

Percepción de directivos de programas de atención domiciliaria en el departamento del Meta

Perception of Managers of Home Care Programs in the Department of Meta

Percepção dos Gestores de Programas de Atendimento Domiciliar no Departamento de Meta

María L. Pinzón-Rocha¹; Clara R. Galvis-López²; Ana B. Vacca-Casanova³

¹ Enfermera MSc, docente programa de Enfermería, Universidad de los Llanos.

² Enfermera MSc, docente programa de Enfermería, Universidad de los Llanos.

³ Ingeniera de Sistemas MSc, docente programa de Ingeniería de Sistemas, Universidad de los Llanos.

Email: ml.pinzon@unillanos.edu.co

Recibido: 27 enero de 2017

Aceptado: 28 de mayo de 2018

Resumen

El objetivo del trabajo realizado fue conocer la percepción de los directivos de los programas de Atención Domiciliaria (A.D), sobre el modelo que desarrollan como alternativa asistencial, así mismo analizar cómo se constituye la estructura del cuidado desde la perspectiva de las instituciones prestadoras de este servicio en el Departamento del Meta. El estudio fue cualitativo, descriptivo con enfoque fenomenológico, la población estuvo constituida por directivos de 8 programas de A.D existentes en los municipios de mayor desarrollo socioeconómico de la región. La información se obtuvo a través de entrevistas y narrativas, analizadas con la herramienta informática NVivo 10, la cual permitió la organización, análisis de la información y la interpretación de resultados a partir de la agrupación de temas centrales. Los resultados permitieron identificar tres categorías de análisis: Calidad y satisfacción del usuario, integralidad de la atención y Autocuidado como base del crecimiento personal. Se pudo concluir que la percepción encontrada en los directivos, está fundamentada en una intencionalidad que favorece el desarrollo de un modelo de atención integral participativo, que facilita el crecimiento personal, el fortalecimiento del autocuidado y el empoderamiento de los usuarios para acompañar diferentes situaciones de salud en el ámbito domiciliario.

Palabras clave: Atención domiciliaria; calidad de la atención en salud; investigación cualitativa.

Abstract

The aim of the work was to study the perceptions of managers of programs of home care (A.D), on the model developed as alternative care, also analyze how is the structure of care from the perspective of institutions providing this service in the Department of Meta. The study was descriptive, qualitative phenomenological approach, the population consisted of Directors of 8 A.D existing programmes in the municipalities of greater socio-economic development of the region. The information was obtained through interviews and narratives, analyzed with NVivo 10 computer tool, which allowed the

Organization, analysis of the information and the interpretation of results from the grouping of central themes. The results helped identify three categories of analysis: quality and user satisfaction, integrality of care and self-care as a basis for personal growth. One could conclude that perception found in the executives, is based on the intention that favours the development of a participatory model of comprehensive care that facilitates personal growth, the strengthening of self-care and the empowerment of users to accompany different situations of health at the home.

Key words: home care; quality of care in health; qualitative research.

Resumo

O objetivo do trabalho foi estudar a percepção dos gestores de programas de atendimento domiciliar (AD), o modelo desenvolvido como alternativa de cuidados, também analisar como é a estrutura de atendimento da perspectiva de instituições oferecendo esse serviço no departamento de Meta. O estudo foi descritiva, qualitativa de abordagem fenomenológica, a população era formada por diretores de Adriano 8 programas existentes nos municípios de maior desenvolvimento sócio-econômico da região. As informações foram obtidas através de entrevistas e narrativas, analisadas com NVivo 10 ferramenta de computador, que permitiu a organização, análise da informação e a interpretação dos resultados do agrupamento de temas centrais. Os resultados ajudaram a identificar três categorias de análise: qualidade e satisfação dos utilizadores, a integralidade do cuidado e auto-cuidado como base para o crescimento pessoal. Se poderia concluir que percepção encontrada nos executivos, baseia-se sobre a intenção que favorece o desenvolvimento de um modelo participativo de atenção integral que facilita o crescimento pessoal, o reforço de auto-cuidado e a empoderamento dos usuários para acompanhar as diferentes situações de saúde em casa.

Palavras-chave: atendimento domiciliar; qualidade do atendimento em saúde; pesquisa qualitativa.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población, los estilos de vida poco saludables y la presencia progresiva de enfermedades crónicas en los diferentes contextos, han generado transformaciones en el sector salud como el acortamiento de la estancia hospitalaria, los tratamientos ambulatorios y los cuidados paliativos, esto demanda servicios de atención domiciliar con recursos específicos para garantizar una atención de calidad acorde con las necesidades de pacientes y familias en diferentes situaciones de salud, principalmente agudas y crónicas que no requieren hospitalización y rompen con el esquema tradicional de la atención hospitalaria (Contel, 2009; Baster, 2011; Bes, *et al.*, 2011).

La atención domiciliar AD es una modalidad muy antigua, una de las primeras que existió en la historia de la humanidad y se ha mantenido por siglos hasta el momento actual, como consecuencia de las necesidades y requerimientos de la población, que ha exigido al sector salud nuevas alternativas de gestión y organización para mejorar la calidad de la atención. La historia señala que la atención domiciliar fue inaugurada en Nueva York EE.UU en 1947, como una extensión de la hospitalización para descongestionar las instituciones y brindar un cuidado más humano e integral al paciente y la familia, entre los años 50 y 70 del siglo XX, se crearon programas en Francia, Canadá y el Reino Unido, como alternativa a la hospitalización tradicional (Mitre, 2001; Caja Costarricense de Seguro Social. 2009).

En Colombia la A.D se conoce desde mediados del siglo XIX, como actividad para aliviar a los pobres, liderada por asociaciones laicas, entre las que se destacan la de San Vicente de Paul, que promovió paulatinamente la organización de diversas asociaciones y demás ayudas a diferentes grupos sociales (Castro, 2006). El primer encuentro de enfermería en A.D mostró que esta modalidad de atención viene siendo ofrecida por entidades públicas y privadas, con la aplicación de diferentes modelos de atención centrados principalmente en el apoyo a procesos asistenciales, en pacientes con patologías terminales y procesos de rehabilitación (UDCA. I Encuentro Internacional de Atención Domiciliaria. 2011).

La revisión bibliográfica sobre el tema de A.D establece que existe una gran variedad de modelos de gestión de la A.D, en la necesidad de entregar un adecuado servicio a la comunidad, principalmente en aquellos estados agudos y crónicos que no requieren hospitalización y que pueden continuar sus cuidados de manera independiente en el domicilio. Los principales aspectos que guían esta asistencia es la atención personalizada, la oferta de cuidados paliativos, promoción del bienestar, participación de la familia como base de apoyo efectivo, acompañamiento en las etapas finales de la vida y participación del paciente en la dinámica familiar y social (Oliveira, *et al.*, 2015).

Esta modalidad de atención cobra cada vez mayor importancia, dado que ha demostrado ventajas para los usuarios, familias e instituciones de salud; las personas involucradas en el cuidado domiciliario se sienten sa-

tisfechas de recibir un trato más personalizado con la participación de la familia, tienen una mejor organización de la rutina familiar, identifican libertad y derecho a vivir en su entorno natural el mayor tiempo posible, bienestar psicológico y menor deterioro nutricional, así mismo menor riesgo de contagio de infecciones y percepción de una mejor calidad de vida para el grupo familiar. En lo administrativo se identificó reducción de costos hospitalarios, disminución de la estancia hospitalaria, mayor disponibilidad de camas para atender la demanda y la continuidad de los cuidados con articulación de acciones con la Atención Primaria en Salud (Piñarte, Reinoso, 2014; Puch, Jara, 2015).

La Comisión de Regulación en Salud de Colombia, a partir del Acuerdo N. 29 de 2011, definió el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de responder a las necesidades de los afiliados e incluyó la A.D, como una atención extra hospitalaria que busca solución a los problemas de salud desde la residencia de los pacientes, con ayuda de un equipo interdisciplinar en salud y la participación de la familia (República de Colombia. Comisión de regulación en Salud. 2011).

En cuanto a la investigación sobre el tema en el país, se identificaron trabajos de tipo cualitativo que indagaron sobre diferentes aspectos: percepciones y significados de pacientes y familias cuando se les realizan cuidados en casa o se enfrenta a una emergencia mientras llega la ayuda, causas por las cuales el servicio de atención domiciliaria no es oportuno, cuidado familiar y factores de no adherencia al tratamiento en pacientes con demencia. Las técnicas de recolección de información más utilizadas fueron la observación, descripción y entrevista; los resultados se orientaron principalmente a la delegación de tareas en el hogar, la búsqueda de ayuda para recuperar la salud y evitar el sufrimiento del paciente, necesidad de apoyo, orientación del paciente y familia para realizar acciones seguras. Otros resultados están relacionados con la demanda creciente de servicios de salud en el hogar a nivel de todos los grupos etáreos, sobresaliendo el cuidado a la población geriátrica, la falta de coordinación entre los entes territoriales y las empresas aseguradoras de servicios de salud, la necesidad de poder contar en el hogar con un cuidador principal en el caso de las demencias, la capacidad de los cuidadores para construir apoyos y movilizar recursos, la escasa adherencia al tratamiento desde la visión de los cuidadores en pacientes con Diabetes y el abordaje de diferentes enfoques cualitativos, que enriquecen la comprensión de los fenómenos (De la Cuesta, 2006; Lopera, 2009; Mejía, et al., 2011; Hoyos, 2011).

Los retos de la A.D para el presente siglo están orientados a fortalecer la atención en salud y mejorar las

condiciones de vida de usuarios y familias, a partir de servicios con una nueva filosofía asistencial y de trabajo compartido entre organizaciones, profesionales de la salud, usuarios y familias que contribuyan a mejorar la calidad y el desarrollo de los servicios la atención domiciliaria (Contel, 2009). De igual forma se requiere ampliar la perspectiva para nuevas formas de organización laboral y actividad económica, para cuidadores formales e informales, bien sea a través de la formación de empresas independientes para la prestación de los servicios domiciliarios o la prestación individual de los servicios de atención y cuidado en el hogar (Morales, 2011).

Teniendo en cuenta la importancia y proyección de la AD en diferentes contextos como alternativa fundamental para el cuidado integral de la salud y la vida, se realizó el trabajo investigativo con el fin de conocer la experiencia y significado de los directivos de la AD, así mismo analizar la estructura del cuidado desde la perspectiva de las instituciones prestadoras de este servicio.

Materiales y métodos

Se trató de un estudio cualitativo, descriptivo con enfoque fenomenológico, orientado por el marco metodológico de Colaizzi, la muestra fue a conveniencia, tratando de identificar contextos y personas directivas de la A.D. en diferentes municipios de la región, se identificaron ocho empresas legalmente constituidas del sector público y privado, dirigidas por profesionales de las áreas de la Salud y de Administración, ubicadas principalmente en Villavicencio, capital del departamento del Meta. La recolección de información se realizó a partir de entrevistas semiestructuradas y narrativas de la experiencia de los profesionales que han tenido la dirección y liderazgo de los programas de A.D. Se indagó sobre dos aspectos centrales: uno relacionado con el contexto organizacional de los programas: tipo de institución, aspectos de la plataforma estratégica, actividades realizadas, usuarios del programa, principales demandas de cuidado, recurso humano y desarrollo del programa; el otro aspecto referido a la percepción de los directivos sobre el modelo de A.D que se desarrollaba en la región, la experiencia e intencionalidad del servicio de A.D, el modelo de atención que caracteriza la institución, nivel de desarrollo de los recursos disponibles y consideraciones sobre las necesidades de cuidado frente a la capacidad de respuesta de la Institución. Las entrevistas fueron gravadas con consentimiento de los participantes, con una duración promedio de 2 horas y se realizó en el lugar de trabajo de los directivos.

La información obtenida fue analizada, a la luz de los pasos establecidos por (Colaizzi,1978): 1) definición del fenómeno de interés, 2) recolección de las descripciones de los participantes, 3) lectura de todas las descripciones, 4) selección de enunciados significativos, 5) Descripción del significado de cada enunciado significativo, 6) organización de los significados formalizados agregados en grupos de temas, 7) escritura de una descripción exhaustiva, 8) devolución de a información a los participantes para validación de esta descripción, 9) En esta última etapa los nuevos datos encontrados en la devolución de información se incorporaron en la descripción exhaustiva, con el fin de encontrar el significado de este trabajo social (Sánchez, 2000).

Para facilitar el análisis de la información se contó con la herramienta informática NVivo 10; la cual requirió la adquisición de licencias, así como capacitación y entrenamiento especializado a investigadores y estudiantes participantes del proyecto. El programa permitió la organización y sistematización de la información, con el fin de analizar e interpretar a partir de la agrupación de temas centrales que dieron origen al establecimiento de categorías emergentes. La devolución y retroalimentación de los resultados se realizó con cuatro de los directivos de las instituciones participantes.

El trabajo realizado se ciñe en todas sus partes a lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, que la clasifica como Investigación sin riesgo. Dado que solo hay intervención valorativa sobre voluntarios, se contó con el consentimiento informado, sin identificación de los participantes con el fin de garantizar su privacidad. De igual forma se contó con el aval de las instituciones participantes y del comité de ética de la Universidad de los Llanos.

La validez del estudio estuvo soportada en el rigor del método y los criterios de fiabilidad, veracidad, confiabilidad, credibilidad y congruencia del estudio.

Resultados

La indagación en los diferentes municipios que conforman el departamento del Meta, permitió evidenciar que a diferencia del municipio capital, no existe una organización formalmente establecida de programas de A.D, en la mayoría de los municipios los profesionales de la salud principalmente enfermeras profesionales de diferentes IPS, públicas y privadas, realizan acciones de cuidado domiciliario, articuladas al desarrollo de programas de Atención Primaria en Salud, en los cuales se aprovecha brindar cuidado y educación en salud a pacientes y familias, que por su condición

de salud no pueden desplazarse a la IPS. Otro tipo de situación encontrada es la visita domiciliaria que de manera voluntaria realizan profesionales de la salud, para brindar cuidados específicos a pacientes principalmente en situación de cronicidad como curaciones, administración de medicamentos y algún tipo de terapia respiratoria, entre otras.

En Villavicencio, municipio capital del Departamento del Meta, la situación fue diferente, se encontraron ocho programas de AD, tres son parte integral de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y cinco privadas, todas debidamente habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para prestar asistencia domiciliaria en el marco de la red de seguridad social en salud.

Descripción de aspectos relevantes del contexto organizacional de los programas de Atención Domiciliaria en el Departamento del Meta

En el departamento del Meta la presencia de Programas de Atención Domiciliaria se remonta a la última década, en la mayoría de municipios diferentes a Villavicencio, no se cuenta con esta modalidad de atención, en algunos municipios a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), realizan visitas domiciliarias apoyando las necesidades de salud de personas que por su condición de salud no pueden acercarse a las (IPS), además realizan canalización de pacientes y ofrecen educación en salud para prevenir morbilidad en la población.

En Villavicencio, ciudad capital la situación fue diferente, se evidenció mayor presencia de programas de A.D, con una estructura organizativa propia, acorde con los estándares que exigen la normatividad en Colombia. A través del estudio se identificaron 8 programas como Hospicasa, SemiSap, DomSalud, Salud Total, Shec, Hogar del Llano, Movisalud y Emermédica, son IPS habilitadas de la red pública y privada que se constituyen en una alternativa para la prestación de servicios de salud en el domicilio. La tendencia en estos programas es ofrecer de forma integral al paciente y su familia atención humanizada, responsable y de calidad a través de equipos interdisciplinarios, calificados y con alianzas interinstitucionales para promover acciones de promoción de la salud, terapéuticas y de rehabilitación y algunas de ellas atención de urgencias, mostrando liderazgo y reconocimiento en el departamento del Meta.

En cuanto a la modalidad de atención, los caracteriza la hospitalización en casa y servicios de ambulancia básica y medicalizada, las actividades desarrolladas

están dirigidas a la administración de medicamentos endovenosos, terapia física y respiratoria, procesos de rehabilitación de diferente orden, manejo de dolor, cuidados de heridas, cuidado a pacientes con traqueotomía, estabilización de pacientes, entrenamiento y apoyo familiar en rehabilitación y visitas ante inasistencias a diferentes programas de la IPS. Otras actividades de acuerdo a la demanda de los usuarios son definidas y programadas para atender la situación de forma oportuna.

Para la atención de diferentes necesidades de cuidado de la salud las instituciones cuentan con recurso humano de carácter interdisciplinario, conformado por médicos generales, profesionales y auxiliares de enfermería, terapeutas físicos, respiratorios, ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas y personal de apoyo como conductores, quienes son seleccionados por su idoneidad, experiencia y perfiles específicos; el personal es capacitado en forma continua para garantizar la calidad del cuidado.

Los recursos dependen de su desarrollo y servicios que ofertan a la comunidad, disponen de planta física, equipos e insumos de alta tecnología incluidos en el Plan Obligatorio de Salud para la realización de los diferentes procedimientos; cuentan con ambulancias y vehículos propios o contratados. Las fuentes de financiación dependen del carácter de la institución y los convenios establecidos para garantizar la atención y el cuidado seguro a nivel domiciliario.

Análisis cualitativo sobre la percepción e intencionalidad de los directivos sobre el modelo de atención domiciliaria que desarrollan en la región

Para alcanzar los objetivos del estudio se realizaron preguntas abiertas a los directivos de los programas de A.D relacionadas con las siguientes temáticas: ¿cuál es el modelo de Atención Domiciliaria que caracteriza a su Institución?, ¿Cómo directivo del programa cuál es su perspectiva sobre este modelo de atención. ¿Qué perspectiva tiene sobre la modalidad de Atención domiciliaria que se brinda. ¿Cómo considera el nivel de desarrollo de los recursos disponibles para una atención oportuna y eficaz?. ¿Cómo considera las necesidades de cuidado de la población frente a la capacidad de respuesta de la institución.

La interacción y narrativa de los directivos, permitió describir la experiencia e intencionalidad de las actividades sociales relacionadas con la A.D. El análisis de las consideraciones y perspectivas permitió identificar y categorizar 76 aspectos relevantes que fueron reclasificados en tres grandes grupos temáticos: calidad y

satisfacción del usuario, Integralidad de la atención y autocuidado como base para el crecimiento personal. De esta forma se consolidó la identificación y desarrollo de los temas emergentes, producto de la reflexión del fenómeno estudiado.

1. Calidad y satisfacción del usuario: La calidad y satisfacción se definen como dos fenómenos de naturaleza distinta, la *satisfacción* es un resultado o estado final, está relacionada con sentimientos, actitudes de favorabilidad o desfavorabilidad, dependiendo del punto de vista donde se analice, mientras que la *calidad* hace parte de los atributos del producto, involucra dimensiones y medidas, se califica como buena o mala y hacen parte de la percepción y la cognición. (Velandia, et al., 2007). En esta categoría se encontraron varios descriptores, el análisis del texto arrojó cerca de 37 comentarios significativos que evidenciaron la intencionalidad de los directivos de la A.D de prestar un servicio de excelente calidad, fundamentado en la capacidad de respuesta oportuna y eficaz, en la atención integral personalizada y humanizada al paciente y familia. Consideraron la disponibilidad de recursos con tecnología avanzada y el bajo costo de la atención, con el fin de ofrecer servicios que cubren estándares de calidad, para la satisfacción de los usuarios. Se presentan algunas declaraciones que dieron origen a la presente categoría.

“Es fundamental brindar atención eficiente con disponibilidad de recurso humano las 24 horas del día...”

“La atención debe ser oportuna brindando calidad y satisfacción al usuario...”

“La atención debe ser oportuna e integral que vincule a la familia...”

“Nos centramos en una atención personalizada teniendo en cuenta necesidades de las personas...”

“Se tiene disposición para adaptar los recursos de acuerdo a las necesidades del paciente en función de mejorar su calidad de vida”

“Se trabaja sobre un modelo pertinente por que cubre todas las necesidades de los usuarios”

“Nos interesa facilitar la recuperación del paciente....”

“Nos preocupamos por brindar una atención integral oportuna y eficaz logrando la calidad esperada por el usuario...”

“La razón de ser del programa es la satisfacción y el cuidado del paciente....”

“Nuestro modelo busca formar al cuidador para ayudar en la recuperación del paciente y favorecer una rápida rehabilitación...”

“El modelo busca reducir costos y brindar un servicio de calidad...”

“Los recursos son suficientes y actualizados para una atención oportuna y eficaz...”

2. Integralidad de la Atención: El término ‘integralidad’ abarca un conjunto de actividades y sentidos articulados entre sí, individuales y colectivos en la organización de los servicios de salud, en las prácticas y modelos asistenciales y sus respectivos agentes – gestores, profesionales y usuarios – en los diferentes niveles de atención del sistema. (Aparecida, 2013). En esta categoría se encontraron alrededor de 25 declaraciones que evidencian la intencionalidad del modelo de A.D, dirigido a la atención integral y al enfoque familiar con diferentes modalidades de atención, que permiten atender y dar respuesta a diversos tipos de necesidades de acuerdo con la complejidad del estado de salud de los usuarios, orientado al cuidado preventivo, asistencial, paliativo y de rehabilitación, para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los usuarios del servicio. Se presentan algunas declaraciones que dan soporte a la presente categoría.

“La atención está basada en el cuidado al paciente, con educación a la familia y al cuidador...”

“La perspectiva del modelo es ver al paciente como un todo, haciendo énfasis en la confianza del paciente y familia...”

“Ofrecemos Atención médica domiciliaria y estabilización de paciente con medicamentos y exámenes diagnósticos...”

“Identificamos disfunciones familiares por diferentes motivos y esto nos hace cambiar la visión y la forma de atención...”

“Se aborda la situación de salud del paciente de forma integral, con soporte interdisciplinario atendiendo diferentes tipos de necesidades...”

“El modelo de atención involucra esa parte social, afectando positivamente a las personas que rodean al paciente...”

“Se fomenta la capacitación de la familia y el paciente sobre la enfermedad para mejorar su recuperación.”

“Se tiene un modelo preventivo que mejora la calidad de vida...”

“Objetivo orientado hacia la acción social...”

“La proyección del programa permite entender las necesidades de cuidado que vayan más allá de la enfermedad...”

3 Autocuidado para el crecimiento personal: El autocuidado se describe como la motivación que tiene la persona hacia el mejoramiento de las condiciones de vida, a través de la reflexión, el juicio, la toma de conciencia, y decisiones, orientadas hacia la construcción de compromisos de acción, sobre la base del desarrollo de capacidades de empoderamiento y autonomía en favor de su propia salud. (Programas del Sistema de Protección Social Chile Solidario). En esta categoría se encontraron cerca de 14 descriptores que evidenciaron la intencionalidad y perspectiva de cubrir necesidades individuales y familiares, brindar acompañamiento y fortalecer el autocuidado de la unidad familiar, a partir del apoyo educativo con el fin de generar confianza y seguridad en el autocuidado, fortalecer capacidades y habilidades personales, elevar el autoestima, mejorar las condiciones de salud de la unidad familiar y fortalecer la responsabilidad individual frente al mejoramiento de las condiciones de salud individuales y colectivas.

“Es fundamental fortalecer la Interrelación paciente – familia y la ayuda mutua.”

“Consideramos la atención domiciliaria un proceso muy serio de humanización y crecimiento personal...”

“La interrelación genera confianza y seguridad por el acompañamiento brindado...”

“Para nosotros es muy importante Involucrar al cuidador en el cuidado continuo del paciente...”

“Nuestro modelo está enfocado en la educación del cuidador por la responsabilidad que tiene en el seguimiento del paciente...”

“Nuestro interés es el fortalecimiento del autocuidado para mantener mejores condiciones de salud...”

“Nuestro modelo está basado en la educación con enfoque familiar”

“El modelo fomenta la capacitación de la familia y el paciente sobre la enfermedad para mejorar su recuperación y rehabilitación...”

“Desarrollamos un modelo preventivo que ayuda a mejorar la calidad de vida de todos los usuarios...”

“Nuestro modelo busca formar al cuidador para ayudar en la recuperación del paciente y evitar complicaciones en su salud...”

“Nuestro modelo favorece la rehabilitación del paciente a partir de su propio cuidado”.

Discusión

Los resultados obtenidos y la percepción de los directivos de los programas de AD del departamento del Meta, coinciden con el planteamiento de Muniz y Figueira, 2010; Nicho, 2011, y las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social 2015, en considerar que la AD es una proyección muy importante en el futuro para el cuidado de la salud, la cual debe centrarse en la satisfacción de necesidades, en la organización de entornos amigables, recuperación de la salud, así como la preparación y transformación de las familias como agentes de salud, para estimular nuevas formas de asistencia en la comunidad. Esta corriente innovadora de cuidado domiciliario de los últimos años se orienta a la asistencia ambulatoria, al alta temprana y la transferencia del paciente de la institución hospitalaria a su entorno familiar, con el propósito de mejorar las condiciones de bienestar y la atención del paciente, con una utilización más eficiente de los recursos.

La percepción de los directivos de la AD es coincidente con los planteamientos de Management Sciences for Health 2007, los cuales señalan la necesidad que los directivos de organizaciones de salud tengan liderazgo, capacidad de gestión y de buen gobierno, con el fin de facilitar la apropiación, responsabilidad y sostenibilidad de los procesos en salud, para ofertar servicios de calidad en coherencia con las necesidades de los usuarios. En el marco de la AD, este paradigma es fundamental para gestionar y liderar un programa sólido que garantice adecuados servicios de salud y resultados sustentados en la satisfacción del cliente. Los resultados muestran que la perspectiva de la gerencia y demás miembros del equipo administrativo de la AD, se orienta a la movilización y empoderamiento de los miembros de la organización, hacia un cambio de actitud para el cumplimiento de los propósitos institucionales, con el fin de brindar un servicio de salud de excelente calidad.

La política de calidad de los programas AD en la región del Meta se orienta al mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales, a la actualización y entrenamiento permanentemente del personal de salud, cuentan con apoyo logístico, recursos materiales necesarios y el personal requerido para la atención del paciente en coherencia con su condición de salud, para brindar una atención de calidad, esta situación es similar a la de algunos programas de A.D en Colombia como Médica Colombia 2015, Colsánitas PHD, 2015, Salud Domiciliaria Cafam 2015, los cuales cuentan con importantes recursos para brindar un servicio oportuno y eficiente a nivel individual y familiar.

Molina, 2011 resalta la importancia de evaluar la calidad del cuidado a partir del servicio ofrecido y la sa-

tisfacción del cliente, tener en cuenta las opiniones y percepciones sobre la realidad del cuidado brindado, esto favorece la humanización, la responsabilidad y la ética por parte de la entidad y de los profesionales que cuidan. En el primer encuentro de Enfermería de A.D, realizado en la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA), se enfatizó en que una rápida y efectiva recuperación de los pacientes y el cuidado de las familias, depende de una atención oportuna y vigilancia por parte del equipo de salud (UDCA 2012).

Otro aspecto que se resalta en la perspectiva de los directivos es la orientación hacia la integralidad de la atención en salud, esto es fundamental para ampliar la mirada hacia formas de atención dinámica y totalizadora, cambiando la visión de la salud dividida entre el sujeto y el objeto. Estas orientaciones son coincidentes con los planteamientos de Aparecida, 2013, quien plantea la necesidad de la integralidad en el campo de la salud, propone la participación interdisciplinaria e intersectorial para la articulación de saberes y acciones que conforman la atención y el cuidado de la salud. En la conferencia sobre Integralidad e Interculturalidad realizada en Lima-Perú en el año 2012, se destacó la importancia de la construcción e implementación de un modelo de atención en salud integral, visto desde los determinantes sociales y con un fuerte enfoque desde la Atención Primaria en Salud (APS), esto con el fin de fortalecer los servicios de salud y dar respuestas a las comunidades en el marco de sus perspectivas, necesidades y ámbitos de trabajo (OPS 2012).

La integralidad del cuidado y la interdisciplinariedad de las acciones en favor de la salud, se constituyen en herramienta fundamental para la integración de acciones, el saber compartido y el trabajo en equipo de los profesionales de la salud, con el fin de desarrollar prácticas interdisciplinarias que permitan abordar la naturaleza e integralidad del ser humano en la prestación de los cuidados (Santos, *et al.*, 2009). La intencionalidad de los profesionales de la salud que dirigen los programas de A.D en el Meta, coinciden con esta perspectiva de ampliar la visión de la atención en salud, dado que no se limita a la atención del individuo enfermo, sino que extiende la mirada a la familia, al cuidador principal y a la valoración de las dimensiones del ser humano (físicas, psicológicas, sociales y espirituales), para dar respuesta a diferentes tipos de necesidades, principalmente las educativas; mostrando la responsabilidad social y ética de los líderes del cuidado, en el propósito de mantener la salud, el bienestar y la calidad de vida de los usuarios.

De igual forma se destaca el enfoque directivo centrado en el Autocuidado, aspecto esencial de la

promoción de la salud y fomento de los estilos de vida saludables. El autocuidado definido como las decisiones y acciones que cada persona realiza en beneficio de su propia salud, es una estrategia fundamental descrita por la OPS y OMS, para mantener una adecuada salud, prepararse para vivir muchos años más en las mejores condiciones posibles y alcanzar una mejor calidad de vida, esto se puede lograr mediante la independencia, autonomía y responsabilidad individual de tomar las mejores decisiones para el mantenimiento y cuidado de la salud (OPS 2013). Es bien conocido que sin la ayuda de la comunidad en el buen uso de los recursos, los servicios de salud colapsarían, superando la capacidad de respuesta ante los requerimientos de salud; en este sentido las instituciones prestadoras de servicios de salud, tienen una gran responsabilidad en fortalecer el autocuidado y ayudar a las personas en el fortalecimiento de la responsabilidad individual para el logro de mejores condiciones de salud. La iniciativa de la OPS y OMS 2015 para las instituciones de salud de la región de América Latina y el Caribe es, fomentar la participación y empoderamiento de la comunidad hacia el cuidado de su propia salud, en una acción consciente, voluntaria, responsable y comprometida con el propio bienestar, conducente a promocionar la salud, prevenir la enfermedad y mejorar las condiciones de vida de la comunidad.

Algunos descriptores de los directivos de la AD, dan cuenta de la importancia que dan al fortalecimiento del Autocuidado, evidenciado en la experiencia y apoyo brindado a los usuarios a partir del acompañamiento y capacitación realizada al paciente y familia, con el fin de ampliar el conocimiento y generar confianza y seguridad en el manejo de la enfermedad, así mismo estimular la responsabilidad social hacia el cuidado individual de su propia salud y la del grupo familiar, para el fomento de estilos de vida saludables y el desarrollo de un modelo preventivo que ayuda a mejorar la calidad de vida de todos los usuarios del servicio de A.D en la región.

Conclusiones

La percepción encontrada en los profesionales de la salud que dirigen los programas de A.D en el departamento del Meta, es fundamental para la organización y prestación de un cuidado seguro y de calidad. Los descriptores evidencian una intencionalidad y experiencia del servicio, orientada hacia la oferta integral de la atención, al crecimiento personal centrado en el Autocuidado y al servicio oportuno, eficiente y eficaz para lograr la satisfacción de los usuarios. Lo

anterior favorece la definición de un modelo de atención integral, estructurado para la participación y empoderamiento individual y colectivo, en el cuidado de diferentes situaciones de salud en el hogar.

Los Programas de Atención Domiciliaria existentes en la región, cuentan con un nivel organizacional que permite identificar un modelo de atención integral con enfoque familiar y diferentes modalidades de atención como hospitalización en casa, atención domiciliaria a demanda o programada y atención de urgencias principalmente. De igual forma cuentan con equipos interdisciplinarios competentes y recursos tecnológicos que facilita un cuidado seguro y terapéutico en diferentes situaciones de salud.

El uso de la herramienta informática NVivo 10, facilitó a los investigadores la transcripción, identificación y codificación de enunciados significativos que dieron origen a las categorías emergentes, así mismo la construcción de gráficas y mapas conceptuales que permitieron agilizar el análisis y generar informes objetivos y confiables para el investigador.

Recomendaciones

Se requiere fortalecer alianzas entre las diferentes instituciones y servicios de las redes públicas y privadas existentes en la región, con el fin de ampliar los servicios de A.D en diferentes regiones del Meta, determinando responsabilidades y compromisos que permitan el soporte financiero, la atención oportuna, la referencia de usuarios, la instauración pertinente de tratamientos y el bienestar en general de las personas que lo requieran.

Se evidencia la necesidad de formar talento humano en salud, competente para abordar la salud comunitaria, la Atención Domiciliaria, la Atención Primaria en Salud, desde una perspectiva asistencial y administrativa que garantice la proyección y desarrollo de programa de A.D en la región.

Agradecimientos

El equipo investigador agradece a la Universidad de los Llanos y a la Dirección General de Investigaciones por el apoyo y los recursos asignados para el desarrollo del trabajo investigativo, así mismo a los directivos de los programas de A.D por su tiempo y participación en el trabajo.

Referencias

Albuquerque A, Rodriguez de Souza M, Cavalcanti G, Viana L. La formación del enfermero para la asistencia a portadores de

- necesidades especiales, con parálisis cerebral, sometidos a atención domiciliaria. [en línea]. *Enferm glob.* 2009;16:1-14. [consultado junio 28 de 2012]; . Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/revision3.pdf>.
- Aparecida-Titonelli N. La Salud en la Perspectiva de La Integración. Esc Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - RJ. Brasil. [en línea]. Oct -Dec; 2013;17(4):599-602. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/es_1414-8145-ean-17-04-0599.pdf.
- Asociación Española de Investigación de la comunicación. 2012. Actas del 2º Congreso Nacional sobre Metodología de la Investigación en Comunicación ISBN: 978-84-616-4124-6. [en línea]. [consultado junio 28 de 2012]. Disponible en: http://www.revistalatinacs.org/068/cuadernos/Segovia_actas.pdf.
- Baster J. Atención médico social al adulto mayor en la provincia Holguín. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea]. 2011;37(3):207-218. [consultado 2012 Jul 02] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300004&lng=es.
- Bauselas E. Una herramienta al servicio del perfeccionamiento docente. *Nudist in Vivo, Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales*. [en línea]. 2004;1(3):21-27. [consultado junio 27 de 2012]. Disponible en: <http://laboratorios.fi.uba.ar/lie/Revista/Articulos/010103/A2oct2004.pdf>.
- Bes G, Hueso F, Huércanos I. El cuidado en peligro en la sociedad global. [en línea]. *Enferm Glob.* 2011;10(23):221-232 [consultado julio 28 2012]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/reflexion1.pdf>.
- Castro B. Inicio y consolidación de la ayuda domiciliaria en Colombia. *Revista Sociedad y Economía.* 2006;10:7-45. [en línea]. [consultado junio 27 de 2012]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/principal/ForCitArt.jsp?iCve=99616145001#>
- Clínica universitaria Colombia. 2015. Organización Sánitas. [en línea]. Portal Colsánitas, [consultado septiembre 10 de 2015]. Disponible en: <http://portal.colsanitas.com/portal/web/clinica-colombia/quienes-somos>.
- Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. [en línea]. *Index Enferm.* 2011;20(1-2):71-75. [consultado Julio 03 de 2012]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000100015&script=sci_arttext
- Contel J. La atención a personas en situación de dependencia: aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida. *Index Enferm.* [en línea]. 2009;18(3):176-179. [consultado junio 28 de 2012] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000300008&script=sci_arttext.
- De la Cuesta C. Aquí cuidamos todos": asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada. *FQS.* 2006;7(4):art.5. [en línea]. [consultado junio 27 de 2012]. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/170/381>.
- Espinel M, Sánchez S, Juárez T, García J, Viveros A, García Carmen. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud pública Méx.* [online]. 2011;53(1):17-25. [consultado 2012-06-29], Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10619407004>.
- Ferrer-Arnedo C. 2006. Modelos de organización de la Atención domiciliaria. [en línea] *Jano* 9-15, No. 1.612. [consultado junio 25 de 2012] Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1612/47/1v0n1612a13089894pdf001.pdf>.
- Gobierno de Chile, Red de Protección Social. Guía para la Reflexividad y el Autocuidado. [en línea]. ISBN: 978-956-326-022-9. Pags 108. [consultado febrero 28 de 2017]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/5427682154ba8c2683ac7e.pdf>.
- Hernández R, Opazo H. 2010. Apuntes de Análisis Cualitativo en Educación. Universidad Autónoma de Madrid. Curso de metodología de la investigación avanzada. [en línea], [consultado junio 27 de 2012]. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes_Cualitativo.pdf .
- Hoyos T, Arteaga M, Muñoz M. Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo II, en el domicilio. La visión del cuidador familiar. [en línea] *Rev. Invest y educa. En enfermería.* 2011;29(2):194-203. [consultado junio 27 de 2012]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/6607/9348>.
- Lopera M. Atención de la urgencia en casa: una reacción automática. [en línea]. *Invest. educ. Enferm.* 2009;27(1):54-59. [consultado junio 28 de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100005&lng=en.
- Management Sciences for Health. 2007. Gerentes que lideran, Un manual para mejorar los servicios de salud, [en línea], Cambridge, Massachusetts. [consultado septiembre 10 de 2015]. Disponible en: https://www.msh.org/sites/msh.org/files/mwl_spanish_final_pdf.pdf.
- Médica Colombia. Cuidando tu salud en casa. 2015. [en línea]. [consultado septiembre 10 de 2015]. Disponible en: <http://medica-colombia.com/newmedica/>.
- Mejía L, Montes E, Muñoz M, Ramírez J, Rios L. 2011. Oportunidad del servicio del Plan de atención domiciliaria en una IPS de manizalez. Universidad Católica de Manizalez. [en línea]. [consultado junio 27 de 2012]. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/10839/92/3/Leydi%20T%20Mejia%20Guevara.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. Calidad de la Atención en Salud. [en línea]. Observatorio de la calidad. [consultado septiembre 10 de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/calidad-atencion-en-salud-home.aspx>.
- Mitre R, Morales M, Llopis A, Cotta J Filho, Ramón E, Días J. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Informe especial [en línea]. *Rev. Panam. de Salud Pública. Public Health.* 2001;10(1):45-55. [consultado junio 27 de 2012]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dbj/es/v10n1-cotta.pdf>

- Montserrat P, Moreno C. Valoración de enfermería a una persona mayor atendida en atención domiciliaria. [en línea]. Gerokomos. 2011;22(3):118-120 [consultado junio 28 de 2012]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2011000300005&script=sci_arttext.
- Molina E. 2011. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. Trabajo de Maestría UNAL. [En línea]. [consultado junio 28 de 2014]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/>.
- Morales A. Modelos de integración y desarrollo estratégico de las cooperativas socio sanitarias de andaluzas. CIRIEC- España. Rev. de Economía Pública ,Social y Cooperativa [en línea] 2011;71:203-226. España. [consultado junio 27 de 2012]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/174/17422036010.pdf>.
- Nicho D. 2011. Valorando la Atención Domiciliaria: Historia, Modelos, Situación Actual y perspectivas. Recopilación de revisiones bibliográficas de las experiencias de Atención Domiciliaria en diversos países. [en línea]. [consultado septiembre 7 de 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/danteraun/la-atencion-domiciliaria-articulo-dr-dante-nicho-r>
- Oliveira SG, Kruse MHL, Sartor SF, Echevarría-Guanilo ME. 2015. Enunciados sobre la atención domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa. [en Línea]. [consultado Agosto 8 2016]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365841436017>
- OPS, OMS. Integralidad e interculturalidad, como pilares para un modelo de Atención, basado en el derecho a la salud. 2012. Congreso Lima Perú, [en línea]. [consultado septiembre 12 de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1814:integralidad-interculturalidad-destacados-pilares-un-modelo-atencion-basado-derecho-salud&Itemid=900.
- OPS, OMS. Claves para un buen envejecer, manual de Autocuidados. 2013. [en línea], Publicación Ministerio de Salud Argentina, Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores. [consultado septiembre 12 de 2015]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/ManualAutocuidado.pdf>.
- OPS. 2015. Presentación del programa de Autocuidados de la FES Zaragoza. [en línea], Facultad de estudios superiores de Zaragoza, [consultado septiembre 13 de 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=904:ops-presencia-la-presentacion-del-programa-de-autocuidado-de-la-facultad-de-estudios-superiores-zaragoza&Itemid=499.
- Piñarte-Suarez DI, Reinoso-Martínez NV. 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. [consultado, agosto 12 de 2014], Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12061/PinarteSuarezDianalsaura2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Puch C, Jara P. Enfermería y el cuidado domiciliar de los mayores en la era de la globalización. [en línea]. Enfermería Universitaria. 2015;12(4):219-225. Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358744592008.pdf>.
- República de Colombia. Comisión de regulación en salud, Acuerdo N. 29 de diciembre de 2011. [en línea]. [consultado junio 27 de 2011]. Disponible en: <http://www.slideshare.net/oscarcos/nuevo-pos-acuerdo-029-cres-dic-28-de-2011>.
- Salgado A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. liber. [online]. 2007;13(13):71-78. [consultado Junio 28 2012], Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009.
- Sánchez B. Fenomenología: un método de indagación para el cuidado de enfermería. p. 24 - 36. En: Cuidado y Práctica e Enfermería. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2000
- Santos-Koerich M, Stein-Backes D, Macêdo de Sousa FG, Erdmann AL. La emergencia de la integralidad e interdisciplinaridad en el sistema de cuidado en salud. Enferm glob. [en línea]. 2009 Oct [citado 2015 Sep 14]; (17): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300019&script=sci_arttext.
- Servicio Andaluz de Salud. 2012. Estrategias de mejora de la atención Domiciliaria en Andalucía. Consejería de salud y bienestar social. [consultado junio 23 de 2012]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0228.pdf>.
- Silva I, Borrero A, Marchant P, González G, Novoa D. Percepciones de jóvenes acerca del uso de las tecnologías de información en el ámbito escolar. Última décad. [online]. 2006;14(24):37-60. [consultado junio 28 2012] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-2362006000100003&script=sci_arttext.
- Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA. I encuentro internacional de atención domiciliaria. Red internacional de Enfermería para el cuidado en el hogar. 2011. Disponible en: <http://www.udca.edu.co/attachments/article/1665/folleto-i-encuentro-internacional-enfermeria-atencion-domiciliaria.pdf>.
- Velandia-Salazar F, Ardon-Centeno N, Jara-Navarro M. Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. Rev Gerenc Polit. Salud [online]. 2007;6(13):139-168. [consultado febrero 03 de 2017], ISSN 1657-7027. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200008.