospitalización Domiciliaria, Una Nueva Modalidad De Tratamiento. Servicio De Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

GREGORY, Patricia C y otros. *Disparities in Postacute Stroke Rehabilitation Disposition to Acute Inpatient Rehabilitation vs. Home*. EN: Findings from the North Carolina Hospital Discharge Database Volume 88(2), February 2009, ISSN: 0894-9115, p. 100-107.

GÜELL, María Rosa, y otros. *Home vs. Hospital-Based Pulmonary Rehabilitation for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Spanish Multicenter Trial*. EN: Archivos de Bronconeumología 2008 44:512-8.

HALIMI, Franck y otros. *Optimized post-operative surveillance of permanent pacemakers by home monitoring: the OEDIPE trial*. EN: Europace (2008) 10, doi:10.1093/europace/eun250, p. 1392–1399.

HARRISON, Judy. *Day hospital vs. home treatment a comparison of illness severity and costs*. EN: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2003) 38. p. 541–546.

HUGHES SL y otros. *Evaluation of a long-term home care program*. EN: PubMed - indexed for MEDLINE. PMID: 6425579.

HUGHES, Susan L y otros. *Impact of Long-Term Home Care on Hospital and Nursing Home Use and Cost*, EN: HSR: Health Services Research 22:1, April 1987, p. 20-46.

HUGHES, Susan L.; *Effectiveness of Team-Managed Home-Based Primary Care. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Home-Based Primary Care* EN: JAMA. 2000;284: p. 2877-2885.

JAYASEKARA, Rasika. *Chemotherapy: Home Administration.* EN: Evidence Summaries - Joanna Briggs Institute. Adelaide: Mar 3, 2009. p. 1.

LANDERS, Steven H. *Home Care: A Key To The Future Of Family Medicine?.* EN: *Annals of family medicine* vol. 4, no. 4, july/august 2006.

LIE I, Arnesen y otros. *Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting. The impact of a randomised controlled home-based intervention program.* EN: PubMed - indexed for MEDLINE. PMID: 19169899

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. *Atención Domiciliaria.* [en línea]<www2.valledelcauca.gov.co/SIISVC/documentos/ligarcia%20453960/.../Presentaci%F3n%20secretarias%20atencion%20domiciliaria> [Consulta: 10 de diciembre 2008].

MITRE COTTA, Rosângela Minardi y otros. *La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas.* EN: *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 10(1), 2001 p. 45-55.

MITRE COTTA, Rosângela Minardi y otros. *La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud* EN: *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(4), 2002. p. 253-261.

MITRE COTTA, Rosângela Minardi y otros. *La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas.* EN: *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 10(1), 2001 p. 45-55

MONTES, J. y otros. *Tratamiento domiciliario de la trombosis venosa profunda. Comparación de costes con la hospitalización convencional* EN: *An. Med. Interna (Madrid)* v.22 n.8 Madrid ago. 2005.

MORALES-ASENCIO, JM y otros. *Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study* EN: BMC Health Services Research 2008, 8:193

ORB, Angélica y SANTIAGOS, Alicia. Breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada. EN: Ciencia y Enfermería XI (1): 9-15, 2005.

OSPINA AGUIRRE, Jorge Enrique. Atención domiciliaria integral [en línea] Área de Fomento y Protección de la Salud Unidad De Servicios De Salud – Unisalud Universidad Nacional De Colombia <<http://www.monografias.com>> [Consulta: oct 11 de 2009]

PARDO DE VÉLEZ, Graciela y CEDEÑO COLLAZOS, Marlene. Investigación en Salud Factores Sociales. Santafé de Bogotá. McGraw-Hill Interamericana S.A. 1997.

PELLEGRINI DRUCKER, Luciana. *Home technological support network for technology-dependent children discharged from a state-run hospital.* EN: *Ciênc. Saúde coletiva* v.12 n.5 Rio de Janeiro sep./oct. 2007.

PEREZ ARANGO, Gloria Consuelo y otros. Asistencia Domiciliaria Supervisada – Ads Hospital Santa Mónica Empresa Social Del Estado Dosquebradas – Risaralda 2007.

PROESMANS M y otros. Real life evaluation of intravenous antibiotic treatment in a pediatric cystic fibrosis centre: outcome of home therapy is not inferior. EN: PubMed - indexed for MEDLINE. PMID: 18848441

Proyecto de Acuerdo No. 256 DE 2006 del Consejo de Medellín.

Resolución 1043 de 2006.

Resolución No. 2680 de 3 de agosto de 2007

RICH, Shayna E y otros. *Differences in Services Provided by Hospices Based on Home Health Agency Certification* Volume 47(1), January 2009, ISSN: 0025-7079, p 9-14.

RIZZI M y otros. *A specific home care program improves the survival of patients with chronic obstructive pulmonary disease receiving long term oxygen therapy.* EN: PubMed - indexed for MEDLINE. PMID: 19254602.

ROSSI P y otros. Integration of the hospital coronary care unit with the first aid service for the domiciliary treatment of cardiovascular emergencies. EN: PubMed - indexed for MEDLINE. PMID: 2806798.

RUIZ MUÑOZ, M. Unidad de Atención Especializada a Domicilio. EN: Todo Hospital 240, Octubre 2007 p. 298- 293.

SEGURA NOGUERA, Josep María y otros. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud, EN: Rev. Esp. Salud Pública V.77 N.5 Madrid Oct. 2003, Raval Nord - Barcelona, p. 1993-2002.

SEGURA NOGUERA, Josep maría y otros. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud EN: Rev. Esp. Salud Pública vol.77 no.5 Madrid Raval Noord - Barcelona, oct. 2003.

SHEPPERD, Sasha y otros. *Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data.* EN: CMAJ 2009;180(2):175-82.

STACHENKO, Sylvie. Promoción de la Salud en Canadá, Centro para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, Ministerio de Salud, Canadá.

SVAHN, Britt-Marie¹ y otros. *Case-Control Comparison of At-Home and Hospital Care for Allogeneic Hematopoietic Stem-Cell Transplantation* EN: *The Role of Oral Nutrition.* Volume 85(7), 15 April 2008, ISSN: 0041-1337, p. 1000-1007.

TERMOZ A y otros. *Effectiveness of home treatment for patients with cystic fibrosis: the intravenous administration of antibiotics to treat respiratory infections*. EN: PubMed - indexed for MEDLINE. PMID: 18680182

TOMIAK, Monica y otros. *Mustard Factors associated with nursing-home entry for elders in Manitoba, Canada* EN: *The Journals of Gerontology*; May 2000; 55A, 5; Health Module pg. M279-m287

TÚLIO BATISTA, Franco y EMERSON ELIAS, Merhy. *Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva*. EN: *Ciênc. saúde coletiva* v.13 n.5 Rio de Janeiro sept./oct. 2008.

WILSON, Andrew y otros. *Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care*. EN: *BMJ* 1999; 319:1542–6.

WILSON, Andrew. *Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital. Home scheme compared with hospital care*. EN: *BMJ* 1999;319:1542–6

WOODEND, A Kirsten y otros. *Telehome monitoring in patients with cardiac disease who are at high risk of readmission*. EN: *Heart & Lung*. St. Louis: Ene. 2008. Vol. 37, Iss. 1; p. 36.

ZAMORA SANCHEZ, Juan José y otros. *Programa de continuidad de cuidados de alta en una unidad de hospitalización a domicilio*. EN: *Metas de Enfermería*. Volumen 12 No 3, Abril 2009 p. 23-30.

ZAMORA SANCHEZ, Juan José. *Programa de continuidad de cuidados de alta en una unidad de hospitalización a domicilio*. EN: *Metas de Enfermería*. Vol. 12 No. 3 ,Abril 2009 p. 23-30.

Hernández Juan P, Pacheco Ana M, Rocha Jorge L. Evaluación de la satisfacción de la atención médica y hospitalización domiciliaria en la IPS médicos en su casa en Medellín y su área metropolitana entre el 15 de julio y el 15 de septiembre de 2002 Tesis de Grado Universidad CES 2003.

Coomeva EPS Portafolio de servicios en WWW.COOMEVAEPS . Julio 2009.

Atención domiciliaria: organización y practica, escrito por Joan Carles Contel Segura, Joan Gene Badia.

Biosigno IPS Portafolio de servicios en www.biosignoips.com. junio 2009.

Intervención social de las empresas de atención domiciliaria. Www.medicacolombia.com . julio2009

Atención Domiciliaria <http://ips.udea.edu.co> 19 July, 2009,

Cuidados paliativos en www.fundacionsantafedebogota.com.co . Agosto 2009.

Atención domiciliaria portafolio EPS Sura.com.co Agosto 2009.