

Aportes desde Trabajo Social para el diseño de la política pública de atención domiciliaria en  
salud

Leidy Yuliana Torres Calderón

Trabajo de grado para optar el título de Trabajadora Social

Directora

Graciliana Moreno Echavarría

Magíster en gestión y políticas públicas

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Trabajo Social

Bucaramanga

2025

### **Dedicatoria**

Primeramente, a Dios, pues en Él estaba que pudiera experimentar esta etapa de la vida.

A mis queridos padres, Inés Calderón y Eliecer Torres, cuyo amor incondicional, esfuerzo y sacrificio han sido el pilar de mi formación como profesional y como ser humano. Su ejemplo de dedicación, perseverancia y valores ha guiado mi camino, brindándome la fortaleza y el impulso necesarios para alcanzar este logro. Este título no es solo mío, sino también de ellos, pues representa su apoyo inquebrantable y el reflejo de todo lo que, con amor y sabiduría, me han enseñado. Con infinita gratitud, les dedico este trabajo, como un testimonio del impacto invaluable que han tenido en mi vida, esa que Dios nos ha permitido compartir.

### **Agradecimientos**

A mi directora de proyecto de grado Graciliana Moreno, pues ha dedicado infinitos esfuerzos, otorgando su apoyo incondicional y compartiendo generosamente su conocimiento. Este compromiso y guía ha sido fundamental en este proceso, por lo que le expreso mi más sincero agradecimiento.

A aquellos trabajadores sociales que hicieron parte de las entrevistas, pues sus experiencias en la atención domiciliaria personifican el accionar de esta disciplina en un ámbito desconocido para aquellos que continúan su formación.

A mi hermana Viviana, por haberme encaminado a conocer esta bella carrera, y porque su fuerte deseo de perseverancia en la búsqueda de nuevos objetivos ha sido un referente a lo largo de mi vida.

A mis queridos hermanos, pues su alegría y el vínculo que compartimos han sido una fuente constante de motivación. Cada uno, a su manera, ha dejado una huella en este proceso, recordándome siempre la importancia de la familia y el respaldo incondicional que esta brinda.

A Daniel, por ser mi refugio en los momentos de incertidumbre, por su aliento incondicional cuando más lo necesitaba y por caminar a mi lado con paciencia y amor. Su presencia es un remanso de paz y una fuente inagotable de fortaleza, y por ello, le agradezco con todo mi corazón.

Y a Papu, que destinó varias noches gatunas para acompañarme, recordándome que incluso en las madrugadas más silenciosas nunca estuve realmente sola.

A todos ustedes, mi más profunda gratitud.

**Tabla de Contenido**

	<b>Pág.</b>
Introducción .....	10
1. Planteamiento del problema.....	11
1.1 Justificación .....	14
2. Objetivos .....	15
2.1 Objetivo General.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3. Marco Referencial.....	16
3.1 Antecedentes .....	16
3.2 Referente teórico .....	21
3.2.1 Atención domiciliaria en salud .....	27
3.2.2 La política pública.....	30
3.3 Marco legal .....	33
3.3.1 Internacional .....	33
3.3.2 Nacional .....	35
4. Metodología .....	42
4.1 Fases de la metodología .....	42
4.1.1 Fase preparatoria y de diseño.....	42
4.1.2 Fase de planificación.....	43
4.1.3 Fase de análisis y resultados .....	44
5. Resultados y análisis .....	46

5.1 Descripción de experiencias del Trabajo Social en programas de atención domiciliaria en salud .....	47
5.2 Análisis de la información .....	55
5.2.1 Condiciones socioeconómicas .....	56
5.2.2 Condiciones de habitabilidad.....	60
5.2.3 Generación de capacidades .....	66
5.2.4 Apoyo familiar .....	69
5.2.5 Articulación intersectorial.....	73
5.3 Aportes .....	74
6. Conclusiones y recomendaciones .....	78
6.1 Conclusiones .....	78
6.2 Recomendaciones .....	80
Referencias Bibliográficas .....	81
Apéndices.....	92

**Lista de Tablas**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1 Diferencias de la atención en domicilio dentro de la APS y la Atención domiciliaria en salud como modalidad extramural .....	22
Tabla 2. Categorías y subcategorías.....	45
Tabla 3. Categorías, subcategorías y códigos .....	46

**Lista de Apéndices**

	<b>Pág.</b>
Apéndice A. Revisión bibliográfica de antecedentes .....	92
Apéndice B. Entrevista semiestructurada .....	92

## Resumen

**Título:** Aportes desde Trabajo Social para el diseño de la política pública de atención domiciliaria en salud\*

**Autor:** Leidy Yuliana Torres Calderón\*\*

**Palabras clave:** Trabajo Social, atención domiciliaria en salud, determinantes sociales.

### Descripción:

Este trabajo de investigación tiene como objetivo realizar aportes para el diseño de la política pública de atención domiciliaria de salud en Colombia, por medio de la integración de experiencias del Trabajo Social en el campo y el marco legal vigente. Para ello se realizó la aplicación y procesamiento de información mediante entrevistas a profesionales del Trabajo Social con experiencia en programas de atención domiciliaria, y la contrastación con la revisión documental de la normatividad que regula la atención domiciliaria como modalidad extramural, así como del proyecto de ley N° 312/2024C de la reforma a la salud, y como referente el modelo de atención en salud cubano. Los hallazgos destacan que algunos determinantes sociales influyen en el estado de salud física y psicológica del paciente, y se evidencian insuficiencias en las políticas vigentes para el abordaje de situaciones que influyen directamente en la salud del paciente, como lo es la falta de recursos socioeconómicos de las familias, condiciones de salubridad precarias y poca pedagogía social, ausencia de la red de apoyo durante el tratamiento, entre otras. Asimismo, al realizar un análisis al proyecto de ley de la reforma a la salud, se observa una iniciativa en debate poco orientada a dar respuesta a los retos actuales que presenta la atención domiciliaria. En su defecto, el modelo cubano, se constituye como una política pública sólida y con aspectos que se puede tener presente para la política pública. En conclusión, se destaca la importancia de posicionar estas deficiencias como problemáticas de debate público en aras de avanzar en la mejora de la atención domiciliaria en Colombia.

---

\* Trabajo de grado

\*\* Facultad de Ciencias Humanas Escuela de Trabajo Social Directora Graciliana Moreno Echavarría Magíster en gestión y políticas públicas

## Abstract

**Title:** Contributions from Social Work to the design of public policy for home health care\*

**Author:** Leidy Yuliana Torres Calderón\*\*

**Keywords:** Social Work, home health care, social determinants.

### Description:

This research work aims to make contributions to the design of public policy for home health care in Colombia, through the integration of experiences of Social Work in the field and the current legal framework. To this end, the application and processing of information was carried out through interviews with Social Work professionals with experience in home care programs, and the contrast with the documentary review of the regulations that regulate home care as an extramural modality, as well as Bill No. 312/2024C of the health reform, and as a reference the Cuban health care model. The findings highlight that some social determinants influence the physical and psychological health of the patient, and there are deficiencies in the current policies for addressing situations that directly influence the patient's health, such as the lack of socioeconomic resources of families, poor health conditions and little social pedagogy, absence of a support network during treatment, among others. Likewise, when analyzing the health reform bill, an initiative under debate is observed that is not very oriented to respond to the current challenges presented by home care. In its absence, the Cuban model constitutes a solid public policy with aspects that can be taken into account for public policy. In conclusion, the importance of positioning these deficiencies as issues of public debate is highlighted in order to advance in the improvement of home care in Colombia.

---

\* Work of Grade

\*\* Facultad de Ciencias Humanas Escuela de Trabajo Social Directora Graciliana Moreno Echavarría Magíster en gestión y políticas públicas

## Introducción

El presente estudio aborda los aportes desde Trabajo Social para el diseño de la política pública de atención domiciliaria en salud, que resulta pertinente debido al análisis de los desafíos que surgen durante la atención domiciliaria en salud a la luz del contexto político-social actual, en este caso la normatividad vigente y el proyecto de ley N° 312/2024C cuyo objeto es “transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud” (p.158). En este orden, se plantea la pregunta de investigación ¿Qué insuficiencias presenta la atención domiciliaria como modalidad extramural en salud en Colombia y cómo podrían subsanarse, desde la mirada del Trabajo Social, como insumos para el diseño de la política pública?

El documento de este proyecto de investigación, se estructura en seis (6) capítulos, el primero de los cuales, sitúa y describe el planteamiento del problema y los elementos que justifican su indagación; en el segundo, se indican los objetivos de la misma; en el tercero, se aborda el marco referencial, los antecedentes, el marco teórico, que incluye el cuerpo conceptual y las teorías previas relacionadas con el tema de estudio, con base en los cuales se adopta una mirada o postura para el análisis e interpretación de los hallazgos. Asimismo, se presenta el marco legal internacional y nacional, que actualmente regula los servicios de atención en salud, específicamente, la atención domiciliaria como modalidad extramural. En el cuarto capítulo se plantea la metodología aplicada que incluye el diseño, fuentes de información, técnicas e instrumentos empleados, para alcanzar los objetivos propuestos. En el quinto, se presentan los principales hallazgos obtenidos a partir de las entrevistas a trabajadores sociales con experiencia

en programas de atención domiciliaria. En el sexto capítulo, se cierra el documento con la presentación de conclusiones y recomendaciones a tener presente en futuras investigaciones.

## **1. Planteamiento del problema**

Colombia cuenta actualmente con un marco normativo que regula la prestación de servicios de salud física y mental de la población, iniciando con la Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, seguido por la Resolución 5261 de 1994, la Ley 1122 del 2007, el Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, la Ley 1438 del 2011, la Resolución 1441 de 2013, la resolución 3100 de 2019, la Ley 1599 de 2022, la Resolución 2808 de 2022, la Resolución 2366 de 2023 del Ministerio de Salud y Protección Social, entre otras, hasta el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), que aunque abordan el funcionamiento del sistema de salud y acciones concretas, presentan insuficiencias normativas referentes a acciones orientadas al abordaje de los determinantes sociales de las salud, así como desafíos como lo son las precarias condiciones socioeconómicas, malas condiciones de habitabilidad del domicilio del paciente incluyendo la salubridad, ausencia de la red de apoyo del paciente, proyectos de vida inconclusos y las deficiencias en la articulación intersectorial, que limita el accionar de las instituciones sobre las nuevas necesidades que surgen en la atención domiciliaria como modalidad de atención extramural.

De igual modo, es necesario tener presente que Colombia está marcado por el envejecimiento acelerado de la población, impulsado por la reducción de las tasas de natalidad y

el aumento de la esperanza de vida. Según el DANE (2023) en este año el 14,6% de la población tenía 60 años o más, y se proyecta que para 2050 esta cifra supere el 25%. Este fenómeno implica una transformación en la estructura poblacional, con una disminución de la proporción de jóvenes y un incremento de la población adulta mayor. Como consecuencia, el país enfrenta desafíos en sostenibilidad del sistema pensional, atención en salud y políticas de cuidado, lo que exige la formulación de estrategias de protección social y modelos de atención como la atención domiciliaria en salud para garantizar el bienestar de esta creciente población envejecida.

Asimismo, se debe tener presente que el servicio de atención domiciliaria como modalidad extramural está dirigido a pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida según la Ley 1733 de 2024, por lo que se identifica que dicha modalidad está dirigida a una población específica. En la actualidad la atención domiciliaria en salud presenta desafíos significativos en términos de cobertura y equidad, según un informe de la Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (2023), solo el 53% de la población tiene acceso a servicios de atención domiciliaria, y en zonas rurales se reduce al 5%. Esta disparidad también evidencia la necesidad de fortalecer e implementar políticas públicas que promuevan la expansión y el acceso equitativo a estos servicios en todo el país. Po

r otro lado, la insatisfacción de las necesidades de los pacientes se ha hecho notar, pues según datos de la Superintendencia de Salud (2021) en dicho año se registraron 72.974 peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) contra entidades de salud, lo que representa un incremento del 11% respecto al mismo periodo del año anterior (65.475). Este aumento en las PQRD indica una demanda insatisfecha en los servicios prestados por las IPS y EPS, tanto públicas como privadas. Además, estudios han evidenciado que la percepción de satisfacción de los usuarios de

atención domiciliaria es afectada por factores como la accesibilidad y la oportunidad en la prestación del servicio.

Por su parte, los datos de la Cuenta de Alto Costo (2022) revelaron que el 40% de estos pacientes enfrentan barreras para acceder a servicios de salud especializados debido a limitaciones geográficas y económicas. Por su parte, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2022) reportó que el 28.5% de los hogares colombianos se encuentran en condiciones de pobreza monetaria, lo que afecta significativamente la dinámica familiar y el bienestar del paciente; lo que subraya la relevancia e influencia que los determinantes sociales posee en el estado de salud del paciente y debe ser posicionado como uno de los principales focos de análisis en la búsqueda de la mejora de esta modalidad de atención en salud.

Por lo anterior, si bien existen políticas que encaminan el accionar de las instituciones que prestan estos servicios de salud, presentan limitaciones para el abordaje de las nuevas necesidades que se identifican durante la atención en salud. Por tanto, desde el Trabajo social se propende por aportar una mirada crítica, así como el aporte para visibilizar esta inconsistencia como problemáticas de debate público, pues se reconoce que desde la participación social y construcción interdisciplinaria se puede aportar para diseñar políticas más llegadas a la realidad social.

Estas necesidades ponderantes llevan a plantear interrogantes en búsqueda de la mejora de las condiciones de la población colombiana que recibe estos servicios. Por tanto, se presenta como pregunta de investigación ¿Qué tipo de insuficiencias existen en la actual atención domiciliaria como modalidad de atención extramural en salud?

## 1.1 Justificación

Las políticas públicas son un conjunto de acciones y regulaciones que presenta el Estado o la ciudadanía para abordar problemáticas sociales, económicas, ambientales, etc. Por ello, se considera necesario dar inicio a investigaciones encaminadas en la búsqueda de la mejora de la calidad de vida de la población; teniendo en cuenta que cada una de las profesiones busca complementar el bienestar de la sociedad.

Asimismo, su pertinencia radica en la respuesta a necesidades existentes en los usuarios que reciben servicios de salud domiciliaria en Colombia, puesto que, al ser una modalidad extramural que presenta algunas insuficiencias normativas, se considera imprescindible realizar aportes desde el quehacer profesional del Trabajo Social para visibilizar estas insuficiencias como problemáticas de debate público, y el posible planteamiento de una política pública con mayor capacidad de respuesta. Cabe destacar que, afortunadamente, existen países que han fortalecido este tipo de servicio de salud en modalidad extramural, como lo es el modelo cubano, el cual se posiciona como referente a tener en cuenta.

Para Trabajo Social, el abrirse paso en el sector salud ha sido un desafío, sin embargo, la salud al ser un derecho fundamente, debe ser pensada e intervenida desde diferentes disciplinas e interinstitucionalmente, buscando así brindar una respuesta integral y coherente con las múltiples necesidades que surgen en los procesos de tratamiento y enfermedad de los pacientes. Por ello, es crucial que desde la mirada crítica se propenda por la participación profesional en el posicionamiento de problemáticas que se puedan contemplar para el diseño políticas públicas que regulan y dan sentido al accionar institucional.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Realizar aportes para el diseño de la política pública de atención domiciliaria de salud en Colombia, por medio de la integración de experiencias del Trabajo Social en el campo y la revisión del marco legal vigente.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Examinar el marco legal vigente que regula los servicios de salud en Colombia, para la identificación de las principales insuficiencias en la atención domiciliaria en salud.

Reflexionar experiencias desde Trabajo Social en programas de atención domiciliaria en salud, que permitan el reconocimiento de barreras y vacíos que enfrenta la praxis institucional en respuesta a las necesidades de la población.

Proponer aportes desde el Trabajo Social, considerando los vacíos detectados y la praxis institucional, que sirvan como insumos en el diseño de una política pública.

### 3. Marco Referencial

#### 3.1 Antecedentes

En la estructuración de este apartado se ha dispuesto una matriz que compendia la revisión bibliográfica, donde se encontrarán cada una de las fuentes de información relevante consultada. A continuación, se resumen los principales hallazgos de la revisión bibliográfica en el Apéndice A, Revisión bibliográfica de antecedentes donde se brinda mayor información sobre los antecedentes aquí presentados.

En primer lugar, González et al (2018) en su artículo *El programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención en Cuba*, centrado en la prevención de enfermedades y tratamiento, y la Atención Primaria en Salud; menciona que en este modelo, el Grupo Básico de Trabajo (GBT) conformado por múltiples disciplinas de la salud y otras, desarrollan actividades básicas como “la dispensarización, el análisis de la situación de salud con participación comunitaria e intersectorial, el ingreso al hogar y la atención a personas en estadio terminal, (...) acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades” (p.2); hacen de este enfoque una referencia internacional, demostrando cómo un sistema centrado en la atención primaria y domiciliaria puede contribuir a mejorar la salud pública de manera sostenible. También considera que hay una serie de factores tales como,

la fragmentación y superespecialización de la atención médica; la despersonalización y uso indiscriminado de la tecnología; los programas de salud dirigidos fundamentalmente hacia la dimensión biológica; la insatisfacción de la población con el servicio; los cambios

demográficos y cambios en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población; la elevación del nivel cultural de la población; la emergencia de un pensamiento médico orientado al enfoque clínico epidemiológico y social; y la necesidad de lograr un incremento cualitativo de la salud de la población. (González et al, 2028, p.2)

Que han generado una desconexión entre los profesionales de la salud y las necesidades integrales de los pacientes, lo cual ha convertido la atención en un proceso técnico y mecanizado, alejando el enfoque humanista de la medicina. Además, los programas de salud continúan privilegiando la dimensión biológica de la enfermedad, dejando de lado determinantes sociales claves que influyen en el bienestar de la población. Como resultado, la insatisfacción con los servicios sanitarios se ha incrementado, la cobertura en salud es insuficiente, el índice de desigualdad de la atención aumenta y las condiciones de salud no mejoran; situándose en un contexto donde los cambios demográficos y epidemiológicos exigen respuestas más adaptadas a las nuevas realidades.

Sánchez et al (2016) por su parte en el artículo de investigación *Determinantes del cuidado domiciliario ideal: experiencia de cuidadores familiares de pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular*, señalan que se al realizar encuestas socioeconómicas y entrevistas semiestructuradas a doce (12) cuidadores de pacientes identificaron cinco (5) categorías predominantes, como lo son a) la atención integral centrada en el domicilio, donde se menciona que sería óptimo que el paciente tenga acceso a los mismo recursos que intramuralmente; b) la satisfacción con el programa de cuidados en el hogar, señalando que al menos 10 entrevistados se sienten insatisfechos con la atención, especialmente por la valoración física del paciente que realiza el médico; c) comunicación con el equipo de salud, donde se evidencia una necesidad por la formación y educación a los cuidadores primarios; d) abordaje en el cuidado domiciliario, donde

se considera se debe integrar a la familia en el proceso de enfermedad, reasignando roles a diferentes miembros, otorgando educación sobre el tratamiento del paciente, y el fortalecimiento del bienestar de los cuidadores primarios; e) barreras y recursos para un mejor tratamiento, señalando que estos condicionan la atención al paciente, aumentan el gasto y generan mayor estrés para los cuidadores debido a la gestión, por lo que se considera necesario establecer modelos de prestación de servicios en los cuales se mitiguen las barreras para la obtención de recursos.

El cuidado domiciliario, aunque es una alternativa necesaria para muchos pacientes con enfermedades crónicas o secuelas graves, sigue enfrentando serias deficiencias que afectan tanto a los pacientes como a sus cuidadores. La falta de recursos adecuados en el hogar pone en duda la efectividad de este modelo, especialmente cuando no se garantiza la continuidad y calidad de la atención médica. Además, la insatisfacción generalizada con los programas de atención en casa revela fallas estructurales en la evaluación y seguimiento de los pacientes, lo que genera un sentimiento de abandono en las familias. La comunicación con el equipo de salud, en lugar de ser un canal bidireccional para resolver dudas y fortalecer el autocuidado, se ha convertido en una mera transmisión de información sin una estrategia real de educación para los cuidadores. A esto se suman las barreras económicas y logísticas que, lejos de facilitar el cuidado, imponen cargas adicionales que afectan la estabilidad emocional y financiera de las familias.

Mitre et al (2001) en su artículo titulado *La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas*, identifica que la problemática de la mayoría de los países es que poseen un modelo organizativo centrado en las direcciones, con programas desintegrados y organizados en función de los servicios y las instituciones, que de las necesidades reales de la población beneficiaria. Por lo que se plantea profundizar en el diseño de un modelo consensuado

de organización y de financiación (en un proceso de atención continuado, integral y multidisciplinario), desarrollando así una política decidida que permita el establecimiento de una alianza estratégica (elemento prioritario y esencial para la mejoría de los procesos asistenciales) entre ambos servicios.

Gómez, (2012) a través del artículo *Aproximación a la implementación de políticas públicas a través de la ley de dependencia: experiencias de otros países y valoración de la situación de España*, hace alusión a que existen diferentes factores (características de la población, coordinación y cooperación, diferente capacidad y voluntad de las unidades subestatales) que influyen de manera importante en la implementación de políticas públicas, más aún cuando el sistema administrativo del país en concreto está dividido en diferentes subunidades estatales como es el caso español: administración central, autonómica y local.

La implementación de políticas públicas enfrenta obstáculos significativos cuando los sistemas administrativos están fragmentados en múltiples niveles de gobierno. La disparidad en la capacidad y voluntad de las distintas unidades subestatales genera desigualdades en el acceso y calidad de los servicios, lo que impide una aplicación homogénea de las políticas. Además, la falta de una coordinación efectiva entre los diferentes niveles administrativos no solo dificulta la gestión eficiente de los recursos, sino que también puede traducirse en una burocratización excesiva que ralentiza la respuesta a las necesidades de la población.

Piñarte & Reinoso (2014) en su investigación titulada *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*, señalan que la modalidad de atención médica domiciliaria en IPS privadas son heterogéneas, pues la normativa existente permite la libre observación de quienes ofrecen este servicio, no se cuenta con lineamientos para el funcionamiento, por lo que

estas IPS generan sus propios protocolos de atención según su propia interpretación. A raíz de ello, se evidencia la necesidad de unir esfuerzos entre el sector público y privado, por medio de la creación de políticas públicas nacionales, que sitúen la estrategia de APS como eje principal para el desarrollo de las diferentes modalidades de atención en salud, incluyendo la atención domiciliaria en salud como modalidad extramural.

Según la página web Gobierno de México (2024) en el país se implementaría el programa “Salud Casa por Casa”, que fortalecería la medicina preventiva y atención primaria como una estrategia encaminada en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y con discapacidad. Donde algunos servicios son la prescripción de medicamentos por el personal de enfermería, previamente autorizado al paciente (como seguimiento médico), señalando que,

El programa facilitará el trato humano y directo de profesionales de la salud con las y los pacientes, conocer y evaluar las circunstancias cotidianas que viven las personas adultas mayores y con discapacidad como su movilidad, alimentación, poder escucharlos, lo que contribuirá a aumentar la sobrevivencia y calidad de vida. (Kershenobich Stalnikowitz, conferencia de prensa Las mañaneras del pueblo)

Este programa está destinado para quienes están inscritos al Programa Pensión para el Bienestar, beneficiando a 13.6 millones de personas (Gobierno de México, 2024); abordando la salud mental, músculo esquelético, auditivo y visual, y prevención de urgencias.

En resumidas cuentas, la atención domiciliaria en salud representa un reto fundamental para los sistemas de salud contemporáneos, pues, aunque se reconoce su potencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar recursos, su implementación sigue estando marcada por la fragmentación, la falta de regulación clara y la ausencia de un enfoque integral. La insuficiencia de recursos en los hogares, la descoordinación entre los niveles de atención y la

insatisfacción con los servicios evidencian la necesidad de un rediseño estructural que priorice la equidad, la calidad y la continuidad del cuidado. Además, es fundamental fortalecer la articulación entre los sectores público y privado, garantizando políticas que no solo regulen la atención domiciliaria, sino que también aseguren su integración efectiva dentro de los sistemas de salud y protección social. Sin estos cambios, el modelo seguirá perpetuando desigualdades en el acceso y en la calidad de la atención, afectando tanto a los pacientes como a sus cuidadores.

### **3.2 Referente teórico**

En Colombia, los servicios de salud los brindan las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), según Machado et al, (2021) allí es donde se presenta “la interacción entre el hospital y el paciente/familia; el intercambio entre los recursos humanos, tecnológicos, materiales y ambientales del hospital, con la enfermedad y las expectativas de los segundos” (p.3), lo que implica la coordinación de tareas y de procesos en un orden lógico para brindar los servicios de salud del paciente. Las IPS, sean públicas o privadas, forman parte de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), y su función es prestar los servicios requeridos por la población, de acuerdo con el modelo de atención en salud vigente en el país.

Según la OMS (1978) la APS forma parte tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico,

debe encaminar sus acciones para llevar lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde viven y trabajan las personas, ha de concebir la salud como un derecho humano y debe enfrentarse a los determinantes sociales y políticos de la salud. (Piñarte & Reinoso, p. 24)

De este modo, en la búsqueda del cumplimiento de estos lineamientos, la APS lleva a cabo actividades de atención en el domicilio de los usuarios. No obstante, es necesario aclarar que no corresponde a la modalidad de atención extramural a la que se hace hincapié en esta investigación. Para mayor claridad se ha dispuesto una tabla en la que se presentan las diferencias entre ellas según lo señalado por Piñarte & Reinoso (2013):

**Tabla 1**

*Diferencias de la atención en domicilio dentro de la APS y la Atención domiciliaria en salud como modalidad extramural*

<b>Criterio</b>	<b>Atención en Domicilio dentro de la APS</b>	<b>Atención Domiciliaria en Salud</b>
<b>Enfoque</b>	Promoción, prevención y gestión del riesgo.	Atención clínica, terapéutica y seguimiento médico.
<b>Equipo de salud</b>	Agentes comunitarios, enfermería, trabajadores sociales.	Médicos, enfermeras, terapeutas, auxiliares de enfermería.
<b>Criterios de acceso</b>	Población en general, con énfasis en grupos vulnerables.	Pacientes con movilidad reducida, crónicos, postquirúrgicos o en cuidados paliativos.
<b>Frecuencia</b>	Periódica según planificación del equipo de APS.	Programada según la necesidad clínica del paciente.
<b>Servicios brindados</b>	Educación en salud, vacunación, identificación de factores de riesgo.	Consultas médicas, suministro de medicamentos, terapias, oxigenoterapia, curaciones.
<b>Autorización</b>	No requiere autorización, es parte del trabajo comunitario.	Requiere autorización de la EPS y remisión médica.

*Nota.* Esta tabla muestra la diferencia entre la atención domiciliaria en salud como modalidad extramural, y las actividades contempladas por la APS

Sin embargo, aunque se diferencian en las cuestiones anteriormente señaladas, se relacionan o complementan en que la APS identifica a potenciales pacientes en riesgo durante las

visitas domiciliarias, y realiza la remisión a servicios médicos si considera necesario. Posterior a ello, según lo establecido por la Ley 1733 de 2024 donde los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles de alto impacto en la calidad de vida, se autoriza que el paciente pueda recibir los servicios de atención domiciliaria como modalidad extramural.

Por otro lado, y entrando en lo concerniente a la atención domiciliaria (atención extramural) se ha comprobado que esta contribuye enormemente en la mejora de la salud de los pacientes y el gasto sanitario por hospitalización. En este sentido, Starfield & Shi (2004) Llevaron a cabo una revisión sistemática sobre los beneficios de esta modalidad, sus costos y su impacto en la equidad. A nivel global, diversos estudios han señalado que la atención domiciliaria contribuye a mejorar la salud de las personas y las comunidades, además de reducir los costos generales en el sistema de salud y disminuir las desigualdades en el estado de salud de poblaciones vulnerables (citado por Piñarte & Reinoso, 2013); es decir, no solo representa una alternativa costo-beneficio, sino que también se perfila como un mecanismo clave para mejorar la equidad en salud.

En Colombia, la Resolución 2808 del 2022, en el artículo 8 define la atención domiciliaria como el “conjunto de procesos a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona en su domicilio o residencia, correspondiendo a una modalidad de prestación de servicios de salud extramural”, esta es presentada como una alternativa a la atención hospitalaria institucional y se encuentra financiada con recursos de la UPC, en los casos que sea considerada pertinente por el profesional tratante, bajo las normas vigentes. Asimismo, en esta el Ministerio de Salud y Protección social hace hincapié en que dicha financiación está dada para la respuesta de las necesidades de la salud, es decir, en la prestación del servicio de atención domiciliaria por el momento no contempla recursos para el fortalecimiento de las redes de apoyo, la provisión de cuidadores ni otras necesidades psicosociales del entorno familiar.

No obstante, desde el Trabajo Social, al intervenir desde un enfoque sistémico considera que las problemáticas presentes, no solo se atribuyen a las acciones de la misma sino también a un entorno social que se desempeña y relaciona con su sistema. En este sentido, y abordando el contexto de la atención domiciliaria, “el análisis del profesional no se centra únicamente en la persona y su estado de salud, sino que resalta la importancia de abordar todos los elementos del contexto social inmediato, es decir, la familia y las dinámicas que emergen” (Vizcarret Garro, 2007, p. 274). Para esto se reconoce que las acciones que se ejecuten en pro la mejora de la calidad de la atención ameritan un costo económico y no precisamente para brindar una asistencia sino para el realizar intervención, seguimiento y acompañamiento continuo a estas necesidades emergentes.

En muchos casos, la única red de apoyo del usuario es la familia y la institución que brinda los servicios de salud. No obstante, la red de apoyo institucional muchas veces se limita únicamente a la rehabilitación del paciente, más no a la reinserción de éste al entorno social. Por esto, la familia termina siendo la única red de apoyo presente durante el proceso de enfermedad, como lo mencionan Steinglass y Horan:

*a) la enfermedad crónica es capaz de producir efectos negativos sobre la familia, los cuales actúan sobre la función y organización familiar; b) a su vez, la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico; c) la familia como recurso; conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria,*

que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional. (citado por De la Revilla & Espinosa, 2003, p.89)

Como se ha mencionado, la enfermedad es un proceso complejo que, aunque afecta directamente al paciente, el entorno en que este se encuentra influye en la enfermedad, pero esto también influye en el entorno familiar y las relaciones que se dan en esta. Por ello, es fundamental que la atención se encuentre centrada en el paciente, en el individuo (integral) que atraviesa el proceso de enfermedad.

La atención centrada en el individuo es definida por la Organización Mundial de la Salud (2016) como un modelo de atención en salud que considera la perspectiva de los individuos, cuidadores, familias y comunidades, reconociéndolos como actores clave y beneficiarios del sistema. Este enfoque no solo se centra en el tratamiento de enfermedades específicas, sino también en las necesidades integrales de cada persona, garantizando que los pacientes accedan a la información y el apoyo necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud (citado Machado et al, 2021). De esta manera, cuando se habla de necesidades integrales no solo se hace referencia a la salud, sino también al estado emocional, redes de apoyo sociales, medios económicos, entre otros.

Por otra parte, se debe traer a colación que el mero hecho de recibir atención en salud, y específicamente, la atención domiciliaria depende y se encuentra permeado por factores ya establecidos que determinan la calidad de la salud del paciente. Es por ello que la presente investigación se plantea desde el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (Marmot, 2005), que analiza cómo los factores sociales, económicos y ambientales afectan el acceso y la calidad de la atención domiciliaria que reciben los pacientes (citado por Rovere, 2001). Asimismo, según la OMS la define como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y

envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, s.f); a lo que agrega la OPS, que esto incluye sistemas económicos, programas de desarrollo, normas, políticas sociales y sistemas políticos, que facilitan un contexto en el que la salud se desarrolla o se deteriora.

De este modo se evidencia que el estado de salud de un paciente no depende únicamente de la atención médica que recibe, sino que está profundamente influenciado por los determinantes sociales de la salud. Factores como las políticas públicas, las condiciones económicas de las familias, el acceso a servicios básicos y la calidad de la vivienda inciden directamente en el bienestar físico y mental de las personas. La falta de recursos económicos puede limitar el acceso a una alimentación adecuada, a medicamentos esenciales o a un entorno seguro, lo que agrava enfermedades preexistentes y dificulta los procesos de recuperación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s.f.) concuerda que “para que haya acceso y cobertura universal de salud, requiere que se definan e implementen políticas y acciones con enfoque multisectorial; el cual reconoce que muchos factores contribuyen a los resultados de salud y que abordarlos requiere colaboración entre sectores” (p. 1), esto quiere decir, que se debe reconocer que el entorno familiar y comunitario desempeña un papel fundamental en la salud de las personas; y que con un enfoque multisectorial se puede construir una atención no solo de cuidados médicos, sino que también fortalezca el tejido social y promueva la salud en su totalidad.

De esta manera, se evidencia la importancia de formulación de una política pública integral enfocada en el servicio de atención domiciliaria en salud, que aborde las necesidades de esta población desde un enfoque multisectorial. Ahora bien, una política pública se construye alrededor de un concepto de problemática que ha sido identificada previamente por la población que se considera directamente perjudicada por ello. Por lo que la participación ciudadana en la gestión

pública implica un proceso de construcción social de las políticas públicas, “es un derecho, una responsabilidad y un complemento de los mecanismos tradicionales de representación política” (Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública, 2009), pero más que nada, se abordan las problemáticas reales y respuestas más efectivas para el tipo de necesidades específicas.

### ***3.2.1 Atención domiciliaria en salud***

A continuación, este apartado es destinado con fines de ahondar un poco más en lo que concierne a la atención domiciliaria en salud como modalidad extramural. La atención a domicilio, según Suárez, (2012) es una alternativa de atención que facilita la prestación de servicios de salud en el hogar del paciente, especialmente para aquellos que, debido a limitaciones físicas, no pueden trasladarse a un centro de salud. Este modelo se aplica cuando las condiciones de salud del paciente no requieren hospitalización, pero sí atención médica adaptada a su entorno. Actualmente en Colombia se brinda esta atención a pacientes crónicos y agudos, independientemente del grupo etario al que pertenezca.

Arnedo, (2006) menciona que algunas características que definen la atención a domicilio se encuentra, en que se brinda atención longitudinal y continua, se realiza en el domicilio del paciente, bajo concepción de atención biopsicosocial, el núcleo de atención es el paciente, la enfermera y la familia cuidadora, y los recursos para la atención movilizan dentro del domicilio (citado por Suárez, 2012), Este modelo de atención representa una estrategia fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes, optimizar el uso de los recursos sanitarios y fortalecer el rol de la familia en el proceso de cuidado.

Para Torra i Bou, la atención domiciliaria contempla en un conjunto de intervenciones previamente planificadas que son implementadas por un equipo de profesionales de la salud, con el objetivo de ofrecer cuidados médicos. Estas incluyen estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en un entorno donde tanto el paciente como su familia participan activamente. Este servicio se brinda a personas que, debido a su estado de salud u otras circunstancias, no pueden acudir a un hospital. (citado por Suárez, 2012).

Por otro lado, la atención a domicilio (como modalidad extramural) tiene como principio acercar los recursos sociosanitarios de la comunidad y proporcionar asistencia integral en el medio cercano a la persona. La Organización y gestión de la atención domiciliaria en las Américas (2003) señala algunos principios relacionados con el desarrollo y la práctica de la atención domiciliaria:

Brindar la atención a todo aquel que lo requiera, sin discriminación

La atención debe ser centrada en las necesidades de las personas y sus familias.

La atención domiciliaria tendría un lugar dentro de un contexto sanitario y comunitario más amplio.

Los objetivos de los programas de atención domiciliaria (como modalidad extramural) y los resultados previstos, deben estar definidos y ser comunicados.

Los familiares a cargo de brindar la atención domiciliaria recibirían reconocimiento, respeto y apoyo.

Se apoyaría la vida independiente.

Existiría un sistema centralizado bien identificado, que estaría a cargo de establecer las pautas generales de la política para la prestación de los servicios, con un mecanismo que fijaría las normas de calidad. (p.7)

El objetivo de la atención a domicilio, es la atención sanitaria directa, tanto de procesos crónicos, crónicos reagudizados, así como agudos. Algunos de los objetivos de la atención domiciliaria mencionados por Suárez (2012) corresponden a:

Proveer de cuidados de salud integral al paciente.

Valorar las relaciones intrafamiliares en un espacio natural.

Conocer los recursos familiares, para conocer los existentes o suplir carencias.

Establecer una mejor comunicación con la familia.

Obtener información adicional en el escenario del hogar para un mejor diagnóstico y tratamiento.

Involucrar al paciente y su familia en la toma de decisiones de diagnóstico y tratamiento.

Controlar el cumplimiento del tratamiento indicado y la consecución de objetivos de salud.

Descubrir posibles factores que indiquen el seguimiento del plan de cuidados establecidos.

Determinar la capacidad del paciente para seguir un tratamiento adecuado.

Identificar al cuidador primario.

Educar al paciente y a su familia para fomentar la máxima responsabilidad en materia de salud (p. 4).

El proporcionar asistencia sanitaria en el domicilio del paciente tiene múltiples ventajas ante la posibilidad de una internación en un hospital o institucionalización, de acuerdo con Suárez (2012), las dos más importantes son:

1. Mantener al paciente en su medio más cercano y habitual: el entorno familiar, que corresponde a la red de apoyo más sólida de un paciente, y que influye significativamente en la adherencia al tratamiento.

2. Facilitar la realización de actividades orientadas a favorecer la inserción y rehabilitación del paciente en su medio habitual y familiar. Que corresponde al no aislamiento y mejora de las relaciones sociales (p. 4).

Algunos problemas con los que tropieza la atención domiciliaria están referidas a la parte logística, principalmente el medio de desplazamiento del médico y/o equipo de salud al domicilio del paciente, la organización de la demanda de la consulta, la formación y la predisposición del profesional en salud para realizarla. Según la Organización y gestión de la atención domiciliaria en las Américas (s.f), uno de los mayores retos radica en la escasez de políticas sólidas y bien estructuradas que respalden la implementación y sostenibilidad de los servicios de atención domiciliaria.

### ***3.2.2 La política pública***

También es necesario abordar el concepto de la política pública, que según la Torres & Santander (2013) es comprendida como el resultado de una acción colectiva que se desarrolla en lo público y de una serie de transacciones políticas, donde el gobierno ya no posee como único objetivo ejecutar lo planeado, sino también garantizar la coordinación y la cooperación de los actores clave.

Se entiende lo político en su dimensión decisional, como aquella realizada por una sociedad, la cual es subsecuentemente implementada por ella Pennings, Kema & Kleinnijenhuis, (2006); es decir, lo político no solo se refiere a instituciones gubernamentales o partidos políticos, sino a los procesos mediante los cuales una sociedad decide sobre asuntos que la afectan. Por otra parte, el carácter de público da a entender que aquellas disposiciones que se plasman en política

pública, son la expresión de la elección colectiva (González, 1998). La determinación de qué temas deben convertirse en objeto de política surge de la interacción entre conflicto y cooperación en el ámbito público. En este proceso, distintos intereses individuales buscan ser considerados de relevancia colectiva, influyendo así en la construcción de lo público (Fraser, 1997).

Como se observa, otro elemento clave de esta definición es que, según Dunn (2008) y Meny & Thoenig (1992) la política pública plantea sus objetivos alrededor de problemas que llegan a ser considerados relevantes para la sociedad (citado por Torres & Santander, 2013). Lo que según Aguilar (2003)

“implica que la política es la respuesta a una necesidad que logra posicionarse en la discusión pública, donde lo relevante no se da por el grado de afectación social del problema, sino por la capacidad de captar la atención del gobierno y de discusión de los actores sociales clave” (Torres & Santander, 2013).

Es importante señalar las diferencias entre la ley y la política pública. Si bien las leyes forman parte de una política pública, no la constituyen en su totalidad. Debido a su relevancia dentro de un marco institucional, las normas formales suelen utilizarse para consolidar acuerdos en torno a un tema de política. Además, la ley actúa como un mecanismo clave para asegurar la continuidad de las decisiones políticas y orientar la implementación de la política pública.

Torres y Santander (2013) señalan que las leyes poseen este potencial debido a dos factores. Por un lado, su naturaleza obligatoria motiva a los actores a ajustar sus acciones y decisiones conforme a lo estipulado en la norma, aunque esto está condicionado por el grado de coerción existente. Por otro lado, las leyes presentan costos elevados para su modificación, lo que dificulta modificar los acuerdos y los intereses que representan.

La estabilidad que otorga una norma es esencial, especialmente debido al carácter público y potencialmente conflictivo de la política pública. Como una decisión en este ámbito representa un logro colectivo, quienes la diseñan enfrentan una gran incertidumbre sobre su aplicación y continuidad. La posibilidad de que ciertos actores busquen alterar el curso de la estrategia genera inquietud, lo que lleva a los responsables de la política a recurrir a mecanismos institucionales, como normas y leyes, para asegurar el cumplimiento obligatorio de lo establecido (Torres & Santander, 2013).

Medina et al. (2014) sostienen que, “en la dimensión macro, a nivel del Estado y las políticas públicas, la transición entre modelos de desarrollo requiere un Estado activo y propositivo, en lugar de uno meramente observador del entorno global” (citado por Torres & Santander, 2013). Para lograrlo, es esencial mejorar y actualizar los procesos de planificación, integrando a las instituciones responsables mediante sistemas que fomenten un enfoque estratégico, integral y a largo plazo. Este enfoque debe incluir una perspectiva amplia y holística del desarrollo, considerando diversas dimensiones, como la espacial, institucional, sectorial, disciplinaria y temporal, lo que facilitará una gestión más eficiente y flexible frente a los cambios socioeconómicos.

Asimismo, Medina et al., (2024) señalan que en la dimensión micro, al nivel de las personas e instituciones, se propone construir organizaciones prospectivas que permitan articular ejercicios de alcance regional, redes, centros o institutos y programas nacionales e internacionales de prospectiva. En particular se subraya la necesidad de construir o fortalecer centros o institutos que se sitúen en la frontera del conocimiento prospectivo, capaces de dominar todo el amplio repertorio de métodos y procesos que existen en el mundo actualmente. La continuidad y excelencia de sus

reflexiones debe orientarse hacia evolucionar los modelos mentales actuales en el sistema político institucional tradicional (citado por Torres & Santander, 2013).

La apuesta es hacer presente la necesidad de reemplazar las visiones unilaterales y cortoplacistas, de bajo alcance y responsabilidad, por visiones compartidas de futuro de alta calidad, que articulen el continente con las dinámicas globales y generen procesos permanentes de análisis del estado del arte, comparación internacional de las brechas para el desarrollo, escenarios y producción de alertas sobre asuntos emergentes.

### **3.3 Marco legal**

En este apartado, se abordarán las políticas tanto internacionales como nacionales que son relevantes para la investigación, pues son suministros para comprender la normatividad vigente que regula la atención domiciliaria en salud. Cabe aclarar que no se ahondan pues esta información será abordada en el apartado de resultado y análisis, especialmente la normatividad nacional.

#### ***3.3.1 Internacional***

La primera a abordar, corresponde a la Declaración universal de los derechos humanos (1948, art. 25)<sup>1</sup>, la cual señala que, Toda persona tiene derecho a un nivel de vida digno que garantice su bienestar y el de su familia, incluyendo acceso a la salud, una alimentación adecuada, vivienda, vestimenta, atención médica y los servicios sociales esenciales. Además, tiene derecho a recibir protección social en situaciones como desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez,

---

<sup>1</sup> La Declaración universal de los derechos humanos se adopta en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Que se llevó a cabo en París, Francia el 10 de diciembre de 1948.

vejez o cualquier otra circunstancia que le impida asegurar su sustento por razones fuera de su control.

Por su parte, la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria de salud (1978)<sup>2</sup>, en el numeral VI, señala que la APS es una atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, con bases científicas sólidas y socialmente aceptables, que resulta accesible a los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación. Además, se añade que forma parte integral tanto del sistema de salud del país, del que es la función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico general de la comunidad. Es considerado así, el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, acercando la asistencia sanitaria lo más posible al lugar donde la población vive y trabaja, y constituye el primer elemento de un proceso continuo de asistencia sanitaria.

De igual manera, en el numeral VIII, se enfatiza en que todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, para activar y mantener la APS como parte de un sistema nacional de salud integral y que además se implemente en coordinación con otros sectores. Por lo que será necesario ejercer la voluntad política, la movilización de recursos del país y utilizar los externos disponibles de manera adecuada.

En otra instancia, la Declaración de Astaná (2018)<sup>3</sup>, en el numeral VII, se insta a alinear el respaldo de los diferentes actores con las políticas, estrategias y planes nacionales, incluyendo a profesionales de la salud, instituciones académicas, pacientes, sociedad civil, aliados locales e internacionales, entre otras entidades. Esto mediante enfoques centrados en las personas y de

---

<sup>2</sup> La Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud se adoptó en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Esto se llevó a cabo en Alma-Ata (actualmente Amlmatý, Kazajistán) el 06 al 12 de septiembre de 1978.

<sup>3</sup> La Declaración de Astaná se adoptó en el marco de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, organizada por la OMS y UNICEF. Que se llevó a cabo en Astaná (actualmente Nur-Sultan, Kazajistán) el 25 y 26 de octubre del 2018.

género, promoviendo iniciativas conjuntas para fortalecer y hacer sostenible la atención primaria en salud, con el objetivo de avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. El apoyo de estos actores contribuye a que los países asignen suficientes recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información a la APS.

### **3.3.2 Nacional**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia fue creado mediante la Ley 100 de 1993, con el fin de reorganizar el sector salud y facilitar la ampliación gradual del acceso a la salud para toda la población. Además, se fundamenta en una serie de principios que guían sus acciones, tales como la equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad (Ley 100 de 1993).

Además, el sistema de salud de Colombia se distingue por ser un modelo de aseguramiento que incluye una participación significativa del sector privado. Su financiación en el régimen contributivo proviene de las cotizaciones, principalmente de la población con capacidad de pago en la economía formal. En el régimen subsidiado, que cubre a la población más vulnerable sin capacidad de pago, como la clasificada en los grupos A (pobreza extrema) y B (pobreza moderada) del Sisbén, el financiamiento se basa en impuestos y principios de solidaridad.

Mediante la Resolución 5261 de 1994 *Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, se definió en su artículo 33 que “El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser

tratado en forma integral fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar” (Art. 33).

Pero, el modelo de atención domiciliaria se reconoció en Colombia con la Ley 1122 del 2007, mediante la cual se realizaron modificaciones del SGSSS y estableció:

El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir [...] i. Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria [...] (Ley 1122, 2007, Art. 33).

Posteriormente, mediante el Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud, *por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud*, define que “la atención en la modalidad domiciliaria estará cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad establecidas en la normatividad vigente” (Art. 25).

Después se encuentra la modificación realizada a la Ley 100 de 93 mediante la Ley 1438 del 2011, se dispuso que se adoptarse la estrategia de APS, que debía ser constituida por tres (3) componentes: “los servicios de salud, la acción intersectorial / transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana” (Art. 12).

Asimismo, se refiere a las redes integradas de servicios de salud, entendidas como el conjunto de organizaciones o redes que ofrecen atención sanitaria, tanto individual como colectiva. Se enfatiza la interconexión entre estas redes, la coordinación de sistemas de comunicación

electrónica, servicios de telemedicina, atención domiciliaria y otras modalidades que se ajusten a las necesidades del país y a las mejores prácticas en el área (Ley 1438/11, Cap. 2. Art. 60, 64, 64.10).

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social aprobó la Resolución 1441 de 2013 *por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones*, puntualmente describe la atención domiciliaria como:

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

Atención domiciliaria paciente agudo

Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador

Atención domiciliaria paciente sin ventilador

Consulta domiciliaria. (Resolución 1441/13, numeral 2.3.2.9 otros servicios)

Por otro lado, se emite la Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. En esta se establece los requisitos para la habilitación y prestación de los servicios de salud, incluyendo la atención domiciliaria. Esta normativa busca

garantizar la calidad, seguridad y continuidad del servicio mediante estándares específicos en infraestructura, talento humano y equipamiento. Define que la atención domiciliaria debe ser accesible, oportuna y estar alineada con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), asegurando la articulación con otros niveles de atención para la referencia y seguimiento de los pacientes. Además, regula el perfil del personal que brinda el servicio, exigiendo capacitación constante, así como la implementación de medidas de gestión del riesgo y protocolos de seguridad del paciente. También obliga a llevar historias clínicas actualizadas y establecer indicadores de calidad que permitan evaluar la efectividad del servicio. En este sentido, la resolución es clave para fortalecer la atención domiciliaria en Colombia, garantizando su integración dentro del sistema de salud y mejorando la atención a los pacientes en sus hogares (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Ley 1599 de 2022, por el cual se adiciona la Parte 11 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con la Política de Atención Integral en Salud, en el marco de las áreas geográficas para la gestión en salud. En el artículo 2, señala que posee como objeto establecer los lineamientos para garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, mediante la implementación de la operación de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, contemplando las áreas geográficas para la gestión en salud como un instrumento necesario para reducir las brechas de inequidad existentes frente al acceso, atendiendo las realidades diferenciales que existen en el territorio colombiano.

La Política de Atención Integral en Salud busca mejorar las condiciones de atención a la población, asegurando la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Esto se logra a través de la accesibilidad, aceptabilidad,

oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutoria del sistema, además de gestionar intersectorialmente los determinantes sociales de la salud.

Asimismo, en el Artículo 2.11.5, se menciona que la Política de Atención Integral en Salud debe ser desarrollada, definida e implementada con base en los enfoques de atención primaria en salud, salud familiar y comunitaria, cuidado de la salud, gestión integral del riesgo y un enfoque diferencial que considere tanto la población como el territorio. Estos enfoques facilitan la integración y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de políticas y programas de salud pública, en función de las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades. Esto debe llevarse a cabo mediante procesos de gestión social y política intersectorial, adaptados a cada contexto poblacional y territorial.

En la Resolución 2808 de 2022, artículo 25, *Por la cual se disponen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*, se aborda la atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional, que está financiada con recursos de la UPC en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Se hace énfasis en que esta financiación está dada sólo para el ámbito de la salud. De igual manera, las EPS o las entidades que hagan sus veces, a través de las IPS, serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, sean las adecuadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

En el borrador del Plan Decenal de Salud Pública (2022-2031), señala que en el marco del fortalecimiento de los procesos de aseguramiento y prestación de servicios para la gestión del riesgo individual en salud en el marco del modelo de atención para el cuidado integral de la salud, se llevará a cabo

la articulación de acciones para la gestión del riesgo individual con acciones para la gestión del riesgo colectivo [...]; la definición del tipo de atención requerida teniendo en cuenta adaptaciones diferenciales e integración de las RIAS con estrategias de atención domiciliaria, tele-medicina y acciones de educación y comunicación en el campo de la salud pública; la garantía de la seguridad de la atención a través de prácticas de prevención cuaternaria y acción sin daño, equipos interdisciplinarios capacitados y coordinados, personas y familias informadas y proactivas, prestación de servicios de salud seguros y humanizados. (Ministerio de Salud y Protección Social, p.108)

Por lo anterior, se espera se puedan adelantar acciones para el cumplimiento de estos planteamientos. Puesto que se menciona que se adoptarán estrategias para la atención domiciliaria.

Finalmente, la Resolución 2366 de 2023 establece los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Sin embargo, esta resolución no especifica la inclusión de productos de aseo personal como jabones, pañitos, cremas o pañales dentro de los servicios cubiertos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Aunque estas políticas regulan la atención en salud, así como la atención domiciliaria en Colombia, existen inconsistencias en la normatividad pues durante la implementación de estos programas de modalidad extramural surgen situaciones frente a las cuales el accionar institucional queda limitada. Algunas de estas insuficiencias identificados corresponden a: las condiciones de habitabilidad no son adecuadas para la prestación del servicio de salud y no se brindan garantías para la mejora, o no se realiza pedagogía social para la concientización familiar; el segundo, hace referencia a que las condiciones socioeconómicas de los pacientes no son suficientes (en muchos casos) para asumir costos que no entran en el plan de tratamiento y cubre el Plan de Beneficios de Salud (PBS); el tercero de ellos y ligado al anterior, corresponde a que no se contemplan programas

para la generación de capacidades económicas, políticas y sociales, para la reinserción el paciente en la sociedad y que sean sostenibles; el cuarto corresponde a que no hay acciones encaminadas al fortalecimiento de la red de apoyo familiar; y finalmente, se identifica que en el momento en que la IPS se propone a activar la articulación intersectorial esta encuentra limitada, para poder llevar a cabo acciones que favorezcan la atención en salud del paciente.

El sistema de salud, por su naturaleza, tiene una competencia finita y está principalmente orientado al cuidado de la salud biológica de la población. Su capacidad se enmarca en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, limitándose a la esfera biomédica. Sin embargo, las determinantes sociales de la salud, como las condiciones socioeconómicas, el acceso a servicios básicos, la vivienda digna y la protección social, inciden de manera directa en la salud y el bienestar de las personas.

En este sentido, el abordaje integral de las necesidades en salud no puede depender exclusivamente del sistema sanitario. Es fundamental la articulación intersectorial, en la que sectores como educación, vivienda, trabajo, desarrollo social y servicios públicos contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la población. Esta coordinación permite implementar políticas públicas que reduzcan las desigualdades en salud y fomenten un enfoque de atención más amplio y sostenible.

Por ejemplo, en el caso de la atención domiciliaria en salud, el impacto de la intervención sanitaria puede verse limitado si no se tienen en cuenta factores como el acceso a una vivienda adecuada, el apoyo de redes familiares o comunitarias, y la disponibilidad de recursos económicos para garantizar el bienestar del paciente y su cuidador. En este contexto, la acción intersectorial se vuelve clave para fortalecer el modelo de atención, garantizando que los pacientes reciban un cuidado integral que trascienda lo estrictamente biomédico.

## 4. Metodología

### 4.1 Fases de la metodología

#### 4.1.1 Fase preparatoria y de diseño

La fase preparatoria y de diseño en la investigación cualitativa es crucial, ya que orienta la construcción del estudio mediante la delimitación del problema, la selección del enfoque metodológico y la planificación de la recolección de datos. En esta etapa, se establecen los objetivos y se elige el diseño más adecuado según la naturaleza del fenómeno a investigar. Hernández, Fernández y Baptista (2014) señalan que "el diseño cualitativo es un proceso flexible que se adapta a las condiciones del estudio, permitiendo reformulaciones a medida que se avanza en la comprensión del fenómeno" (p. 490). Esta flexibilidad es esencial para captar la complejidad de las realidades sociales y humanas.

Este estudio se desarrolla bajo un enfoque cualitativo, combinando elementos del análisis documental, y el diseño de investigación es descriptivo; este tipo de investigación es descrita por Carlos Sabino define como

el tipo de investigación que tiene como objetivo describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utiliza criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes (citado por Guevara, et al., 2020).

#### ***4.1.2 Fase de planificación***

La fase de planificación se enfoca en la organización y estructuración del proceso investigativo, considerando la selección de participantes, la preparación de instrumentos de recolección de datos y la estrategia de acceso al campo. En esta etapa, es fundamental prever aspectos logísticos y éticos, asegurando la validez del estudio. Sampieri, Collado & Lucio (2018) destacan que "una planificación adecuada en la investigación cualitativa permite garantizar la coherencia entre los objetivos, la metodología y la interpretación de los datos, asegurando un proceso ordenado y riguroso" (p. 432). Además, se establecen los criterios de muestreo y las estrategias para obtener información relevante que contribuya al análisis.

Las técnicas de recolección utilizadas corresponden a la aplicación de dos (2) entrevistas semiestructuradas de trabajadores sociales que posean experiencias en programas de atención domiciliaria (criterio de inclusión), como modalidad extramural; según Quecedo & Castaño (2002) lo que se intenta con esta técnica es "describir sistemáticamente las características de las variables y fenómenos, así como el descubrimiento de relaciones causales, pero evita asumir constructos o relaciones a priori" (p. 12).

Asimismo, se utiliza la técnica de revisión documental, pues se enfoca en la revisión de fuentes oficiales de leyes, decretos, normativas, que puedan brindar claridad sobre la normatividad en salud vigente y aplicable a este tipo de atención extramural, e identificar los desafíos que se presentan durante la atención. Este tipo de técnica también aplica para la revisión de un modelo en salud que pueda constituirse como referencia para el abordaje de estas insuficiencias normativas. La importancia de esta técnica es que, al hacer una recolección de diferentes fuentes de

información es captar, seleccionar y sintetizar la información a partir del análisis de sus significados, a la luz de un problema determinado (Fuster, 2019).

Para el procesamiento de la información se utiliza como herramienta de análisis el programa Atlas ti. De igual manera, se establece un aspecto ético, que corresponde al diseño e implementación un consentimiento informado sobre la participación en la investigación, el cual es proporcionado a los profesionales de Trabajo Social entrevistados, dando la certeza no será publicada, y las narrativas usadas serán completamente anónimas. Asimismo, la grabación de las entrevistas será consignadas en una carpeta únicamente destinada para fidelidad de la implementación de la metodología propuesta ante la institución de educación superior, en caso de ser solicitado. Finalmente, al realizar una cita, se hará uso de un pseudónimo para fines de privacidad.

#### ***4.1.3 Fase de análisis y resultados***

Esta fase implica la interpretación de los datos recolectados para extraer significados y construir conocimiento a partir de la información obtenida. En la investigación cualitativa, este proceso es inductivo y suele implicar la categorización, codificación y triangulación de datos. Flick (2015) señala que "el análisis cualitativo requiere un enfoque sistemático que permita descubrir patrones, relaciones y estructuras subyacentes en los datos" (p. 85). Esta fase no solo busca describir los hallazgos, sino también darles sentido en relación con el contexto investigado, aportando nuevas perspectivas y comprensiones sobre el fenómeno estudiado.

Al usar como herramienta de análisis el programa Atlas ti, donde según Carmen Varguillas (2006) se realiza la codificación de los datos (categorías) que se relacionan entre sí; paralelo a ello

se crean las redes de relaciones, que constituyen el fin principal de toda investigación científica, la teorización, creación de modelos o estructuras teóricas; de esta forma, identificar desafíos que los trabajadores sociales evidencian en la práctica, y sus causales que corresponden a necesidades insatisfechas de la población.

Se han establecido unas categorías apriorísticas que guían la codificación en el programa Atlas ti, que se presentan a continuación:

**Tabla 2.**

*Categorías y subcategorías*

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
Condiciones socioeconómicas	Ingresos
	Cobertura de salud
	Acceso a medicamentos y otros
Condiciones de habitabilidad	Infraestructura
	Espacios físicos
	Servicios básicos
	Seguridad y accesibilidad
	Salubridad
Red de apoyo familiar	Cuidador primario
	Distribución de responsabilidades
	Capacidad de cuidado
	Relación con el paciente
Generación de capacidades	Ingresos del paciente
	Ingresos de la familia
	Capacitación y emprendimiento
Apoyo intersectorial	Programas del Estado
	Redes comunitarias
	Coordinación entre sectores

## 5. Resultados y análisis

En primera instancia, se considera necesario presentar la codificación que se ha establecido en el uso del programa Atlas Ti, y desde los cuales, según las categorías apriorísticas analizan los resultados obtenidos.

**Tabla 3.**

*Categorías, subcategorías y códigos*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Códigos</b>
Condiciones socioeconómicas	Ingresos	Pensión / trabajo del cónyuge
	Cobertura de salud	Acceso al servicio
	Acceso a medicamentos y otros	Costos de suplementos de higiene
Condiciones de habitabilidad	Infraestructura	Deterioro en paredes/ inestabilidad
	Espacios físicos	Unidad del paciente / Reducción del espacio
	Servicios básicos	Acceso a energía / acceso a agua tratada/ acceso a alcantarillado
	Seguridad y accesibilidad	Accesibilidad a barrios / acompañamiento
	Salubridad	Polvo / telarañas/ unidad de paciente
Red de apoyo familiar	Cuidador primario	Recarga del cuidado
	Distribución de responsabilidades	Corresponsabilidad/distribución femenina
	Capacidad de cuidado	Etapas adulta mayor
Generación de capacidades	Relación con el paciente	Conflicto /abandono
	Ingresos del paciente	Pensión
	Ingresos de la familia	Responsabilidad del cuidado
	Capacitación y emprendimiento	Apoyo económico/ sostenibilidad en la respuesta / proyectos de vida

Categoría	Subcategoría	Códigos
Apoyo intersectorial	Programas del Estado	Limitaciones
	Redes comunitarias	Potenciar relaciones
	Coordinación entre sectores	Apoyo económico/ pedagogía/proyectos de vida

Al costado izquierdo se encuentran las categorías apriorísticas que corresponde a las generales de análisis de la información. Luego se encuentran las subcategorías, que corresponden a unidades de análisis que permiten organizar y refinar el proceso de codificación en una investigación cualitativa. Funcionan como divisiones dentro de una categoría principal, ayudando a estructurar la información de manera más detallada y jerárquica. Finalmente se encuentran los códigos que son conceptos que se asignan a segmentos de datos de las entrevistas para identificar patrones.

### **5.1 Descripción de experiencias del Trabajo Social en programas de atención domiciliaria en salud**

A continuación, se abordan las experiencias de trabajadores sociales en programas de atención domiciliaria en IPS pública y privada. En el anexo 2 se encuentra la entrevista que fue aplicada a estos profesionales sociales.

La atención domiciliaria en salud en Colombia se lleva a cabo en un contexto en el que se busca descentralizar los servicios médicos y ofrecer atención integral y personalizada a los pacientes en su propio entorno, favoreciendo su bienestar y la continuidad de su tratamiento. Esta modalidad de atención se ha fortalecido gracias a la implementación de políticas públicas como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), establecido por la Ley 100 de 1993, que

ha permitido ampliar el acceso a servicios médicos en regiones apartadas y para poblaciones vulnerables.

Actualmente, tanto instituciones públicas como privadas (IPS), brindan servicios de atención domiciliaria en salud,

Es importante tener en cuenta que el inicio de una atención domiciliaria empieza desde una orden de servicios por su EPS; y muchas veces son por patologías, ya sea de manejo paliativo o crónico, es decir, llámese personas con limitaciones físicas, limitaciones mentales, cognitivas o simplemente postrados o pacientes terminales (Pérez, 2024).

Así pues, el servicio de atención domiciliaria inicia con una orden médica o autorización que realiza un médico, y que finalmente, la EPS aprueba y la transmite a la IPS.

La experiencia que el Trabajo Social ha tenido en esta modalidad de atención se enmarca en el sector público y privado. A continuación, se describen algunas experiencias de trabajadores sociales en dichas instituciones (que no serán mencionadas), abordando el rol del profesional en la implementación de estos programas.

El accionar del trabajador social es muy amplio, tal como lo señala:

Pues desde el diagnóstico social en adelante, como orientaciones, verificación de derechos.

Dentro del programa, desde la experiencia se ha podido abordar a diferentes familias, estructuras familiares. (Cardona, 2024).

Allí se evidencia que el accionar del Trabajo Social en el ámbito de la salud abarca un proceso integral que inicia con el diagnóstico de las necesidades sociales, económicas y emocionales del usuario. Donde a partir de este diagnóstico, el trabajador social elabora estrategias de intervención individual y/o familiar.

Asimismo, se hace hincapié en un factor importante, las redes de apoyo familiar: “Nuestro accionar nos permite brindar como ese apoyo concerniente a reconstrucciones familiares, a las redes de apoyo del usuario”. (Cardona, 2024)

Ciertamente, se hace alusión a que, en el proceso de la intervención no sólo se aborda al individuo sino también a la red de apoyo; se brinda un apoyo integral, en el aspecto físico y médico del paciente (adherencia al tratamiento), y también en áreas fundamentales como la reconstrucción de dinámicas familiares y la creación o fortalecimiento de redes de apoyo.

Se debe tener presente que la red de apoyo institucional también posee un papel fundamental en la adherencia al tratamiento y/o rehabilitación del paciente, “También se trabaja de la mano con las diferentes instituciones en las cuales son partícipes los usuarios y/o se encuentran vinculados tanto públicas como privadas”. (Cardona, 2024)

La red de apoyo institucional juega un papel crucial en el proceso de rehabilitación del paciente en la atención domiciliaria en salud. Esta red está conformada tanto por la Institución Prestadora de Salud, como por diversas entidades públicas y privadas, que aportan recursos esenciales para el bienestar del paciente y la familia. Esta integración permite un abordaje multidisciplinario que va más allá de la atención médica, ofreciendo servicios como asistencia psicológica, apoyo social, orientación educativa, apoyos económicos, entre otros.

En otro sentido, debe abordarse las dinámicas institucionales, conocer cómo estructuran e implementan los programas de atención domiciliaria en salud, especialmente, cómo dan respuesta a las necesidades de la población. Para ello, es necesario tener presente que esta modalidad de atención se da bajo los parámetros del ministerio de Salud y Protección Social, donde la IPS ejecuta unos procesos y estrategias de coordinación entre profesionales, con el fin de brindar un servicio humanizado y de calidad.

Ya por el tema más de coordinación, como te decía administrativo de organizar rutas, organizar agendas, organizar atenciones para el personal terapéutico, auxiliar o profesional, pues eso sí es una actividad propia de cada IPS que maneja de acuerdo a sus protocolos internos y se le da cumplimiento a un pacto contractual. (Pérez, 2024).

Así pues, se debe tener presente que las dinámicas institucionales, tanto procesos, protocolos y procedimientos se encuentran definidos por un contrato; es decir, se encuentra alineada por una serie de acciones para llevar a cabalidad.

Ahora bien, la rehabilitación y/o tratamiento enfocado al mantenimiento al paciente se encuentra bajo responsabilidad de profesionales del área de la salud y ciencias humanas; tales como médicos, pediatras, enfermeros, terapeutas, auxiliares de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros. Quienes, desde el saber de su profesión, realizan un aporte para poder brindar los servicios de salud. Sin embargo, es crucial que paralelo a la atención profesional, la red de apoyo familiar se encuentre presente durante todo el proceso.

Es muy importante, pues primero la parte del apoyo a nivel familiar (...), el médico, pues es quién realmente está ahí como atento a verificar el estado actual del paciente. Da las pautas que se deben pues ir realizando para confluir en el plan de manejo del paciente. Sí pues, dado que cada uno de los pacientes tiene un diagnóstico diferente y pues planes de manejo completamente diferentes. (Cardona, 2024)

Es así como el médico realiza el aporte al hacer la valoración inicial y establecer un tratamiento adecuado para la condición médica del paciente. Por otro lado, en estos servicios de atención domiciliaria también se realizan diferentes tipos de terapias. “Para el área de manejo terapéutico se tienen diferentes terapeutas, desde el área física, ocupacional, de fonoaudiología,

que son bastante importantes, pues para recuperar toda la parte del habla y demás” (Cardona, 2024).

Por otro lado, el servicio de psicología complementa estos tratamientos (en algunas ocasiones),

También se cuenta con el equipo que hace parte de psicología, es bastante fundamental, pues dado que se tiene como una pérdida de autoestima; adicionalmente, pues es una adecuación en el ciclo vital en el que se encuentran los usuarios normalmente (...) la mayoría de los usuarios que se tienen en el programa de atención domiciliaria, son adultos mayores, y ya por su ciclo normalmente brindamos es más como un apoyo de mantenimiento. (Pérez, 2024)

Desde la psicología, se ayuda a asimilar la información sobre la enfermedad y el tratamiento, la toma de decisiones más razonadas relacionadas con su cuidado. Estos profesionales también realizan una evaluación al paciente, identificando así posibles consecuencias por el proceso de enfermedad, así como la búsqueda de métodos para que la adherencia al tratamiento sea menos compleja.

En estos programas de atención domiciliaria también se encuentran profesionales de trabajo social, que contribuyen significativamente,

Desde el área de Trabajo Social se apoya mucho porque es un proceso de adaptación, de sensibilización, no solamente al usuario (...) sino también pues para sus familias; dado que cuando se tiene una persona con situación de dependencia funcional dentro de una vivienda, las necesidades cambian. (Pérez, 2024)

Es así como el aporte de cada profesión del área de la salud y ciencias humanas, se articulan con el fin de brindar un servicio de calidad, donde el paciente pueda adherirse y seguir el tratamiento, en un entorno social en el que posee un apoyo emocional y psicológico.

Desde el trabajo social, se tiene la capacidad de realizar un análisis del contexto macro y micro que puede influir positiva o negativamente en el bienestar del paciente, y cómo este estado de enfermedad puede influir en la esfera familiar, como ejemplo hipotético. Por lo que, desde las experiencias recolectadas se mencionan algunas ejemplificaciones de desafíos que surgen a la hora de brindar un servicio de salud domiciliario, y cómo desde la institución se establecen lineamientos para su abordaje.

A continuación, se mencionan algunas situaciones que han surgido en el quehacer del trabajador social y se han podido identificar; así como la respuesta institucional que se ha brindado con el fin de sobrellevar estos desafíos y poder ofrecer una atención de calidad. Cabe aclarar que no corresponde a la totalidad de los desafíos hallados.

Una de estas hace referencia a la responsabilidad familiar, en el acompañamiento del paciente corresponde a que delegan la responsabilidad al personal de salud y descuidan el rol como cuidador primario. Esta es una situación común en la mayoría de los domicilios, según lo mencionado por el entrevistado. Ahora bien, estas situaciones a medida que surgen son abordadas desde la institucionalidad, para que el servicio no se vea afectado. “Muchas veces es importante más que coordinar es educar, en hacer que la persona cuidador familiar interiorice su responsabilidad, ya sea en el cuidado o en la rehabilitación de ese paciente domiciliario” (Pérez, 2024).

Haciendo referencia a que, desde la IPS en un primer momento se realiza un proceso pedagógico, que se limita a unas visitas desde la coordinación. Posterior a ello, si no se ve mejoría

en la situación familiar, se remite a la EPS quién es la encargada de establecer un diálogo énfasis en la responsabilidad y/o compromiso que posee la familia.

Unido a lo anterior hay otras situaciones, relacionadas con la accesibilidad por la ubicación geográfica del domicilio.

Porque muchas veces no se encuentra el personal idóneo por así decirlo o que tenga la facilidad de un transporte para ir a suplir esa necesidad; es decir, si la institución posee usuarios en zona rural o de difícil acceso, se tiene la dificultad de las carreteras, de la distancia, del mismo clima. Entonces hay una persona que vive en una zona, por ejemplo, como lo es Guatiguará, (...) que es una zona de difícil acceso. (Pérez, 2024)

El acceso al servicio de salud no solo depende de la disponibilidad de personal capacitado, sino también de las condiciones estructurales y geográficas que enfrentan ciertas comunidades (donde se ubica el domicilio). Esta situación eleva el costo en la atención al paciente, y en muchas ocasiones no se realiza de manera oportuna. Por otro lado, surgen desafíos que se salen del alcance de la institución, y también se encuentra ligado con la ubicación geográfica,

Hay usuarios o pacientes que viven en zonas, ya sea rurales o apartadas, o zonas de pronto que tienden a ser violentas por su zona de ubicación geográfica. (...) si la atención es en Morrórico o el norte de la ciudad, donde los auxiliares y los profesionales no van, o no les gusta ir, o es difícil conseguir una persona que conozca la zona y que los habitantes de la zona los conozca, que les permita el ingreso para ejercer; porque se han presentado casos de violencia de hurtos. (Pérez, 2024)

Así pues, el acceso a servicios de salud en zonas vulnerables no sólo está determinado por la capacitación o disposición del personal, sino por las realidades sociales y de seguridad local. La

inseguridad en algunas áreas refleja una brecha profunda entre las necesidades de los usuarios y la capacidad de respuesta institucional.

En otro caso, la misma estructura habitacional o condiciones de habitabilidad no son las más adecuadas para prestar el servicio en el domicilio,

Hay pacientes que de pronto viven en hacinamiento o que no cuentan con los servicios mínimos para poder prestar la atención. (...) La institución tiene pacientes con ventilación mecánica o pacientes que de pronto están cursando con algún tipo de infección, que no cuentan con un hábitat adecuado para poder hacer un proceso de rehabilitación y de recuperación y de mejoramiento de la salud; porque si se tiene un proceso de infección ya se llámesse una escara, una úlcera, y la casa que el piso es de tierra, que las paredes (...) están en obra gris, pues eso va a dificultar y limitar la atención del profesional. (Pérez, 2024)

Este es un desafío netamente socioeconómico, ya que las condiciones estructurales de las viviendas dependen en muchas ocasiones de los ingresos monetarios que se posean. En este mismo sentido también se menciona que algunos productos de higiene personal no son cubiertos, así como la limitación de adquisición debido a la capacidad montaria.

Un desafío muy particular es cuando se presenta un caso de abandono de un paciente, por su núcleo familiar. Donde se hace verificación de las demás redes de apoyo para poder darle ingreso al programa de atención domiciliaria, se halla lo siguiente,

Quienes están adscritos cuentan, por ejemplo, con su recurso económico propio. Sí, porque normalmente, cuentan con su ingreso pensional y demás, pero también se identifican pues algunos casos (...) que nos indican que el paciente, cuenta con ese recurso propio. Al momento de verificar su red de apoyo interno, se evidencia que se encontraba en abandono.

Sí al encontrarse en abandono y en un estado de dependencia total, se habla de un Barthel de cero, no podría contar con ese ingreso pensional porque pues no hay quien le maneje el recurso. (Cardona, 2024)

En esta situación, aunque se tiene un recurso disponible (pensión) para la complementariedad del servicio, al no poseer red de apoyo familiar, no se puede dar ingreso al servicio de atención domiciliaria, lo que afecta el bienestar del paciente y no sule las necesidades de salud. Asimismo, se debe tener presente que, es posible la asignación de un tutor legal, es un proceso legal que conlleva tiempo, por lo que en general las acciones institucionales son limitadas.

Y pues desde la institución también, pues se da que no se pueda hacer más por el usuario. Sí, en su estado, digamos, de abandono o de estar en ese momento en la institución prestadora de salud, hospitalizada, y pues en abandono, no cumple tampoco con los criterios de ingreso al programa. (Cardona, 2024)

En resumidas cuentas, algunas situaciones que surgen durante la prestación del servicio de atención domiciliaria poseen un abordaje simple para continuar brindando el servicio; sin embargo, otros desafíos que se presentan van más allá del compromiso legal con la EPS y el alcance que posee el programa de atención domiciliaria institucional de la IPS.

## **5.2 Análisis de la información**

A continuación, se presenta el análisis realizado con base a la metodología que fue utilizada. Debe tenerse en cuenta que se parte de las relaciones encontradas entre los códigos, y categorías apriorísticas producto de las entrevistas aplicadas. Paralelo a ello, se compara el

hallazgo con el marco normativo vigente y futuro (proyecto de Ley de la Reforma a la Salud), así como el modelo del sistema de salud cubano.

La necesidad de plantearlo de esta forma parte de los desafíos que surgen en la implementación de programas de atención domiciliaria, el marco legal que los regula; en el contexto del proyecto de ley de la reforma a la salud en Colombia, para identificar si contempla estos desafíos, y el modelo del sistema de salud cubano, que se sitúa como estructura de salud nacional con alto impacto en la población.

La atención domiciliaria, como bien se señala en el nombre, se brinda en la casa del paciente, pues se piensa en la comodidad del hogar, asequibilidad, entre otros beneficios. Sin embargo, en muchas ocasiones el contexto domiciliario trae consigo algunas implicaciones en la prestación del servicio. Por lo anterior, se considera pertinente el abordaje de los desafíos ponderantes que emergen durante la implementación de la atención en salud.

### ***5.2.1 Condiciones socioeconómicas***

En primer lugar, es fundamental tener presente que existen unos determinantes sociales de la salud, que condicionan, limitan y afectan el bienestar de los pacientes. Según Otero & Zunzunegui (2011) desde la perspectiva de la epidemiología social, los principales indicadores utilizados para clasificar la posición socioeconómica (PSE) de las personas son los ingresos, el nivel de instrucción y la ocupación.

Varios trabajos han mostrado que la renta familiar influye considerablemente en la salud de los niños, tanto en países desarrollados (Case *et al.*, 2005) como en países en desarrollo (Van

de Poel, 2008); asimismo, señala Jiménez & Ortega (2014) que son muchos los estudios que muestran una asociación entre ingresos bajos, menor educación, desempleo y mala salud.

Por ello, las *condiciones socioeconómicas* es la primera categoría a presentar, puesto que los ingresos económicos son constituidos determinantes sociales que directamente pueden afectar la salud de un paciente; por ende, la atención que brinde una IPS en la modalidad de atención domiciliaria,

Las limitaciones económicas de las personas en un proceso de atención, si bien es cierto las EPS, que son las “dueñas de los pacientes” pueden asumir o suministrar ciertos insumos para la atención de estos pacientes. Pero, muchas veces hay otros que no están cubiertos por el POS. Por lo que deben ser suministrados por el familiar o por el paciente; entre ellos todo lo correspondiente al aseo personal, llámese jabones, pañitos, cremas, pañales y que muchas veces, la familia no posee el recurso económico para suplir esta necesidad; lo que también limita el proceso de atención. (Pérez, 2024)

El ingreso socioeconómico es un determinante social de la salud, pues influye directamente en el bienestar de las personas. En un estudio de Tovar et al (2018) se halló la significancia del 10%, encontrando que estar desempleado, respecto a estar en otra situación, reduce la probabilidad de autorreportar muy buen o buen estado de salud y aumenta la probabilidad de tener regular o mal estado de salud en 1.6% y 0.17%, respectivamente. En este sentido, las condiciones socioeconómicas no solo influyen en la capacidad de adquisición de productos que necesarios para complementar el cuidado del paciente; además, influyen directamente en el estado de bienestar del mismo.

Actualmente, según lo identificado en los programas de atención domiciliaria algunos pacientes no poseen la capacidad económica para hacerse cargo de gastos extra para continuar con

el proceso de tratamiento. Así pues, haciendo una revisión en la normatividad vigente, en la Ley 2366 del 2023, señala que, aunque los productos como pañitos, toallas, etc. son importantes para la calidad de vida y el cuidado básico del paciente, no están catalogados como necesarios para el tratamiento directo de una enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023)

De este modo, la responsabilidad de suplir estos productos recae en la red de apoyo familiar del paciente—que en ciertos casos no cuenta con estos recursos, por lo que en reiteradas ocasiones se ve interrumpido el proceso de tratamiento, y este se ve afectado. También, “algunos pacientes con enfermedad crónicas o en cuidado paliativos, al estar en reposo pueden desarrollar úlceras por presión; debido a esto se recomienda seguir una serie de pasos para tratar estas heridas” (Clínica Universidad de Navarra, s.f), pero como ya se ha mencionado, no todas las personas poseen las mismas condiciones económicas para suplir estos gastos, y como consecuencia el proceso de recuperación del paciente puede durar años.

Al hacer revisión sobre el tema en el proyecto de ley N° 312/2024C, en el artículo 16 “Unidad de Pago por Capitación (UPC)”, se aborda que,

El Ministerio de Salud y Protección Social (...) definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población. (p. 171)

El cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) es un mecanismo fundamental dentro del sistema de salud colombiano, ya que define los recursos financieros destinados a

garantizar la atención integral de la población. Su determinación no es arbitraria, sino que se basa en estudios técnicos que incorporan ajustadores de riesgo, los cuales permiten distribuir los recursos de manera más equitativa y eficiente. Factores como edad, sexo, ubicación geográfica, condiciones epidemiológicas y socioeconómicas inciden directamente en las necesidades de salud de la población, por lo que su inclusión en la metodología de cálculo busca reducir inequidades y mejorar el acceso a los servicios. Sin embargo, si estos criterios no se aplican de manera adecuada, existe el riesgo de que ciertos grupos poblacionales, especialmente aquellos con mayores vulnerabilidades, no reciban un financiamiento suficiente para cubrir sus necesidades reales en salud.

Si bien el modelo cubano adopta la misma postura que el colombiano en lo referente a los productos que se pueden o no brindar en la atención domiciliaria en salud, para continuidad del tratamiento. Sin embargo, en Cuba existe un régimen de asistencia social, en el que se brinda apoyo a personas sin recursos no aptas para el empleo, y que no cuentan con un respaldo familiar. En este caso se brinda un subsidio con el cual se pueden adquirir productos de la canasta familiar, así como de aseo personal, sea para personas con discapacidad, adultos mayores, entre otros. Si bien, en Colombia también existe un Sistema de Asistencia para grupos poblacionales, su capacidad de asistencia es limitada y no en algunas ocasiones no se logra hacer efectivo el acceso a los mismos.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2023), la pobreza monetaria en Colombia se situó en 33%, y en las zonas rurales la pobreza monetaria pasó de 45.9% a 41.2% en los años 2022-2023. Sin embargo, a pesar de las mejoras en los índices de pobreza, Colombia continúa enfrentando desafíos en términos de desigualdad socioeconómica. La distribución desigual de ingresos y recursos afecta el acceso equitativo a servicios de salud, donde

las poblaciones de bajos ingresos, especialmente en zonas rurales, suelen tener un acceso limitado a estos servicios debido a restricciones económicas y geográficas.

Además, se debe traer a colación que Colombia es un país que tiende al envejecimiento poblacional; según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2023), para el año 2021, Colombia contaba con aproximadamente 7.107.914 personas de 60 años o más, representando el 13,9% de la población total; de igual manera, el 25% de estos adultos mayores para el 2023 contaban con una pensión, por lo que se infiere que un alto porcentaje de esta población no logró cotizar al Sistema General de Pensiones. Por tanto, se encuentran desprotegidos ya que no hay un sistema de protección para el adulto mayor.

La insuficiencia de ingresos en la vejez representa una barrera significativa para el acceso a la atención domiciliaria en salud en Colombia de calidad, pues con tan solo el 25% de los adultos mayores contando con una pensión y una gran proporción dependiendo de subsidios como Colombia Mayor, la capacidad económica de esta población para costear servicios de salud en el hogar es extremadamente limitada, situación que se agrava en zonas rurales, donde el acceso a programas de apoyo es aún más restringido. En consecuencia, muchos adultos mayores carecen de los recursos necesarios para asumir los costos adicionales asociados con la atención domiciliaria, lo que pone en riesgo su bienestar y genera una mayor dependencia de redes familiares o del sistema de salud pública.

### ***5.2.2 Condiciones de habitabilidad***

Si bien las condiciones de habitabilidad se encuentran ligadas a las condiciones socioeconómicas de cada domicilio, para este caso se ha decidido realizar una separación de estas

dos, ya que, según la experiencia de los trabajadores sociales entrevistados las condiciones de habitabilidad están enfocadas al fortalecimiento pedagógico, y no precisamente un determinante debido a la condición económica del paciente.

Al brindar un servicio de atención domiciliaria los principales desafíos corresponden a la infraestructura y características de salubridad de la vivienda, por lo cual, la siguiente categoría a analizar son las *condiciones de habitabilidad*.

Teniendo en cuenta que la atención domiciliaria se dirige principalmente a pacientes que, debido a su estado de salud no pueden desplazarse a una IPS, y muchas veces son considerados “dependientes” (De la Revilla & Espinosa, 2003), por tanto, poseen una red de apoyo quién es la encargada de brindar acompañamiento tanto físico como psicológicamente. En este caso, el entrevistado menciona que,

Una dificultad también puede ser la misma estructura habitacional de los pacientes que viven en hacinamiento o que no cuentan con los servicios mínimos para poder prestar la atención. En algunas ocasiones, la IPS ha tenido pacientes con ventilación mecánica o que están cursando con algún tipo de infección, y desafortunadamente no cuentan con un hábitat adecuado para poder hacer un proceso de rehabilitación y de recuperación y de mejoramiento de la salud. (Pérez, 2024)

Las condiciones de habitabilidad en un proceso de atención en salud no son necesarias sólo por comodidad; incluso, son indispensables para la prestación de un servicio de calidad, ya que incide directamente en el estado de salud física del paciente, tal como se menciona a continuación, “Cuando se realiza una visita domiciliaria para realizar un proceso de atención en salud, y se identifica que la casa tiene desaseo, tiene polvo, tiene telarañas (...) es muy probable que afecte el proceso de atención y recuperación del paciente”. (Pérez, 2024)

A nivel mundial, muchas casas tienen defectos estructurales. Según la OPS (2022) el 15% de la población europea vive en viviendas con goteras en el techo, o humedades en las paredes, los pisos o los cimientos, o con podredumbre en los marcos de las ventanas, los pisos y otros elementos estructurales; casi el 20% señala que su vivienda no los protege contra el calor excesivo durante el verano, mientras que el 13% indica que su vivienda no es confortablemente cálida durante el invierno; en el Reino Unido, el 72% de los adultos con problemas de movilidad informaron que la entrada a su vivienda no era adecuadamente accesible.

De igual manera, señala la OPS (2022) que en el 2016, 3,8 millones de muertes en todo el mundo fueron atribuibles a la contaminación del aire en los hogares por el uso de combustibles sólidos para cocinar, de las cuales casi todas correspondieron a países de ingresos bajos y medianos. Alrededor del 15% de los nuevos casos de asma infantil en Europa pueden atribuirse a la humedad en los espacios interiores, lo que representa más de 69.000 AVAD potencialmente evitables y 103 muertes potencialmente prevenibles cada año (OPS, 2022). Por lo que se evidencia que la poca salubridad en las viviendas donde los pacientes reciben la atención de salud es crucial para la recuperación y correcta adherencia al tratamiento. El desafío inicia cuando no es por una situación económica sino por una de buenas costumbres y hábitos de higiene; pues ya son desafíos a abordar desde la pedagogía, con énfasis en la corresponsabilidad con el bienestar del paciente.

Si bien se encuentra vigente La Resolución 3100 de 2019 *Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud*, donde se señala que en la atención domiciliaria se tienen unas especificaciones concernientes a la infraestructura de las IPS para la prestación de los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Es evidente que la normatividad tiene presente la importancia de la infraestructura donde se brindará atención y lo que se espera

debe recibir el paciente durante la misma; sin embargo, se considera dar a conocer responsabilidades frente a las cuestiones de salubridad e higiene del domicilio. De igual manera, es necesario brindar claridad sobre el rol que adopta cada uno de los miembros de la familia en pro de este requerimiento, tanto el cuidador primario como la red de apoyo. Estas cuestiones según la experiencia en la profesión, se establecen (en algunas ocasiones) en el acuerdo contractual entre EPS, IPS y paciente.

La importancia de las condiciones de habitabilidad incide significativamente en la salud de las personas, especialmente de aquellas que ya poseen una condición médica, así como lo señala la OMS (2018):

Las malas condiciones de habitabilidad pueden exponer a las personas a una serie de riesgos para la salud. (...) La contaminación del aire de interiores ocasiona numerosas enfermedades no transmisibles, daña la salud respiratoria y cardiovascular y causa irritaciones y reacciones alérgicas, como el asma. Asimismo, el hacinamiento en las viviendas aumenta el riesgo de exposición a enfermedades infecciosas, y la insuficiencia de los servicios de suministro de agua y de saneamiento afecta a la inocuidad de los alimentos y la higiene personal y, por tanto, facilita que se contraigan enfermedades transmisibles. (p. 4)

Debido a su importancia e influencia directa como en el estado de salud del paciente, se espera que los próximos proyectos de ley puedan abordar estas insuficiencias normativas. Así pues, habiendo realizado una revisión en el proyecto de ley N° 312/2024C por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones, que se encuentra en “trámite de plenaria”, se halla el abordaje de las modalidades de servicios de salud, haciendo hincapié en la

cobertura de la población más vulnerable, aquellas personas con movilidad reducida, enfermedades crónicas o en situaciones terminales.

Aunque se queda corto en dar a conocer cómo las condiciones del hogar pueden afectar la salud de un usuario o en su defecto, qué medidas se deben adoptar para la atención domiciliaria; en el artículo 3, donde considera el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, hace referencia a la espera de una “reorganización de los servicios de salud que permita la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social” (Ley 312, 2024, p. 158); teniendo en cuenta que a través de las RIITS (Redes Integrales Territoriales de Salud), CAPS y los equipos de salud territoriales, serán los más cercanos a las realidades sociales; podrán identificar estos determinante sociales de la salud, y puedan ser planteados a través de políticas intersectoriales que implementen estrategias pedagógicas y de corresponsabilidad familiar.

Ahora bien, si se está pensando en realizar aportes para visualizar una política pública, es necesario tener un referente en el cual fundamentarse. El modelo de salud cubano es muy conocido por su APS y fundamentación en la atención domiciliaria, brindando servicios de salud integrales y contribuyendo en la disminución de costos intrahospitalarios.

El ingreso en el hogar, destaca algunos requisitos que deben cumplir los pacientes (futuros) y su domicilio, en función de poder brindar atenciones de calidad con resultados satisfactorios, tal como lo menciona Nidia Márquez (2012). Si bien, este lineamiento es coherente en el factor de las condiciones de habitabilidad del paciente y su núcleo familiar, se convierte en un criterio de selección o de ingreso a la atención en casa.

Asimismo, en el ámbito público las acciones son direccionadas desde el ámbito individual al comunitario, a través de un cuidado integral que considera el estado de salud a partir de sus

determinantes, tal como lo aborda la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) (citado por Di Fabio, 2020, p.3).

La APOC, es considerada una práctica curativa y preventiva de atención a personas enfermas y saludables y a la comunidad como un todo. Según Di Fabio et al (2020)

Esta práctica se basa en una apreciación epidemiológica de las necesidades de salud de la población en la prestación de atención por parte de un equipo multidisciplinario que provee los servicios a una comunidad definida. Asimismo, se basa en la integración planificada de AP y SP, en la participación progresiva de la comunidad y en la coordinación con todos los sectores de servicios que la atienden. (...) En Cuba varias acciones de salud se realizan a nivel de la comunidad de conjunto con los actores ministeriales a través de las organizaciones de masas como las brigadas sanitarias de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) o los Comités de Defensa de la Revolución (CDR). La comunidad participa activamente en la realización de tareas colectivas de saneamiento, vacunación y promoción de salud entre otras. (pp.06-11)

Si bien la APOC es destacada como una estrategia integral que combina acciones curativas y preventivas, su implementación efectiva depende de diversos factores contextuales y estructurales. Aunque el enfoque epidemiológico permite una planificación basada en las necesidades reales de la población, en muchos casos enfrenta dificultades debido a la fragmentación de los sistemas de salud y a la falta de recursos. Además, la participación comunitaria, aunque esencial, no siempre se da de manera equitativa ni autónoma, ya que puede estar condicionada por factores políticos o administrativos. El ejemplo cubano ilustra un modelo donde la comunidad es un actor clave en la promoción de la salud; sin embargo, la sostenibilidad y replicabilidad de este modelo en otros

contextos depende de la existencia de estructuras organizativas sólidas y de la voluntad política para garantizar su funcionamiento sin generar una sobrecarga en la población.

### ***5.2.3 Generación de capacidades***

Por otro lado, la tercera categoría corresponde a la ***generación de capacidades***, que se sitúa como otro de los desafíos presentes en los servicios de atención domiciliaria. Si bien algunos de los pacientes que cursan alguna enfermedad crónica poseen una pensión asignada por el Estado, no son suficientes para suplir múltiples gastos de la enfermedad y del hogar. A lo largo del país la tasa de jefatura evidencia que, desde la perspectiva de Oliva et al., (s.f) por cada 100 colombianos casi 26 son jefes de hogar, lo que corresponde a un promedio de 4 personas por hogar. Dentro de los adultos mayores se logran porcentajes de jefatura hasta de 4.8%; por lo que, es probable que entre estos porcentajes se encuentren personas que padecen alguna enfermedad crónica, y que a causa de esta sus ingresos hayan disminuido. Aunque cabe la posibilidad que el cónyuge sea quien adopte la jefatura del hogar, un estudio revela que más del 53% de los cuidadores no profesionales son el cónyuge o la pareja de la persona que recibe los cuidados (Oliva et al., s.f), por lo que es posible que estas familias se sumen al porcentaje de pobreza en Colombia.

Por otro lado, desde la identificación de desafíos o brechas que se presentan durante la atención domiciliaria el profesional señala,

pero realmente un aporte de recursos ya sea económico o instrumental para mejorar la inclusión de los pacientes domiciliarios no lo hay. En ocasiones y depende, en su mayoría de ayudas extranjeras o de la Cruz Roja. Se entregan estos aditamentos, llámese muletas,

sillas de ruedas, ortesis, prótesis a cierta población, pero eso es mínimo y poco. (Pérez, 2024)

Se hace evidente que en la atención domiciliaria solo se llevan a cabo acciones orientadas a la atención física del paciente, sin realizar gestión de recursos y/o activación de rutas de apoyo intersectorial. Se evidencia una falta de responsabilidad institucional en aras de potenciar la generación de capacidades, teniendo en cuenta que son individuos con proyectos de vida inconclusos, y en muchos casos, frustrados.

Así pues, desde la normatividad, aunque existe la Ley 2297 de 2023 *Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones*, su alcance de potenciación en las capacidades se queda corto (Congreso de la República de Colombia, 2023). Se debe agregar que, en el proyecto de ley N° 312/2024C, se destaca que los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, desarrollarán procesos de gestión intersectorial y participación social, e incluir progresivamente especialidades básicas de medicina familiar y se articulará con servicios sociosanitarios y de cuidado en el territorio; donde la participación intersectorial será la clave para la generación de oportunidades, y más que nada, herramientas para la generación de capacidades de los usuarios.

Por su parte, Ramón et al (2017), en el artículo intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba, resalta que el empoderamiento es un proceso en el que la gente gana mayor control sobre decisiones y acciones que afectan directamente en la salud. Resaltando la importancia de la acción coordinada de diversos sectores de la sociedad o

parte de ellos, en función de solucionar un problema de salud o por su parte actuar sobre sus factores determinantes, condicionantes y desencadenantes.

En este caso, es importante destacar que la articulación intersectorial es una de las mayores herramientas de empoderamiento en capacidades, pues en el Censo Nacional de Población y Vivienda (2018) se establece que en 2021 el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) lanzó una convocatoria destinada a personas con discapacidad, asignando \$2.000 millones de pesos para financiar aproximadamente 25 nuevas iniciativas empresariales en todo el país. Se proyectó la generación de alrededor de 100 empleos formales a través de esta iniciativa. No obstante, aunque este recurso puede parecer significativo, en términos de impacto nacional resulta limitada. Colombia tiene más de 3 millones de personas con discapacidad (Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018), y este tipo de esfuerzos benefician solo a una fracción mínima de la población que realmente requiere apoyo económico y social. La creación de 100 empleos formales es un avance, pero insuficiente frente a la tasa de desempleo que afecta a esta población.

Además, la efectividad de este tipo de programas depende de la continuidad y el seguimiento ¿Se han implementado estrategias para garantizar que estos emprendimientos sean sostenibles a largo plazo? ¿Se han articulado con otros sectores para ofrecer capacitación continua, acceso a mercados y redes de apoyo financiero? Sin una estructura que fortalezca estos proyectos en el tiempo, se corre el riesgo de que muchas de estas iniciativas se constituyan como asistencias sociales, limitando el impacto real de la inversión.

#### ***5.2.4 Apoyo familiar***

Otra de las categorías a analizar es la del ***apoyo familiar***, pues es crucial para el proceso de adherencia al tratamiento y rehabilitación del paciente, tanto por supervisión, como por soporte emocional y cuidado. Sin embargo, una red débil puede incidir en la atención que brinda una IPS al paciente,

Muchas veces las familias creen que, al tener una atención domiciliaria, ya sea de cuidador de enfermería o de rehabilitación, ellos le entregan el manejo prácticamente como siendo niños al profesional de la salud, y delegan su propio rol como cuidadores principales. (...) por lo que confunden el rol del profesional o del técnico auxiliar, pensando que no es una persona de salud para la atención de procesos asistenciales, sino es la empleada del servicio. (Pérez, 2024)

De esta forma, la calidad de la atención disminuye, pues las responsabilidades del capital humano se desplazan al apoyo de otras actividades. Actualmente existe deficiencia normativa acerca de las responsabilidades del cuidador del paciente en el programa de atención domiciliaria, y aunque se encuentra vigente la ley 1751 del 2015, son mencionados los deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, donde no se aborda el concepto de responsabilidad constante en el proceso; y únicamente menciona en el art.10, que se debe “propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad”, que en definitiva es una afirmación general, y no establece acuerdos claros de corresponsabilidad (Congreso de la República, 2015). Por otra parte, aunque el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud de la Resolución 3100 de 2019, señala que un criterio de los procesos prioritarios es el entrenamiento y capacitación al paciente, familiar y cuidador que incluya manejo de asepsia y antisepsia en el domicilio, manejo

de residuos y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, no se tiene en cuenta la capacidad real de las familias para asumir estas responsabilidades ni los recursos disponibles para su cumplimiento efectivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En este caso, existen deficiencias en mecanismos de supervisión y seguimiento para garantizar que esta capacitación se brinde de manera efectiva y continua. Esto puede generar riesgos tanto para los pacientes como para los cuidadores, aumentando la posibilidad de infecciones, errores en la administración de medicamentos y un mayor desgaste físico y emocional en quienes asumen el rol de cuidadores. La normativa, aunque bien intencionada, podría quedar como un requisito formal sin un impacto real si no se complementa con estrategias de apoyo, evaluación y seguimiento que aseguren su cumplimiento y efectividad en el contexto real de la atención domiciliaria.

Y como este, hay muchos otros desafíos con los que se encuentran las instituciones prestadoras de salud a la hora de brindar el servicio de atención domiciliaria. Tal es el caso de la situación de la falta de responsabilidad compartida, por parte de la red de apoyo familiar.

“Hablando de responsabilidades, sí muchos de los integrantes de la familia no pueden asumir ese rol bajo el principio de solidaridad o con el fin de salvaguardar la integridad de ese integrante de la familia” (Cardona, 2024).

Esta falta de corresponsabilidad familiar conlleva a que una persona, suele ser cónyuge, un padre o un hijo adopte el rol de cuidador primario. Zambrano & Ceballos (2007) señalan que “las personas que asumen este cuidado individualmente empiezan a padecer el síndrome del cuidador quemado”; tal como lo confirman una investigación realizada en Cartagena por la Academia Nacional de Medicina de Colombia (2024) la cual encontró que “1 de cada 5 cuidadores de personas longevas no institucionalizadas presenta sobrecarga”. Otro estudio afirma que “el 87,3%

de los cuidadores de las personas con daño cerebral son mujeres con una edad promedio de 50 años” (Zambrano & Ceballos, 2007), por lo que debe cuestionarse que la mujer continúa siendo desplazada a labores “inherentes” a su sexo.

Las personas que sufren el síndrome del cuidador quemado, presentan sentimientos de culpa, dejan de lado su proyecto de vida para dedicarse al cuidado del paciente, y “manifiestan también tristeza y tensión ambiental, son incapaces de relajarse y pueden presentar un aislamiento social y sentimiento de soledad” (citado por Martínez, 2020). Es decir, esta responsabilidad impuesta (a una persona) da inicio a un segundo enfermo en el núcleo familiar, por lo que debe cuestionarse si el actual modelo de atención domiciliaria o quizá a estos programas con dicha modalidad extramural les hace falta incluir un componente de acompañamiento pedagógico constante al cuidador primario.

En efecto, la condición que experimenta el cuidador primario afecta el cuidado y rehabilitación del paciente; pues dificulta que este cuidador se posicione como una red de apoyo psicosocial sólida para el paciente y contribuye a que esa “tensión ambiental” se traslade a la esfera de la coordinación institucional y obstaculice la debida prestación del servicio de salud.

Asimismo, y no menos importante, la falta de apoyo y/o responsabilidad familiar compartida, y padecimiento del síndrome del cuidador primario puede traducirse en el abandono de paciente; según un informe de la Universidad de La Sabana, cada año se registran aproximadamente 400 casos de abandono de adultos mayores en Colombia (citado por Álvarez, R. 2020); en Bogotá desde 2020 hasta mediados de 2023, “la Administración Distrital reportó alrededor de 2.800 adultos mayores abandonados en las calles de la capital. Además, cada mes, entre 5 y 10 adultos mayores son dejados en clínicas y hospitales de la ciudad” (Muñoz, 2023).

Respecto a ello, el proyecto de ley N° 312/2024C, señala un abordaje individual, familiar y comunitario para la identificación de necesidades; sin embargo, se considera necesario plantear acciones específicas para el abordaje de este fenómeno particular, disminuir el abandono de adultos mayores. No obstante, se especifica que las CAPS contribuirán en elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas; además de contribuir en la ejecución de programas de eventos de interés de salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional; y en el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, que se espera sea implementado con el fin de dar respuesta a las necesidades socioeconómicas y de cuidado al paciente.

En el caso del modelo cubano, aunque la red de apoyo familiar es considerado imprescindible para poder evaluar las condiciones generales de salud en las que se encuentra cada núcleo familiar Mitre et al. (2001), este enfoque no solo permite una mayor cobertura en la prestación del servicio, sino también, por el fortalecimiento de la red de apoyo familiar y prevención del abandono de los pacientes que sufren enfermedades crónicas o agudas. De alguna manera, esta atención colectiva dentro del núcleo familiar tiene mayores beneficios, de los que se obtendrían si solo se aborda a la persona que muestra una enfermedad crónica o aguda.

Si bien la atención colectiva dentro del núcleo familiar puede generar beneficios adicionales en términos de prevención y cuidado, su efectividad depende de factores como la disponibilidad de recursos, la capacitación de los cuidadores y el respaldo institucional. Sin un apoyo estructural adecuado, existe el riesgo de que la responsabilidad del cuidado recaiga desproporcionadamente sobre la familia, lo que puede generar sobrecarga y vulnerabilidad en los cuidadores.

### ***5.2.5 Articulación intersectorial***

Desde la institucionalidad, al identificar cada uno de estos retos (y otros más que no se abordan en este análisis), inician la búsqueda de la ***articulación intersectorial***, que corresponde a la quinta categoría, con el fin de dar respuesta a estas necesidades específicas de cada paciente. Sin embargo, en la praxis, lograr establecer una articulación conlleva un gran desafío, “hay una gran falta de políticas públicas, diferentes programas o instituciones que puedan brindar como ese apoyo, pues desde la parte institucional también”. (Cardona, 2024)

Y como consecuencia, se tienen necesidades insatisfechas, las cuales afectan el bienestar del paciente, ya que comprometen el estado de salud. De esta forma, no solo se ejemplifica un vacío en la respuesta intersectorial a un problema público, sino que además existe una insuficiencia normativa que imposibilita dar respuesta a las necesidades de los pacientes y la búsqueda de recursos por parte de la IPS, el paciente y su red de apoyo familiar.

Afortunadamente, a lo largo de esta reforma a la salud se ha hecho especial énfasis en la gestión intersectorial y participación social de los usuarios. Algunos artículos como el 3, 24, 29 y 30, hacen hincapié en la importancia del apoyo intersectorial, así como el ente encargado de esta gestión (CAPS). No obstante, en la actualidad son las mismas IPS quienes continúan con esta función, pues finalmente son quienes identifican estas necesidades durante la prestación del servicio de salud. Por lo anterior, se espera que, en esta nueva estructuración del Sistema de Salud, las acciones de las Gestoras de Salud y Vida trasciendan a la coordinación y apoyo intersectorial.

Por su lado, el modelo de salud cubano hace especial énfasis en este factor, abogando que la salud no existe de modo aislado, por el contrario, está influenciada por un complejo de factores ambientales, sociales y económicos (Ramón et al, 2017). Es preciso mencionar, que la

intersectorialidad se consolidó como tecnología, pues forma parte de políticas y estrategias para el desarrollo sostenible de la salud a nivel nacional o internacional. De esta forma la coordinación profunda, el intercambio de conocimiento, recursos de los diferentes sectores, contribuyen a dar respuesta a los determinantes sociales de la salud, en los desafíos que surgen durante la atención domiciliaria en salud.

Se ha podido evidenciar que, en Colombia, aunque el sistema de salud está regulado por una serie de leyes y normativas generales y actualizaciones, deben avanzar y evolucionar en pro de dar respuesta a las necesidades particulares de los pacientes que reciben atención domiciliaria en salud. A pesar de la existencia de leyes que establecen derechos básicos en salud, como el acceso a servicios esenciales, y programas como el Plan de Beneficios en Salud (PBS); existen desafíos que se identifican como insuficiencia normativa a la espera de ser abordados integralmente las demandas de esta modalidad de atención. Esto no solo afecta la calidad de vida de los pacientes, sino también impone una carga desproporcionada sobre sus cuidadores, dificultando así la construcción de un proyecto de vida digna para el paciente y familia, haciendo de la reinserción social una posibilidad casi inexistente.

De igual manera, el accionar de las IPS se encuentra limitado por el apoyo intersectorial, por lo que, los tratamientos, aunque muy eficaces son poco sostenibles, puesto que los desafíos persisten y no son abordados de manera integral, multidisciplinaria e intersectorialmente.

### **5.3 Aportes**

Los hallazgos permiten concluir que se requiere el diseño de una política pública de alcance macro y de carácter redistributivo, que consolide y actualice la normativa vigente en relación con

la atención domiciliaria, incorporando acciones orientadas a las nuevas necesidades y deficiencias identificadas. Esta política pública debe reconocer que Colombia, al presentar tendencias de envejecimiento poblacional, enfrenta un incremento paulatino en los costos de atención intrahospitalaria. En consecuencia, el fortalecimiento de la atención domiciliaria no solo reduciría el gasto en salud, sino que también facilitaría el acceso equitativo a los servicios sanitarios, contribuyendo así a la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A continuación, se resumen los principales aportes producto del trabajo de investigación, la cual se concentra en los siguientes referentes:

#### 1. Reconocimiento de la atención domiciliaria como estrategia esencial

La atención domiciliaria en salud, concebida como alternativa para descongestionar hospitales, debe integrar una perspectiva de continuidad del cuidado, particularmente para poblaciones con movilidad reducida, enfermedades crónicas y pacientes en estado paliativo. Para su correcto diseño e implementación, se propone adoptar enfoques sustentados en los derechos humanos, la equidad, la intersectorialidad y la atención centrada en el paciente, junto con el reconocimiento de la red de apoyo familiar como un factor determinante para la adherencia y eficacia de los tratamientos.

#### 2. Inclusión del Trabajo Social en los criterios de habilitación

La exclusión del Trabajo Social dentro de los criterios de habilitación refleja una visión predominantemente biomédica y limita la posibilidad de un abordaje interdisciplinario en la atención domiciliaria. Se recomienda, por tanto, revisar y ampliar dichos criterios para integrar el Trabajo Social como profesión esencial. Este cambio respondería a la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud, reforzar las redes de apoyo y facilitar el acceso a recursos comunitarios. Asimismo, la ausencia de este componente profesional puede derivar en barreras

para la adherencia a los tratamientos, al no identificarse adecuadamente las problemáticas sociales subyacentes que condicionan la continuidad de cuidado.

### 3. Ampliación de los criterios de acceso más allá de las enfermedades crónicas avanzadas

Con el fin de fortalecer la equidad en la atención, se propone que los criterios de habilitación de la atención domiciliaria se extiendan a condiciones que, aunque no sean terminales, generen una limitación significativa de la movilidad o requieran de cuidados continuos. Esta ampliación beneficiaría a poblaciones con enfermedades psiquiátricas, autoinmunes, discapacidades severas, así como a mujeres gestantes de alto riesgo. Con ello se potenciaría un modelo de atención más inclusivo, integral y con un mayor nivel de alcance y cobertura.

### 4. Mejora del sistema de referencia y contrarreferencia

Optimizar la articulación entre los distintos prestadores de salud garantizaría una continuidad y calidad de la atención al permitir la prestación de servicios adecuados en el momento oportuno y en el nivel de complejidad requerido. Esta articulación eficiente:

- Reduce los tiempos de espera.
- Evita hospitalizaciones innecesarias.
- Favorece la colaboración entre equipos multidisciplinarios.

Asimismo, se fortalecen los procesos de seguimiento integral en el entorno domiciliario, posibilitando una comunicación fluida y fomentando un modelo más humanizado y coordinado.

### 5. Gestión integral de riesgos y prevención de eventos adversos

Para incrementar la seguridad del paciente en el contexto domiciliario, se requiere un enfoque integral que abarque tanto los factores clínicos como los determinantes sociales. En este sentido, se recomienda la implementación de un Sistema Comunitario de Alerta Temprana en

Salud, en el cual trabajadores sociales, cuidadores y redes de apoyo familiar puedan reportar de forma ágil y eficiente:

- Situaciones de negligencia en el cuidado.
- Desabastecimiento de medicamentos.
- Barreras económicas y logísticas que dificultan la continuidad del tratamiento.
- Sobreexigencia o burnout del cuidador primario.

La detección temprana de dichas situaciones contribuiría a mitigar la aparición de eventos adversos y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

#### 6. Fortalecimiento de la comunicación en salud

La atención domiciliaria requiere canales de información claros y oportunos que conecten a los pacientes, sus familias y los equipos de salud. En este sentido, se propone la implementación de un Modelo de Comunicación Integral, que combine herramientas digitales de fácil uso con estrategias de acompañamiento psicosocial. Un sistema de comunicación robusto permitiría:

- Acceder rápidamente a la información sobre citas y resultados de exámenes.
- Realizar ajustes oportunos en los planes de cuidado.
- Reportar y analizar eventos adversos y complicaciones a tiempo.

#### 7. Capacitación y apoyo psicosocial para cuidadores

Finalmente, se destaca la importancia de un programa de formación y acompañamiento dirigido a los cuidadores, que integre:

- Educación en el manejo de la enfermedad y uso adecuado de dispositivos médicos.
- Estrategias de afrontamiento emocional y gestión de estrés para evitar la sobrecarga del cuidador.

- Acceso a redes de apoyo comunitarias y creación de grupos de autocuidado y ayuda mutua.

Este programa favorecería la salud física y mental del cuidador y, en consecuencia, mejoraría los resultados en la atención y adherencia terapéutica de los pacientes.

En síntesis, los aportes aquí planteados proponen una reconfiguración de la atención domiciliaria que trascienda la perspectiva biomédica, enfatizando la interdisciplinariedad y el carácter integral de las intervenciones, al tiempo que reconoce la importancia de la participación de la red de apoyo y de la articulación efectiva de los diferentes actores del sistema de salud. Estos lineamientos sientan las bases para el diseño de una política pública coherente, sostenible y orientada a la protección y garantía del derecho fundamental a la salud en el contexto domiciliario. Finalmente, estos aportes buscan enriquecer la atención domiciliaria con una visión interdisciplinaria e intersectorial, favoreciendo la equidad y el bienestar global de los pacientes y sus familias.

## **6. Conclusiones y recomendaciones**

### **6.1 Conclusiones**

A continuación, se presentan las principales conclusiones a las que se ha llegado.

1. Deficiencias normativas y la atención domiciliaria

A pesar de la existencia de un marco legal que regula la atención en salud, se observan vacíos que dificultan el abordaje de factores fundamentales como la salubridad en el hogar, la articulación intersectorial y la protección efectiva de redes de apoyo. Esto concuerda con hallazgos previos que destacan la necesidad de políticas más específicas y flexibles para afrontar la complejidad de la atención en casa (Ley 1122 de 2007; Mitre et al., 2001).

#### 2. Ausencia de apoyo al cuidador y red familiar

e constató que las políticas existentes no contemplan plenamente la formación ni el alivio para el cuidador primario, situación que incrementa la probabilidad del síndrome del cuidador quemado (Martínez, 2020). Sin una respuesta institucional adecuada, el cuidador asume toda la carga física, psicológica y económica, afectando su salud y la calidad del cuidado hacia el paciente.

#### 3. Relevancia de la articulación intersectorial

Problemas como la precariedad socioeconómica, la falta de infraestructura domiciliaria adecuada y la escasa generación de ingresos configuran escenarios adversos para la recuperación del paciente. La coordinación entre sectores de vivienda, salud, desarrollo comunitario y educación resulta clave para mitigar las barreras que perpetúan los riesgos en el hogar (OPS, s.f.; Torres & Santander, 2013).

#### 4. Visión integral del proyecto de vida

El paciente y su familia, como sujetos sociales, requieren herramientas para reorientar su proyecto de vida frente al impacto de la enfermedad. Las políticas actuales no incluyen planes de capacitación, apoyos económicos ni recursos emocionales que favorezcan la reinserción social y laboral en estas circunstancias.

En suma, la atención domiciliaria en Colombia demanda un marco normativo ampliado que permita cubrir estas brechas y, a su vez, fortalezca la capacidad de respuesta de las

Instituciones Prestadoras de Salud, con un enfoque humanizado y centrado en los determinantes sociales de la salud.

## 6.2 Recomendaciones

Dado que esta investigación se ha centrado en el análisis de la respuesta institucional en el marco de las políticas actuales, y considerando las necesidades de pacientes con atención domiciliaria, se sugiere para futuras investigaciones:

- Realizar entrevistas y/o grupos focales con pacientes y redes de apoyo familiar

Involucrar de manera directa a las personas que reciben servicios domiciliarios y sus cuidadores primarios brindaría una perspectiva integral sobre las fortalezas y debilidades del modelo de atención (Flick, 2015). Con ello, se obtendrían insumos para diseñar estrategias que apunten a mejorar el soporte socioemocional y la articulación con los determinantes sociales de la salud (Marmot, 2005).

- Profundizar en la construcción de lineamientos de política pública

A partir de los hallazgos empíricos, se recomienda elaborar propuestas más precisas en torno a la protección del cuidador, la formación de la red de apoyo, el desarrollo de un modelo intersectorial y la incorporación de elementos pedagógicos que fortalezcan la autonomía y el proyecto de vida de las familias (OMS, 2018).

Estas recomendaciones aportan al diálogo académico y a la discusión sobre la necesidad de posicionar la atención domiciliaria como una estrategia esencial dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, promoviendo enfoques inclusivos y sostenibles.

### Referencias Bibliográficas

- Álvarez, R. (2020). *Factores determinantes del abandono de adultos mayores de 60 años en el municipio de Quibdó – Chocó* [Trabajo de Grado, Universidad del Rosario]  
<https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/c3ac11ec-3351-4dec-b4c6-74b8d291782e/content>
- Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria. (2023). *Estado actual de la atención domiciliaria en Colombia: Reporte anual técnico 2023*.  
<https://acisd.com.co/atencion-domiciliaria-en-salud-avanzando-hacia-modelos-de-salud-sin-fronteras-copy/>
- Atlas ti. (s.f). *¿Cuál es la diferencia entre las entrevistas estructuradas y las semiestructuradas?*  
<https://atlasti.com/es/research-hub/entrevistas-semiestructuradas#:~:text=Las%20entrevistas%20semiestructuradas%20permiten%20al,s e%20le%20da%20la%20oportunidad.>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (s.f). *Participación ciudadana en la gestión pública* <https://comunidades.cepal.org/ilpes/es/grupos/discusion/participacion-ciudadana-en-la-gestion-publica>
- Cuenta de Alto Costo. (2022). *Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia*. <https://cuentadealtocosto.org>
- DANE. (2021). *Personas mayores en Colombia, hacia la inclusión y la participación*.  
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia-presentacion.pdf>

DANE. (2022). *Pobreza monetaria en Colombia 2021*. <https://www.dane.gov.co>

De la Revilla L & Espinosa J. (2003) La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Revista Elsevier* 31(9) <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-domiciliaria-atencion-familiar-13048141>

Decreto 1599 (2022). *Por el cual se adiciona la Parte 11 al Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con la Política de Atención Integral en Salud, en el marco de las áreas geográficas para la gestión en salud y se modifican los artículos 2.5.1.1.1, 2.5.1.3.2.1, 2.5.2.3.3.3 y se adiciona el artículo 2.5.3.8.3.1.6 a dicho decreto. 05 de agosto de 2022*. Ministerio de Salud y Protección Social. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20No.%201599%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%201599%20de%202022.pdf)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). *Personas mayores en Colombia: Caracterización demográfica y socioeconómica*. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/nov-2021-nota-estadistica-personas-mayores-en-colombia-presentacion.pdf>

Di Fabio, et al. (2020). Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. *Revista Cubana de Salud Pública* 46(2) [https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n2/e2193/es?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n2/e2193/es?utm_source=chatgpt.com)

Díaz, et al. (2013), La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Elsevier* 2 (7) <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

Dieter, N. (s.f). *El método comparativo* <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6180/5.pdf>

El Heraldo. (2024). *El síndrome del cuidador quemado: un viacrucis en las familias con enfermos.*

[https://www.elheraldo.co/salud/2024/07/16/el-sindrome-del-cuidador-quemado-un-viacrucis-en-las-familias-con-enfermos/#google\\_vignette](https://www.elheraldo.co/salud/2024/07/16/el-sindrome-del-cuidador-quemado-un-viacrucis-en-las-familias-con-enfermos/#google_vignette)

Flick, U. (2015). *An introduction to qualitative research* (5ª ed.). SAGE.

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Revista Propósitos y Representaciones*, 7(1) <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

George, R et al. (2017). Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. *Revista Información Científica* 96(3) <https://www.redalyc.org/journal/5517/551764112019/html/>

Gobierno de México. (2024). *Inicia el programa salud casa por casa con el censo salud y bienestar: Ariadna Montiel* <https://www.gob.mx/bienestar/prensa/inicia-el-programa-salud-casa-por-casa-con-el-censo-salud-y-bienestar-ariadna-montiel>

Gómez, S. (2012). Aproximación a la implementación de políticas públicas a través de la ley de dependencia: experiencias de otros países y valoración de la situación de España. *Trabajo social hoy*, (68), <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5254332>

González et al. (2018). El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. *Rev Panam Salud Publica* 42 <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34902/v42e312018.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Guarumo. (2025, febrero 14). *La salud se consolida como la principal preocupación de los colombianos y desborda al Gobierno, al Congreso y a la justicia.* El País. <https://elpais.com/america-colombia/2025-02-15/la-salud-se-consolida-como-la->

principal-preocupacion-de-los-colombianos-y-desborda-al-gobierno-al-congreso-y-a-la-justicia.html

Guevara et al. (2020). *Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción)*.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7591592.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.

Jiménez & Ortega. (2014). Salud y posición socioeconómica: evidencia empírica reciente en el panorama internacional y en España. *Revista de Estudios Empresariales* 2(1)  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5089685.pdf>

Ley 100 (1993). *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. 23 diciembre 1993  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Ley 1122 (2007). *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. 09 enero de 2007  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Ley 1438 (2011). *Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

Ley 1733 (2024) *Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto*

*en la calidad de vida. Septiembre 8 de 2014.*

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379>

Ley 2294 (2023). *Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”*

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=209510>

Ley 2297 (2023) *Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, se incentiva su formación, acceso al empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud y se dictan otras disposiciones. 28 junio de 2023*

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=143777>

Ley 2366 (2023) *Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). 29 diciembre de 2023*

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolucio%CC%81n%20No%202366%20de%202023.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucio%CC%81n%20No%202366%20de%202023.pdf)

Ley Estatutaria 1751 (2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 16 febrero de 2015*

[https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf)

Machado et al. (2021). Caminos recorridos por pacientes durante la hospitalización, variante para indagar sobre los cuidados. *Revista Cubana de Enfermería* 37(4).

<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v37n4/1561-2961-enf-37-04-e4749.pdf>

- Marquez, N. (2011). El ingreso en el hogar como proceso de la atención primaria de salud *Revista Cubana de Medicina General Integral* 28(1)  
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n1/mgi09112.pdf>
- Martínez, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica Medicina de Familia*, 13(1)  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2020000100013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013)
- Medina et al. (2014). *Prospectiva y política pública para el cambio estructural en América Latina y el Caribe*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ec0f284f-db91-4c1c-9f6e-c14285fc2d83/content>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Informe de atención domiciliaria en Colombia*.  
<https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Informe nacional de atención domiciliaria en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de salud y protección social. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031*.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf>
- Ministerio del Trabajo. (2021). *SENA Incluyente: \$2 mil millones para emprendedores con discapacidad* <https://www.mintrabajo.gov.co/sena-incluyente-2-mil-millones-para-emprendedores-con-discapacidad>
- Minsalud. (s.f). *Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia*.  
<https://minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>

Mitre et al. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas.

*Rev Panam Salud Pública 10(1)*. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rpsp/v10n1/5850.pdf>

Muñoz, L. (2023). *Bogotá: alarmante cifra de adultos mayores en estado de abandono*.

<https://www.infobae.com/colombia/2023/07/17/bogota-alarmante-cifra-de-adultos-mayores-en-estado-de-abandono/>

Naciones Unidas. (s.f). *Normas internacionales* [https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-](https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health)

[health/international-standards-right-physical-and-mental-health](https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health)

Oliva, J. (s.f). *¿Quiénes son las personas cuidadoras no profesionales en España?*

<https://www.bbvamijubilacion.es/blog/quienes-son-las-personas-cuidadoras-no-profesionales-en-espana/>

OPS. (2018). *Directrices de la OMS sobre vivienda y salud*.

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56080/9789275325674\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56080/9789275325674_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Directrices de la OMS sobre vivienda y salud*

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279743/WHO-CED-PHE-18.10-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (s.f). *¿Qué es la Organización Mundial de la Salud?*

<https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=En%20el%20pre%20C3%A1mbulo%20de%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades.%20BB>

Organización Panamericana de la salud. (2003). *Organización y Gestión de Sistemas y Servicios*

*de* *Salud*

[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/966408/2003\\_ops\\_hr\\_26\\_es.pdf#:~:text=Los%20principios%20relacionados%20con%20el,domiciliaria%20podr%C3%ADan%20ser](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/966408/2003_ops_hr_26_es.pdf#:~:text=Los%20principios%20relacionados%20con%20el,domiciliaria%20podr%C3%ADan%20ser)

%20los%20siguientes%3A&text=Brindar%20atenci%C3%B3n%20a%20todo%20aquel,  
y%20valorar%20las%20diferencias%20culturales.&text=La%20atenci%C3%B3n%20se  
%20debe%20se,las%20personas%20y%20sus%20familias.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Atención primaria de salud*

<https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Determinantes sociales de la salud*

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Salud universal*

<https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Determinantes sociales de la salud*

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Otero & Zunzunegui. (2011). *Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria.*

<https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Determinantes-Sociales-de-la-Salud.pdf>

Pesántez D. (2015) *El modelo sistémico para la intervención en Trabajo Social* [Tesis de maestría, Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21417>

Piñarte & Reinoso. (2013) *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 2023* [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Javeriana].

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12061/PinarteSuarezDianaIsaura2014.pdf;jsessionid=5693678645253874AA467DB034970752?sequence=1>

Plata, S. (2024). *Panorama de Colombia en 2024: logros, retos y claves para evitar un aumento de la pobreza en un escenario de baja inversión.*

<https://www.undp.org/es/colombia/discursos/panorama-colombia-logros-retos-claves-evitar-aumento-pobreza-escenario-baja-inversion>

Proyecto de ley 312 (2024). *Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones.* Ministerio de Salud y Protección Social

<https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2024-09/PL.312-2024C%20%28REFORMA%20A%20LA%20SALUD%29.pdf>

Quecedo, R & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa *Revista de Psicodidáctica 14* <https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>

Ramos, C. (2020). Los alcances de una investigación. *Revista CienciAmérica, 9(3)* <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7746475.pdf>

Resolución 1441 (2013) *Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras Disposiciones* Ministerio de Salud y Protección Social <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

Resolución 2808 (2022) *Por el cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).* Ministerio de Salud y Protección Social 30 diciembre de 2022 [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202808%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202808%20de%202022.pdf)

Resolución 3100 (2019) *Por la cual se definen procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.* Ministerio de

Salud y Protección Social

[https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%203100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%C3%B3n%20no.%203100%20de%202019.pdf)

Resolución 5261 (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.* Ministerio de Salud 05 agosto de 1994.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf)

Rovere, M. (2001). Páginas de salud Pública. *Salud pública de México*, 43(4) <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n4/5905.pdf>

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. P. B. (2018). *Metodología de la investigación* (6<sup>a</sup> ed.). McGraw-Hill.

Sánchez, et al. (2016). Determinantes del cuidado domiciliario ideal: experiencia de cuidadores familiares de pacientes con secuelas de enfermedad cerebrovascular. *Rev. Colomb. Enferm*, 12 (11) <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1683/1321>

Secretaría de Salud. (07 de octubre del 2024). *Con Salud Casa por Casa, pacientes no tendrán que ir a la unidad médica, la atención irá a su domicilio: David Kershenobich* <https://www.gob.mx/salud/prensa/414-con-salud-casa-por-casa-pacientes-no-tendran-que-ir-a-la-unidad-medica-la-atencion-ira-a-su-domicilio-david-kershenobich>

Soler, L. (12 de enero del 2021). *Seguridad y asistencia social: subsidio a personas, no productos.* *Cubahora* <https://www.cubahora.cu/sociedad/seguridad-y-asistencia-social-subsidio-a-personas-no-productos>

Suárez, M. (2012). Atención integral a domicilio. *Rev. Méd. La Paz* 18(2)

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582012000200010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010)

Superintendencia Nacional de Salud. (2021). *Reporte mensual de peticiones, quejas, reclamos y*

*denuncias en el sector salud.* *Ámbito Jurídico.*

[https://www.ambitojuridico.com/noticias/ambito-del-lector/laboral-y-seguridad-](https://www.ambitojuridico.com/noticias/ambito-del-lector/laboral-y-seguridad-social/los-rios-legales-los-que-mas-se-enfrentan-las)

[social/los-rios-legales-los-que-mas-se-enfrentan-las](https://www.ambitojuridico.com/noticias/ambito-del-lector/laboral-y-seguridad-social/los-rios-legales-los-que-mas-se-enfrentan-las)

Torres, J & Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas. Conceptos y herramientas*

*desde la relación entre Estado y ciudadanía.*

[https://www.supertransporte.gov.co/documentos/2017/Noviembre/Normograma/Criterios](https://www.supertransporte.gov.co/documentos/2017/Noviembre/Normograma/Criterios_y_riesgos_de_supervision/Introduccion_a_politicas_publicas.pdf)

[\\_y\\_riesgos\\_de\\_supervision/Introduccion\\_a\\_politicas\\_publicas.pdf](https://www.supertransporte.gov.co/documentos/2017/Noviembre/Normograma/Criterios_y_riesgos_de_supervision/Introduccion_a_politicas_publicas.pdf)

Tovar et al. (2018). Determinantes sociales de la salud autorreportada: Colombia después de una

década. *Mundo da Saúde, São Paulo* 42(1)

[https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/determinantes\\_salud\\_co](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/determinantes_salud_colombia.pdf)

[lombia.pdf](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/determinantes_salud_colombia.pdf)

UNFPA Colombia. (s.f). *Población con discapacidad.*

[https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3.4\\_discapacidad.pdf](https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3.4_discapacidad.pdf)

Varguillas, C. (2006). El uso de Atlas.Ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo

de contenido upel. *Revista Laurus 12* <https://www.redalyc.org/pdf/761/76109905.pdf>

Wilson, J. (2018). ¿Qué son y para qué sirven las políticas públicas? *Revista IN IURE, Año 8. Vol.*

*2, 30-41* <https://core.ac.uk/download/pdf/228415608.pdf>

## **Apéndices**

### **Apéndice A. Revisión bibliográfica de antecedentes**

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1HcXdnte5Cp4YKRXqV2Y3CYrKmlKSf52jEVIHwajvnls/edit?gid=447928312#gid=447928312>

### **Apéndice B. Entrevista semiestructurada**

<https://docs.google.com/document/d/107vpMbgmzpxOCFnxlNV-o8jOh2hNmWWDWqD4-144JcA/edit?usp=sharing>