

Proyecto de investigación
Fundamentos para la creación de una red de apoyo hospitalaria en casa

Yessica Yotagry Ceballos
Laura Cristina Ramírez Tobón

NRC
16045

Docente
Álvaro Mauricio Salazar Calle

Curso
Opción de Grado

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Administración en Salud Ocupacional
Facultad de Educación
Bello
2020

Tabla de contenido

1. Introducción	3
2. Resumen.....	5
Capítulo I	8
3. Objetivos	9
3.1. Objetivo general.....	9
3.2. Objetivos específicos	9
4. Preguntas objeto de investigación.....	10
5. Justificación	11
Capítulo II	
Marco referencial	14
6. Marco teórico	14
7. Marco conceptual.....	45
8. Marco legal	55
Capítulo III	
Diseño metodológico	62
Capítulo IV	
Hallazgos y resultados	69
Capítulo V	
Conclusiones y recomendaciones	78
Referencias.....	81

1. Introducción

La atención domiciliar hospitalaria es un modelo de cuidado en el hogar que tiene como fundamento la prevención de la enfermedad del individuo en condición de vulnerabilidad y cuyos elementos constitutivos comprenden la creación de redes de apoyo para conocer las problemáticas de manera directa y por personas que hagan parte del círculo más cercano del paciente.

De acuerdo con lo anterior el objeto del presente trabajo es desarrollar una idea general de cómo se pueden propiciar canales de atención y apoyo al paciente en casa justificando la necesidad y tomando como punto de partida un entorno global con necesidades específicas y estudios de aplicación en poblaciones vulnerables, a partir de un análisis de la situación a nivel nacional, teniendo en cuenta los mismos factores y, finalmente un estudio de pertinencia en un contexto local o comunitario.

No es objeto del presente crear un modelo de atención particular ni diseñar la estructuración específica de red de apoyo alguna. Se insistirá, más bien, en la justificación de la pertinencia, necesidad, y el conjunto de estrategias sistemáticas que se pueden emplear para realizar un diseño enmarcado en la viabilidad y en aras de descongestionar los centros de salud, y que esto se aplique para mejorar las condiciones de vida de los habitantes objeto de esta misma investigación.

El contenido del trabajo consta de tres partes o bloques fundamentales: una contextualización histórica que expone inicialmente la justificación de la pertinencia de este estudio, el papel de las redes de apoyo y de por qué es un elemento de necesaria inclusión, la descripción de las poblaciones más vulnerables que deberían hacer parte del modelo, estrategias

que contribuyen a la disminución de tráfico en los hospitales y centros de salud, estudio de una comunidad específica, viabilidad económica y social de la aplicación de la formación de un modelo en casa, y un conjunto de estrategias que servirán como base para la creación de diseños asistenciales particulares.

2. Resumen

Diferentes organizaciones dedicadas a la salud se han planteado el problema de la descongestión de los centros hospitalarios como forma de mejorar los tiempos y calidad de la atención integral, sobre todo aquellas con menor capacidad y personal de servicio. A nivel internacional la aplicación es notable, los resultados no menos que sorprendentes en tanto demuestran la pertinencia de creación de modelos asistenciales hospitalarios en casa. Sin embargo, a nivel nacional no sucede lo mismo pues la aplicación ha quedado rezagada a casos urgentes, de extrema necesidad, y por tanto queda la nula aplicación como modelo práctico y viable; no se ha contemplado cuidadosamente el establecimiento de un conjunto de estrategias que permitan diseñar un plan de acción para atender a las poblaciones más vulnerables y encaminar con más seriedad la propuesta metodológica para crear canales de atención y redes de apoyo al paciente.

En consecuencia, el objetivo del proyecto expuesto a continuación pretende contextualizar al problema desde los resultados a nivel internacional, dar muestra del estado de la cuestión en Colombia así como de las poblaciones a que se debería prestar especial atención para constituir el proyecto allí, exponer estrategias de intervención, formas de diseño de planes de acción en que se incluyan redes de apoyo, vincular de manera sistemática las organizaciones que deben velar por las salud de todos, sustentar la viabilidad con base en una serie de estudios comparativos para finalmente, dar una serie de recomendaciones para llevar a cabo la implementación de la atención en casa.

La exposición de la manera en que se puede estructurar un modelo como el enunciado y descrito responderá a la pregunta de investigación que, además, evalúa aquellas poblaciones que resultarían ciertamente beneficiadas así como los centros en que son atendidas.

Finalmente se describe una serie de estrategias, recomendaciones, y resultados que sustentan la pertinencia de un estudio de investigación de este nivel.

Palabras clave: Atención domiciliaria hospitalaria, poblaciones vulnerables, redes de apoyo, paciente, centros de apoyo asistencial, salud.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Descripción del problema

Yarumal Antioquia es un Municipio que cuenta con 49.741 habitantes, y un centro asistencial de segundo nivel de complejidad, en donde no solo se atienden pacientes oriundos, sino que también se brinda atención a personas que ingresan desde otros municipios o veredas pertenecientes a Yarumal, entre ellos están: Angostura, Campamento, Valdivia, Briceño, Cedeño, Tarazá, Caucasia, Llanos de Cuivá, entre otros.

Se puede evidenciar que gran número de pacientes asisten al hospital para recibir una atención en salud, sin embargo, en ocasiones solo requieren atención por consulta externa: aplicación de medicamentos anteriormente prescritos, curaciones, vendajes, toma de signos vitales, electrocardiogramas, limpieza de sondas, entre otros. Urge la necesidad de crear canales de atención domiciliaria para quienes no puedan desplazarse hasta el centro asistencial. No obstante, no solo el desplazamiento es un problema sino que el que las personas acudan a centros por — por decirlo de alguna manera — causas menores causa congestión en el sistema de atención.

Así mismo, sucede que al ser un municipio de gran captación la cantidad de pacientes que debe atender es numerosa, por ende se retarda la atención del público en general, dado que normalmente lo que se hace en los centros de salud es establecer niveles de prioridad. De acuerdo con lo anterior cabe preguntarse entonces por la posibilidad de diseñar un sistema de atención eficiente que disminuya tiempos de intervención y que, además, entienda al individuo como ser íntegro para atender sus necesidades a partir de la vulnerabilidad en que se hallen.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Propiciar la creación de canales de atención domiciliaria integral a través de un estudio de diversas dinámicas hospitalarias y de servicios de salud que sitúen al individuo y sus necesidades en primer lugar, con el fin de disminuir la cantidad de personas en centros asistenciales, y con esto el tiempo de prestación del servicio, así como atender con especial cuidado a las poblaciones en estado de vulnerabilidad.

3.2. Objetivos específicos

- Analizar el modelo y red de apoyo hospitalario de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal a la población en estado de vulnerabilidad.
- Definir estrategias de intervención en la comunidad yarumaleña y municipios aledaños con el fin de brindar un servicio de atención domiciliaria íntegro, que reconozca necesidades particulares del individuo y generales de la población.
- Justificar la necesidad y viabilidad de atender a la creación de un conjunto de redes de apoyo que busquen brindar atención domiciliaria de calidad.
- Examinar los beneficios que tiene la atención hospitalaria en casa en términos de tiempos de reacción en los centros de salud y disminución de la congestión en estos.
- Determinar el personal operacional y los sobrecostos de que se tendrá que disponer para atender a las personas en casa que así lo requieran previo estudio.

4. Preguntas objeto de investigación

Pregunta de investigación

¿Cómo fundamentar la creación de canales de atención domiciliaria integral que prioricen las necesidades del individuo a partir de la identificación de estados de vulnerabilidad, así como ayudar con la descongestión en los centros de salud para brindar un servicio de calidad?

Preguntas secundarias

- ¿Qué elementos son necesarios para analizar el modelo y red de apoyo que la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Yarumal brinda a la comunidad en estado de vulnerabilidad?
- ¿Qué estrategias de intervención se deben diseñar para brindar un servicio de atención domiciliaria integro que responda a las necesidades particulares y generales de la comunidad yarumaleña?
- ¿Cómo justificar la necesidad y viabilidad de atender a la creación de un conjunto de redes de apoyo para brindar atención domiciliaria de calidad?

5. Justificación

La salud de todos los miembros de una comunidad es el fundamento del bien máximo que es la vida, todos deben poder acceder a los sistemas que sean garantes de brindarles las herramientas y cuidados para gozar de un bienestar general. Sin embargo, es de reconocer que hay miembros de la población que se encuentran en estado de vulnerabilidad, bien puede ser debido a la edad avanzada que impide llevar en buenos términos actividades diarias, personas en condiciones de discapacidad, habitantes de territorios ubicados en la periferia y que se encuentran en situación de pobreza, entre otras razones que merecen especial atención.

Los centros de atención hospitalaria pueden contar o no con personal suficiente para atender a cada paciente que así lo requiera, pero a veces los sistemas pueden colapsar debido a que se excede la cantidad de personas que puede soportar un hospital o simplemente una persona que se encuentre en cualquiera de las situaciones descritas no puede asistir siquiera al centro de salud más cercano. Así, un hospital como el de Yarumal, cuya población es de aproximadamente de 49.741 y, teniendo en cuenta que además, no solo los nacidos allí acceden a los servicios sino los de municipios aledaños, puede, con facilidad, retardar procesos y congestionarse, así como no atender en tiempos óptimos a personas que así lo requieran; personal operativo encargado de citas, por ejemplo, ante una emergencia — y pues como es el único a disposición — debe salir de inmediato para examinar el caso. Esto supone muchos problemas, entre estos que aquella población vulnerable no sea atendida, o cuando lo sea, no se dé a tiempo.

Urgencias, citas por consulta externa, entre otros, son servicios requeridos a diario por adultos mayores, personas en situación de discapacidad y público en general que, a veces, solo requieren servicios básicos. Teniendo esto en cuenta se piensa en la necesidad de crear un

modelo que busque contribuir en la solución de esta problemática procurando el bienestar de las personas que no se pueden desplazar hasta el hospital o centro de salud alguno por razones diversas.

Actualmente hay redes de apoyo que busca llevar los servicios más indispensables hasta el domicilio de aquellas personas cuyo estado de salud impide moverse de casa o por causa de su situación económica y de ubicación, no puedan desplazarse o bien para evitar posibles riesgos. Yarumal, municipio ubicado al norte del departamento de Antioquia no cuenta con la opción de hospital en casa, ni aún en casos que se puedan decir menores (hay otras formas de apoyo, pero en términos de salud esto es limitado).

En consecuencia, se pretende diseñar un modelo o plan de acción cuyo enfoque se base en la integridad y bienestar del individuo y cuyo objeto sea crear canales de atención primarios para brindar cuidados y prevención de primera calidad en casa a aquellos que, previo diagnóstico e investigación, así lo requieran. Lo anterior, claro, enmarcado en la viabilidad y necesidad demostradas.

El conjunto de resultados previsibles apuntan a que las condiciones de vida de la ciudadanía mejorarán notablemente. Esto, además, sustentado en otros proyectos que han demostrado ser idóneos para el desarrollo social en razones como: agilidad en la atención del hospital, ya que se reduce el número de pacientes que asisten por causas no urgentes, atención del paciente en un entorno familiar, reducción del riesgo de infecciones, facilidad del paciente en la realización de las actividades propias dentro de su hogar.

Una investigación como la presente brindará herramientas procedimentales a otros proyectos cuyo objetivo sea similar en la mayoría de aspectos aquí desarrollados. Optimizará,

además, el tiempo de diseño y creación de redes de apoyo dado que va a ser posible tomar como base o referencia el “cómo” correspondiente con las categorías conceptuales de atención prioritaria.

Capítulo II

6. Marco teórico

Antecedentes de investigación

Cuando el hospital se institucionaliza la posibilidad de que el paciente fuese atendido en casa era pragmáticamente imposible, el enfermo, independiente de su situación o estado general de salud, debía asistir al centro hospitalario más cercano o considerar formas de automedicación para aliviar sus dolencias. Hace algunas décadas se empezó a reconsiderar esto debido a condiciones críticas de personas que no podían asistir para ser atendidos en un hospital; esto, por causas diversas que iban desde lo obvio que era un estado físico deplorable hasta extrema pobreza que, por la ubicación geográfica de la vivienda, se hacía imposible el desplazamiento. Además, claro, porque el cumplimiento de los derechos empezaba a cobrar significativa fuerza y, uno de estos, era el de garantizar las condiciones óptimas para gozar de una calidad de vida integral.

La atención hospitalaria en casa nace como una necesidad que entiende el respeto por la vida, el derecho a la salud y las posibles carencias de una persona o grupo de estas que afectarían el curso normal de sus vidas o que los enfrentase a riesgos inminentes. Con base en esto, se empiezan a contratar cuidadores que velasen por el cuidado diario del adulto mayor en estado vegetativo (esto, por los más pudientes de un determinado territorio), con el paso del tiempo modelos informales de apoyo, luego formales, y, por último, con intervención de instituciones del Estado y redes sociales más complejas.

La modalidad de atención hospitalaria como la extensión (no como el traslado) en relación con la primera hospitalización en casa se dio por primera vez en Nueva York en 1947 debido a la necesidad de descongestionar los centros hospitalarios, buscando, a su vez, un ambiente más familiar o más humano para el paciente. Se reconocían los riesgos sanitarios de algunos lugares, así como la inestabilidad mental de algunos pacientes y los beneficios que un espacio reconocido podría acarrear para mejorar su salud. Desde entonces las experiencias en materias de extensión de los recursos hospitalarios a la casa y la atención en esta son múltiples. (Cotta, y otros, 2001)

En 1951 en el hospital de Tenon en París, Francia se crea por primera vez una unidad de hospitalización domiciliaria. Sin embargo, este servicio fue oficialmente reconocido en 1992 como alternativa a las formas de atención tradicionales. En Canadá esto no funcionaría sino hasta los años 60 y solo orientados a pacientes quirúrgicos que eran dados de alta de manera temprana.

Hospital Care At home (atención hospitalaria en casa) fue el nombre que se le daría a este nuevo modelo de atención inaugurado por el Reino Unido en 1965. Alemania y Suecia lo adoptarían en los años 60. En Italia tendrían que transcurrir dos décadas más.

La Oficina Europea de la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha contribuido a estandarizar y registrar algunos procesos asistenciales en Europa desde 1992 con su programa From Hospital to Home Health Care, debido a que esta se ha mostrado más irregular en sus modelos de atención domiciliaria. (Cotta, y otros, 2001).

Crear estos modelos de asistencia en casa tuvo como justificación en Estados Unidos y Francia mejorar la calidad de vida de los pacientes y también como consecuencia de la

precariedad de las condiciones sanitarias hospitalarias y de disponibilidad de camas. No obstante, disminuir los costos del hospital también sería una justificación razonable.

Hoy día, es debido mencionarlo, la atención en casa es un modelo que no responde a todos en igual medida. Este servicio es principalmente orientado y dispuesto para personas cuyo estado de salud es crítica, es decir, que requieren mayor cuidado y asistencia médica constante, así como para adultos mayores cuyos cuidados paliativos son no menos que imprescindibles.

Este modelo de atención domiciliaria, que ha sido introducido y adoptado por muchos países, contrario a lo que se pudiera pensar por la naturaleza de la extensión de la actividad, no contaba hasta los datos registrados a 2001 con una reglamentación y definiciones. Solo países como Alemania, Estados Unidos y Francia tendrían un marco legal conceptual y prácticamente delimitado.

Colombia ha sido un país rezagado en la adopción de modelos de atención integral como este. Ya sea por la escasez de sus recursos para extenderlos en todos los sectores que requieren este tipo de atención en el país, o bien, por la falta de estudio de este fenómeno. Solo ha sido descrita como posibilidad desde 1994 en la resolución 5261 con una breve descripción de su normatividad. La atención surge, así mismo, para atender a usuarios en estado avanzado de la enfermedad o pacientes crónicos afiliados al INSS (Instituto Nacional de Seguros Sociales) y, además, por fallos judiciales que obligan la prestación de este servicio. Las trabas en este servicio serían aún más evidentes en la Ley 100 del mismo año de que trata la idea aquí expuesta. (Cárdenas & Bermudez, 2016)

Aunque la prestación de servicios de salud lleve en sí el concepto de seguridad (Cote, Barreto, & Luna, 2015) este ha evidenciado toda suerte de eventos adversos pues acarrea efectos contrarios a los esperados en la atención sanitaria.

“En 1964 Schimmel (Schimmel, 1964) hizo la observación acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia, y la quinta parte eran casos graves. Steel y colaboradores (Steel K, 1981) en 1981 situaron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves”. (Citado en: Cote, Barreto, & Luna, 2015).

A partir de 1999 la seguridad de los pacientes ha sido un tema de especial interés en todos los sectores sociales relacionados con esta problemática: que va desde el público en general, pasando por personal médico y terminando en los directos responsables de formular políticas públicas que permitan establecer dinámicas de atención pertinentes. Lo anterior tiene como origen un reporte del Institute of Medicine titulado: “To Err is Human: Building a Safer Health System” que llamaba a la conciencia en el error médico. (Luna, 2015).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha creado diversos mecanismos para garantizar el cuidado de la salud de todos. En 2004 crea la Alianza Mundial para Seguridad del Paciente. La intención es diciente en el título que se puso a este movimiento, así, se buscaba el cuidado general del paciente y hacer un llamado a adoptar políticas públicas que mejoraran el cuidado de la salud.

Entre 2006 y 2009 se realizan estudios a fin de predecir comportamientos estadísticos que respondieran a la eficiencia de puesta en marcha de modelos de seguridad hospitalarios. Entre 2010 y 2011 el interés por el cuidado y las respuestas ambulatorias a enfermedades crónicas o,

incluso, a tratamientos de la misma índole, crece, teniendo esto como resultados estudios en Latinoamérica y el Caribe, resultados publicados en la OMS (OMS, 2010) que analizaran características y evitabilidad de eventos adversos en cuidados ambulatorios. Las conclusiones de algunos son las siguientes:

[...] el estudio es viable y reproducible a nivel local o nacional, el paciente es una buena fuente de información, en 2080 pacientes entrevistados la prevalencia de eventos adversos fue del 5.6%, 73.3% de ellos relacionados con la medicación, se detectan la ocurrencia, naturaleza y grado evitabilidad de los eventos adversos, las herramientas diseñadas son útiles para recoger, identificar y analizar los incidentes en la seguridad del paciente, la historia clínica es el complemento necesario para el análisis y clasificación de los incidentes, más de una tercera parte de los EA son evitables, si consideramos solo los de consecuencias graves, el 50% son evitables, igual que en la literatura, los medicamentos, la prescripción y la comunicación son las causas más frecuentes de EA. (Montserrat-Capella, 2015).

En Colombia se tienen registros de atención en calidad solo hasta 2009 con la incorporación del concepto de calidad. (Luengas, 2009).

En un antecedente anterior se mencionó que solo aquellos pacientes en estado crónico eran atendidos y en condiciones de demandas legales, o desarrollo de procesos jurídicos complejos que extendieran las imposibilidades de vivir, o bien, de gozar de unas condiciones de salud de calidad. Al respecto, hay una población objeto de estudio que está en constante riesgo de morir sola y sin ningún tipo de ayuda (Segura & Badía, 1999). Este segmento de la población se considera de especial cuidado por la mayoría de organizaciones a nivel internacional, nacional, y local, debido a problemas que, a esa edad, se padecen con frecuencia: desde afecciones cognitivas hasta funcionales. Es por esto que el cuidado constante o puesta en marcha

de planes que permitan tener registros y control de sus condiciones de salud es imperativo. (Jan Gurley, 1996).

Los efectos adversos que pueden enfrentarse al ser atendidos en un centro hospitalario en conjunto con las condiciones de salud generales y de vulnerabilidad de que padecen las personas mayores es una razón para crear canales de atención efectivos y disponer las herramientas necesarias para adecuar el espacio y brindarles atención prioritaria. En un artículo publicado por *Annals of Internal Medicine* titulado: *Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients* (Hospital en el hogar: viabilidad y resultados de un programa para proporcionar atención hospitalaria a nivel del hogar para pacientes mayores con enfermedades agudas) se analiza la viabilidad de implementar un programa como este analizando 455 pacientes, y se obtienen los siguientes resultados:

La atención hospitalaria en el hogar fue factible y eficaz para brindar atención hospitalaria a los pacientes en el hogar. En 2 de los 3 sitios estudiados, el 69% de los pacientes a los que se les ofreció atención hospitalaria en el hogar la eligió por encima de la atención hospitalaria aguda; en el tercer sitio, el 29% de los pacientes eligió la atención hospitalaria en el hogar. (Leff, B., y otros, 2005).

Con respecto al costo hospitalario, tiempo que permanecieron recibiendo la atención en casa, y complicaciones:

Sobre la base de la intención de tratar, los pacientes tratados en el hospital en el hogar tuvieron una estadía más corta (3.2 frente a 4.9 días) ($P = 0.004$), y hubo alguna evidencia de que también tuvieron menos complicaciones. El costo

promedio fue menor para la atención hospitalaria en el hogar que para la atención hospitalaria aguda. (Mader, Sl., 2004).

En consonancia con los planes de salud se debe decir que estos se destinan principalmente a personas ancianas que necesitan cuidados paliativos y a pacientes con cáncer u otras enfermedades que conduzcan al deterioro progresivo de la calidad de vida de las personas.

La conclusión para este trabajo será reafirmar la viabilidad y eficacia de aplicar este plan de atención para pacientes mayores con enfermedades médicas agudas y para aquellos en estado crítico de salud. Dado el auge de la prestación de este servicio —aunque sea de manera no fundamentada, es decir, con planes de salud contingentes — esto señala, cuando menos, que hay un despertar del interés general de gobiernos y otras instancias sociales para reconocer que esto es prometedor, además, claro, de viable. (Burton, L., 2005).

Bases teóricas

Llevar los servicios más urgentes y necesarios a casa ha sido llamado atención domiciliaria hospitalaria. Este modelo de atención ha sido estudiado por muchas entidades de salud, ciudades con gran cantidad de personas, y gobiernos: todo en términos de viabilidad, necesidad y procurando mejorar las condiciones de vida de los más vulnerables. No, obstante, en aras de entender mejor este modelo, sus componentes (entre los que se encuentran las redes de apoyo) beneficios y teoría a tener a cuenta, es necesario definir conceptos relacionados con el tema de estudio. Entre estos se encuentran: vulnerabilidad de las poblaciones, redes de apoyo, atención hospitalaria, así como los modelos de atención integral.

1.1. Población vulnerable

1.1.1. Definición

El Ministerio de Educación Nacional, República de Colombia define la población vulnerable de la siguiente forma:

Grupo de personas que se encuentran en estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza a su condición psicológica, física y mental, entre otras. En el ámbito educativo este término hace referencia al grupo poblacional excluido tradicionalmente del sistema educativo por sus particularidades o por razones socioeconómicas. (Ministerio de Educación Nacional, s.f.)

Al respecto hay literatura que trata a fondo lo referente a la vulnerabilidad, desde sus aspectos antropológicos a los específicos. Aquí, puesto que se trata del estudio de la

vulnerabilidad tomando como referentes las poblaciones específicas en tal estado en Colombia, bástese enunciar una referencia del mismo país (que no por eso menos general) que servirá como punto de partida y guía para entender el porqué de las poblaciones objeto del modelo de atención integral.

Conviene revisar el siguiente documento del doctor Víctor Manuel Pacheco: (Pacheco, y otros, s.f.) Donde se podrá ver una descripción más exhaustiva del concepto de vulnerabilidad.

1.2.1. Poblaciones vulnerables en Colombia objeto de investigación

Se toma como referencia la definición citada en el 1.1 del presente documento.

1.2.1.1. Infancia

Con respecto a la situación en que se encuentra la infancia en Colombia la UNICEF realiza esta descripción del panorama (teniéndose en cuenta las afectaciones a Colombia por causa del conflicto armado):

A pesar de un conflicto armado interno de más de cincuenta años, Colombia ha logrado un progreso significativo en mejorar las oportunidades y la calidad de vida de sus ciudadanos. Desde 1990, el Índice de Desarrollo Humano ha crecido en 20 por ciento y la economía del país se reconoce ampliamente como sólida de ingreso medio alto, con un marco legal y político avanzado que sustenta una creciente oferta de servicios sociales básicos y de seguridad.

Colombia está en condiciones favorables para cumplir muchos de sus Objetivos de Desarrollo del Milenio, sin embargo, los promedios nacionales esconden inequidades persistentes al interior de las regiones y entre regiones. Por ejemplo, la tasa de mortalidad en menores de un año es más del doble del promedio nacional (17,47) en departamentos del Pacífico (Chocó, 41,92) y la región Amazónica (38,44). En La Guajira, este indicador alcanza un valor crítico de 31,61. De acuerdo con el Ministerio Nacional de Salud y Protección Social (2012), las tasas más altas de mortalidad materna se presentaron en tres de las cinco regiones con la más alta población rural, indígena y afro-descendiente: La Caribe, la Pacífica y la Orinoquía. En el Chocó, la tasa de mortalidad materna es 224 por 100.000 nacidos vivos, más de tres veces el promedio nacional (65,89). (UNICEF, s.f.)

Es posible ver que, a partir de la desigualdad (o inequidad), acceso oportuno a servicios de salud, condiciones internas departamentales — que no por eso no deba intervenir el Estado — la mortalidad en menores es elevada. La guerra que ha venido librando el país también les ha afectado de manera notable, aunque bien, puede conocerse que en este sentido, disminuyeron en virtud del proceso de paz. Sin embargo, citar las formas en que esta comunidad ha sido afectada es oportuno en tanto permite aprehender necesidades específicas para orientar soluciones.

La UNICEF dice al respecto:

Los niños se ven afectados de manera particular por las Minas Antipersonal (APL), las Municiones Sin Explotar (UXO) y los Artefactos Explosivos Improvisados (IED), el reclutamiento y utilización por parte de los grupos armados, la violencia sexual asociada al conflicto, el desplazamiento interno, y el

confinamiento/carencia de asistencia humanitaria. Aunque es imposible saber con certeza cuántos niños, niñas y adolescentes están vinculados a grupos armados actualmente, entre 1999 y 2013 el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) asistió a 5,417 niños, niñas y adolescentes desvinculados de grupos armados ilegales, (28 por ciento niñas y 72 por ciento niños). (UNICEF, s.f.)

Esta comunidad, con pocas dudas, puede constituirse grosso modo como población vulnerable y cuyas atenciones y servicios del aparato estatal deben estar a su disposición brindando garantías para que sus condiciones de vida mejoren y la atención sea primaria proveyendo beneficios en todo sector gubernamental.

1.2.1.2. Adultos mayores

Pese a que la esperanza de vida del adulto mayor, según estudios del Ministerio de Salud de Colombia ha aumentado en la población femenina y disminuido levemente en la masculina, es debido mencionar que, aunque la población afectada por limitaciones motrices, psicológicas o de autocuidado sea menor con respecto a la que no padece un mal considerable, esta pequeña población de adultos mayores de 65 años es minoría que debe ser considerada en los planes y proyectos de intervención en salud de cada departamento, ciudad y municipio del país.

El Ministerio de Salud citando el CENSO de 2005 expone la situación general de salud de los adultos mayores así:

Tanto la esperanza de vida al nacer como la esperanza de vida a los 65 años se han incrementado para hombres y mujeres en el periodo de 1993 a 2005. Para los hombres la esperanza de vida al nacer aumentó en 5.5 años y la esperanza de vida

a los 65 años durante el mismo período aumentó 2.9 años. Para las mujeres, la esperanza de vida al nacer se incrementó en 4.4 años mientras la esperanza de vida a los 60 años ascendió 3.5 años. (CENSO, 2005, p. 6)

El Censo de Población y Vivienda citado por el Ministerio de Salud encontró lo siguientes resultados con respecto a las actividades de la vida diaria:

Respecto a actividades de vida diaria, el Censo de población y Vivienda 2005 encontró que de las personas mayores de 65 años, el 12,52% posee limitaciones para moverse o caminar, el 3.35% tiene limitaciones para su autocuidado y el 2.53% posee limitaciones para hablar. (CENSO, 2005, p. 6)

Las estadísticas anteriores responden al Censo del año citado; se espera que, pese a la esperanza de vida haya aumentado, con esto, a su vez, las limitaciones. Es por esto y por lo que se prevé con respecto a las afectaciones que se se hace necesario un plan que vincule estas minorías a proyectos y redes de apoyo que mejoren sus condiciones de vida.

1.2.1.3. Población discapacitada

Este tipo de población se define a partir de sus condiciones físicas o psicológicas específicas y las limitaciones individuales. Al respecto el Ministerio de Salud de Colombia, citando la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, preámbulo literal, dispone la siguiente definición:

La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno

que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2010).

Ahora bien, desde un enfoque más relacional (o biopsicosocial), es decir, del individuo y sus interacciones complejas con el medio, el Ministerio de Salud (2001) cita la definición dada por la OMS de la siguiente manera:

Es el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona. Incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, denotando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores contextuales individuales (factores ambientales y personales).

La situación de discapacidad en Colombia es no menos que alarmante: derechos vulnerados, empresas que en su nómina debe tener del 1 % del total de empleados personas en condición de discapacidad. El trabajo es limitado, no son tenidos en cuenta en la construcción de la infraestructura de las ciudades para el desplazamiento. Y, en general, no son escuchados. Es una población olvidada.

Jairo Clopatofsky, alto consejero presidencial (2018), advierte las siguientes cifras en relación con la discapacidad en Colombia: “De 1,2 millones de empleados públicos solo 5.000 son personas con discapacidad”. (Caracol Radio, 2018).

Solo en Colombia más del 14 % de la población se encuentra en condición de discapacidad y ven sus derechos vulnerados en términos de acceso a salud, trabajo, educación: en todos los sectores, de una u otra forma se ven afectados. En esta línea, el alto consejo citado revela: “Se estima que el 15 % de la población mundial son más de 1.200 millones de habitantes en la tierra y solamente 200 millones tienen algún tipo de discapacidad severa”. (Caracol Radio, 2018).

Y, solo por exponer una razón adicional por la que se les debe prestar atención, y esto en términos legales citando el decreto 2011 de 2017, véase: “El 1 % del total de la planta debe generar el empleo para las personas con discapacidad”. (Caracol Radio, 2018). En la misma entrevista se ve que esto no se cumple de acuerdo con lo expuesto por el señor Clopatofsky. Es posible verlo, de otro modo, en el funcionamiento general de las empresas en Colombia y de otras instituciones de carácter público.

1.2.1.4. Pobreza extrema

La pobreza extrema en Colombia es un hecho innegable y al respecto habría que mencionar, para efectos de la presente investigación, solo aquello de mayor peso en aras de justificar la atención en casa para esta población. Así, hay dos definiciones usadas en Colombia para describir y/o explicar el ser pobre. Una, dada a partir del NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas).

El Tiempo, en un artículo publicado en 1996 (y se espera que la situación siga en aumento), citando los criterios del NBI para establecer las situaciones de pobreza, enumera estos de la siguiente forma. Téngase en cuenta que basta con que esté en una de estas categorías:

a) Calidad inadecuada de la vivienda (medida a través de los materiales del piso, techo y paredes), b) falta de acceso a servicios públicos (electricidad, acueducto, alcantarillado), c) hacinamiento (más de tres personas por cuarto), d) niños en edad escolar que no asisten a la escuela, e) alto nivel de dependencia económica. (El Tiempo, 1996).

No es debido no reconocer, sin embargo, que para entonces la Misión Social trataba de mejorar el indicador del NBI. No obstante, la situación hoy por hoy en Colombia es no menos que alarmante y que hay sectores olvidados. Como diría Noam Chomsky: “Las no personas” producto de la no acción del Estado.

La segunda definición que vale la pena citar es la referente a la Línea de Pobreza (LP) que, así mismo, es expuesta por El Tiempo brevemente: “Se refiere al ingreso mínimo per cápita que se requiere para adquirir una canasta básica de alimentos, vestidos, vivienda, etc. Se clasifica como pobre la población cuyo ingreso per cápita quede por debajo de la LP”. (El Tiempo, 1996).

De acuerdo con la definición anterior, vale la pena hacer una aclaración en términos porcentuales para entender este fenómeno de manera precisa:

Según esta definición, la tasa de pobreza en 1993 era del orden de 35.7 por ciento (24.3 por ciento urbana y 62.2 por ciento rural). Aunque esta definición difiere de la anterior, se encuentra de nuevo que la pobreza es un problema más serio en el campo que en las ciudades. Sin embargo, las mediciones de ingreso que se efectúan con las encuestas de hogares del Dane y que sirven para clasificarlas entre pobres y no pobres, son muy imprecisas y por eso hay que ser cautelosos.

La situación del campo es crítica. En los sectores marginales (en este caso en Yarumal) se hace imperativa la atención primaria e integral, la reducción de la brecha social para garantizar acceso a los servicios básicos y eso solo se logra diseñando nuevos modelos funcionales.

2.1. Atención integral

2.1.1. Definición

La atención integral, que parte de la definición del ser íntegro se refiere a la no carencia de ninguna de las partes de un todo (RAE, 2019). En este sentido, se puede pensar en que la atención integral de un individuo significa prestar atención en toda su dimensión de ser humano: procurar su bienestar general, aquellas acciones que busquen satisfacer las necesidades esenciales en aras de preservar la vida así como procurar el espacio y las herramientas para que el individuo desarrolle sus habilidades de acuerdo con sus intereses.

El Ministerio de Salud de Colombia en referencia a su Plan de Atención Integral define el concepto de integral con base en la siguiente perspectiva: “Se entiende el conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida y aquellas relacionadas con el desarrollo y aprendizaje humano, acorde con sus características, necesidades e intereses”. (Ministerio de Educación Nacional, s.f.).

Atender a las poblaciones vulnerables también se entiende por medio del concepto de desarrollo social pues, una comunidad que no procure el bienestar de los más débiles no puede entenderse a partir de una Ética Cívica, esto es, a partir de la solidaridad: de una responsabilidad moral— por decirlo de alguna forma, con el otro (Cortina, A). En consecuencia, brindar una

atención primaria e íntegra a quienes más lo necesitan es menester para entenderse como nación que se proyecta en virtud de disminuir los índices de inequidad.

3.1. Red de apoyo

3.1.1. Definición

Según Rodríguez Marín, J. (1995) una red de apoyo es un conjunto de personas y/o grupos que ejercen una función recíproca entre sí. Es decir que, cuando alguien lleve a cabo acción alguna, espera, de algún modo, recibir de vuelta — para este caso — otra que se constituya como ayuda. Así, cada uno ayuda a otro creando una red o conjunto de relaciones de que se pueda obtener beneficios. Es, pues, un sistema equilibrado.

Guzmán (2002) describe las redes de apoyo como un conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno. Esta es la definición con que se está de acuerdo para delimitar el campo de investigación en que se brinda ayuda a un tercero (por decirlo de alguna forma) a partir de conexiones interpersonales. Por ejemplo, supóngase un adulto mayor de 65 años que no pueda salir de casa y se encuentre en delicado estado de salud. Un vecino, que hace parte de la red de apoyo, alerta a un líder comunitario y, este, a su vez, solicita atención personalizada y primaria para el individuo en cuestión.

Las redes pueden ser ciertamente extensas, tan así, como personas puedan ser atendidas en determinadas comunidades. No obstante, lo aquí expuesto busca justificar la creación de enlaces eficaces para ayudar a aquellos en situación de vulnerabilidad.

3.1.2. Objetivo

Entre los objetivos que se proponen las redes de apoyo es velar por que los derechos humanos no se violen. Y no solo por esto, sino además, para que sean cumplidos y llevados a feliz término. Lo anterior teniendo como causal la incentivación a la movilización social. Debe haber, así, un sentido de solidaridad enmarcado por la ética ciudadana.

Aunque bien estas organizaciones sean en general no gubernamentales, podrían crearse vínculos con las autoridades estatales para dinamizar y agilizar procesos. Esto permitiría agrupar a líderes municipales y organizaciones cuyos objetivos sean similares.

3.1.3. Categorías de redes de apoyo

3.1.4. Redes formales

En este tipo de redes se encuentran las que pertenecen o tienen relación alguna con el Estado.

3.1.5. Redes sociales

Aquí se encuentra la comunidad, amigos, familia y, por supuesto, la persona objeto a que se pretende brindar apoyo determinado.

En cuanto a la comunidad se pretenden fortalecer los vínculos que tienen con el individuo a través de una organización formal y determinada, donde estos sientan que tienen un papel representado por la vitalidad del objetivo de brindar atención íntegra al otro. Por otro lado, en cuanto a los amigos, dado que estos hacen parte del círculo social más cercano, deben ser agentes dinamizadores y líderes de la estructuración de planes de contingencia y apoyo, siendo claramente orientados en el proceso. Por último, la familia que ya no es círculo social más

cercano sino estable en tanto núcleo, deben ser los encargados de que cada paso de la gestión se conduzca de la mejor manera posible: velar por que los canales de ayuda sean bien usados, es decir, que busquen en todo momento el bienestar de la persona que tienen a su cargo a través de la materialización de las ayudas ofrecidas.

4.1. Atención domiciliaria hospitalaria

4.1.1. Justificación

Con base en lo que expuesto hasta aquí y reuniendo los elementos teóricos y prácticos también resumidos en el presente desarrollo temático, es posible, cuando menos, subvertir el orden característico del eje dinámico institucional de apoyo a la comunidad vulnerable de la E.S.E. San Juan de Dios de Yarumal. Esto apelando a la construcción de redes de apoyo, al reconocimiento de que hay una población objeto de estudio que merece ser atendida bajo cuidados especiales y, por supuesto, a los índices estadísticos que así lo demuestran.

La atención domiciliaria hospitalaria (u hospital en casa como es nombrado por algunas investigaciones posteriormente citadas) es un servicio de necesaria creación: urge la construcción de un modelo de apoyo que reconozca que hay una minoría padeciendo por causa de la edad, de la discapacidad, de la pobreza extrema y que esto no solo los perjudica a ellos sino a sus familiares, hijos (generalmente si son infantes).

El cuidado de los individuos de las comunidades afectadas por el curso normal de alguna enfermedad no puede estar estrictamente ligado a su presencia en el centro de salud pues, esto, sugiere otro tipo de problemas — que no solo de desplazamiento — tales como: que si es un adulto mayor que en el momento se encuentra solo no va a poder desplazarse (necesitará de un

vecino o algún miembro de la red); si es un infante al cuidado del abuelo, este, como es posible anticipar, no podrá adelantarse a las circunstancias y moverse como la situación lo requiere; si es un discapacitado, sobre todo motriz o mental, el primero, asumiendo que se encuentran en condiciones de sortear su transporte hasta el sitio, se tardará igualmente si es una urgencia, por lo que debe ser atendido con prontitud. Y, si además se encuentran en extrema pobreza, menos posible será cada intento de salvaguardar su vida. En cuanto al segundo, al tener uso consciente de sus facultades mentales, puede incluso, padecer considerables vejámenes: no se sabe en qué o con quién ha de enfrentarse. En este caso, en particular, la creación del modelo de red de apoyo integral es imperativo para que la atención en casa sea prioritaria.

Con miras a que lo anterior se dé, y por fortuna que la visión general de que la atención en casa está conceptuada por la utopía, como diría Eduardo Galeano en relación con la utilidad de esta: “Para eso sirve, para avanzar”, hay que unir esfuerzos con las instituciones (principalmente el hospital en mención) para que creen una base de datos que permita hacer control a aquellos pacientes más vulnerables.

La política de modelo de redes de atención domiciliaria eficaz que vincule al individuo, familiares, amigos y, por supuesto, el sistema de salud para llevar los servicios del hospital a casa es posible y lo que pretende este proyecto de investigación es exponer, por lo menos, sugerir un modelo de uso en el municipio.

4.1.2. Entorno de la atención domiciliaria

Hay varios elementos para que lo desarrollado en el entorno de la atención domiciliaria sea efectivo. Para entender conviene citar algunas definiciones del libro *Atención Domiciliaria, Atención y práctica* (1999): “Buena continuidad existencial, lo que supone un grado elevado de personalización y que evite la fragmentación de servicios que suele ofrecer la atención especializada”. (Segura, Badía, & Gascons, 1999).

Las incapacidades y nuevas enfermedades se dan, con mayor fuerza, en adultos mayores: resulta que con la edad los problemas de salud aumentan. Sin embargo, no es prudente decir que esto se deba en sentido estricto a la longevidad. Los siguientes son algunos factores a que puede deberse el estar debilitado cuando se da inicio a la tercera edad (Segura, Badía, & Gascons, 1999):

La prevalencia de incapacidad funcional es más elevada con la edad, especialmente a partir de los 75 años, en las mujeres, en los viudos, en los de menor nivel de escolarización y en aquellos con menores ingresos económicos. Los que sufren mayor deterioro funcional no son los que presentan peor aumento de la proporción de incapacitados, sino todo lo contrario. Los avances en la tecnología médica, la mayor disponibilidad de alimentos y las mejores condiciones de vida consiguen contener e incluso reducir las tasas de incapacidad entre la población (Butler, 1997).

En el fragmento anterior se pueden ver tres elementos reunidos que conforman el problema general, a saber: la no educación, pobreza y, en mujeres. En cuanto a la primera debe entenderse que aquellos que no hayan tenido acceso a educación a temprana edad (o entre la

adolescencia y la edad adulta previa al inicio de la tercera edad) difícilmente tendrían campo laboral activo. No obstante, no se trata solo de trabajar, sino que esto conlleva el desconocimiento de los derechos que se tienen en todo aspecto, máxime en este caso con respecto a la salud.

En cuanto a lo segunda, la pobreza, acarrea problemas varios: difícil transporte en caso de necesidad de desplazamiento inmediato por causa de la enfermedad. No tener dinero, por otra parte, supone problemas alimenticios y con esto, no es de esperar menos, enfermedades que no se conocían o que, conociéndose, las defensas no las soportarían. La pobreza, de cualquier modo, es un fenómeno colombiano al que no se ha prestado suficiente atención y esta afirmación se evidencia en los índices de inequidad social.

La condición de las mujeres responde a otros factores, generalmente culturales: han sido rezagadas a labores domésticas, al sistema tradicional que ubica a la mujer como responsable del cuidado de la casa, del esposo, de los hijos y que, al ser esta su labor esencial no tiene trabajo pago, suelen estudiar a edades tardías. No es de extrañar que en edades avanzadas estén enfermas, abandonadas y desposeídas. En este sentido, recordar lo dicho por Virginia Woolf al respecto de “el ángel del hogar”:

Ustedes, que pertenecen a una generación más joven y feliz, tal vez no hayan oído hablar de ella, y quizá no comprendan a qué me refiero con “el ángel del hogar”. Intentaré describirla con la mayor brevedad posible. Era infinitamente comprensiva. Era inmensamente cautivadora. Era absolutamente altruista. Sobresalía en el difícil arte de la vida familiar. Se sacrificaba todos los días. Si había pollo, ella servía muslo, si había un barril, ella se sentaba en él. En suma, estaba hecho de modo que nunca tuviese un pensamiento o un deseo propio y,

antes bien, optase siempre por comprender y compartir los deseos y los pensamientos de los demás. (Woolf, 1985, pág. 9)

4.1.3. La transición del hospital a la casa

La independencia funcional es otro de los problemas de las personas de edad avanzada: casi en ningún sentido pueden valerse por sí mismas y, en todo caso, están en general solicitando ayuda de otros, en especial de sus familiares. Al respecto se puede hablar de la siguiente perspectiva que conduce a tal dependencia:

Aunque una gran proporción de las personas de edad actualmente envejece con menos problemas de salud que hace algunos años, un porcentaje considerable presenta alguna enfermedad crónica. La probabilidad de padecerla aumenta con el envejecimiento y se calcula que el riesgo de sufrir uno de estas enfermedades se duplica cada cinco años después de los 50 años. Aunque raras veces ponen en peligro la vida, sí interfieren de manera importante con la independencia funcional y por esto alteran de manera considerable la calidad de vida del individuo que las padece. (López J. H., 2002)

Hay unas preguntas que, en general, no son planteadas y mucho menos discutida en ámbito gubernamental alguno. Esto es, ¿conviene el medio hospitalario a los pacientes geriátricos? ¿Es siempre lo mejor para el adulto, sus familiares, y para sí mismo estar por ejemplo en urgencias, donde está expuesto a todo? ¿No es acaso peligroso? En este mismo sentido podemos citar el Vol. anterior para analizar algunas consideraciones al respecto:

A pesar del innegable avance tecnológico al alcance de la mayoría de los hospitales y de los vastos conocimientos científicos de los profesionales de la salud que en ellos laboran, el medio hospitalario sigue siendo un entorno inadecuado y en muchas ocasiones peligroso para el paciente geriátrico. El principal problema y desdichadamente uno de los más comunes es la pérdida de la función y de la independencia en el paciente (1). Esto se debe en parte a que la mayoría de los internistas y cirujanos no están bien familiarizados con el concepto de independencia funcional, elemento pronóstico determinante en el paciente anciano. (López J. H., 2002).

Sean analizadas, así mismo, las siguientes estadísticas (y de no sea olvidado, de paso, que esto sucede en Colombia) que el profesor asistente Dr. Jorge H. López R. del Departamento de Medicina Interna, de la Universidad Nacional en Bogotá expone:

Antes de la hospitalización 73% de los ancianos podía bañarse por sus propios medios, pero una vez dados de alta sólo el 19% podía hacerlo. Para vestirse y movilizarse de manera independiente las cifras descendieron de 84 y 93% antes de la admisión a 36 y 46% respectivamente después del alta. En este mismo estudio también se encontró que a los tres meses de haber salido del hospital, uno de cada cinco ancianos tenía una nueva alteración en su capacidad funcional. (López & Medicina, 2002).

¿Por qué, entonces, no se traslada definitivamente la atención al hogar? ¿Qué impide que esto se dé? La respuesta puede ser la siguiente (o al menos parte de la solución al problema):

En 1930, 40% de todas las consultas médicas en los Estados Unidos se hacían en el hogar del enfermo. Veinte años después esta cifra se redujo al 10% y a principios de los 90 a 1%.

Los motivos por los cuales los médicos practican pocas visitas domiciliarias son múltiples y variados y van desde pobre remuneración hasta falta de experiencia, dificultades para el transporte, excesivo consumo de tiempo etc. Lo anterior suele tener origen en la propia facultad. En Norteamérica se documentó que más de la mitad de las escuelas médicas no dedicaban ni una sola hora durante todo el currículo al entrenamiento en atención domiciliaria y sólo tres de 123 escuelas exigían que sus estudiantes realizaran cinco o más visitas.

En la esfera de la educación, la gestión del gobierno y la propuesta que aquí se enuncia se encuentran las soluciones a de lo que las siguientes condiciones siguientes se deriva: salud física alterada, salud mental, incapacidad funcional, del individuo y su relación con el medio ambiente, entre otros aspectos sociales.

Implementar un modelo funcional de apoyo en los pueblos, en este caso Yarumal, ayudaría a la disminución de riesgos y mejoraría la condición de vida de aquellos más alejados y desposeídos del sistema de salud colombiano. En otras palabras, la prevención de la enfermedad disminuirá la probabilidad de riesgo pues se entiende esta como fundamento para evitar el colapso a corto o largo plazo de los centros de salud y atención primaria e integral al ciudadano.

4.1.4. Atención de la urgencia en casa

La urgencia en casa es entendida como aquella situación que considerándose grave, requieren atención inmediata, o que, entendiéndose como leve, está siempre la posibilidad de probar con algún medicamento que se tenga en casa. O no medicamento, sino algún otro aliciente de carácter más popular, por ejemplo, bebidas. Esto representa un riesgo para la salud del individuo y quizá para quienes lo rodean. Lo que se debe hacer, entonces, es asistir a urgencias cuando la condición sea intratable, así, puede ser esto en extremo complicado de salvaguardar. Véase la siguiente cita que enuncia un estudio llevado a cabo en la Universidad de Antioquia:

Un estudio realizado en la Universidad de Antioquia en 2002 (2) mostró como un 97% de los entrevistados se auto medicaba, argumentando comodidad, evitarse perder tiempo, mayor economía y encontrar una solución más rápida a su situación. De esa manera se sentían más responsables por su salud. Así pues, se puede decir que cuando las personas se enfrentan con una situación de pérdida de la salud, pueden consultar por considerar que no da espera o ensayar diferentes remedios antes de consultar. (Betancur, 2009, p. 6).

Las posibles soluciones al respecto pueden entenderse a partir de la prevención de la enfermedad. Pero para prevenir hay que identificar riesgos y para identificarlos hay que estar en contacto con las personas que hacen parte de un entorno determinado. De esta forma, para asistir a la gente que lo requiera hay que considerar las visitas al hogar como parte de un proceso que propenda por el compromiso con la ciudadanía y el bienestar social general.

En Yarumal la problemática es no menos que alarmante. En la población de Buenos Aires, por ejemplo, se ha encontrado que los adultos se auto medican con elevada frecuencia de acuerdo con un estudio realizado por estudiantes de Atención Prehospitalaria de la Universidad de Antioquia. Los adultos analizados fueron entre 60 y 80 años y, ante el olvido de las instituciones encargadas de su salud y la imposibilidad de asistir a los centros de salud, toman la determinación de, por sus propios medios, intentar aliviar sus dolencias.

Leidy Álvarez (2019), en su investigación que es muy a propósito por la fecha en que esta se desarrolla, se refiere a la automedicación en Yarumal describiendo la situación de la siguiente forma:

La automedicación es un problema recurrente que, de una u otra forma, ha ido en declive por el avance tecnológico y el de la industria farmacéutica propiamente, dado que existen variadas formas de tratar una dolencia, una enfermedad en particular; los niños al nacer, por ejemplo, pueden gozar de una atención segura en un centro de salud certificado, donde no corran riesgos y las condiciones de salubridad sean las mejores posibles. (Álvarez & Echavarría, 2019).

La automedicación no es el único objeto de urgencia, pero expuesto para ver una de las causas por la que los adultos deberían, en la medida de lo necesario (no de lo posible) ser atendidos en casa. Y no solo en virtud de la emergencia sino de la prevención.

4.1.5. Redes de apoyo social a las personas mayores

Las redes de apoyo deben ser analizadas, entre otras formas, a partir de un marco conceptual garante de la viabilidad (que será analizada en el siguiente numeral) y de la necesidad; que es pues una forma de mejorar las condiciones sociales generales.

Hay un énfasis reciente en el apoyo social a las personas mayores. No es posible no escuchar que instituciones de carácter gubernamental o social no lucrativo, no traten de crear canales de atención a esta comunidad, o de gestionar recursos. Esto se debe al reconocimiento explícito de que son vulnerables pero, el que no haya todavía una revisión técnica de la atención domiciliaria, por decir lo menos, puede deberse a varios factores: recursos, médicos que no están dispuestos a ir a las casas por causa de que el aumento de sueldo no se da, regiones alejadas, entre otras cosas. Tratándose de apoyo social y la y la justificación de la necesidad de su propuesta e implementación, véase lo dicho por las Naciones Unidas:

El énfasis reciente en los apoyos sociales a las personas mayores se debe al hecho de que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también al reconocimiento de que se trata de una etapa de la vida en la cual existen mayores probabilidades de ser afectado por el debilitamiento de las redes sociales como consecuencia de la pérdida de la pareja, los amigos y los compañeros. (Guzmán, Huenchuan, & Oca, 2003).

Hasta aquí se ha hablado del concepto de red de apoyo, que también pueden ser llamada de otro modo: red social. Esta, no solo se refiere a aquel lugar (que el medio virtual es un lugar) en que se reúnen personas de manera virtual. No. La red social se refiere, en este caso, a aquel conjunto de ciudadanos unidos por una causa común: todo referido, particularmente, a un

individuo ajeno al origen de la red pero unido como protagonista por causa de una necesidad específica o de otra índole.

De las redes de apoyo social y la calidad de vida de las personas, las Naciones Unidas refiere: existe un cúmulo de evidencias empíricas que subrayan la importancia de las redes de apoyo para la calidad de vida de las personas mayores, no solamente por el mejoramiento de las condiciones objetivas mediante la provisión de apoyos materiales e instrumentales, sino también por el impacto significativo del apoyo que brindan en el ámbito emocional. Sobre este último aspecto, se considera que las percepciones desarrolladas por las personas mayores que participan en redes con respecto al desempeño de roles sociales significativos constituyen un elemento clave en su calidad de vida. (Guzmán, Huenchuan, & Oca, 2003).

El apoyo de la familia, de los amigos, de aquellos que integran su círculo social más cercano son factores de un entorno en que el individuo se siente más reconocido: se halle en su espacio realizando aquellas actividades de que disfruta más, que contribuyen con bienestar emocional y, con pocas dudas, facilita su recuperación. Como se ve, se expone un argumento más en pro de la creación de una red social de apoyo comunitario y especial que propenda por la estabilidad y sano desarrollo psíquico del sujeto.

4.1.6. Hospital en el hogar: viabilidad y resultados

Anteriormente se dijo que el adulto mayor que se encontraba en delicado estado de salud con frecuencia al ser atendido en el hospital representaba eventos adversos, tales como que salía con alguna complicación diferente a la que lo llevó allí. Y, además, en peores condiciones.

Ha habido algunos estudios cuyo objetivo se basa en determinar la viabilidad clínica para atender con eficacia al adulto mayor en el hogar. Este enfoque sugiere, cuando menos, que se sabe que es necesario que aquellos sean atendidos en su casa en virtud de que sus condiciones no empeoren o, que a veces, son tales que se convierten en más prevención que atención urgente. No es desconocido que no solo se busca la inalteración de las condiciones vitales, sino mejores condiciones de vida en tanto se pueda permanecer en casa, hallarse en su espacio, considerar las condiciones económicas adversas, entre otros aspectos.

Un estudio de investigación de carácter prospectivo se cuestiona acerca de la viabilidad. Los siguientes son algunos de los resultados obtenidos por la revista *Annals of internal medicine* en *455 community-dwelling elderly patients who required admission to an acute care hospital for community-acquired pneumonia, exacerbation of chronic heart failure, exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, or cellulitis* (455 pacientes ancianos residentes en la comunidad que requirieron ingreso a un hospital de cuidados agudos por neumonía adquirida en la comunidad, exacerbación de insuficiencia cardíaca crónica, exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica o celulitis):

La atención hospitalaria en el hogar fue factible y eficaz para brindar atención hospitalaria a los pacientes en el hogar. En 2 de los 3 sitios estudiados, el 69% de los pacientes a los que se les ofreció atención hospitalaria en el hogar la eligió

sobre la atención hospitalaria aguda; en el tercer sitio, el 29% de los pacientes eligió la atención hospitalaria en el hogar. Aunque menos orientada a los procedimientos que la atención hospitalaria aguda, la atención hospitalaria en el hogar cumplió con los estándares de calidad a tasas similares a las de la atención hospitalaria aguda. (Leff, B., 2005).

La atención en casa es no solo viable en términos económicos (que tal preocupa a muchos) sino además puede cumplir sin problemas con estándares de calidad que dé tranquilidad al paciente sobre sus cuidados y sano desarrollo con los menores riesgos posibles.

Acercas de los resultados del estudio anterior, que es igualmente aplicable para el contexto en estudio: El modelo de atención hospitalaria en el hogar es factible, seguro y eficaz para ciertos pacientes mayores con enfermedades médicas agudas seleccionadas que requieren atención hospitalaria aguda.

7. Marco conceptual

Generalidades

El marco conceptual: “es una sección de un texto escrito en el ámbito académico que detalla los modelos teóricos, conceptos, argumentos e ideas que se han desarrollado en relación con un tema”. Asimismo, con respecto al objetivo de su desarrollo: “se orienta en general a definir este objeto, describir sus características y explicar posibles procesos asociados a él”. (Vidal, Pontificia Universidad Católica de Chile).

Definición de conceptos

Red de apoyo social hospitalario

La palabra **red** viene del latín rete, que se refiere a una malla o a un hilo de pescar, pero que en su acepción más general se entienda como una estructura compuesta de un conjunto de patrones característicos. (Chile, Diccionario Etimología de Red).

Tal acepción es aceptada por la Real Academia de la Lengua Española que acuña el siguiente significado a la palabra: “Conjunto de elementos organizados para determinado fin”. (RAE, 2019).

Asimismo, la RAE define el concepto de **apoyo** como: “Protección, auxilio, o favor”.

Si a tal conjunto de elementos organizados que enuncia la RAE se relaciona el concepto de apoyo definido a partir de sus raíces latinas como: “Lo que sostiene, ayuda, da confianza” (Diccionario Etimológico Español), entonces la red de apoyo podría entenderse, desde el sentido particular de la presente investigación, como el conjunto de personas que conforma un grupo

cuyo objetivo es brindar ayuda, protección o sostenimiento de alguna forma a través de diferentes medios a una persona o a otro grupo que así lo requiera.

Ahora bien, en cuanto a lo que se refiere al **apoyo social**, Lin lo define como: “El conjunto de provisiones expresivas o instrumentales —percibidas o recibidas —proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, provisiones que se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis”. (Lin, 1986).

Es entonces el apoyo social una forma de aprovisionar al otro de manera expresiva o instrumental, es decir, brindar auxilio a través de la palabra o de bienes materiales que puedan servir para solventar necesidades.

En síntesis, una red de apoyo social será una estructura conformada por personas o grupos de estas que propendan por el fin de ayudar a otros por medio de ayudas materiales o expresivas. En este caso, la forma a que se dirige la investigación, puesto que el campo es hospitalario, es la que se comprende por la protección de la salud de los más vulnerables: este será el fin último de la estructura social construida por personal de los centros de salud e integrantes de la comunidad de estudio. Se resalta, pues, que tanto el apoyo psicológico como material se hacen de imperativa práctica en este caso.

Población vulnerable

En el Diccionario Etimológico de Español en Línea se define **población** como el conjunto de personas que habitan un lugar. (Etimologías de Chile, s.f.).

La definición de este término no dista mucho de lo que otras fuentes puedan decir, a menos, claro que sea otra el área de estudio. Por ejemplo, en Sociología es el: “Conjunto de los

elementos sometidos a una evaluación estadística mediante muestreo”. (RAE, 2019). Y coincida con la definición etimológica ya dada. Por supuesto, la definición apropiada para este caso será necesario realizar la síntesis de estas dos definiciones pues habrá una población determinada, es decir, un muestreo objeto de estudio cuyas características cualitativas serán analizadas.

Tal población se elige de acuerdo con las consideraciones de vulnerabilidad que de aquella se haga. Conviene pues definir lo que es ser “vulnerable” o en qué circunstancias de algo se dice que se es vulnerable.

El término **vulnerable** significa que algo puede ser herido, calidad de ser dañado o perjudicado. (Etimologías de Chile, s.f.).

La UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) define la vulnerabilidad (calidad de vulnerable) como: “La incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido un desastre”. (UNDRR, 2004).

Una población vulnerable será aquel grupo de personas que se encuentran en estado inminente de padecer peligro alguno, de ser dañado o perjudicado y cuyas consecuencias se encuentran manifiestas ante la imposibilidad natural de reponerse con facilidad ante la adversidad. En esta línea se encuentra fundamentada la propuesta actual que reconoce este estado y la necesidad de buscar prevenir de la enfermedad.

Adulto mayor

“La palabra **adulto** viene del latín *adultus* que significa que ha concluido su proceso de crianza”. (Etimologías de Chile, s.f.).

La RAE, así mismo, enuncia que un adulto es aquel ser vivo que ha llegado a la plenitud de crecimiento y desarrollo.

Como se ve, ambas fuentes coinciden en esencia con la definición de adulto, sin embargo, conviene relacionar otro significado que se considera complementario. La Universidad Abierta para Adultos (UAPA), citando a Romans y Viladot explica este concepto con base en otras perspectivas que vinculan el entorno y otros aspectos de carácter social:

Dependiendo de la importancia que para un determinado contexto tenga uno de estos aspectos, va a ser el significado del concepto adulto. A la adultez se llega después de haber pasado por una sucesión de crecimientos indispensables para ser aceptad socialmente como un adulto, dentro del contexto donde vive. (Romans y Viladot 1998).

El concepto de adulto de que se tratará en el presente es que el reconoce al individuo como independiente, responsable de sí, con autonomía que comprende que se tienen unas responsabilidades frente al otro, a los demás; que hay que asumir los riesgos de las acciones y actuar conforme a la ley y sus disposiciones. En esto se halla, pues, la plenitud de crecimiento y desarrollo que se enunció. Para Colombia los adultos son aquellos cuya edad es mayor o igual a 18 años cumplidos.

Prosiguiendo, el **adulto mayor** será, por tanto, aquel que cumple con las condiciones dispuestas anteriormente y, además, que tenga más de 60 años cumplidos, o en casos que así lo

requieran, aquel que haya pasado de los 50 pero se reconozca en estado de vulnerabilidad por lo que esté sujeto a disposiciones especiales del Estado.

Infancia

La designación más antigua acerca de infancia o *infante* era aquella que trata de los hijos legítimos del rey. Luego la DRAE hasta antes de su actualización en 2019 lo define como aquel que aún no ha alcanzado la edad de 7 (siete) años. Ninguna de estas definiciones anteriores son de utilidad para el desarrollo de la investigación por lo que se considerarán las más recientes.

Con base en una visión más contextual del término, el mismo Diccionario de Etimología que aquí se viene citando redefine la infancia como aquel período en que un niño o niña permanece en casa al cuidado de la madre, que será la responsable directa en la adquisición de hábitos elementales y ese niño carece de expresión pública aunque sea capaz de hablar. Es preciso aclarar que la capacidad de hablar no se consideraba propia del infante, pues *infantia* era aquella incapacidad de hablar.

La RAE, actualizada en 2019 con respecto a muchos de sus términos que se consideraron caídos en desuso, trata el concepto a partir de una percepción general con que la mayoría que escuchen este término (al menos en los países de habla hispana) están familiarizados: “Período de la vida humana desde el nacimiento hasta la pubertad”. (RAE, 2019). Con el fin de no pasar por alto y así alejarse de la esencia de la definición del término en cuestión, conocer lo que se entiende por **pubertad** se convierte en obligatoria mención: “Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta”. (RAE, 2019).

Sin embargo, la infancia también es entendida como etapa contextual que comprende otras atenciones en materia de responsabilidad estatal. El UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) es un organismo de la ONU (Organización de Naciones Unidas) al que no puede no citarse pues considera al sujeto en su infancia a partir de su proyección de desarrollo individual procurando que cada Estado adopte unas medidas propicias para su bienestar. Así:

La infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años. (La Infancia Amenazada. Estado Mundial de la Infancia, 2005).

Protegidos de toda suerte de vejámenes o condiciones inadecuadas de vida que los pongan en peligro o en estado de vulnerabilidad es como los niños deben permanecer. Será entonces la infancia aquel período que va más allá del desarrollo biológico, que comprende unas condiciones propicias que busquen conservar el bienestar en todas las dimensiones del sujeto cognoscente. Es esta la definición de infancia de que trata el proyecto en curso, pues no se tendrá solo en cuenta que sea un infante en tanto se encuentra en dos líneas demarcadas temporalmente, sino, además, en estado latente de vulnerabilidad (atención prioritaria). A partir de allí se justificará la necesidad de intervenir en la creación de las redes de apoyo.

Discapacidad

El Ministerio de Salud de Colombia citando lo dicho en la convención de la ONU en 2006 expone la discapacidad de la siguiente forma:

La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (ONU, 2006).

Una definición más precisa (sin considerar plenamente las dificultades del sujeto de relacionarse con el medio que le rodea) trata la discapacidad como la cualidad de ser inválido o de perder alguna capacidad. Por otro lado, la OMS (Organización Mundial de la Salud) relaciona la siguiente definición que, a su vez, enriquece el proceso pues define otros términos de relevancia dentro de la comprensión de lo que es padecer la discapacidad:

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (OMS, 2020).

No poder realizar funciones físicas específicas, o participar de determinados espacios son restricciones que suponen toda una suerte de problemas para quien, según lo expuesto, se ve

incapacitado o no facultado para realizar determinadas acciones. A partir de esta imposibilidad o limitación natural para vincularse de una forma más activa con la sociedad es la que sintetiza dentro de sus objetivos específicos la práctica académica aquí presentada.

Se considera, pues, que atender esta problemática desde un diseño de intervención específico por parte de agentes que deban garantizar el bienestar general de las personas es de especial atención en sus condiciones de vulnerabilidad.

Atención primaria integral

La **atención** es la acción y efecto de tener en cuenta o de extenderse hacia el que está hablando. (Etimologías de Chile, s.f.). Es, pues, estar dispuestos a entender lo que se dice, independiente de que se logre o no este propósito. A eso se refiere el “extenderse”. La RAE definirá este término en relación con la cortesía, tal que no se tendrá aquí en consideración pues la atención a que se refiere el texto se constituye como derecho del ciudadano que habita la urbe; no es un privilegio sino un deber estatal ser garante de las condiciones óptimas para que el individuo se desarrolle desde la calidad en los servicios de salud que se brinden.

La atención se tendrá como referente teniendo como base la vitalidad, esto es, una atención primaria a las necesidades del sujeto desde todas sus dimensiones sociales y particulares. La RAE define la atención primaria como: “Asistencia médica inicial que recibe un paciente”. La palabra inicial aquí entendida desde lo urgente y de prevención de riesgos. Una definición mejor desarrollada, desde la propiedad teórica y de aplicación actual, es la de la OMS:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (OMS, 2008).

Desde el reconocimiento de la necesidad de este cuidado y de las condiciones que en él deben darse, se entiende la atención primaria aplicada, sobre todo, en aquellos espacios o contextos determinados que se erigen en medio de la condición de comunidad vulnerable. Esta atención esencial debe ser, además, integral; que responda adecuada y pertinentemente a las necesidades de aquellos cuya salud se pueda ver afectada por ubicación geográfica u otras causas.

El concepto de **integral** comprende aquello que es completo, a lo que no falta nada, de acuerdo con su composición etimológica. La RAE la definirá como “lo que comprende todos los elementos o aspectos de algo”. En una acepción filosófica hallada en el mismo diccionario se halla que es lo “dicho de cada una de las partes de un todo: Que entra en su composición sin serle esencial, de manera que el todo puede subsistir, aunque incompleto, sin ella”. (RAE, 2019).

De lo anterior se deduce sin dificultad que lo integral, lo íntegro, es el compendio de un conjunto de elementos que forman un todo; que en la ausencia de lo particular nada se sostiene. Llevada esta concepción al campo de la salud en relación o vínculo directo con el individuo y la **atención primaria integral**, véanse las siguientes definiciones para establecer una síntesis directa:

El Ministerio de Salud, citando la definición de la OMS añadida a la lista de términos en 1978 habla de la **atención primaria en salud** (campo de interés para el cumplimiento del objetivo general de la investigación) que está contenida por la pertinencia dentro del presente desarrollo y sintetiza apropiadamente el término que encabeza esta sección:

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978).

Se considerará por el lector que la definición dada no responde únicamente a un componente asistencial. La atención primaria integral tendrá un mayor alcance en términos de intervención del espacio del paciente y de este mismo; no es mero acompañamiento. Es de facto solicitud, asistencia, y atención que, como se ha venido describiendo, entiende al sujeto desde todas sus dimensiones, es decir, como un todo que debe ser atendido desde sus particularidades.

8. Marco legal

El presente apartado contiene la normatividad jurídica vigente en que se fundamenta la atención domiciliaria en casa considerando aquellas leyes, decretos, resoluciones, y artículos que se entienden por pertinentes dentro de este proceso.

De acuerdo con lo anterior son expuestas las modificaciones del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) así como los artículos y/o párrafos relacionados con el objetivo de desarrollo del presente, ley estatutaria 1751 de 2015, ley 1733 de 2014, ley 1438 de 2011, ley 1122 de 2007, resolución 5592 de 2015, resolución 13437 de 1991. Todo lo anterior desde un marco nacional que responda a necesidades locales.

La resolución 6408 de 2016, capítulo VII, artículo 68 referido a la atención paliativa suscribe:

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida. (Ministerio de Salud, 2016).

Se garantiza el cuidado de pacientes bajo la modalidad ambulatoria en estado terminal o que padezcan una enfermedad crónica o que ponga en riesgo serio su salud mediante un proceso de degeneración progresiva. Con tal disposición se entiende que estaría justificado el cuidado en casa no solo en condiciones de pobreza, o por la naturaleza misma de la discapacidad sino además por la obligación legal de hacerlo cuando el estado del enfermo se considere grave. No es pues necesario ni de imperativo cumplimiento el que estos pacientes deban ser cuidados o atendidos necesariamente en centros de salud.

En el artículo 82 del mismo documento se explican los servicios que cubre y las condiciones en que deben darse de acuerdo con el juicio médico:

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los servicios y tecnologías para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante. (Ministerio de Salud, 2016).

Para dar debida base a lo anterior véase la regulación del derecho fundamental de la salud mediante el que se dictan algunas disposiciones generales por medio de la ley estatutaria 1751 de 2015 para dar debido cumplimiento al acceso que todas las personas tienen al sistema de salud y el cuidado integral de su vida. En primera instancia el ámbito de aplicación es de necesaria mención, así, en el artículo 3 de la presente ley: “La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud” (Ministerio de Salud, 2015). En consecuencia, se debe brindar toda garantía de protección de salud sin consideraciones particulares. El ámbito de aplicación es claro con suficiencia.

Con respecto a la ley que fundamenta otras disposiciones del cuidado paliativo y la atención integral de este, se encuentra lo propio en la ley 1733 de 2014. Para dar a conocer el objeto de esta, el artículo primero define con claridad el alcance:

Esta ley reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que

afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología. (Congreso de la República, 2014).

En este artículo se puede ver con claridad y sin ambigüedad la definición de la atención primaria integral del individuo, esto es, que compone todas sus dimensiones esenciales incluyendo, como se ve, la social, pues vincula la familia al proceso entendiendo que esta es parte esencial del proceso de recuperación del paciente. De ahí que el tratamiento en casa cobre especial importancia, pues es el entorno en que la recuperación puede darse de manera óptima en tanto representa el espacio natural para el sujeto así como el entorno en que se siente propiamente cómodo. Estas personas deben ser tratadas no solo en aras de atención directa, es decir, cuando la enfermedad empeore, sino indirecta, o sea que estando presente la enfermedad, hay que realizar un proceso de prevención sintomático. Es, pues, en todo caso, atención íntegra.

En el artículo 4 de la ley en exposición se define lo que son los cuidados paliativos, atendiendo, en todo caso, a la visión representativa del párrafo anterior:

Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. (Congreso de la República, 2014)

Es obligación de las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud, públicas y privadas garantizar a los usuarios el acceso a todos los servicios adscrito a los cuidados paliativos de acuerdo con el artículo 6 de la presente ley.

Con respecto a las redes de apoyo que es otro de los fundamentos de la investigación en desarrollo, es posible relacionar la ley 1438 de 2011, título VI, cap. II, artículo 64, componente 64.10. Pero antes es preciso decir que en este artículo — valga la redundancia — se articula la integración de las redes, es decir, define los organismos que harán parte del proceso de atención: entidades territoriales en coordinación con las entidades promotoras de salud. En el caso de municipios no certificados será el departamento la entidad territorial, sin que por eso se viole la autonomía de acuerdo con la conformación de las redes existentes en determinada población.

Este servicio debe ser de oportuno, preciso, y ciertamente pertinente para brindar atención de calidad y evitar complicaciones consiguiendo así resultados clínicos eficaces.

Entre los componentes de este artículo se encuentra uno que es de particular interés: objetivo 64.10, que dice lo siguiente: “La coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia”. (Congreso de la República, 2011). La función de coordinación tendrá el citado entre sus objetivos, es decir, que la atención domiciliaria hará parte de las redes integradas lo que se entiende como parte constitutiva de las disposiciones técnicas generales de los centros de salud procurando la atención del paciente en casa con todas las herramientas pertinentes y adecuado el espacio y los recursos para todos los fines que conduzcan a mejorar la calidad del paciente.

En el Plan Nacional de Salud Pública cuyo objetivo es la atención y prevención de factores de riesgo que puedan afectar la salud y las condiciones de vida estables fortaleciendo la capacidad de la comunidad y diferentes niveles territoriales para actuar cuando las circunstancias así lo exijan, dentro de sus obligaciones suscritas a ley 1122 de 2007, capítulo VI, artículo 33, contempla el literal i: “Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria”. (Congreso de la República, 2007).

Como resultado debe incluirse en el Plan Nacional de Desarrollo. Como se ve, por tanto, esta es otra garantía que debe darse dentro del marco constitucional. Así, deben ser creados, por tanto, modelos de atención domiciliaria que garanticen la calidad de vida de la ciudadanía, toda vez que se entiende como una disposición legal estrictamente relacionada con el derecho inalterable a la salud y vida digna.

De acuerdo con la resolución 5592 de 2015, en su título I de disposiciones generales, artículo 8 (glosario) se enuncian algunas definiciones. Entre las que se encuentra atención domiciliaria:

Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

Más adelante en el título III correspondiente con el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, capítulo II (de la recuperación de la salud) artículo 27 da cuenta de en qué casos se cubre la atención domiciliaria, aunque como ya se vio es un derecho fundamental el que se tiene a la salud, no por esto se cubre en todos los casos la atención en casa bajo disposiciones

particulares de los familiares o del paciente. Es decir, se cubre solo cuando el profesional tratando así lo considere bajo las normas de calidad vigente. Así, si el profesional no considera pertinente la atención en el hogar, la salud de la persona se garantizará en otras condiciones, por ejemplo, intrahospitalarias. Además se hace la salvedad de que esta cobertura solo aplica para el ámbito de la salud, no se extiende a otros recursos humanos, tal como se expone en el artículo mismo, a saber:

La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Esta cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Por último, cabe citar la resolución 13437 de 1991 en que se disponen los derechos de los pacientes para propender por una humanización en el proceso de enfermedad y ser garantes de la calidad del servicio; entre estos se encuentran:

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
2. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
3. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los

objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

(Ministerio de Salud de Colombia, 1991).

Capítulo III

Diseño metodológico

Metodología

En la presente investigación cualitativa el método usado es el etnográfico dado que permite establecer relaciones con diferentes partes o unidades que componen los grupos y subgrupos de una sociedad objeto de estudio y disponerlas para el análisis ya sea mediante observación participante o entrevistas permitiendo así conocer comportamientos que funcionarán como premisa para desarrollar un diseño de investigación explicativo.

Este método permite interpretar códigos culturales de una determinada clase o unidad social y, siguiendo esta línea, es posible buscar relaciones con un contexto más amplio para enunciar proposiciones que permitan resolver problemas cotidianos.

Sin embargo, la visión que de la comunidad se obtiene no responde meramente a una visión externa, también lo hace a partir de la forma en que los actores de las relaciones sociales perciben su entorno, analizan la problemática – previa identificación – y resuelven sus dificultades. Esto ayuda a tener un estudio etnográfico mucho más amplio.

Comunidad de Buenos Aires

Contexto de la situación en la comunidad

El barrio Buenos Aires se encuentra ubicado en las periferias de Yarumal, municipio ubicado al norte del departamento de Antioquia, no cuenta con parques cercanos o lugares de recreación accesibles, las condiciones de las vías son precarias, la mayoría de viviendas cuenta con los servicios básicos necesarios, sin embargo, hay otras tantas que dependen de una vinculación particular con los vecinos, ya sea por medio de pagos moderados o, mera caridad. Hay una escuela cercana – 10 minutos de a pie aproximadamente –, pero también está en malas condiciones con pocos profesores que puedan asumir las tareas de enseñanza (desplazamiento complejo para los menos favorecidos). El hospital está lejos, el transporte hasta allá no es tan fácil de conseguir debido a los índices de violencia y micro tráfico que existen en la comunidad y, en la noche, es sencillamente imposible. La seguridad es prácticamente inexistente pues las personas dicen que para que un policía acuda al llamado primero debe reunir un grupo considerable de compañeros (no menos de 5).

Esta comunidad, bajo todo punto de vista, es vulnerable. No hay seguridad, la educación es pobre, las vías no responden a las necesidades de una persona que se encuentre en delicada situación de salud ni al transporte que pudiera acudir en su ayuda, así que todo depende de lo que el otro pueda hacer por su vecino. Apenas se intentan pavimentar algunas vías.

Los adultos mayores y los niños son quienes más padecen los vejámenes porque sus relaciones sociales se tornan en extremo dependientes. Incluso en términos de alimentación estos perecen: hay desnutrición. Los discapacitados – que son en su mayoría los adultos mayores – están en todo sentido sujetos a lo que puedan hacer por ellos.

De acuerdo con lo anterior es posible ver que si en educación, transporte, servicios básicos, seguridad, no hay garantías, tampoco las hay en salud. De por sí – como varios entrevistados comentan – el sistema de salud no responde a las necesidades de la ciudadanía aun estando estos cerca de los centros de salud, menos sucederá en comunidades tan alejadas y sin seguridad. Así que no hay otra opción más que los habitantes recurran a fabricar o hacer uso de lo que creen es una medicina para solucionar problemas inmediatos, exponiéndose, de esta forma, a tratar un malestar que pueda deberse a una causa diferente del fin mismo de la medicina casera. No es de difícil conclusión decir que esto empeorará las condiciones de vida y pondrá en considerable riesgos a los relacionados.

La última idea es la que convoca el presente vademécum, pues, al seleccionar un subgrupo de esta población, se ha pensado en la conveniencia de hacerlo con uno que se haya visto muy afectado. En este caso los adultos mayores entre 60 y 80 años con sus facultades psicológicas sin alteración y físicas alteradas o inalteradas.

Condiciones físicas y socioeconómicas

Cuando de condiciones físicas se habla en lo que primero se suele pensar es un tipo de capacidad o discapacidad que puede tener una persona para realizar alguna acción. Y por supuesto, esto no es pensado en términos de una condición psicológica. De acuerdo con lo anterior, esta capacidad para ejecutar una acción depende de manera estricta de unas condiciones óptimas para vivir que comprende buena salud, seguridad, relaciones socioculturales estables, entre otras.

Particularmente el subgrupo de personas tomado de la comunidad de Buenos Aires que comprenden edades entre 60 y 80 años no goza de buenas condiciones físicas, pues es de asumir que a esas edades en un sector tan vulnerable se esté expuesto a un sinnúmero de inconvenientes para acceder a buenas medicinas: las personas padecen continuos dolores de cabeza, fatiga, Alzheimer, problemas lumbares, y discapacidades que impiden, por ejemplo, moverse de su cuarto y entonces dependen de lo que otros puedan hacer por ellos. ¿Y qué hacer entonces cuando se tiene alguna dolencia? Auto medicarse para ser un eufemismo pues los adultos dicen que deben recurrir a otro tipo de saberes, fabricar sus propias formas de aliviar su dolor, con lo que ellos llaman ramas, o depender de la buena gestión de alguna persona que pueda llevar, cuando menos, acetaminofén.

De las condiciones socioeconómicas puede decirse que son paupérrimas. No hay trabajo pago para aquellas personas debido a su edad, problemas físicos, etc. Y resulta apenas como deducción básica decir que ninguno pudo acceder a la pensión pues en la juventud no tuvieron trabajo que les vinculara de tal forma y su contexto no varió de manera considerable. El ambiente en que se vive, en cuanto a generar ingresos se refiere, no ofrece oportunidades. Solo se hacen trueques, uno le da al otro lo que este necesite para su subsistencia o dependen de lo que los hijos, nietos, familiares puedan hacer una vez que salen del barrio. Lo que predomina allí es el micro tráfico; las mulas son usadas para generar recursos para regiones pequeñas dentro del barrio.

Técnicas de recolección de información

La información se recolectará mediante la observación, descripción de sitio, y entrevistas. Esto, porque son elementos de carácter cualitativo que permite evaluar la pertinencia de la proyección de la investigación de acuerdo con el contexto, además, de analizar las necesidades, estudiar las posibles propuestas de redes y, lo más importante, escuchar la voz de quien se siente abandonado o requiere cuidados primarios. La descripción de sitio, por ejemplo, contribuirá con determinar el papel de los más cercanos y las funciones de que pueden hacer parte para diseñar un plan integral de atención en casa.

Observaciones

Para las observaciones, se acudirá al hospital con todas las precauciones posibles para analizar el estado de salud de los adultos de entre 60 y 80 años, personas en pobreza extrema. Lo que se evaluará es el trato y acompañamiento, conocer las dinámicas institucionales para mejorar las condiciones de vida de estas personas. Se buscará que la observación se lleve a cabo mediante una visita guiada que permita, así mismo, conocer las instalaciones y sus condiciones.

Se anotarán descripciones de lugares, acontecimientos, anomalías, curso de las operaciones administrativas y de atención integral, posibles respuestas que se puedan dar de los pacientes a través de la intervención del médico tratante, tiempos de atención, personal disponible para atender a los pacientes en condiciones más deplorables, acompañamiento familiar, entre otros aspectos de índole descriptiva. Lo anterior en el hospital, o dado que en el momento de atender la presente investigación el país se encuentra en cuarentena, se considerará

la posibilidad de hacer esto en el centro de salud más cercano y, desde luego, con menos tráfico de pacientes por unidad.

En un principio se pensó en visitar algunas casas del barrio en mención, sin embargo, las condiciones actuales en lo referente a la pandemia no permiten llevar a cabo visitas presenciales puesto que hay riesgos latentes de por medio. En este sentido, lo mejor será acudir a una base de datos de una consulta previa realizada por la Universidad de Antioquia en este sector y, a partir de allí, obtener conclusiones que puedan guiar nuestro propósito de demostrar la necesidad de la atención hospitalaria en casa.

Descripción de sitio

La descripción de sitio (o de lugar y estado de las cosas) se determinará por medio de una consulta al grupo de estudiantes del Técnico en Atención Hospitalaria de la Universidad de Antioquia que se encargó de visitar y evaluar las condiciones de vida, y socioeconómicas del Barrio Buenos Aires. A través de esto se obtendrá información suficiente para construir rutas de trabajo y propuestas enmarcadas por la viabilidad. Este estudio se considera conveniente, sobre todo, porque aquella situación que se atendió fue la automedicación y sus causas, lo que responde a la consideración cuando menos inicial, de llevar la atención integral a casa para disminuir el impacto negativo de la automedicación y, en este mismo orden de ideas, conducir los elementos necesarios de atención médica, evitando así propagación de enfermedades o estados críticos a corto o largo plazo.

Entrevistas

Se considera necesario posponer el estado de las entrevistas para los pacientes y, por lo pronto, estas solo se darán con los estudiantes que brindarán los datos objetos de interpretación.

Cronograma de actividades

Sujeto a las políticas nacionales de acuerdo con el COVID – 19 para hacer la intervención de manera presencial, o previa autorización del docente, la recopilación de información a través de una base de datos y llevar a cabo conclusiones haciendo uso del trabajo académico de los técnicos en Atención Hospitalaria.

No se pudo hacer las intervenciones de manera presencial para la recopilación de los datos. Sin embargo, se contó con información concerniente a una investigación previa acerca de la automedicación en los adultos entre 60 y 80 años de la comunidad en cuestión, así como de la base de datos del plan Adulto Mayor del municipio de Yarumal, con el fin de reconocer posibles focos de vulnerabilidad para sustentar la pertinencia de la intervención del plan de atención hospitalaria domiciliaria.

Capítulo IV Hallazgos y resultados

Reporte de resultados

Entrevistas

Relación del contexto:



Aclaración

Debido a la naturaleza de las palabras, afirmaciones y narraciones hechas por algunas personas del grupo seleccionado se ha decidido guardar la identidad y reconocerlas como persona I o persona II, etc.

Entrevista I

Entrevistad(a): Persona I

¿Qué es la automedicación?

Creo que es cuando la gente toma alguna cosa que no le mandó el doctor, o sea, que toma droga que piensa que es buena o que le sirve.

¿Cómo se da la automedicación aquí? Es decir, ¿por qué los adultos se auto medican?

Porque la gente no tiene cómo pagar por la droga, aquí no hay plata, es un sector olvidado que ahora les dio por pavimentar a ver si dejábamos la bulla. No tenemos ni pa bajar al hospital. Y de todas maneras los remedios caseros no son tan malos, antes nuestros abuelos se aliviaban así, y nos dejaron la herencia: que pal dolor de cabeza la canela, que el toronjil; son cosas naturales que ayudan. Y se me olvidaba decirles una cosa... mientras a uno lo atienden se muere.

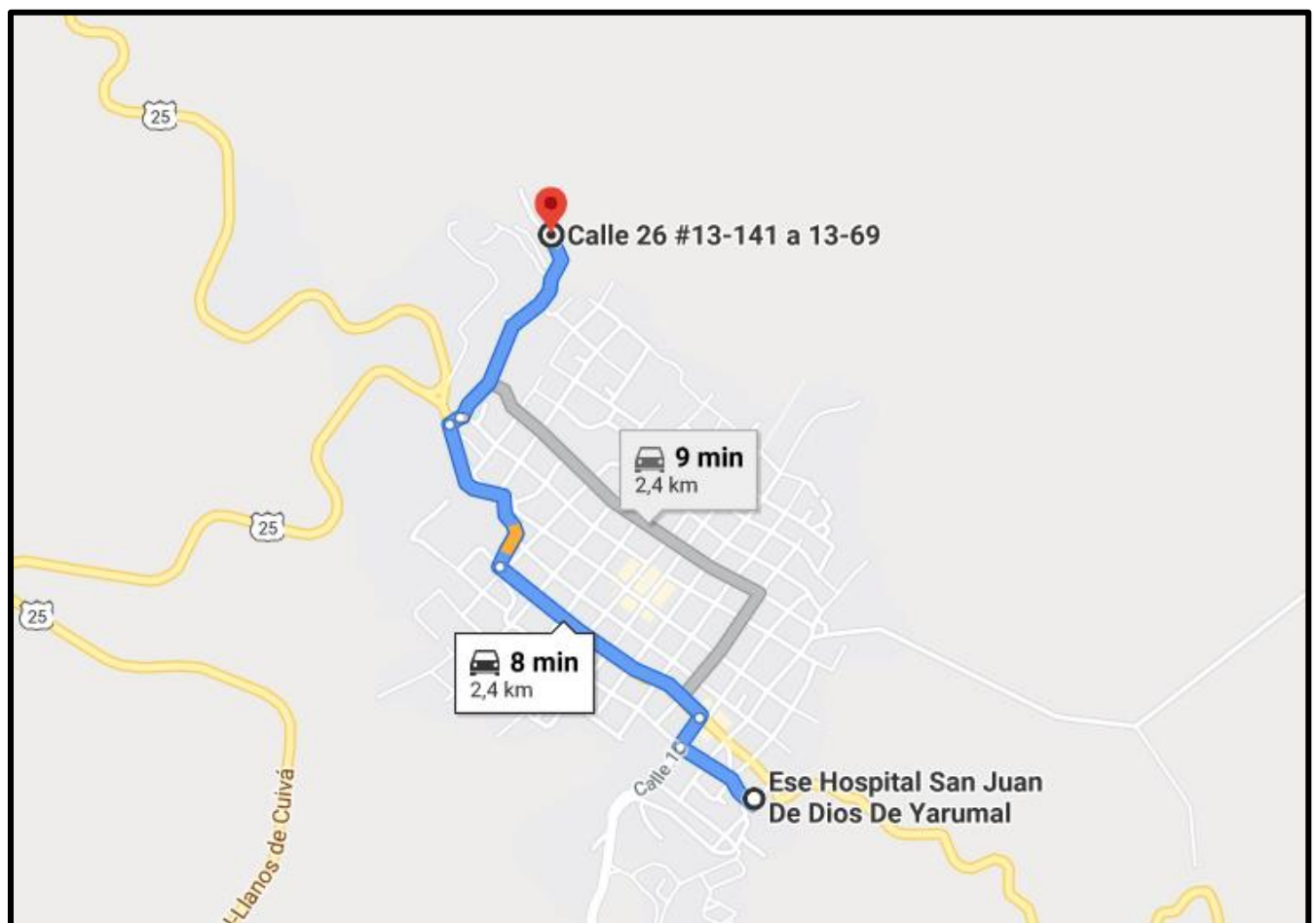
¿Quiénes son los más afectados?

Ah, pues yo no sé muy bien, pero demás que los más viejos así como yo, los más enfermos, la gente que no puede ni caminar, entonces toca que quien medio sepa algo de cómo curar pues vaya hasta la casa del enfermo y mire a ver qué hace con un trapo mojado, jabón rey y

alcohol si es que se encuentra. Los niños también por ser muy débiles y las mujeres embarazadas. Aquí hay muchas mujeres así.

¿No creen que es algo riesgoso, que su salud se puede ver más afectada si no recurren a la ayuda especializada?

¡Pues sí! Pero no hay de otra, no tenemos nada más ni nadie más que nos pueda ayudar. De pronto niñas así como ustedes que vengan por aquí y nos traigan medicinas o cosas para ayudarnos. De todas maneras aquí ya nos acostumbramos a resolver nuestros problemas nosotros mismos.



En la figura anterior se puede evidenciar la referencia que hace el adulto con respecto a la dificultad que tienen para ir hasta el hospital. Es una distancia de 214 km., que, para un adulto mayor o una persona en delicado estado de salud, es significativamente lejos; además, claro, de la consideración de no llegar a tiempo para ser atendidos por su emergencia. La siguiente figura muestra las lejanías del sector con respecto al centro del pueblo poniendo de relieve el símil del aspecto rural.



Análisis de la relación con la necesidad de la atención en casa y los hallazgos derivados de la automedicación (1):

Una de las necesidades explícitas de la ciudadanía para hacer notoria solicitud de la atención hospitalaria en casa es la lejanía con respecto al centro de salud. El más cercano, en este caso, se encuentra a 2,4 km. La gente se auto medica por razones que, como se ve, ellos mismos exponen que no es mera distancia sino además desconfianza por experiencias anteriores como que la salud empeora estando hospitalizados. Esto último no se aparta de lo que se halló en los

antecedentes referente a condiciones sanitarias inadecuadas y los impactos en el bienestar general del adulto mayor.

Llevar la atención a casa suministrando los recursos necesarios: medicamentos, prevención de la enfermedad, grupos de apoyo que hagan las veces de cuidadores, entre otros, tendrán consecuencias tales como: descongestión de los centros de salud, disminución de costos en atención hospitalaria, pues, por ejemplo, aquellos pacientes que acudían por un mal frecuente, ahora, al estar en un plan de prevención este problema particular puede desaparecer. Y así mitigar el tráfico en el sistema de salud.

Entrevista II

Entrevistad(a): Persona II

¿Qué es la automedicación?

Yo no sé, no le entiendo.

(Se explica en qué consiste).

Ah, ya, entonces es pues cuando la gente toma cosas que no le mandó el doctor... sí, le entendí.

¿Cómo se da la automedicación aquí? Es decir, ¿por qué los adultos se auto medican?

Pues yo digo que porque no tiene plata pa comprar la droguita, aquí somos muy pobres, entre todos nos ayudamos y vamos haciendo lo que se pueda con la ayuda de Dios. Uno mira a ver qué hace con las ramas del solar de doña Ermilda. Oiga, y eso pues sin decir que no hay con qué pagar un taxi pal enfermo, ave maría, estamos es parados en las ganas de vivir.

(Se pregunta por la señora Ermilda).

Doña Ermilda es la de las ramas, ella es la que nos da apio, albahaca... y cosas así pa hacer bebidas y hasta pa echarle a la comida.

¿Quiénes son los más afectados?

(Se queda pensando).

¿Cómo así que afectados? No le entiendo.

(Se explica lo que significa la palabra afectados).

Ah, ya, las mujeres que están embarazadas, los niños, y nosotros los viejos que nos enfermamos tanto. Usted sabe que la vejez no llega sola, acarrea todos sus males. Y los jóvenes también porque como son los únicos que pueden trabajar entonces les toca muy duro, mirar a ver cómo traen cualquier acetaminofén, y si la droga es muy cara, nos tomamos un aguardiente (risas). Pero sí, niñas, los más perjudicados son los que les digo y los bebés también, eso se sabe.

¿No creen que es algo riesgoso, que su salud se puede ver más afectada si no recurren a la ayuda especializada?

Ah, yo no creo, eso de todas maneras pa que a uno le den acetaminofén la misma da. Y riesgoso para nosotros es mejor.

Entrevista III

Entrevistad(a): Persona III

¿Qué es la automedicación?

Es como una cosa que tiene que ver con drogas, o algo así, no sé muy bien.

(Se explica en qué consiste la automedicación).

Hm...

¿Cómo se da la automedicación aquí? Es decir, ¿por qué los adultos se auto medican?

Por muchas razones, que no confiamos en el hospital, que no tenemos plata pa comprar lo de las fórmulas, que está muy lejos y a los taxistas casi no les gusta venir por aquí que dizque porque es muy peligroso. Son muchas y además: ¿A qué voy? ¿A que me maten?, mejor me muero de vieja y sola en la casa, pa que manden acetaminofén tiempo sobra y si me mandan otra cosa como no tengo seguro no me cubren y si tuviera tampoco. Es que vean señoritas: mi hermano lleva días así (enfermo), y nos tocó recoger para llevarlo en taxi al hospital, pero cuando fuimos a salir, salimos debiendo la hospitalización. Una deuda por estar enfermo, mejor es la muerte pues se va uno y la deuda también, y si uno se queda en la casa la única deuda es la de comer y trabajar para el enfermo. ¿Sí ve lo que pasa aquí?

(Asentimos).

¿Quiénes son los más afectados?

Todo el mundo, aquí no se salva nadie: ni el perro ni el gato, porque se mueren envenenados también, pero de todas maneras las mujeres, los bebés, los viejos a eso les va más mal porque no pueden ni moverse de la casa y dependen de la ayuda de muchas personas a ver si no mueren tan rápido. ¡Qué pesar! ¿Cierto? Pero bueno, eso es lo que pasa en las partes más alejadas de este pueblo gobernado por ese sinvergüenza. Bueno, yo me les voy que tengo que ir a entrar la ropa...

(Agradecemos).

¿No creen que es algo riesgoso, que su salud se puede ver más afectada si no recurren a la ayuda especializada?

Sí, pero de todas maneras nosotros no tenemos nada más qué hacer. Unos dependen de otros. Y si nos enfermamos pues llega el hermano a tendernos la mano.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- La atención hospitalaria en casa centrando la atención principalmente en los adultos mayores descongestiona los centros de salud debido a que la atención preventiva disminuye el flujo de pacientes por enfermedades críticas, o recurrentes.
- La distancia de la casa a los centros de salud afecta considerablemente a las poblaciones más vulnerables que, en este caso, han sido identificadas en relación con los adultos mayores, pues estos se hallan en pleno estado de abandono. Carecen de recursos y su situación es de extrema pobreza.
- Los niños que se encuentran al cuidado de sus abuelos, u otros familiares que no cuentan con los recursos necesarios para solventar sus necesidades más básicas, como alimentación y vivienda digna, son objeto de inmediato cuidado, que consiste en una atención primaria y de calidad por parte del Estado que garantice los medios necesarios y suficientes para brindar apoyo en aquellas áreas que previa evaluación psicológica y social se determinen de especial cuidado, dado que pueden desarrollar enfermedades y al persistir la idea de automedicación esto pone en claro riesgo su salud. Motivo último para considerar la atención en casa como necesaria.
- Redes de apoyo cercanas a aquellas familias que cumplan con la función de identificar necesidades en términos de salud, cuya posibilidad inmediata refleje el deterioro de una población específica, son pieza fundamental que las instituciones encargadas de velar por el bienestar general de las comunidades debe poner en discusión para crear modelos efectivos que respondan a esta problemática.

- Los factores determinantes que derivan en una solicitud masiva de llevar la atención a la casa por causa de las afectaciones de diferentes personas son: pobreza, abandono estatal, mejores respuestas en un entorno familiar, y las consideraciones acerca del estado final de los pacientes en los centros de salud.

Recomendaciones y hallazgos

- Las condiciones socioeconómicas son paupérrimas. No hay ayuda por parte de la alcaldía y aquel subgrupo de adultos mayores cayó en el olvido debido a la falta de oportunidades.
- La automedicación es recurrentemente necesaria en cuanto a que ellos mismos deben velar por su salud y seguridad. Es evidente en este punto que hay riesgos para la salud.
- La recomendación es que en futuros estudios se evalúen otros consecuentes de esta problemática en función de la mejora de los tiempos de atención en casa.
- No hay intervención en materia de salud, seguridad, oportunidades, infraestructura, más que para índice de empleabilidad, de los encargados de velar por el orden y óptimas condiciones de los habitantes del municipio.
- Debido a la falta de oportunidades en la juventud, esto deriva en que en la senilidad – cuando se logra llegar a esta – lo precario se normalice, es decir, sea un asunto normal, un

tipo de fin al que se deba llegar como consecuencia inmediata de ser habitante de tal sector.

- Se auto medican por falta de recursos, problemas en el transporte, ubicación y, sobre todo, porque no tienen opción y porque la comunidad ha sido olvidada.
- Se recomienda que en futuros estudios se tome como punto de partida con respecto al análisis, el concepto de comunidad y algunos conceptos psicológicos que puedan ser estudiados en ésta.

Referencias

- CENSO. (2005). DIAGNOSTICO PRELIMINAR SOBRE PERSONAS MAYORES, DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES EN COLOMBIA. *Ministerio de Salud*, pág. 6. Obtenido de DEPENDENCI.
- Álvarez, L., & Echavarría, J. (Mayo de 2019). *Automedicación en adultos entre 60 y 80 años de la comunidad de Buenos Aires*. Yarumal, Colombia.
- Betancur, M. A. (23 de Febrero de 2009). Atención de la Urgencia en Casa: una reacción automática. *La Llamada por la Vida*, págs. 1-6.
- Caracol Radio. (30 de Septiembre de 2018). *Caracol Radio*. Obtenido de https://caracol.com.co/radio/2018/10/01/nacional/1538356666_288695.html
- Cárdenas, M. A., & Bermudez, G. P. (2016). Gestión Clínica de Programas de Cuidado Domiciliario. *CES Salud Pública*, 2-11.
- Congreso de la República. (2007). *Ley 1122*. Bogotá D.C.
- Congreso de la República. (2011). *Ley 1438*. Bogotá D.C.
- Congreso de la República. (2014). *Ley 1733*. Bogotá D.C.
- Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2010). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/abece-de-la-discapacidad.pdf>
- Cote, D. B., Barreto, J. A., & Luna, C. M. (2015). Prevalencia de Eventos Adversos en el Programa de Atención Domiciliaria. *Fundación Universitaria del Área Andina*, 7-21.
- Cotta, R. M., Varela, M. M., González, A. L., Filho, J. S., Real, E. R., & Ricós, J. A. (2001). La Hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45-51.
- El Tiempo. (1996). La Pobreza en Colombia: Aclaraciones Necesarias. *El Tiempo*, 1-3.
- Etimologías de Chile. (s.f.). *Diccionario Etimológico de Español en Línea*. Obtenido de <http://etimologias.dechile.net/?poblacio.n>
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Oca, V. M. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*, 39-41.
- La Infancia Amenazada. Estado Mundial de la Infancia. (2005). *UNICEF*. Obtenido de <https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>
- López, D. J., & Medicina, F. d. (2002). *La transición del hospital a la casa y la atención domiciliaria en el paciente de edad avanzada*. Bogotá, Bogotá: Universidad Nacional.

- López, J. H. (2002). La transición del hospital a la casa y la atención domiciliaria en el paciente de edad avanzada. *Acta Médica de Colombia*, Vol. 27.
- Ministerio de Educación Nacional. (s.f.). *Plan de Atención Integral*. Obtenido de <https://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/article-178036.html>
- Ministerio de Educación Nacional. (s.f.). *República de Colombia: Ministerio de Educación Nacional*. Obtenido de <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-82770.html>
- Ministerio de Salud. (2015). *Ley 1751, artículo 3*. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud. (2016). *Resolución 6408 de 2016*. Bogotá D.C.: MINSALUD.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1991). *Resolución 13437*. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 5592*. Bogotá D.C.
- OMS. (2008). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- OMS. (2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [who.int/topics/disabilities/es/](https://www.who.int/topics/disabilities/es/)
- ONU, C. d. (2006). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>
- Pacheco, V. M., salud, C. N., Caribe, R. b., UNESCO, R. A., Bioética, S. E., & Medicina, A. E. (s.f.). *Poblaciones vulnerables y en situación de vulnerabilidad*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/POBLACIONES-VULNERABLES-Y-EN-SITUACION-DE-VULNERABILIDAD-CNBS.pdf>
- Segura, C., & Badía, G. (1999). El entorno de la atención domiciliaria. *Springer*, 2-8.
- Segura, J. C., Badía, J. G., & Gascons, M. P. (1999). *Atención Domiciliaria, Organización y Práctica*. Barcelona: España.
- UNDRR. (2004). *United Nations Office for Disaster Risk Reduction*. Obtenido de <https://www.unisdr.org/2004/campaign/booklet-spa/page8-spa.pdf>
- UNICEF. (s.f.). *UNICEF Colombia para cada niño*. Obtenido de <https://www.unicef.org/colombia/situacion-de-la-infancia>
- Vidal, M. (Pontificia Universidad Católica de Chile). ¿Cómo elaborar un marco conceptual? *Programa de Apoyo a la Comunicación Académica*, 2-3.
- Woolf, V. (1985). Professions for Women. *Eight Moderna Essayists*, St. Martin's Press, Nueva York, 9.

Leff B, Burton L, Mader SL, et al. Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients. *Ann Intern Med.* 2005;143:798–808. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008>

Reyes-Ortiz C. Visitas domiciliarias en pacientes geriátricos. *Revista Colombia Médica* 1998; 29: 138-42.

Gamboa-Bernal, Gilberto A. (2009). Atención domiciliaria de la persona anciana: una perspectiva bioética. *Aquichan*, 9(2),171-184.[fecha de Consulta 20 de Marzo de 2020]. ISSN: 1657-5997. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=741/74112142006>

National Association for Home Care. Basic statistics about home care. Washington, 1997. Pp. 1-12. Recovered from: <http://www.nahc.org>

Leff B, Burton L, Mader SL, et al. Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients. *Ann Intern Med.* 2005;143:798–808. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008>