

*Evaluación del modelo de atención fisioterapéutica domiciliaria en una IPS*

**EVALUCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA  
DOMICILIARIA EN UNA IPS. BOGOTÁ. COLOMBIA**

**KAROL JOHANNA MENDOZA CASTIBLANCO**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACION EN SALUD  
BOGOTÁ, D. C.  
2014**

**EVALUCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA  
DOMICILIARIA EN UNA IPS. BOGOTÁ. COLOMBIA**

**KAROL JOHANNA MENDOZA CASTIBLANCO**

**Tesis de grado presentada como requisito para optar  
al título de MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACION EN SALUD  
BOGOTÁ, D. C.  
2014**

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

*Dedicatoria*

Agradezco a Dios por darme el inmenso regalo de contar con una familia, a ti padre y madre que con su ejemplo de buscar constantemente el aprendizaje, la preparación intelectual y así mismo el crecimiento personal, han hecho que culmine no solo esta nueva etapa tan importante en mi vida, sino todas las que hasta el momento he alcanzado; siempre he contado con su apoyo incondicional, sus sabios consejos y su profundo amor. Les dedico este nuevo éxito en mi vida, y más que mío es de ustedes, mi felicidad es la suya y el orgullo que sienten en este momento es correspondido por el orgullo que siento al tenerlos como padres, LOS AMO INFINITAMENTE.

A ti, Juan Manuel, hijo mío, te dedico todos los escalones que subo día a día, por ser mi motivo, mi inspiración, mi motor, no me alcanzan las palabras para expresarte el amor que siento por ti, es por eso que te llevo siempre en mi corazón y mis pensamientos siendo mi fuerza en cada acción para poder darte lo que más desees con el anhelo de que cumplas todos tus sueños y metas en la vida.

A mis hermanos, que siempre me han incentivado para ser cada vez una mejor persona; han sido una muestra de superación, preparación y crecimiento intelectual constante; Fernando y Christian sé que siempre cuento con ustedes.

A mi familia, ustedes queridas abuelitas, tíos y primos, en especial tío Juan, Herly, Johnny, Marcos y Yamid, porque de una u otra forma, con su apoyo moral y económico me han ayudado y motivado a seguir adelante a lo largo de mi vida.

A ti, Pedro, que además de ser mi pareja, fuiste siempre de mi mano en este proceso, eres mi impulsor siempre con palabras de ánimo, por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo, con su

apoyo constante y amor incondicional ha sido amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

*Agradecimientos*

A la Universidad del Rosario, porque en sus aulas, recibí el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la Facultad de Administración.

Especial agradecimiento a mi Director de Tesis el Dr. Francisco González por sus consejos y paciencia.

Contenido

	Pág.
Resumen.....	15
Abstract.....	16
Glosario.....	17
Introducción.....	19
1. Objetivos.....	20
1.1 Objetivo general.....	20
1.2 Objetivos específicos.....	20
2. Formulación del problema.....	21
3. Descripción del problema.....	21
4. Justificación.....	22
5. Marco teórico.....	23
5.1 Generalidades.....	23
5.1.1 Cambios demográficos de la población colombiana.....	23
5.1.2 Reseña histórica de la hospitalización domiciliaria en otros países.....	24
5.1.3 Variaciones en la hospitalización domiciliaria según los países.....	25
5.1.4 Modalidades de atención en otros países.....	28
5.1.4.1 Hospitalización domiciliaria.....	28
5.1.4.2 Atención primaria domiciliaria.....	28
5.2 La fisioterapia en Colombia.....	29
5.3 Modelos de rehabilitación domiciliaria.....	32

5.4 Modelo actual de atención fisioterapéutica domiciliaria. ....	32
5.5 Criterios de exclusión en rehabilitación domiciliaria.....	35
5.6 Criterios de inclusión en rehabilitación domiciliaria .....	36
5.6.1 Criterios de adecuación. ....	36
5.7 Impacto socio – económico.....	37
5.8 Atención fisioterapéutica domiciliaria a nivel internacional .....	38
5.8.1 España. Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.....	38
5.9 Tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos .....	39
5.10 Fisioterapia respiratoria.....	40
5.11 Orientación / formación sanitaria al paciente o cuidador.....	41
5.12 Elementos necesarios para el desarrollo de la cartera de fisioterapia .....	42
5.12.1 Perspectiva general.....	42
6. Marco conceptual .....	45
6.1 Síndrome de inmovilidad: fisioterapia en el domicilio .....	46
6.1.1 Factores causales. ....	47
6.1.2 Consecuencias. ....	49
6.1.3 Terapia domiciliaria. ....	50
6.1.4 Intervención fisioterapéutica. ....	53
6.1.5 Segundo estadio: paciente en “cama – sillón” . ....	54
6.1.6 Tercer estadio: bipedestación y deambulaci3n. ....	54
6.1.7 Cuarto estadio: mantenimiento. ....	55
7. Marco referencial .....	55
7.1 Fisioterapia en atenci3n domiciliaria en una zona rural de la Provincia de Almería.51	
7.2 La hospitalizaci3n domiciliaria: antecedentes, situaci3n actual y perspectivas.....	53



8. Marco normativo y jurídico .....	56
8.1 Generalidades .....	56
8.2 Constitución Política de Colombia .....	57
8.2.1 Decreto 1122 de 1007. ....	58
8.2.2 Resolución 1043 del 2006, Resolución 2680 del 2007, Resolución 3763 del 2007.....	58
8.2.3 Resolución 1445 de 2006. ....	58
8.2.4 Decreto 1011 de 2006. ....	60
8.2.5 Decreto 4747 de 2007. ....	61
8.2.6 Resolución 3047 de 2008. ....	61
8.2.7 Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS). ....	61
8.2.8 Artículo 8°. Asistencia domiciliaria. ....	62
8.2.9 Artículo 22. Definiciones para determinar la calidad de los servicios.....	62
8.2.10 Artículo 52. ....	62
8.2.11 Artículo 53. ....	63
8.3 Atención primaria de salud de la fisioterapia, en atención temprana .....	67
9. Diseño metodológico .....	71
9.1 Tipo de estudio.....	71
9.2 Instrumento de procesamiento de información .....	72
9.3 Modalidad de recolección de información .....	72
9.4 Muestra.....	72
9.5 Tipo de preguntas .....	72
9.6 Aplicación .....	72
10. Resultados .....	73

11. Análisis de resultados.....	74
Conclusiones .....	89
Recomendaciones.....	92
Referencias .....	94
Anexos .....	98

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Tres principales diagnósticos asociados con la hospitalización domiciliaria en diferentes países. ....	26
Tabla 2. Ventajas de la atención domiciliaria. ....	31
Tabla 3. Factores causales de la inmovilidad.....	48
Tabla 4. Consecuencias de la inmovilidad.....	51
Tabla 5. Fisioterapia en el síndrome de inmovilidad. Progresión según perfiles. ....	53

Lista de Figuras

Pág.

Figura 1. Árbol de problemas.....	21
-----------------------------------	----

Lista de gráficas

	Pág.
Gráfica 1. Experiencia en Atención Domiciliaria. ....	74
Gráfica 2. Equipos de reserva. ....	74
Gráfica 3. Desplazamientos. ....	75
Gráfica 4. Sistema de datos base de los pacientes. ....	75
Gráfica 5. Recursos. ....	76
Gráfica 6. Enfermedades crónicas.....	76
Gráfica 7. Usuarios de Estratos dos y tres.....	79
Gráfica 8. Predominio de usuarios.....	80
Gráfica 9. Primera pregunta.....	80
Gráfica 10. Segunda Pregunta.....	81
Gráfica 11. Tercera pregunta.....	81
Gráfica 12. Cuarta pregunta. ....	82
Gráfica 13. Quinta pregunta.....	82
Gráfica 14. Sexta pregunta.....	83
Gráfica 15. Séptima pregunta.....	83
Gráfica 16. Octava pregunta. ....	84
Gráfica 17. Novena pregunta. ....	84
Gráfica 18. Pregunta diez.....	85

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Cuestionario No. 1.....	99
Anexo 2. Cuestionario No. 2.....	101

## Resumen

El estudio “Evaluación del Modelo actual de Gestión en la Atención Fisioterapéutica Domiciliaria una IPS en la ciudad de Bogotá”, tiene como fin evaluar el modelo tradicional de Atención Primaria Domiciliaria y la labor de la fisioterapeuta en esta clase de servicios profesionales, y así constatar la calidad y eficiencia de la APD.

En la primera parte, se plantean los objetivos, marcos de referencia, que lo complementan, metodología utilizada en un marco muestral, tabulación por un instrumento de recolección de datos Ramsés Likert, análisis de resultados y por último conclusiones y recomendaciones derivadas del Estudio.

Palabras claves: Fisioterapeuta, Atención Domiciliaria, Discapacidad, Rehabilitación, IPS, Habilitación, Función.

## Abstract

The study, "Assessment of Current Management Model in Ambulatory Care Physiotherapy an IPS in Bogotá", aims to evaluate the traditional model of Primary Homecare and work of the physiotherapist in this class professional services, and so find the quality and efficiency of the APD.

In the first part, objectives, benchmarks, which complement, methodology used in sampling frame, tab for a data collection instrument Ramses Likert, analysis of results and finally conclusions and recommendations from the study are raised.

Keywords: Physical Therapist, Home Care, Disability, Rehabilitation, IPS, Enabling Function.



## Glosario

Atención Domiciliaria. Es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, que deben responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio, y no estar preparados en procedimientos básicos que reduzcan los efectos y complicaciones de los diversos procesos patológicos crónicos. Se constituye entonces como un ámbito ideal para desarrollar las estrategias de prevención destinadas a evitar el desarrollo de la dependencia en el anciano, minimizar sus efectos cuando se presente y ofrecer cuidados de calidad técnica y humana en fases avanzadas de la enfermedad (Sánchez, 2002).

Discapacidad. Toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal, para un ser humano (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1995).

EPS. Empresa Promotora de salud.

Función. Capacidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social (Ministerio de la protección social, 2003).

Habilitación. Se refiere a los procesos terapéuticos educativos y sociales aplicados a individuos, que han sufrido una discapacidad antes de adquirir una habilidad propia de su desarrollo madurativo, tomando un rango de edad entre cero y 10 años.

IPS. Institución prestadora de salud.

Rehabilitación. Mantener y recuperar la función del individuo con secuelas generadas por la enfermedad, ya sean limitaciones físicas sensoriales o mentales y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable en su recuperación (Restrepo, 1995).

Hospitalización Domiciliaria (H.D.). Modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria, pero necesitan vigilancia activa y7 asistencia compleja (Porras, 2009).

## **EVALUCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA DOMICILIARIA EN UNA IPS. BOGOTÁ. COLOMBIA**

### **INTRODUCCIÓN**

El mejoramiento de las condiciones sanitarias junto al desarrollo socio económico y otros factores como la tecnología, genera en la actualidad aumento en la esperanza de vida, con alta demanda de servicios de atención médica en el ámbito domiciliario.

La presencia de incapacidad funcional y las secuelas de enfermedades de tipo cardiocerebrovascular incrementan considerablemente la respuesta de la creciente población geriátrica existente, con prevalencia de enfermedades crónicas incapacitantes, tanto físicas como psíquicas. Los cuidados paliativos constituyen otro importante elemento y objetivo de la atención domiciliaria, para mejorar la calidad de vida de los usuarios.

La atención de pacientes crónicos o en estados postquirúrgicos con patologías, las cuales, no requieren monitoreo continuo, pero si necesitan administración de medicamentos y cuidados especiales, que no pueden ser ejecutados por ellos, hacen posible la atención domiciliaria como una opción, para disminuir las estancias hospitalarias con las posibles complicaciones, derivadas de estas y así, mejorar la calidad de vida de los usuarios y las familias, descongestionando estas redes hospitalarias y bajando costos respecto a la alimentación y manejo de ropa hospitalaria; ofrecidas en el caso de presentar.

El estudio analiza el modelo actual, sus ventajas, la ineficiencia de gestión en el servicio, procesos de logística mal estructurados, lo mismo que la falta de una red de servicios con atención integrada.

## *1. Objetivos*

### *1.1 Objetivo general*

Evaluar el modelo actual de gestión una IPS en la ciudad de Bogotá, para usuarios que requieren atención fisioterapéutica domiciliaria, con el fin de constatar la calidad y eficiencia del servicio.

### *1.2 Objetivos específicos*

- Determinar criterios de inclusión y exclusión de usuarios en el servicio de atención fisioterapéutica domiciliaria.

- Aplicar un instrumento de recolección de información, confiable y eficaz.

- Determinar protocolos de gestión adecuados, para el buen funcionamiento de la atención fisioterapéutica domiciliaria.

## 2. Formulación del problema

¿Funciona con eficiencia y eficacia el servicio de Atención Fisioterapéutica Domiciliaria ofrecido por esta IPS en la ciudad de Bogotá?

## 3. Descripción del problema

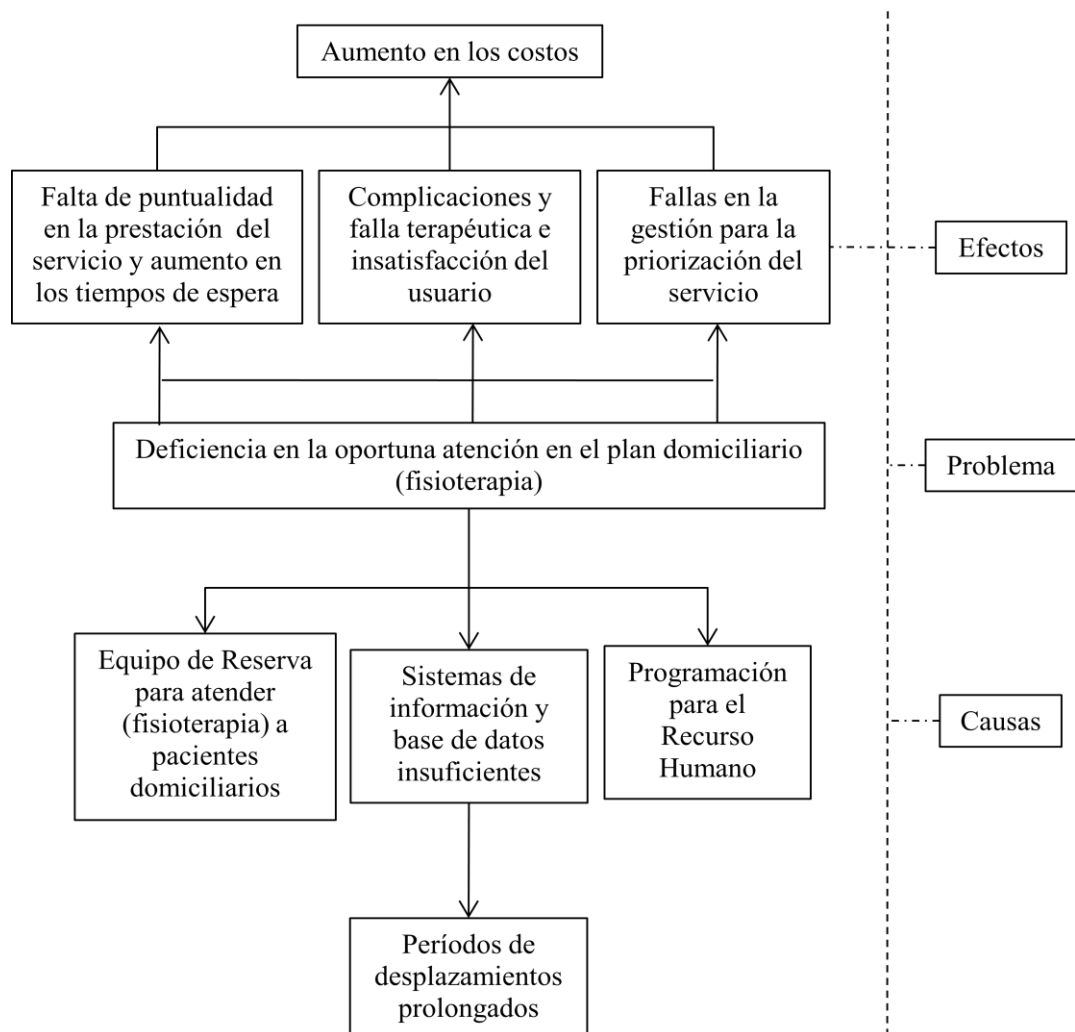


Figura 1. Árbol de problemas.

Las principales causas en la mala prestación del servicio en el plan de atención domiciliaria (fisioterapia), son la falta de equipos de reserva para atender pacientes domiciliarios; ineficiente programación del recurso humano; falta de planeación, organización y ejecución en la atención del servicio domiciliario.

#### *4. Justificación*

En un mundo globalizado donde las modificaciones de los hábitos sanitarios, sumados a los cambios demográficos y socio sanitarios, obligan al sistema de salud a buscar nuevas formas de gestión que ayuden a mejorar la atención, el cuidado médico, enfermería y fisioterapeuta de rango hospitalario, tanto en calidad como en la cantidad de pacientes domiciliarios.

Las propuestas alternativas a la gerencia y organización de los servicios de salud, cada vez son obligatorios por los patrones de morbilidad y las constantes innovaciones en el campo médico.

El aumento de la esperanza de vida en los últimos años, dio lugar a un envejecimiento progresivo de la población generando una problemática creciente que requiere respuestas a las necesidades asistenciales, no sólo referente a la salud, sino a la dependencia, esto conlleva a una importante carga de trabajo para los familiares, siendo necesario utilizar otras formas de atención encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La dependencia no es exclusiva de las personas mayores, también se encuentran los familiares cuidadores quienes pierden su autonomía haciendo indispensable la

asistencia o cuidado de terceros no sólo a los pacientes, sino generando alivio a las personas que los atienden.

El cuidado que se brinda a los enfermos de parte de los familiares, implica una sobrecarga física y emocional es indispensable relacionar y ayudar a los pacientes a cargo, porque estas personas están expuestas por falta de experiencia a accidentes raquídeos y lesiones del aparato locomotor, por lo tanto, la fisioterapeuta entra a ayudar y colaborar con su experiencia haciendo más fácil los servicios de rehabilitación y fisioterapia en su propio entorno, ofertando preferiblemente tratamientos y cuidados, para mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares, mediante actividades de asistencia, prevención, promoción y rehabilitación de la salud desde una perspectiva individual, familiar y social.

## *5. Marco teórico*

### *5.1 Generalidades*

#### *5.1.1 Cambios demográficos de la población colombiana.*

Colombia presenta cambios demográficos propios de las sociedades en transición, su esperanza de vida al nacer aumentó 72.17%, período 2000 – 2005; 73.23%, período 2005- 2010, siendo de 76.27% en mujeres y 70.34% en hombres. La tasa de natalidad pasó de 22.31/1000 habitantes en el 2000 – 2005; 20.57% en 2005 – 2010, como producto de la violencia que vive nuestro país, la población entre los 15 y 35 años, presenta alto nivel de muertes, mientras las personas de 60 años y más sigue en aumento (Planeación Nacional, 2011).

Una de las causas que demanda de manera potencial los servicios del fisioterapeuta, se presenta en el panorama de violencia que atraviesa Colombia, donde el conflicto armado deja secuelas en la población como limitaciones locomotoras permanentes, con un 6.4% (Dane, 2006).

Una demanda, potencial de servicios en fisioterapeutas se debe a las masacres y actos terroristas, secuestros, que muestran incidencia en los procesos de salud y discapacidad (Ibíd).

“Los cambios demográficos mundiales, están generando un importante aumento de envejecimiento y del número de personas con dependencia, así como la variación en las estructuras sociales y familiares hacen necesario mejorar la continuidad de los servicios, que prestan cuidados de proximidad, atención domiciliaria y coordinación entre los principales proveedores de estos cuidados” (Sánchez, 2004).

#### *5.1.2 Reseña histórica de la hospitalización domiciliaria en otros países.*

Esta modalidad fue inaugurada en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Las razones para crear esta primera unidad en el mundo era descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable en su recuperación. Desde entonces existen múltiples experiencias tanto en Norteamérica como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud.

A partir de los años sesenta en Canadá comenzaron a funcionar estos servicios orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó en 1987, una experiencia piloto (bautizada Hospital extra-mural),



que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos (Minardi, et al, 2001).

En Europa, el Hospital de Tenon en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Más tarde, en 1957 se estableció en la misma ciudad el Santé Service, organización no gubernamental sin fines de lucro, que aún hoy sigue prestando asistencia socio-sanitaria a domicilio a pacientes con padecimientos crónicos y terminales. En Francia se reconoció plena y oficialmente como una alternativa a la hospitalización tradicional desde 1992.

Este servicio domiciliario tardó casi una década en empezar a desarrollarse en otros países de Europa. En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care at Home (Atención Hospitalaria en el Hogar). En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia – con el nombre de Ospedalizzazione a Domicilio -, recién a comienzos de los años ochenta. Su desarrollo en Europa se presenta muy irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente de tal manera que, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1996 el programa From Hospital to Home Health Care (Del hospital a la atención de salud en el hogar), dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial (Minardi, cita a Glez, 1998).

### *5.1.3 Variaciones en la hospitalización domiciliaria según los países.*

Ciertos criterios generales se enmarcan en la puesta en marcha de estas unidades domiciliarias en los diferentes países, se explican básicamente a partir de dos puntos de vista. En Estados Unidos y Francia, la justificación inicial para establecer este servicio

fue aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias, humanizar más la atención al paciente y reducir los costos hospitalarios.

La literatura sobre el tema también indica que los países difieren en el uso de la HD según el diagnóstico de los pacientes (Ver tabla 1), siendo los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio las dos principales causas de hospitalización en el domicilio, con excepción de Quebec, que atiende a una población muy joven (Minardi, et al, 2001).

Tabla 1. *Tres principales diagnósticos asociados con la hospitalización domiciliaria en diferentes países.*

País	Primer diagnóstico	Segundo diagnóstico	Tercer diagnóstico
Canadá	Enfermedades del aparato circulatorio.	Enfermedades de la piel.	Enfermedades del aparato respiratorio.
Estados Unidos de América	Enfermedades del aparato circulatorio.	Enfermedades endocrinas metabólicas.	Tumores.
España	Enfermedades del aparato respiratorio.	Enfermedades del aparato digestivo.	Enfermedades del aparato circulatorio.
Francia	Tumores	Enfermedades del aparato circulatorio.	Enfermedades del sistema nervioso.
Reino Unido	Trastornos ortopédicos.	Trastornos ginecológicos.	Pacientes en fase terminal.

Fuente. Minardi, R. et al, 2001.

Es importante destacar, que en la mayoría de los países donde se utiliza este servicio se destina principalmente a personas ancianas, que necesitan cuidados paliativos y a pacientes de cáncer u otras enfermedades degenerativas terminales, diagnósticos tratados más frecuentemente en enfermedades tumorales, complicaciones postquirúrgicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sida.

En general, los países siguen el modelo francés, que impulsa paralelamente las dos modalidades conocidas de servicios de salud en el hogar: la HD y la atención primaria a domicilio (APD). A propósito, la HD aparece como una modalidad asistencial distinta de la APD en los siguientes países: Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia. En cambio, en Alemania y Estados Unidos, la noción de atención domiciliaria integra a la vez los dos conceptos de APD y HD.

Hay que destacar que estos conceptos difieren entre los países que optaron por introducir la HD, tanto en Alemania, Estados Unidos y Francia disponen de reglamentaciones específicas sobre la hospitalización a domicilio.

En España la creación de los servicios de HD fue motivada por la saturación de los hospitales y por el intento de racionalizar el gasto sanitario. Se caracterizó desde el inicio por un crecimiento anárquico, alimentado por proyectos individuales, sin un plan maestro que permitiera unificar conceptos y establecer criterios por lo menos entre las diversas comunidades autónomas.

La transferencia de competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas españolas contribuyó a este desarrollo desigual de la HD en todo el país. Por ejemplo, se observa una gran evolución de esta modalidad en el País Vasco y en la Comunidad Valenciana, donde además se crearon marcos regulatorios exclusivos para la

HD. En 1992, el Servicio Vasco de Salud – Osakidetsa hizo público su programa (Minardi, et al, 2001).

#### *5.1.4 Atención de salud en otros países.*

*5.1.4.1 Hospitalización domiciliaria.* Según la mayoría de los estudios en Europa el concepto HD, que se ajusta mejor es el prevaleciente en Francia, donde se la considera “...una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja” (Porras, 2009).

*5.1.4.2 Atención primaria domiciliaria.* La atención primaria domiciliaria (APD) puede dividirse en dos grandes modelos: el modelo tradicional que rige en la mayoría de los países (en gran parte dicotómico y sin continuidad entre los servicios ofrecidos por los equipos del hospital y de atención primaria) y el modelo de atención compartida (shared care o transmural care en inglés), que permite el establecimiento de una alianza estratégica entre los equipos de los dos principales niveles sanitarios. Estos dos tipos de modelos varían según el diseño de la estrategia organizativa y de financiación de los servicios sanitarios a los que están vinculados.

El modelo tradicional está destinado a pacientes incorporados a algún tipo de programa o asistencia especial de salud (puede incluir elementos de promoción, protección y rehabilitación de la salud) o que, debido a su estado de aislamiento o a sus

precarias condiciones de salud, requieren asistencia general (vigilancia y seguimiento crónico en el domicilio). Este modelo excluye tratamientos y cuidados complejos.

Dentro del modelo de atención compartida, en cambio, existe un estrecho vínculo entre los profesionales de atención primaria y los del hospital del área de salud. En líneas generales, los equipos de atención primaria convienen previamente con los profesionales de los hospitales acerca de la continuidad y la responsabilidad del tratamiento tras el alta precoz en hospitalización convencional o HD, definiéndose el perfil adecuado de los pacientes que deben ser incluidos en el programa de APD (Revista Panamericana de Salud, 2002).

## *5.2 La fisioterapia en Colombia*

La práctica de la fisioterapia en Colombia, se inicia en la primera mitad del Siglo XX, donde la práctica no era realizada por sujetos académicamente formados, sino por individuos no fisioterapeutas como: masajistas – sobanderos, enfermeras – entrenadores – voluntarios.

El período de 1930 a 1951, se le denominó prácticas dispersas e inicia los servicios de kinesiterapia, destinada a ayudar a la curación y rehabilitación de los enfermos, el primero empieza a funcionar en el Hospital San Juan de Dios; también se crea el Instituto Nacional de Educación física en 1936, que brinda servicio de kinesiterapia.

De 1952 a 1977, período en que se institucionaliza la fisioterapia, se crea la Asociación Colombiana de Fisioterapia.

Esta profesión se enmarcó en un contexto clínico y se desarrolló más por la transferencia tecnológica que por el saber profesional o disciplinar.

En este período surge la fisioterapia a nivel de formación técnica, como carrera auxiliar de la medicina y con énfasis principalmente en el campo de la Rehabilitación, reglamentada por el Decreto 1056 de 1954, posteriormente en 1976 se reconoce como profesión a través de la ley de ese año.

Entre 1978 a 1994, se considera la fisioterapia con referencia en salud como un fenómeno social, multicausal, intersectorial y con compromiso de una población vulnerable.

En el período 1995 – 2008, donde la profesión a nivel mundial y nacional tomó importancia el objeto de estudio, su misión y el perfil profesional en todas las diversas áreas de desempeño o escenarios prácticos de la profesión, además la profesión se consolida como autónoma a nivel nacional, mundial y la construcción teórica alrededor del movimiento corporal humano, profundización en los elementos científicos que lo sustenten, definición de modelo propios de diagnóstico, intervención, desarrollo de teorías y tecnologías propias (Sarmiento, et al, 1994, p. 8).

Durante estos años se formula la ley 528 de 1999, que rige el ejercicio profesional y en el cual se afirma “que la fisioterapia como profesión del área de la salud, atiende individuos y colectivos, cuyo objeto de estudio es el movimiento corporal humano, para el logro de dos condiciones fundamentales del desarrollo social: el bienestar y la calidad de vida de estos individuos y el colectivo”.

Las ventajas de un servicio de Atención Primaria Domiciliaria, se presenta en la tabla 2 (Ver tabla 2).

Tabla 2. *Ventajas de la atención domiciliaria.*

Pacientes y sus familiares	Hospital	Sistema de salud
Mejor atención, participación y responsabilidad.	Mayor rentabilidad de sus recursos disponibles.	Incremento de la eficacia y efectividad, mediante una asistencia más humanizada.
Mejor calidad de vida, intimidad y bienestar.	Aumento en rotación y disponibilidad de camas.	Uso más eficiente de los recursos sanitarios.
Asistencia personalizada y más humanizada.	Reducción de estancias innecesarias.	Posibilidad de integrar y mejorar las relaciones entre los diversos niveles asistenciales.
Educación para la salud.	Acortamiento de los períodos de internamientos.	Posibilidad de atención continuada, integral y multidisciplinaria entre los profesionales de atención primaria, hospitalaria y social.
Prevención de desinserción social y hospitalismo psíquico.	Reducción presupuestada.	
Menor riesgo de iatrogenia.	Posibilidad de mejorar los servicios.	

Fuente. Minardi, R. 2001.

### *5.3 Modelos de rehabilitación domiciliaria*

- *Modelo Catalán (1987)*. “Orientado a pacientes que necesitan un medio de transporte, para traslado a tratamiento”.

- “Plan de Rehabilitación de la comunidad”- (Valenciana, 1988 – 1991).

“Está dirigido a pacientes con imposibilidad de desplazamiento a los servicios de Rehabilitación y también a los que con una limitación temporal de su aparato locomotor no puedan estar ingresados en el Hospital, siempre que sean susceptibles de mejoría con el tratamiento Rehabilitador (Tornero, citado en el Congreso Nacional VII Home Care, 2008).

- *Modelo Carrasco (2000)*. Se especifican modalidades terapéuticas de los protocolos de intervención y establece categorías diagnósticas.

- *Modelo Andaluz (2003)*. Distingue dos unidades operativas en la Rehabilitación Domiciliaria (Cafam, 2008).

### *5.4 Modelo actual de atención fisioterapéutica domiciliaria.*

En este tipo de servicio se diferencian tres grupos de atención:

1. Pacientes con discapacidad con posibilidad de habilitación / Rehabilitación total o parcial.



2. Pacientes con discapacidad sin potencial de Rehabilitación.
3. Pacientes con cuidados paliativos.

Los pacientes del primer grupo, requieren:

1. Fomentar la aparición de habilidades.
2. Atenuar o disminuir las secuelas discapacitantes, con el objetivo de reintegrar al individuo en su actividad social y familiar (Home Care, Congreso Nacional, 2008).

En este grupo se tienen patologías de atención como:

- Lesiones traumáticas del aparato locomotor.
- Trauma raquimedular de nivel bajo.
- Reemplazos articulares.
- Amputaciones de miembros inferiores.
- Guillan Barré.
- Algunos casos de amputaciones de miembros superiores.
- Síndrome de Reposo prolongado.
- Trauma craneoencefálico leve.
- Algunos casos de ECV (Enfermedad cerebro vascular).
  
- IMOC con gran compromiso respiratorio (oxígeno-dependiente, traqueotomía, soporte ventilatorio).

*Segundo grupo de atención:*

1. Pacientes, que requieren la realización de actividades, para mantener la capacidad funcional.

2. Pacientes, que requieren actividades para evitar ó retardar las complicaciones ocasionadas por su patología base.

*Patologías de atención:*

- Enfermedad cerebro vascular en fase crónica.
- Enfermedad de Parkinson Etapa II y III.
- Secuelas de trauma raquimedular.
  
- Pacientes crónicos tras intervenciones quirúrgicas u ortopédicas, que precisen reeducación.
  
- Pacientes con patologías terminales que requieran intervención de terapias de apoyo, para mejorar su calidad de vida.
  
- Cuando se requiera realizar adaptaciones y adecuaciones en el domicilio.

*Criterios de accesibilidad.*

- Dificultad para el desplazamiento al tratamiento ambulatorio.
- Dificultad extraordinaria por barreras arquitectónicas intra o extra domiciliarias.

*Criterios de seguridad.*

- El desplazamiento incrementa los factores de riesgo (deterioro cognitivo o trastornos cardiorespiratorios).

- Déficit severo de control de esfínteres.

- Problemas de orientación.

- Patología sensorial severa sobreañadida.

*5.5 Criterios de exclusión en rehabilitación domiciliaria*

- Patología en estado no dependiente.

- Colaboración de la familia y/o cuidadores.

- No consentimiento expreso del paciente en aceptar el tratamiento propuesto.

- Domicilio no cumple requisitos (ubicación) (Home Care, Congreso Nacional VII, 2008).

- Esclerosis múltiple.

- ELA (Esclerosis lateral amiotrófica).

- IMOC (Insuficiencia motora de origen cerebral), que haya terminado su proceso de rehabilitación.

- Distrofias musculares (Home care, Congreso Nacional XIII, 2008).

*El tercer grupo de atención.*

Pacientes con patologías, que van a causar la muerte y requieren intervenciones de profesionales que hacen parte del grupo de Rehabilitación, para promover la calidad de vida, la paz, la comodidad y la dignidad. En este grupo se tienen las siguientes patologías de atención:

- Parkinson Etapa IV.
- Esclerosis lateral amiotrófica en etapa final.
- Cáncer.
- EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) terminal.
- Cardiopatías severas.
- Pacientes con ventilación mecánica, que no van a ser destetados.
- Adulto mayor con pluripatologías (Arias, 2008).

*5.6 Criterios de inclusión en rehabilitación domiciliaria*

*5.6.1 Criterios de adecuación.*

- Pacientes con enfermedades, que produzcan discapacidad.
- Pacientes crónicos no autónomos y no tratados anteriormente con rehabilitación.

- Pacientes crónicos con involución de su estado funcional.

### *5.7 Impacto socio – económico*

El impacto de la fisioterapia y su importancia como una profesión ayuda al contexto social en su desarrollo humano y socioeconómico.

La fisioterapia, es una de las profesiones importantes en la recuperación funcional y recuperación de la capacidad productiva de un país. Cuando una persona recupera sus niveles funcionales, se le devuelve a la sociedad, no sólo un individuo, sino un elemento potencial de productividad de un grupo humano compuesto por lo menos por el grupo familiar de la persona en situación de discapacidad (Montoya, 2008).

La fisioterapia como profesión tiene gran proyección en la atención de necesidades de salud de la población colombiana. La caracterización sociodemográfica y epidemiológica del país, presenta las principales causas de mortalidad y morbilidad en el país, la fisioterapia podría intervenir y lograr resultados positivos en por lo menos el 80% de estas condiciones; además, la fisioterapia utiliza medios de intervención no invasivos y por lo tanto menos costosos, para el sistema y menos riesgosos para la persona que demanda los servicios profesionales (Ibíd).

La proyección de la fisioterapia puede a nivel profesional limitar los procesos de atención de los problemas de salud o prevención de la enfermedad y condiciones discapacitantes. A nivel nacional y mundial tiene un papel importante en el mejoramiento del desempeño ocupacional y por tanto contribuye de manera directa a los procesos de desarrollo económico de un país (Ahumada, 2008).

Esta es una profesión considerada como una de las de mayor demanda en el futuro a nivel de los países desarrollados.

### *5.8 Atención fisioterapéutica domiciliaria a nivel internacional*

#### *5.8.1 España. Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.*

*- ¿Cómo se enfoca desde la fisioterapia la recuperación de los procesos agudos musculoesqueléticos leves?*

La fisioterapia utiliza intervenciones dirigidas a la aplicación de procedimientos y a la educación del paciente con actividades habituales en las que participa el paciente: reposo, realización de ejercicios, aplicación de frío o calor y mantenimiento de posturas, etc.

La atención a los procesos leves se basa en la atención precoz tendente a limitar el tiempo de recuperación y evitar la aparición de secuelas.

*- Pacientes incluidos: Aquellos con las siguientes patologías.*

a. Traumatismos leves:

- Esguinces leves de miembro inferior.

- Fracturas simples.

b. Patología microtraumática repetitiva:

- Tendinitis (Asociación Española, 2007).

### *5.9 Tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos*

El abordaje de este tipo de trastornos se focaliza desde dos aspectos diferentes:

- La aplicación de procedimientos terapéuticos para la recuperación de la alteración del funcionamiento a nivel corporal asociado al trastorno neurológico.

- La educación del paciente dirigida al entrenamiento basado en tareas y la prevención de secundarias o complicaciones que se originan en otros sistemas diferentes al que implica inicialmente el trastorno neurológico.

Se incluyen pacientes con los siguientes problemas:

- Este servicio está focalizado a la aplicación de procedimientos terapéuticos dirigidos a la recuperación del funcionamiento a nivel corporal, pueden ser incluidos:

- a. Paresias o parálisis de ramas periféricas.

- b. Radiculopatías por compromiso en raquis o musculatura paravertebral por contracturas, espondiloartrosis, hernias o protusiones discales y/o espondilolistesis grado I y II.

Personas que reciben este servicio:

- Atención a pacientes con patología neurológica periférica aguda.

- Educación del paciente con patología neurológica central en estado estable (Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007).

### *5.10 Fisioterapia respiratoria*

La fisioterapia respiratoria interviene en la atención a patología respiratoria, mediante la aplicación de procedimientos encaminados a eliminar secreciones, corregir alteraciones del patrón respiratorio, mejorar la ventilación o reducir la fatiga y conseguir así aportar una mejor calidad de vida al paciente, reduciendo además tiempo y frecuencia de ingresos (Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007).

Para una adecuada fisioterapia respiratoria los fisioterapeutas realizan dos tipos de programas que son complementarios:

- Programas de sesiones dirigidas a la educación del paciente tendentes a lograr un dominio adecuado de los procedimientos (para lograr eliminar secreciones, corregir alteraciones del patrón respiratorio,...).

- Programas de seguimiento dirigidos al control de diferentes aspectos: la adherencia a los procedimientos, la supervisión de su adecuada realización, el control de la evolución funcional, y la recomendación de nuevos procedimientos adecuados al estado de salud.

Personas incluidas en este servicio:

- Pacientes diagnosticados de EPOC.



- Pacientes con déficit ventilatorio por patología restrictiva.
  
- Pacientes preoperatorios y postoperatorios, tras el ingreso de cirugía torácica y abdominal.
  
- No fumador o en deshabitación tabáquica.

*Servicios abordados:*

Mediante servicios específicos de la cartera de fisioterapia:

- Atención a pacientes con EPOC (Departamento de Salud, 2006).

*5.11 Orientación / formación sanitaria al paciente o cuidador*

La orientación y formación al paciente o cuidador/a de pacientes con discapacidades importantes y estables o enfermedades progresivas se enfoca como un servicio diferente al de la propia educación sanitaria del paciente, en la cual se utilizan los recursos sociales existentes en la comunidad, los conocimientos necesarios de acuerdo a los casos y el adiestramiento del cuidador para cumplir con sus tareas.

Personas incluidas en el servicio:

- Cuidadores de pacientes inmovilizados.
- Padres de niños con problemas neuromotrices en su desarrollo.
- Pacientes susceptibles de participar en grupos de autoayuda.

Abordaje en el servicio:

- *Servicio de atención y educación a cuidadores.* Aprendizaje y uso de herramientas y conocimientos necesarios, para desarrollar un plan de autocuidados durante las movilizaciones básicas, tratamiento postural y manejo general del paciente.

- *Servicio de asesoramiento funcional paciente y grupos de autoayuda.* Este servicio puede ir dirigido a facilitar el contacto entre nuevos pacientes y grupos de autoayuda o recursos comunitarios y asesorar a grupos de autoayuda existentes en la comunidad (Departamento de Salud, 2006).

#### *5.12 Elementos necesarios para el desarrollo de la cartera de servicios terapéuticos*

##### *5.12.1 Perspectiva general.*

El desarrollo de la cartera de servicios necesita elementos de apoyo desde el nivel de la macro, meso y microgestión (Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007).

*A nivel de macrogestión.*

- Marco legal y jurídico.
  
- Plan de acción en la atención de los fisioterapeutas entre los niveles de atención primaria y especializada y en ambos sentidos.
  
- Establecer normas de monitorización e implementación de la cartera de servicios.

*A nivel de mesogestión.*

- Atención primaria integrada para una eficiente labor de los profesionales de atención primaria en los servicios de fisioterapia.

Entre los servicios que ofrecen los equipos, son excepcionales los diseñados desde un enfoque funcional, atención a inmobilizados. La mayoría de los servicios que ofrecen los Equipos de atención primaria a la comunidad van dirigidos a captar y controlar procesos de enfermedad en fases agudas o crónicas.

*Rediseñar los procesos de fisioterapia:* “Muchos de los servicios de prevención de los trastornos músculo-esqueléticos así como los de recuperación de estos, precisan de una atención precoz, la cual sólo es posible si se produce una adecuada captación y derivación por parte de algún otro miembro del equipo de atención primaria y si el acceso al fisioterapeuta no se ve dificultado por barreras organizativas tales como listas de espera y procesos administrativos ó de gestión” (Ibíd).

Consensos establecidos coinciden en que “el retraso de la atención precoz de la fisioterapia es un compromiso para el manejo de la discapacidad”.

Estudios sobre los resultados de este retraso muestran mayores costos y peores resultados funcionales. Por lo contrario, la atención temprana es asociada con menor severidad al inicio del tratamiento, menor número de complicaciones presentes, mejores resultados con el tratamiento y menores costos.

*Trasladando la evidencia científica a la práctica:* Para mejorar la traslación de la evidencia a la práctica es necesaria la implantación y monitorización de guías de

práctica clínica. Es previsible corregir prácticas tales como planes de tratamiento fisioterapéutico insuficientes, trastornos para los que existe evidencia científica de la efectividad de la fisioterapia se queden sin atender.

*A nivel de microgestión:*

- *Potenciar la colaboración del paciente en su autocuidado.* La mayoría de los servicios de prevención, tratamiento y mantenimiento de la discapacidad, proponen actividades al paciente para su ayuda. Sin el logro de una colaboración activa del paciente no es posible un buen servicio, que muestre resultados (Insalud, 2002, p. 21).

- *Atención domiciliaria en Colombia.* A nivel de América Latina la atención domiciliaria es una tendencia creciente, que se inicia en los años noventa para cuidados paliativos, pacientes terminales con cáncer, así como, para el manejo del dolor, buscando disminuir las reiteradas consultas del servicio de urgencias por esta causa.

En Colombia este tipo de atención fue promovido por las empresas Promotoras de Salud, para controlar el costo médico y a la vez aumentar los indicadores de calidad en el servicio y de satisfacción del usuario. Las empresas promotoras de salud EPS como Saludcoop, diseñaron la estrategia hospitalización en casa SHEC, Coomeva y Salud Total recurrieron igualmente a la implementación de este esquema. Un gran paso dio el sector público en salud cuando el 9 de abril del 2009 el Hospital Universitario del Valle en convenio con la gobernación de ese departamento se inició el programa denominado hospital en casa, este programa fue adoptado por primera vez por un hospital público colombiano y la inversión asciende a 280 millones de pesos anuales.

Estos servicios de médicos domiciliarios tuvieron gran aceptación en Colombia, la mayoría de las empresas trabajan prestando servicios independientes y por convenios con otras empresas, complementando los planes de salud privados y de gobierno. Así mismo, desde hace algunos años las empresas crearon sus propios sistemas de atención de emergencias para sus clientes. Las empresas de servicios médicos domiciliarios hacen presencia en el mercado colombiano durante más de diez años, atendiendo pacientes en su propia casa y brindando atención desde primeros auxilios hasta los procedimientos más complejos (Porrás, 2009).

#### *6. Marco conceptual*

Para Lustig (2007) la salud un determinante clave del crecimiento económico, tanto en la población infantil como en los adultos, por ejemplo en los niños evita que se afecte su desarrollo cognitivo, evita niveles altos de ausentismo escolar por presencia de enfermedades, así como en los trabajadores se afecte su productividad laboral; generando en el sistema de salud un aumento del gasto en el tratamiento de enfermedades, que pueden prevenirse.

Según diferentes trabajos realizados por el premio Nobel de Economía Robert Fogel, en países como Inglaterra y México, entre otros se logró un incremento del crecimiento económico entre un 33% a un 50% en los últimos tiempos, debido a gestiones de mejoras en el sector de la salud.

La Organización Mundial de la Salud definió la fisioterapia como la “ciencia del tratamiento a través de medios físicos, ejercicio terapéutico masoterapia y electroterapia. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para

determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución”.

Paz (1998) define Atención Domiciliaria “como la prestación de servicios que comprenden todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan los diferentes profesionales de atención primaria, en el lugar de residencia de los pacientes (Paz, 2008, p. 93).

Gamboa (2009) señala que en Europa, en los últimos años se incrementó la población de ancianos de una manera acelerada, lo que afecta la implementación y mejoramiento de los planes de servicios de salud en este grupo etario, tal problemática hace que se busquen alternativas para mejorar la atención de los usuarios, de manera que los tratamientos sean oportunos y pertinentes, para tener un eficiente servicio.

Para Gamboa, es importante la atención en el domicilio del paciente, porque la condición natural de un ser humano, es el lugar donde reside,

Según Pérez (2003), el servicio de fisioterapia debe ser ejercido con eficiencia y prontitud, para mejorar las condiciones de la población de adultos mayores y con discapacidad.

### *6.1 Síndrome de inmovilidad: fisioterapia en el domicilio*

El síndrome de inmovilidad se define como “el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

Se caracteriza por una reducción de la tolerancia a la actividad física, debilidad muscular progresiva y, en casos graves, pérdida de los automatismos y reflejos posturales necesarios para deambulaci3n” (Jiménez & Manrique, 2002).

El grado de afectaci3n, evoluci3n y pron3stico dependen del estado basal, las causas desencadenantes, la actitud del paciente y su interacci3n con el entorno.

Se habla de inmovilismo agudo cuando aparece un episodio de declive r3pido de las funciones motoras, llegando incluso a un estado de inmovilidad absoluta que un encanamiento y/o m3nima variabilidad postural en un per3odo de 72 horas, implica una aut3ntica emergencia m3dica, que requiere atenci3n inmediata ante una m3nima variabilidad postural en un m3nimo de 72 horas 3 tres d3as (es.scribd.com).

#### *6.1.1 Factores causales.*

Una de las caracter3sticas del s3ndrome de inmovilidad que debe tenerse en cuenta a la hora de programar y desarrollar el tratamiento son las m3ltiples patolog3as que pueden actuar como desencadenantes (Ver tabla 3).

Tabla 3. *Factores causales de la inmovilidad.*

---

Factores causales de la inmovilidad
<i>Enfermedades que cursan con dolor y rigidez.</i>
Osteoporosis, osteoartrosis, polimialgia reumática, neoplasias, traumatismos con y sin fractura, problemas podológicos.
<i>Enfermedades neurológicas.</i>
Accidente cerebro vascular agudo, Parkinson, neuropatías, demencia en estado grave.
<i>Enfermedades cardiorespiratorias.</i>
Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
<i>Déficit sensoriales.</i>
Déficit visual y auditivo.
<i>Enfermedades que cursan con debilidad generalizada.</i>
Endocrinas, metabólicas, hematológicas, infecciosas, hepáticas, renales, malnutrición.
<i>Afectaciones cognitivas / afectivas.</i>
Delirium, ansiedad, aislamiento, depresión.
<i>Factores iatrogénicos.</i>
Fármacos (psicofármacos hipotensores), hospitalización, inmovilización inadecuada, inmovilización forzada.

---



*Inestabilidad de la marcha / miedo a caídas.*

Barreras arquitectónicas, aislamiento social, ayudas para la deambulación inadecuadas / inexistentes.

---

Fuente. Salgado Alba, A. Guillén Llera, F. Ruipérez, I. Manual de geriatría.

Hasta en el 80% de los casos intervienen varios factores etiológicos, no sólo relacionados con la condición física, sino que los aspectos psicológicos, sociales y ambientales adquieren gran importancia, aunque con frecuencia no están lo suficientemente investigados.

#### *6.1.2 Consecuencias.*

El grado de afectación del paciente varía en función de la etiología, la clínica y la restricción de la movilidad que provoca, el estado de salud previo y el tiempo de evolución.

Según Hettinger y Mueller, después de una semana de reposo en cama puede perderse hasta el 20% de la fuerza muscular, junto con una disminución de la resistencia. Las articulaciones presentan lesiones similares a una osteoartritis, como proliferación de tejido conectivo fibroso, lo que da lugar a adherencias y a la limitación de la movilidad en 3 – 4 semanas.

Las contracturas y el acortamiento de las fibras musculares afectan preferentemente a los músculos biarticulares, tales como los músculos isquiotibiales, los flexores de cadena, los gemelos y los espinales. La típica postura de confortabilidad, con caderas y rodillas en flexión y tobillos en flexión plantar, acelera esta tendencia.

Los músculos básicos para el mantenimiento de la postura y la marcha se debilitan y la retracción de los músculos rotadores internos del hombro limita la funcionalidad a la altura de los miembros superiores (Valero, 2006).

En relación con el sistema respiratorio, la posición Decúbito Supino altera la mecánica respiratoria y limita la movilidad diafragmática en posición cefálica, así como la expansión costal. Las secreciones se acumulan en los bronquios en zonas declives, por una disminución de la actividad mucociliar y el reflejo de la tos, favoreciendo el crecimiento bacteriano.

Las consecuencias en otros sistemas se detallan en la tabla 4. Cabe destacar las úlceras por presión, problema de gran relevancia por la frecuencia con que aparecen y por el agravamiento en el estado de salud del paciente.

### *6.1.3 Terapia domiciliaria.*

El fisioterapeuta participa con el resto de los profesionales del equipo de atención primaria en un abordaje integral de los problemas de salud y amplía su campo de trabajo con equipos móviles, respondiendo a la necesidad de ofrecer una atención sanitaria de mayor calidad a las personas limitadas en su domicilio, así como prestar apoyo y formación a los cuidadores/as y familiares en su labor.

Tabla 4. *Consecuencias de la inmovilidad.*

---

Consecuencias de la inmovilidad
<i>Músculo.</i>
Disminución de la fuerza, atrofia de fibras, disminución de la capacidad oxidativa.
<i>Osteoarticular.</i>
Pérdida de masa ósea, disminución del rango de movimiento articular.
<i>Piel.</i>
Úlceras por presión.
<i>Cardiovascular.</i>
Disminución del gasto cardíaco, hipotensión postural.
<i>Respiratorio.</i>
Disminución de la capacidad ventilatoria, atelectasias.
<i>Gastrointestinal.</i>
Anorexia, estreñimiento.
<i>Genitourinario.</i>
Vaciado incompleto, estasis en cálices renales, aumento de la saturación de calcio.
<i>Metabólico.</i>
Resistencia a la insulina.
Equilibrio nitrogenado negativo.
<i>Cognitivo.</i>
Alteraciones de la percepción, deterioro cognitivo.

---

---

*Psiquiátrico.*

Ansiedad, depresión.

---

*Control postural.*

Pérdida del balanceo.

---

Fuente. Salgado Alba, A. Guillén Llera, F. Ruipérez, I. Manual de geriatría.

Los pacientes incluidos en el programa de fisioterapia domiciliaria son los que no pueden desplazarse al centro de salud y presentan:

- Déficit reversible o estable, susceptibles de incrementar su capacidad funcional.
- Dependencia de cuidados de enfermería bajo el título de “síndrome por desuso”.
- Limitación funcional grave, de largo tiempo de evolución, que precisa tratamiento postural y movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida.

El carácter de la atención no es exclusivamente asistencial, sino que también se dirige al adiestramiento de los cuidadores/as principales en el entorno familiar (Salgado, 2002).

#### 6.1.4 Intervención fisioterapéutica.

Se llevará a cabo a través de tratamientos simples y sesiones cortas. Se necesita la presencia del cuidador/a principal para instruirle en cuidados posturales, movilizaciones y manejo de cargas en las transferencias, ya que los cuidados de fisioterapia serían insuficientes sin su colaboración.

Los procedimientos varían en función del perfil del paciente y se distinguen cuatro estadios (Ver tabla 5).

Tabla 5. *Fisioterapia en el síndrome de inmovilidad. Progresión según perfiles.*

---

Fisioterapia en el síndrome de inmovilidad. Progresión según perfiles.
<i>Primer estadio: encamamiento.</i>
Cuidados posturales
Movilización activa o pasiva
Ejercicios respiratorios.
<i>Segundo estadio: “cama – sillón”.</i>
Refuerzo muscular en sediestación.
Práctica de transferencias.
<i>Tercer estadio: bipedestación y deambulación.</i>
Verticalización precoz.
Entrenamiento de la marcha. Deambulación.

---

---

*Cuarto estadio: mantenimiento.*

Programa de ejercicios (respiratorios, articulares y tonificación muscular).

---

Fuente. Delgado, M. 2004.

*6.1.5 Segundo estadio: paciente en “cama – sillón”.*

- Corrección postural con la cabeza alineada y el tronco erguido, ajustados si es necesario con almohadas.

- Movilización activa/pasiva de los miembros superiores.

- Ejercicios respiratorios, igual que en la fase anterior.

- Para posibilitar las transferencias y posteriormente la bipedestación, ejercitar la antepulsión de tronco, con los pies en el suelo, y el uso de los miembros superiores como apoyo.

- Se irá incrementando el tiempo en sedestación, comenzando por 1 hora, 2 veces por día. Le facilitará la alimentación, evitando aspiraciones, así como el contacto con el medio.

*6.1.6 Tercer estadio: bipedestación y deambulación.*

- La bipedestación se practica con ayuda de un andador y, si provoca mucha inseguridad en el paciente, puede ayudarse de una mesa sobre la que pueda desplazar

parte del peso a las manos, lo que facilitará la antepulsión del tronco y la distribución de carga entre los miembros superiores y los inferiores. En función del grado de estabilidad y vigilando la correcta alineación del centro de gravedad, se introducirán ejercicios con los miembros inferiores y se practicará la secuencia del paso.

- La deambulación se practicará a diario, con distancias crecientes y ayudada de referencias en la propia vivienda. Se retirarán progresivamente las ayudas técnicas, si es posible. Se motivará al paciente a través de la realización de AVD bajo la supervisión del cuidador/a según el plan de fisioterapia.

#### *6.1.7 Cuarto estadio: mantenimiento.*

Se elaborará un programa de ejercicios (respiratorios, articulares y tonificación), que habrá que realizar a diario en el domicilio (Delgado, 2004).

### *7. Marco referencial*

Se efectuó una investigación para establecer la necesidad de la fisioterapeuta, para pacientes que viven en zonas rurales.

---

*Resultados.* Un 46% eran pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV). Con una media de 3.7 días de espera para atención y 8 sesiones recibidas. El 39.5% vivía en municipios distintos a la ubicación de la sala. El 39.7% fue derivado por enfermero de enlace. Un 59.8% recibió tratamiento fisioterápico.

---

---

En el 63.8% se cumplieron los objetivos terapéuticos planteados.

El cuidador principal fue mujer en el 91.4%, con 57.5 de edad media. El 34.5% refería patología de aparato locomotor. El 100% de los cuidadores recibió atención y asesoramiento.

---

*7.2 Investigación Número 2. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas.*

---

*Resultados.* La hospitalización domiciliaria ha tenido un desarrollo desigual a lo largo del tiempo en diferentes países y son varios los modelos de este tipo de atención, cada uno con sus respectivas ventajas y desventajas.

---

## *8. Marco normativo y jurídico*

### *8.1 Generalidades*

Durante la última década, el país efectuó un profundo reordenamiento del sector de la salud, buscando responder a los principios consagrados en la Constitución Política de Colombia, como son la descentralización, universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad, calidad, desarrollados posteriormente por la Ley 100 de 1993 y Ley 715 de 2001.



El nuevo esquema del Sistema General de Seguridad Social en Salud estableció relaciones competitivas reguladas entre agentes públicos y privados, separando la financiación del sistema de prestación de servicios involucrando el esquema de aseguramiento como una manera de garantizar que el derecho a la salud se haga efectivo. La reforma permitió un aumento considerable en la cobertura del aseguramiento en salud para la población que no gozaba de esa protección.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de su competencia expidió los Acuerdos 117 y 229 sobre el cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de la demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud y las Resoluciones 412 y 3384, que hacen alusión a la obligatoriedad de los Entes Territoriales y las administradoras de planes de beneficios en los regímenes contributivo y subsidiado, de establecer modelos de atención que impliquen planes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ley 100, 1993).

## 8.2 Constitución Política de Colombia

Artículo 49 “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas y el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad...”.

Artículo 366 de la Constitución Nacional de la finalidad social del Estado y de los servicios públicos, el cual expresa “el bienestar general y el mejoramiento de la

calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas en salud...” (Constitución Política de Colombia, 1991).

#### *8.2.1 Decreto 1122 de 1007.*

En este Decreto se estipula: “Realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de Salud (Ministerio de Protección Social, 2007).

#### *8.2.2 Resolución 1043 del 2006, Resolución 2680 del 2007, Resolución 3763 del 2007.*

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”.

#### *8.2.3 Resolución 1445 de 2006.*

Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras Disposiciones.

*Artículo 2º. Estándares de acreditación.* Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las instituciones prestadoras de servicios de salud y entidades administradoras de planes de beneficios, se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación, los cuales se encuentran contenidos en el anexo técnico número 1, que forma parte integral de la presente resolución.

“Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”.

- “Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB-“.

- “Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias”.

- “Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias”.

- “Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos”.

- “Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología”.

- “Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación”.

#### *8.2.4 Decreto 1011 de 2006.*

Establece el sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“Los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el Artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SOGOS- de que trata este Decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes”.

“Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional, que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para

actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud, para lo cual podrá contar con personal de apoyo en los niveles de formación técnico y/o auxiliar”.

“Es por esto que la habilitación de los servicios de salud tiene en cuenta la capacidad tecnológica y científica, como estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica. Y tendrán un registro especial de prestadores de Servicios de Salud”.

#### *8.2.5 Decreto 4747 de 2007.*

“Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”.

#### *8.2.6 Resolución 3047 de 2008.*

“Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007”.

#### *8.2.7 Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS).*

“Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

*8.2.8 Artículo 8°. Asistencia domiciliaria.*

“Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin” (Ley 100, 1993).

*8.2.9 Artículo 22. Definiciones para determinar la calidad de los servicios.*

“Calidad de la atención es el conjunto de características técnico – científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles, con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico – científica, costo – efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios”.

*8.2.10 Artículo 52.*

Se clasifican como actividades de control y seguimiento en las Guías de Atención Integral a grupos específicos, tales como hipertensos, diabéticos, crecimiento y desarrollo, atención prenatal, higiene mental, higiene industrial, salud ocupaciones, etc., las realizadas por personal de la salud en las áreas de Enfermería, Trabajo Social, Salud Mental, Optometría, Nutrición, Terapia y otros.

*8.2.11 Artículo 53.*

“Se clasifican como actividades de promoción y fomento de la salud, aquellos procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo o informativo, individual o colectivas, intra y extramurales, tendientes a crear o Reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también a proveer y estimular y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud”.

La fisioterapia es una profesión liberal del área de la salud, la cual contribuye en el desarrollo humano, social del individuo y el colectivo se reglamentó en Colombia bajo la Ley 528 de 1999 y se define: “La fisioterapia es una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre, orienta sus acciones al mantenimiento, optimización y potencialización del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social, fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, así como en sus propias teorías y tecnologías”.

Esta ley (528 de 1999), establece unos principios básicos determinados para la práctica de fisioterapia:

- “Respeto por la dignidad de la persona humana y por sus fueros y derechos individuales, sin distingos de edad, sexo o nacionalidad ni de orden racial, cultural, económico, político o religioso”.

- “La intervención en el desarrollo del ejercicio profesional se fundamenta en los principios científicos, que orientan los procesos relacionados con el movimiento corporal humano que constituyen la esencia de la formación académica del Fisioterapeuta”.

- “Es necesario en el accionar profesional, una evaluación que involucre los aspectos históricos, sociales, familiares, económicos y culturales de los pacientes”.

- “La participación efectiva del fisioterapeuta en cualquier tipo de investigación científica, que involucre seres humanos, debe ajustarse a los principios metodológicos y éticos que permitan el avance de la ciencia, sin sacrificar los derechos de las personas”.

- “Es deber del fisioterapeuta dar atención y contribuir a la recuperación y bienestar de las personas, tener el compromiso de garantizar los resultados exitosos de una intervención profesional, no efectuarlo constituye una falta ética, que deben ser sancionada de acuerdo con las previsiones de esta ley”.

- “La relación Fisioterapeuta y usuarios se basa en el compromiso de mutua lealtad, autenticidad y responsabilidad, que debe estar garantizado por adecuada



información, privacidad, confidencialidad y consentimiento previo a la acción profesional constituyendo la atención personalizada y humanizada un deber ético”.

- “La actividad pedagógica del fisioterapeuta es una noble práctica, que debe ser desarrollada transmitiendo conocimientos y experiencias con el accionar profesional, o bien en función de la cátedra en instituciones universitarias u otras cuyo funcionamiento esté legalmente autorizado”.

- “La función que como perito deba cumplir un fisioterapeuta, a título de auxiliar de la justicia cuando sea requerido para tales efectos, de acuerdo con la ley, deberá realizarse con estricta independencia de criterio, valorando de manera integral el caso sometido a su experticia y orientado únicamente por la búsqueda de la verdad”.

- “La remuneración que el fisioterapeuta reciba como producto de su trabajo, forma parte de los derechos que se derivan de su ejercicio profesional como tal y, por ello en ningún caso debe ser compartida con otros profesionales u otras personas por razones ajenas a la esencia misma de este derecho”.

- “La capacitación y la actualización permanente, los fisioterapeutas identifican individualmente o en su conjunto el avance del desarrollo profesional”.

- “La autonomía e independencia, del fisioterapeuta, de conformidad con los preceptos de la presente ley, son los fundamentos del responsable y ético ejercicio de su profesión”.

- “El ejercicio de la Fisioterapia impone responsabilidades frente al desarrollo social y comunitario. Las acciones del Fisioterapeuta se orientan no sólo en el ámbito individual de su ejercicio profesional, los cuales, deben tener impacto en el colectivo”.

- “Es deber del fisioterapeuta prestar servicios profesionales de innovación y calidad, de acuerdo con los recursos disponibles y los condicionamientos de diverso orden existentes en el medio, dentro del cual desarrolle su actividad”.

Las actividades profesionales desarrolladas por los fisioterapeutas se enmarcan en la ley 528 de 1999.

- “Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinar o interdisciplinar, destinada a la renovación o construcción de “conocimiento”.

- “Diseño, ejecución, dirección y control de programas de intervención Fisioterapéutica, para la promoción de la salud y el bienestar cinético, la prevención de las deficiencias, limitaciones funcionales, discapacidades y cambios en la condición física en individuos y comunidades en riesgo y la recuperación de los sistemas esenciales para el movimiento humano, la participación en procesos interdisciplinarios de habilitación y rehabilitación integral”.

- “Gerencia de servicios Fisioterapéuticos en los sectores de Seguridad Social, Salud, Trabajo y Educación”.

- “Asesoría y participación en el diseño y la formulación de políticas en Salud, Fisioterapia y proyección de la práctica profesional”.

- “Asesoría y participación para el establecimiento de estándares de calidad en atención en Fisioterapia, disposiciones y mecanismos para asegurar su cumplimiento” (Ley 528, 1999).

### *8.3 Atención primaria de salud de la fisioterapia, en atención temprana*

La estructura sanitaria, el rol de los colectivos profesionales, los servicios que se ofrecen y la organización de los mismos está influenciado por un modelo de atención a la salud, cuyo origen se ubica varias décadas atrás. El desarrollo del enfoque de la Atención Primaria de Salud (APS) (Paz, 2008), está íntimamente ligado a una concepción de la salud de tipo biopsicosocial y a una apuesta por el desarrollo de la salud comunitaria. Aunque ya a inicios del Siglo XX, se fraguan los inicios de este modelo de atención, se asume que el origen se encuentra en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata, con el patrocinio de la OMS y de UNICEF.

Esta conferencia representó el pensamiento de las principales autoridades sanitarias de 140 países respaldando la Atención Primaria de Salud como una estrategia para lograr mayor equidad en salud. La Conferencia de Alma Ata definió la Atención Primaria de Salud de la siguiente manera (Organización Mundial de la Salud, 1978):

La asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de

todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Esta declaración además de conceptualizar el modelo de Atención Primaria de Salud, apunta los aspectos clave de este modelo y de su organización, por parte de los estados, algunos de los cuales se recogen a continuación.

- La Atención Primaria de Salud es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.

- Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para resolver esos problemas.

- Comprende cuando menos las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno infantil, con la inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.

- Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo, nacionales y comunitarios, en particular de la agricultura, zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.

- Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla

mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar (Berta & Verger, 2008, p. 236).

Distintos autores hacen referencias a los elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud, utilizando similares terminologías. Se consideran sus características el primer contacto (o accesibilidad), la atención longitudinal centrada en la persona y no en la enfermedad, la atención integral a todas las necesidades de salud (o comprensividad), la coordinación con otros niveles o servicios de salud, la orientación familiar, situando a la persona en su propio medio y la orientación comunitaria, considerando la ubicación de la persona en un contexto social, pero también apuntando el rol activo por parte de la comunidad en la organización y funcionamiento de la Atención primaria de Salud (Starfield, 2001).

Siguiendo a otros autores (Martín, 2003) los elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud se concretan en una perspectiva integral, integrada, continuada, permanente, activa, accesible y estar basada en equipos interdisciplinarios. Además ha de ser comunitaria y participativa, programada y evaluable; y también docente e investigadora.

En definitiva, desde la Conferencia Internacional sobre Atención primaria de Salud, diversas voces han plasmado la actualidad y vigencia de los principios fundamentales del modelo de Atención Primaria de Salud. Siguiendo a Viiori (1984), el modelo de Atención Primaria supone un cambio de filosofía en la atención de salud, que implica concebir la salud como un derecho fundamental y garantizar su defensa prioritaria, respondiendo a criterios de justicia e igualdad. Además supone un nivel de asistencia, tanto para la población que contacta con el sistema sanitario como para la

población en general, promoviendo la toma de contacto de individuos y comunidades mutuamente interactiva con el sistema sanitario en consultas, domicilios y otras instituciones de la comunidad (Alma Ata, 1978).

El modelo puede considerarse también como una diferente estrategia de organización de los servicios sanitarios, para alcanzar una cobertura total, que sean accesibles, respondan a las necesidades de la población, que estén funcionalmente integrados, basados en la participación de la comunidad y una adecuada administración de los costes.

La Atención Primaria de Salud supone pues una estrategia diferente a la que tradicionalmente se venía desarrollando a mediados del siglo pasado, dirigida a ofrecer sistemas sanitarios altamente especializados y tecnológicos (Starfield, et al, 2005).

## *9. Diseño metodológico*

En Colombia hay 38 IPS públicas, 2.193 IPS privadas, que ofrecen el servicio de atención de fisioterapia domiciliaria.

Este proyecto de investigación es de tipo descriptivo analítico en la evaluación del Modelo de Atención Fisioterapéutica Domiciliaria en una IPS – Bogotá. Colombia.

### *9.1 Tipo de estudio.*

Descriptivo analítico.

### *9.2 Instrumento de procesamiento de información*

Ramsés Likert.

### *9.3 Modalidad de recolección de información*

Cuestionarios.

### *9.4 Muestra*

100 pacientes de Atención fisioterapéutica domiciliaria.

20 profesionales fisioterapeutas.

### *9.5 Tipo de preguntas*

Afirmaciones, según modelo Likert.

### *9.6 Aplicación*

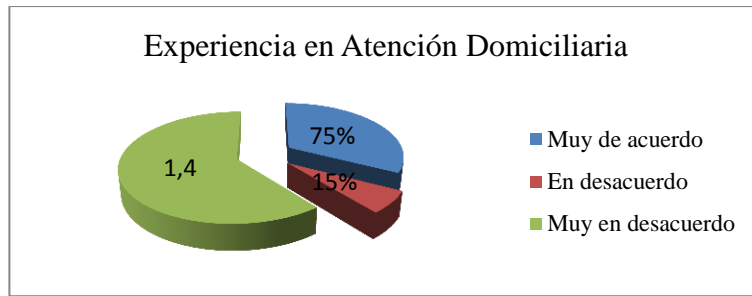
La Encuesta se aplicó en 100 pacientes y 20 profesionales fisioterapeutas.



## *10. Resultados*

En el cuestionario aplicado a 20 profesionales en fisioterapia, los cuales contestaron así: a la primera pregunta (20) veinte respondieron muy de acuerdo (5), para un 100%; a la segunda pregunta, las (5) cinco contestaron muy de acuerdo, (5) para un 100%.

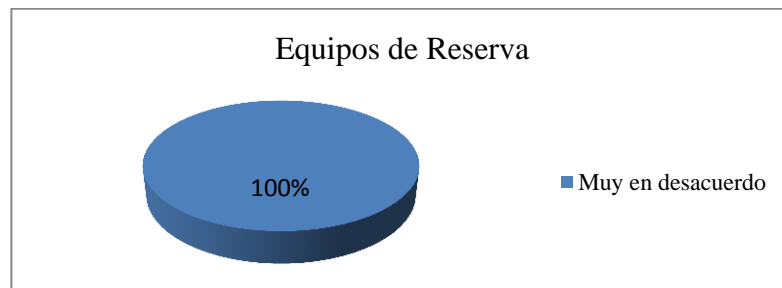
A la segunda pregunta, quince contestaron muy de acuerdo (5) para un 75%, tres en desacuerdo (2) con un 15%, dos muy en desacuerdo (1) con 10%; en la tercera pregunta, contestaron veinte muy en desacuerdo (1), con 100%, a la cuarta pregunta, doce contestaron ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), 60% y ocho, muy en desacuerdo (1), 40%; en la quinta pregunta, contestaron once de acuerdo (4), 55% y nueve muy de acuerdo (5), 45%; a la sexta pregunta, los veinte contestaron de acuerdo (9), 100%; a la séptima pregunta, los veinte contestaron de acuerdo (4), 100%. En la octava pregunta, los veinte contestaron en desacuerdo (2), 100%. A la novena pregunta, quince contestaron en desacuerdo (2), 75% y cinco de acuerdo ni en desacuerdo (3), 25%. En la pregunta décima, contestaron 16 de acuerdo (4), 80% y cuatro muy de acuerdo (5), 20% (Ver gráficas).



Gráfica 1. Experiencia en Atención Domiciliaria.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.

Quince profesionales fisioterapeutas tienen entre dos y cinco años, tres más de cinco años y dos menos de 2 años de labor en la Atención Domiciliaria.



Gráfica 2. Equipos de reserva.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.

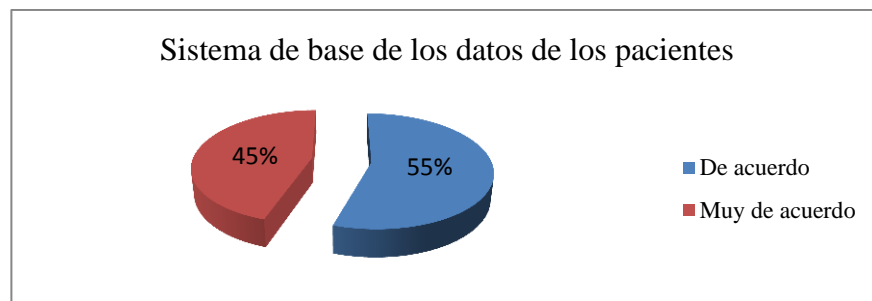
La institución (IPS) no posee equipos para la labor de fisioterapeuta, cada una debe llevar su propio material de trabajo si no, no es contratada.



Gráfica 3. Desplazamientos.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.

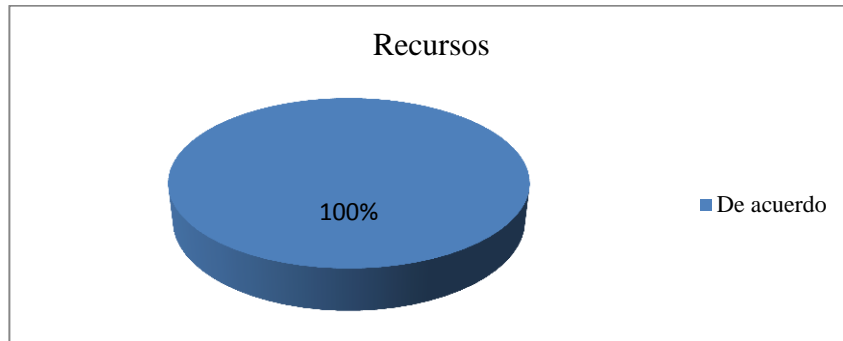
Para los desplazamientos de los fisioterapeutas, no siempre hay transporte y muchas veces el sitio de prestación del servicio es muy lejos, y la profesional debe ingeniarse la manera de llegar.



Gráfica 4. Sistema de datos base de los pacientes.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.

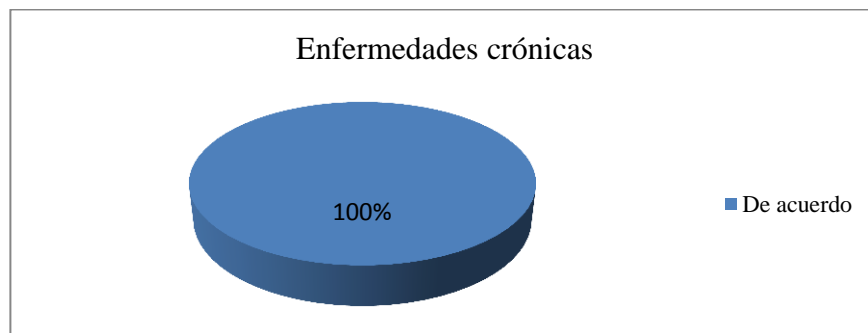
Se debe mejorar el sistema empleado, para la base de datos de los presentes, a veces no está actualizado y la información no es veraz, organizada y es ineficiente.



Gráfica 5. Recursos.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.

No se cuentan con los recursos necesarios, para cuando son requeridos, hay mala gestión.



Gráfica 6. Enfermedades crónicas.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.

No hay clasificación de enfermos de acuerdo a su historia clínica, porque la Atención Domiciliaria, debe ser para pacientes con enfermedades a corto y mediano plazo, enfermos crónicos necesitan estar en casas para personas con enfermedad crítica.

A continuación se refiere al cuestionario aplicado a cien pacientes, que recibieron tratamiento de rehabilitación en la modalidad de atención de fisioterapia domiciliaria.

### *Cuestionario*

Se marca sólo una respuesta. Dos respuestas invalidan la pregunta.

¿A qué estrato pertenece?

Uno \_\_\_\_\_ Dos \_\_\_\_\_ Tres \_\_\_\_\_ Cuatro \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ocupación?

Ama de casa \_\_\_\_\_ Pensionado \_\_\_\_\_ Empleada \_\_\_\_\_ Independiente \_\_\_\_\_

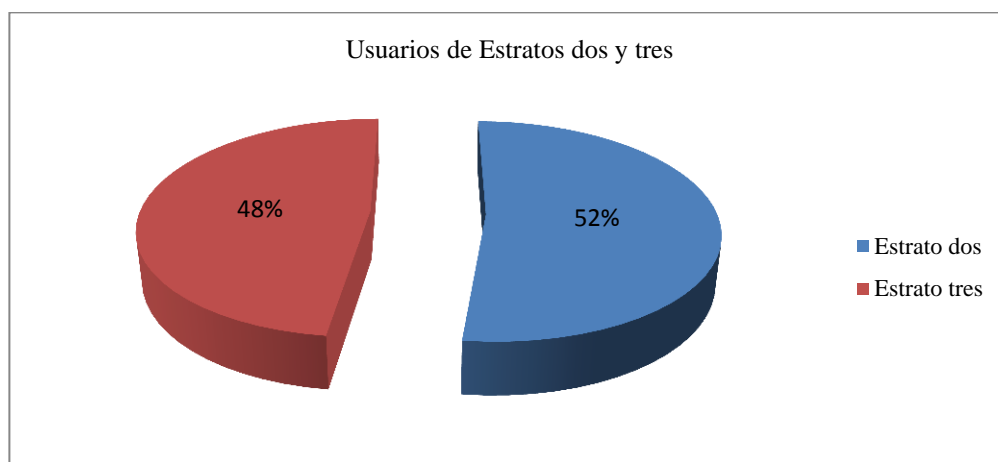
5. Muy de acuerdo
4. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
2. En desacuerdo
1. Muy en desacuerdo

	5	4	3	2	1
1. ¿Utiliza el servicio de Atención domiciliaria?					
2. ¿Es oportuno el servicio?					
3. ¿Hay prontitud en los procedimientos de autorización, para obtener el servicio de fisioterapia?					
4. ¿Cree que el servicio de fisioterapia es bueno?					
5. ¿Opina que la labor de la fisioterapeuta ayudó a mejorar su condición de salud?					
6. ¿Alguna vez NO le autorizaron a tiempo los procedimientos de fisioterapia?					
7. ¿Las terapias que le programaron fueron suficientes para su proceso de rehabilitación?					
8. ¿Terminó su tratamiento de fisioterapia?					
9. ¿Recibió un plan casero de rehabilitación, para evitar reincidencia de la patología?					
10. ¿Considera que el centro de Atención cuenta con el equipo, elementos e implementos para atender a los usuarios?					

El instrumento de información se aplicó a cien pacientes, arrojó como resultado lo siguiente: que el 52% son usuarios del estrato dos y 48% pertenecen al estrato tres.

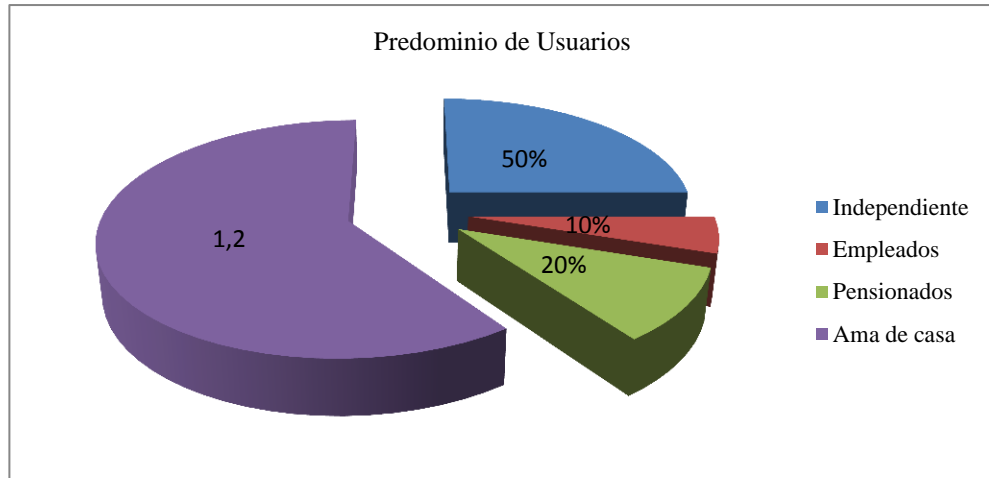
Predomina el usuario independiente con 50% (50 pacientes); empleados 10% (10 usuarios); pensionados 20% (20 usuarios) y ama de casa 20% (20 pacientes).

A la primera pregunta, los 100 usuarios contestaron 90% muy de acuerdo (90 pacientes) y 10% de acuerdo 55% (10 usuarios) en desacuerdo, 45% (45 usuarios) de acuerdo; en la tercera pregunta, ni de acuerdo ni en desacuerdo 27% (27 pacientes), en desacuerdo 50% (50 pacientes) y en muy en desacuerdo 23% (23 usuarios); en la cuarta pregunta, de acuerdo 60% (60 usuarios), muy de acuerdo 30% (30 personas) y ni de acuerdo ni en desacuerdo (10%) (10 usuarios); a la pregunta quinta de acuerdo 11% (11 pacientes), muy de acuerdo 89% (89 pacientes); a la sexta contestaron 65% (65 usuarios) muy de acuerdo, de acuerdo 25% (25 usuarios) y en desacuerdo 10% (10 usuarios); a la pregunta séptima de acuerdo 47% (47 usuarios), en desacuerdo 15% (15 usuarios), y muy en desacuerdo 38% (38 usuarios); en la pregunta octava contestaron en muy de acuerdo el 100% (100 usuarios). A la pregunta novena muy en desacuerdo el 100% (100) y a la pregunta diez, en desacuerdo 71% (70 pacientes), muy en desacuerdo 10% (10 pacientes), de acuerdo 19% (19 usuarios).



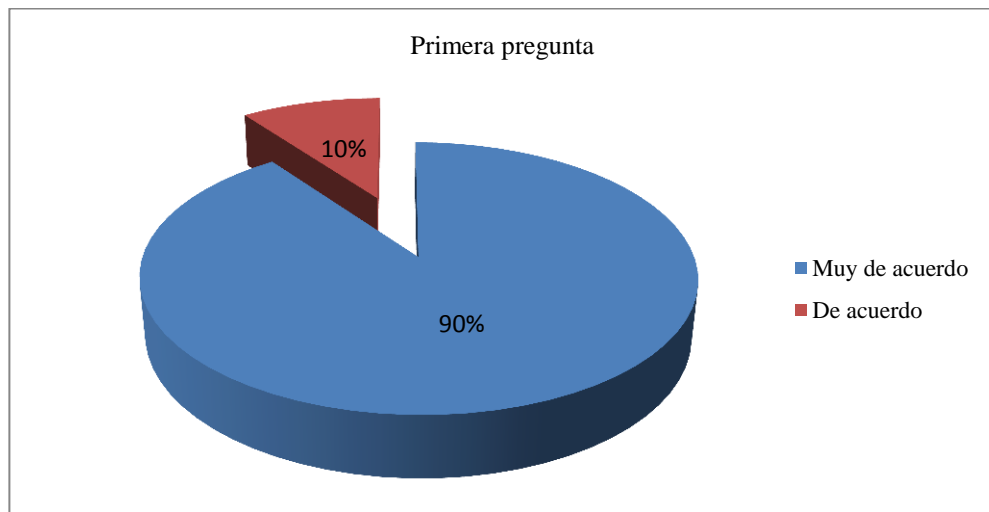
Gráfica 7. Usuarios de Estratos dos y tres.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.



Gráfica 8. Predominio de usuarios.

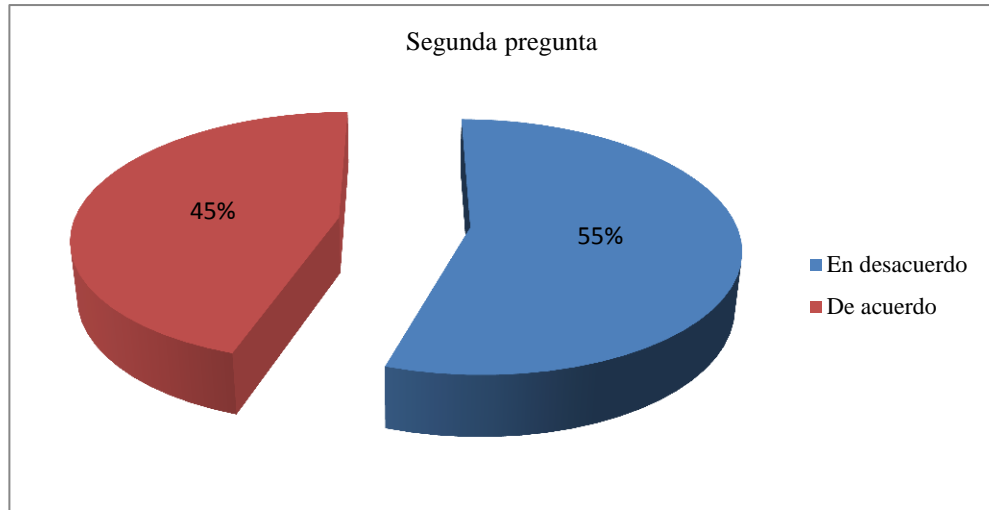
Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.



Gráfica 9. Primera pregunta

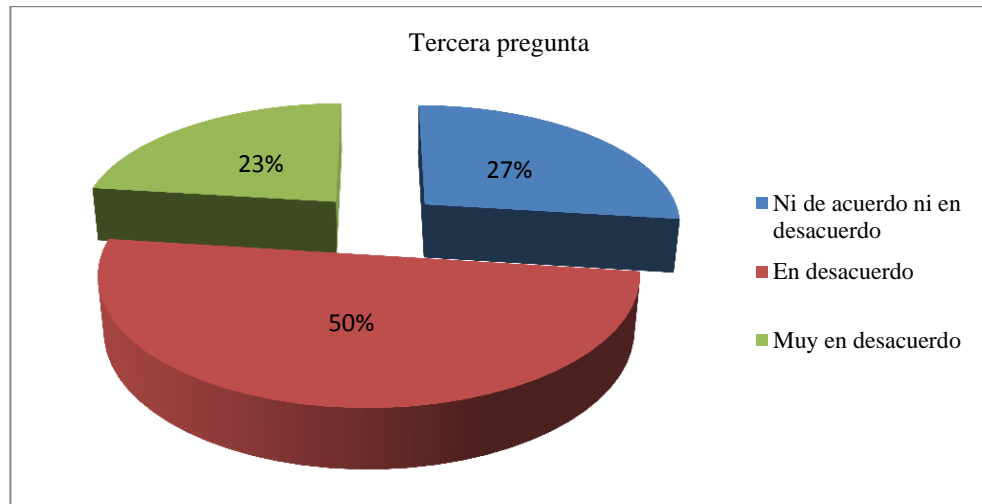
Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.





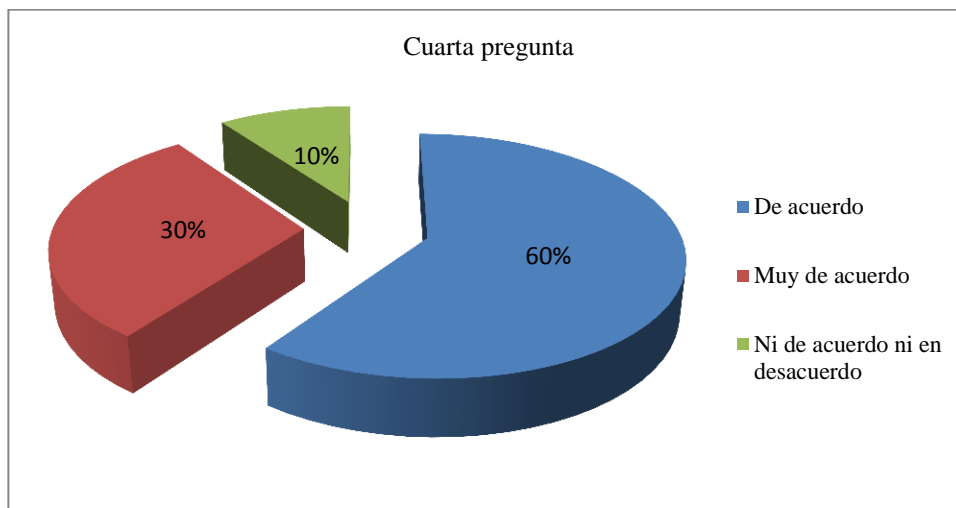
Gráfica 10. Segunda Pregunta.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.



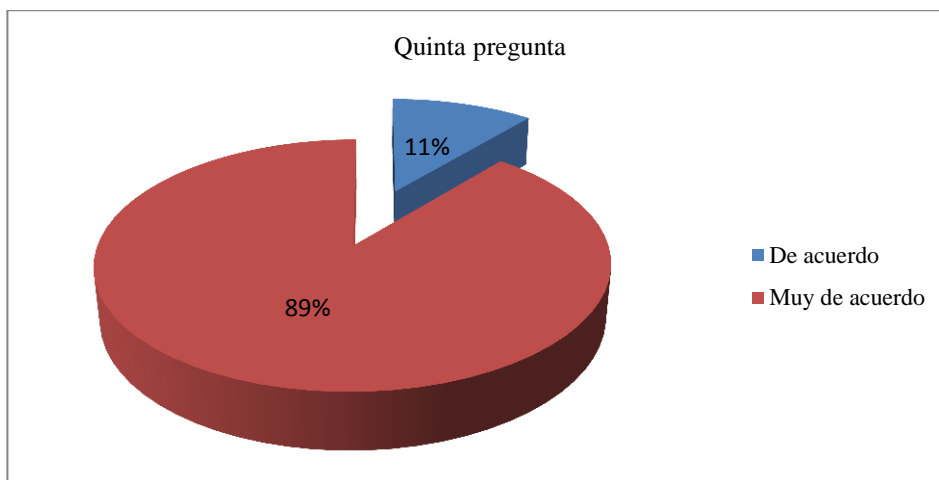
Gráfica 11. Tercera pregunta.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.



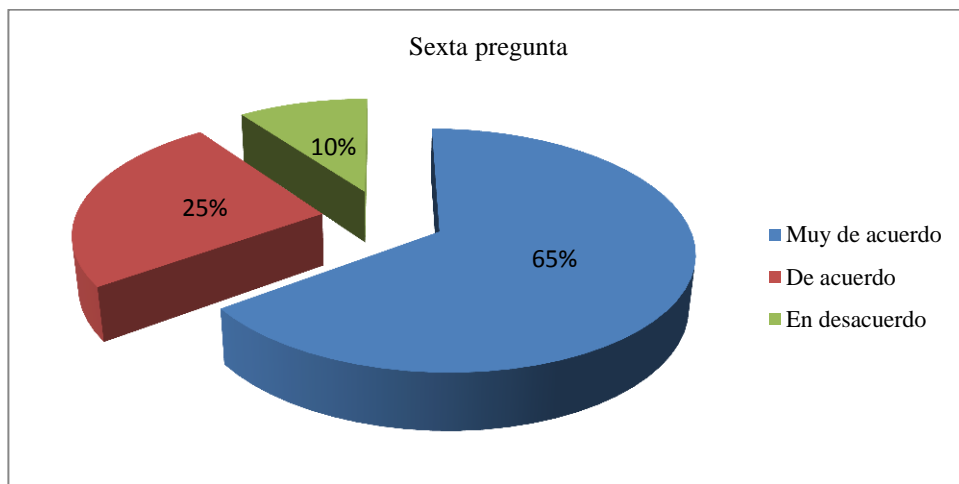
Gráfica 12. Cuarta pregunta.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.



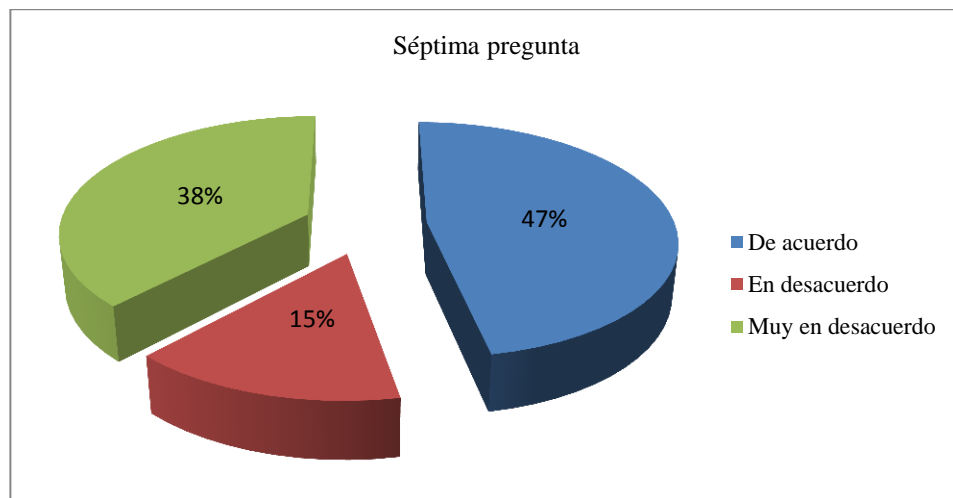
Gráfica 13. Quinta pregunta.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.



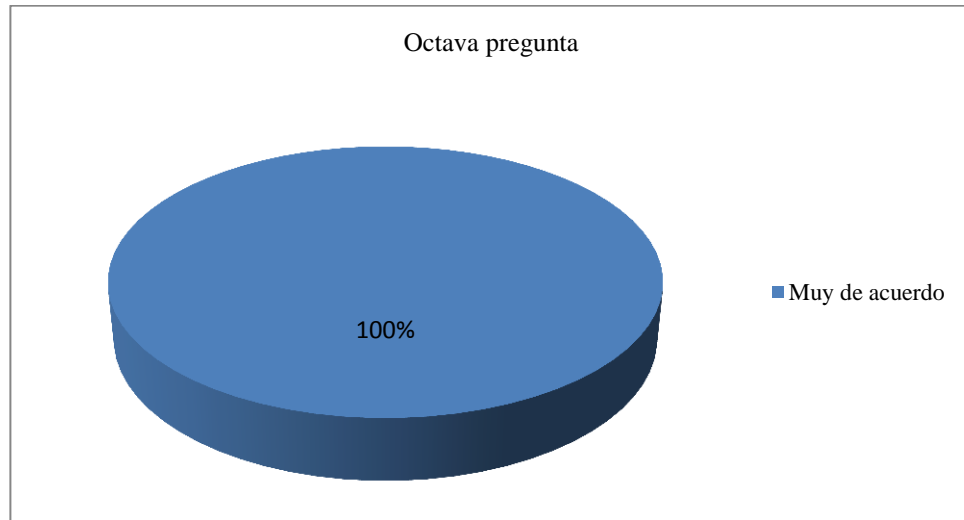
Gráfica 14. Sexta pregunta.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.



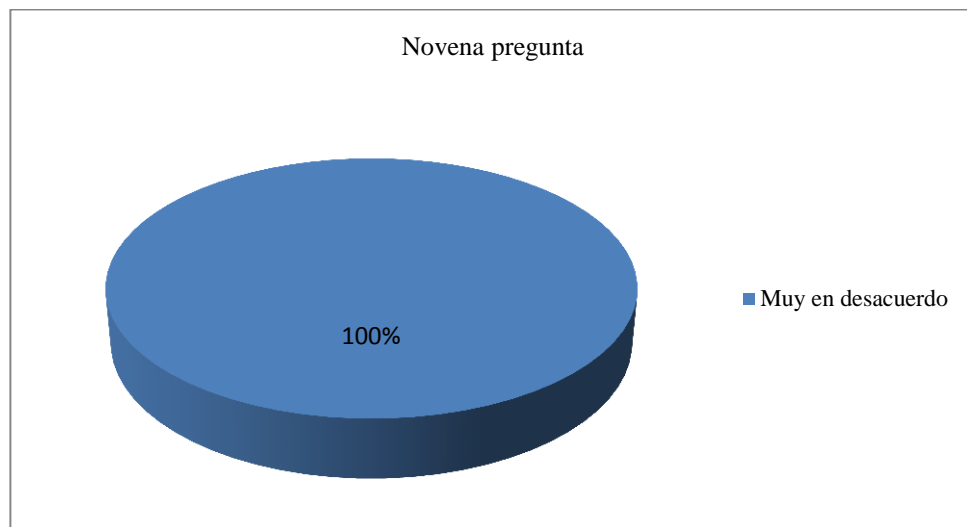
Gráfica 15. Séptima pregunta.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.



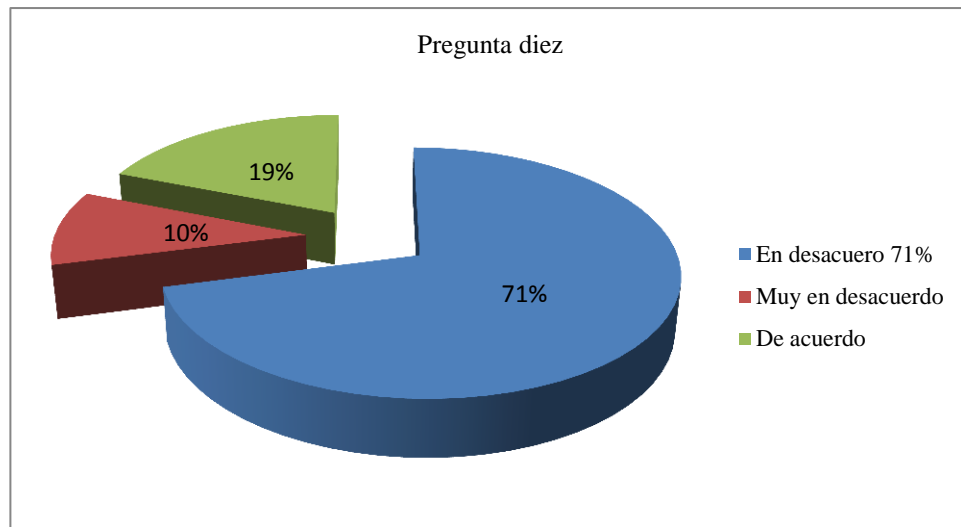
Gráfica 16. Octava pregunta.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.



Gráfica 17. Novena pregunta.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.



Gráfica 18. Pregunta diez.

Fuente. Karol Johanna Mendoza. 2014.

### 11. Análisis de resultados

Hoy por hoy, se presentan frecuentemente propuestas alternativas a la gerencia, atendiendo las necesidades de los usuarios, que se adapten más a un mundo de cambio e innovación, que se creen alianzas estratégicas, para que funcionen con mayor eficiencia y eficacia. El aumento en la demanda de servicios, el gasto en salud, los cambios demográficos, sociales, patrones de morbilidad y los constantes avances en el campo de la tecnología, están estimulando la aparición de nuevas formas de asistencia y atención hospitalarias (Saltman & Figueras, 1997), como la atención hospitalaria (AH), que se dispone en otros países, que consiste en trasladar equipos y recurso humano a la casa del paciente, con el fin de tenerlo en un ámbito conocido, y así, mejorar lo emocional;

además, el cuidado de la familia con un enfermo crónico, genera desestabilización emocional en el cuidador y en el entorno familiar; en cuanto al centro de salud, disminuye costos en lavado de ropa, alimentos, mayor número de camas, para hacer eficiente las urgencias, menor recurso humano profesional, para ser asignado a pacientes que pueden obtener una recuperación a corto y mediano plazo; otro problema en el sistema de Atención Primaria en Colombia, es que no hay suficiente personal médico, para atender los requerimientos a pacientes agudos ó crónicos.

Estos mismos inconvenientes fueron estudiados en diferentes IPS públicas y privadas en la ciudad de Medellín, donde se evidencia la necesidad de priorizar los procesos administrativos, tales como lo establece el documento: Gerencia y Administración de Sistemas de suministro de medicamentos esenciales (Gómez, 2008), que identifica la importancia en la gestión y prestación oportuna y adecuada de los servicios y la disponibilidad permanente de los recursos, para satisfacción del usuario; además, se debe fortalecer la base de datos de los pacientes activos, hace falta tener información diaria sobre las actividades de médicos y fisioterapeutas, obtener de éstas, el concepto profesional sobre el estado del paciente; además, es un grave problema de gestión de las IPS, que la profesional deba tener todo el Equipo de Salud, para atender al usuario, sino no es contratada, debería tener cada IPS, equipos y elementos de trabajo fisioterapéuticos, porque se dejan de contratar personas posiblemente idóneas y con gran compromiso por su trabajo y mucha humanidad con sus pacientes, existen falencias en los criterios de inclusión, porque en el recorrido del estudio, se constató que los pacientes crónicos, o que realmente su enfermedad sea a largo plazo, deben ir a unos centros de atención, que existen en Bogotá, como este tipo de personas que necesitan cuidados especiales hasta su muerte, como el SEP (Servicio de Enfermeras

Profesionales) donde tienen todo los profesionales de la salud, para que estos sean atendidos, de todas las edades, pero que reúnan los requisitos, para ser crónicos, y no incluir usuarios de enfermedades a largo plazo como sucede actualmente en los criterios de inclusión del método tradicional.

En la muestra de pacientes, a los cuales se les aplicó el cuestionario, dejó claro, las localidades a las que pertenecen los usuarios que se encuentran en los estratos dos y tres; además, los que utilizan más el servicio son los usuarios que son independientes en su trabajo.

Según la información recolectada hay inconformidad en la prontitud del servicio prestado y sienten que hay demoras y obstáculos de operatividad en las autorizaciones, lo cual, aumenta la inversión y el tiempo utilizado por los familiares del paciente y por él mismo; además, puede causar graves problemas en su salud, porque cuando se aprueba el servicio de fisioterapia, puede requerir mayor tratamiento por no ser aplicado a tiempo o quedar con alguna secuela por la lesión(es).

En cuanto a la programación de sesiones fueron insuficientes, por lo tanto, el usuario debe iniciar nuevamente el proceso, perdiendo dinero, tiempo y en algunos casos inconvenientes de salud. Los usuarios (pacientes) encuestados mostraron descontento, porque el Centro de Atención, presenta debilidad en la gestión de los recursos, porque no se cuenta con los equipos necesarios e indispensables en muchos casos, para solucionar el problema de salud de los pacientes y así, tener atención eficaz y temprana en el proceso, además cuantificar los recursos, que supone cada atención, para mejorar la planificación de las actividades.

*Conclusión.* Los Centros de Atención, por lo general no dan folletos, para un plan casero de rehabilitación, para evitar la reincidencia de la patología, por evitar gastos de papelería.



## Conclusiones

- Mediante la aplicación del cuestionario a pacientes se determinaron fallas en el sistema operacional, que deben ser corregidas, para obtener un servicio oportuno, eficiente y de calidad no sólo para los pacientes, sino para las familias.

- Este sistema no tiene criterios de inclusión a corto, mediano y largo plazo, todos se encuentran en un solo “criterio de inclusión”, no está estructurado en red, para ser atendidos no sólo en Bogotá, sino en cualquier parte del país, para ser un sistema integrado; los pacientes crónicos no son enviados a los centros de salud, especializados en este tipo de situación.

- Otro punto, son las demoras en el servicio, por los obstáculos administrativos de las EPS, para autorizaciones a los diferentes procedimientos y actividades solicitadas durante la Atención Domiciliaria, traduciéndose en demora, para la toma de exámenes, esto incrementa la inversión de dinero y tiempo, para que la familia se trasladarse a la entidad aseguradora, para efectuar trámites, que generan descontento por el servicio prestado; otra dificultad, es la obtención de insumos y medicamentos, problema de los países Latinoamericanos como lo describe la Organización Panamericana de la Salud en su documento “Política de medicamentos de Centroamérica y República Dominicana”, en la cual, se establecen debilidades relacionadas con la gestión de suministro, tales como: falta de sistematización de un proceso de selección de medicamentos, falta de programación de necesidades; sistema de información de existencia de medicamentos inadecuado, retraso en los proceso de compra; lo mismo que no cuenta el Centro de

Atención Domiciliaria, con los equipos e implementos necesarios, para tratar adecuada y medicamente a sus pacientes.

- El sistema tradicional de salud en Atención Primaria Domiciliaria, se debe replantear no sólo a nivel médico, sino en fisioterapia en cuanto a servicios asistenciales ofrecidos en función de estrategias sanitarias y las demandas actuales sociales, demográficas y de gestión, que sean organizaciones menos verticales y unidimensionales.

- Crear canales de comunicación interinstitucional en los niveles sanitarios ó sea mecanismos en red, que faciliten los procesos y procedimientos asistenciales, para los pacientes en Atención Primaria Domiciliaria, para fortalecer las actividades de los fisioterapeutas y demás profesionales de la salud.

- Diseñar protocolos o guías de prevención, diagnóstico, terapéutico con datos clínicos, de seguimiento y control, para la efectividad de los procesos.

- Mejorar los criterios de inclusión y exclusión de los usuarios de Atención fisioterapéutica Domiciliaria, para mejorar la calidad de los pacientes sea crónicos, enfermos a corto y mediano plazo; aumentar las camas hospitalarias, para ayudar a la calidad de pacientes por urgencias, disminuir costos en tiempos y movimientos.

- Crear alianzas estratégicas en lo sanitario y social, para mejorar t fortalecer el servicio de Atención Primaria Domiciliaria.

- Implementar en el presupuesto, la adquisición de Equipos y elementos necesarios, para fortalecer la labor de la fisioterapeuta, en su práctica de salud y el bienestar de los pacientes.

- El instrumento de medición de la información presentada en el estudio, avala con calidad y precisión los datos obtenidos por los profesionales de la salud, adscritos a la Atención Primaria Domiciliaria, el método Likert, está avalado por investigadores desde hace muchos años en la investigación.

## Recomendaciones

Para lograr el objetivo en la prestación del servicio en el plan de atención de fisioterapia Domiciliario, se debe dar cumplimiento a los siguientes ítems:

- Ajustar el Recurso Humano en proposición a la población objeto de intervención.

- Fortalecer la base de datos y recursos tecnológicos, para favorecer el seguimiento y facilitar el trabajo por parte del personal del plan de atención Primaria domiciliaria.

- Mejorar la logística con una buena planeación, organización y ejecución.

- Gestionar con eficacia los recursos, para atender las necesidades de los usuarios.

- El sistema de salud, debería crear el proceso de Hospitalización Domiciliaria, fuera de la Atención Primaria Domiciliaria, con ambos métodos de prestación de servicios se lograría evitar las consultas masivas, atención oportuna y continuada a los usuarios, permeabilidad a las nuevas orientaciones de salud, se revitaliza la labor clínica, mejora los criterios de inclusión.

- Implementar los controles de supervisión en aquellas áreas, que puedan presentar problemas de gestión.

## Referencias

- Ahumada, L. (2009). *La fisioterapia como una profesión de impacto socio – económico*. P. 47.
- Alma Ata. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud*. URSS.
- Arias, S. (2008). *Rehabilitación Domiciliaria un buen negocio*. Home care – VII Congreso Nacional. Cafam Floresta. Bogotá.
- Arana. (2004). *The conocer for equito in Meath Oxford*. Universito pres. p. 15 – 20.
- Asociación Española de Fisioterapia. (1997). *Monográfico de fisioterapia en Atención Primaria Fisioterapia*. Volumen 19. P. 10 – 30.
- Asociación Española de Fisioterapia. (2007). *Informe reseña de la fisioterapia en Atención Primaria*. Madrid. P. 25 – 38.
- Berta, B. (2009). *Claves para el desarrollo de la fisioterapia en Atención Primaria Domiciliaria*. Fundación cátedra Iberoamericana. España. p. 13 – 18.
- Cafam (2008). *Home Care, VII Congreso Nacional*. Bogotá.
- Constitución Política de Colombia. (1991). Santafé de Bogotá. [www.minproteccion social.gov.co](http://www.minproteccion-social.gov.co).
- Cantel, S. & Pella, M. (1999). *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona. p. 50 – 60.
- Delgado, M. *Rehabilitación*.
- Departamento Nacional de Estadística. DANE. (2006). *Censo general 2005*. Discapacidad Colombia. Bogotá.

- García, M. & Abanee, L. (2012). *Diseño de la investigación*. Tomado de [http://www.Comed.net/libros/2012<sup>a</sup>/1158/diseño de la Investigación.html](http://www.Comed.net/libros/2012a/1158/diseño%20de%20la%20Investigación.html).
- Glez, M.D.D. (Coord.) (1998). *Hospitalización a Domicilio*. Hoechst Marion Russel. España.
- Gómez, M. (2008). *Revista servicio neumología*. Hospital Universitario La Paz. Madrid, p 12 – 15.
- Home Care VI Congreso. (2008). *Centro de convenciones*. Cafam Floresta. Bogotá.
- La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamá de salud pública* (en line 21. p. 73 – 84.
- Jiménez, C. & Manrique, B. (2002). *Manual de geriatría*. Salgado Alba. Ediciones Masón. Barcelona.
- “Ley 100”. (1993). *Sistema de Seguridad Social Integral*. Santafé de Bogotá.
- Informe sobre Atención Primaria. Madrid. P. 20 – 25.
- Insalud. (2002). *Subdirección General de Atención Primaria*.
- Machino, et al. (2003). *The contribución of primar care sistemas to Meath autocines mitin organización for economice cooperación and development (OECD)*. 38(3): p. 831 – 865.
- Martín, A. (2003). *Organización de las actividades en Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid. p. 46 – 58.
- Martín Sánchez, A. et al. (2001). *Fisioterapia en atención domiciliaria en una zona rural de la provincia de Almería*. Referencia: *Revista Panamericana de Salud Pública*. Print versión ISSN 10204989. Volumen 10. No. 1. Washington. Julio.
- Mejía, L. et al. (2011). *Oportunidad del servicio del plan de Atención Domiciliaria en una IPS de Manizales*. Universidad Católica. Caldas.

- Minardi R. et al. (2001). *La Hospitalización Domiciliaria: Antecedentes, situación actual y perspectivas*. Revista Panamericana. Volumen 10. No. 1. Washington.
- Ministerio de la Protección Social. (2003). *Lineamientos de política, habilitación/rehabilitación integral, para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad*. Documento.
- Ministerio de la Protección Social. (2007).
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1995). *Manual único de invalidez*. Decreto 692-1436.
- Montoya, D. (2008). *Caracterización de la profesión de fisioterapia*. Bogotá. p. 50 – 90.
- Munch, L. & Ángeles, E. (1997). *Métodos y técnicas de Investigación*. Editorial Trillas. México.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (1978). *Atención Primaria de Salud. Alma ATA. Salud para todos*. Ginebra.
- Organización Panamericana de Salud. “Política de medicamentos de Centroamérica y República Dominicana. Tomado de <http://new-paho.org/hore/index2.php?Optim=comdocman&task=docview&gid=18&/term=211>. República Dominicana.
- Paz, B. & Verger, S. (2008). *La perspectiva comunitaria en la fisioterapia comunitaria*. Revista 30 (5). p. 231 – 237.
- Planeación Nacional. (2011). *Informe Nacional de desarrollo humano*. Bogotá. p. 15 – 16.



- Porras, E. (2009). *Estudio de mercado para caracterización de la demanda del servicio domiciliario de nutrición y terapia física en tres IPS en Pereira*. Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira.
- Restrepo, R. (1995). *Rehabilitación en salud*.
- Revista Panamericana de Salud Pública. (2001). Volumen 10 No. 1. Washington.
- Salgado Alba, A. Guillén Llera F. & Ruipérez, I. (2002). *Manual de geriatría*. Masson. Tercera Edición. Barcelona.
- Saltman, R. & Figueras, J. (1997). *Analysis of current strategies conpenhagen*. Who Regional office for Europe.
- Sánchez, H. (2002). Directora general de Programas asistenciales. *Protocolo del Servicio de continuidad de ciudades, para la Atención Domiciliaria del Servicio Canario de Salud*. España.
- Sánchez, M. et al. (2010). *Fisioterapia en Atención Domiciliaria en una zona rural de la provincia de Almería*. España. p. 31 – 50.
- Sarmiento, et al. (1994). *Fisioterapia en Colombia, Historia y Perspectivas*. Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia. Volumen XXXIX. p. 7-11.
- Starfield. Et al. (2005). *Contributions of Primary care to health systems and health, the Milbank Quarterly*. 83(3). p. 457 – 502.
- Valero, A. (2006). *Síndrome de inmovilidad: Fisioterapia en el domicilio*. Madrid. p. 43 – 49.
- Viiori, H. (1984). *Atención Primaria en Salud*. Revista 1(1). p. 3 – 4.
- [cs.scribd.com/doc/51422623/inmovilismo/](http://cs.scribd.com/doc/51422623/inmovilismo/)
- <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892001000700007>.

## Anexos

Anexo 1. Cuestionario No. 1

SOLAMENTE SE MARCA CON UNA X. UNA ÚNICA RESPUESTA. QUEDA ANULADA LA MARCACIÓN DE DOS RESPUESTAS.

- 5. Muy de acuerdo
- 4. De acuerdo
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 1. Muy en desacuerdo

	5	4	3	2	1
1. ¿Trabaja en una IPS como médico?					
2. ¿Tiene experiencia en atención Primaria Domiciliaria?					
3. ¿El modelo tradicional prima en Colombia?					
4. ¿La atención Domiciliaria presenta problemas en el stock en medicamentos?					
5. ¿La prestación del servicio es oportuna?					
6. ¿El equipo interdisciplinario es exclusivamente para Atención Domiciliaria?					
7. ¿La atención Domiciliaria en Salud se relaciona con el personal Hospitalario?					
8. ¿Existen demoras en la prestación del servicio?					

9. ¿Hay planeación, organización y ejecución en logística?					
10. ¿Existe eficiencia en la recolección de información del paciente en Atención Domiciliaria?					
11. ¿En Colombia hay hospitalización integrada Domiciliaria?					
12. ¿La programación se cumple de acuerdo a las necesidades del usuario?					

Anexo 2. Cuestionario No. 2

SOLAMENTE SE MARCA CON UNA X. UNA ÚNICA RESPUESTA. QUEDA ANULADA LA MARCACIÓN DE DOS RESPUESTAS.

- 5. Muy de acuerdo
- 4. De acuerdo
- 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 2. En desacuerdo
- 1. Muy en desacuerdo

	5	4	3	2	1
1. ¿Trabaja actualmente como fisioterapeuta en una IPS?					
2. ¿Su experiencia en atención fisioterapeuta Domiciliaria se encuentra de dos a cinco años?					
3. ¿La gestión sobre equipos de reserva para atención domiciliaria es oportuna y eficiente?					
4. ¿Encuentra dificultad en los desplazamientos para la visita al paciente?					
5. ¿Reconoce la ineficiencia en el sistema base de datos de los pacientes?					
6. ¿Presenta problemas la asignación de Recursos Económicos?					
7. ¿Algunos pacientes e la base de datos, son enfermos crónicos?					

8. ¿Hay integración entre el equipo interdisciplinario de AD y el personal Hospitalario?					
9. ¿La programación se cumple estrictamente, de acuerdo a las necesidades del usuario?					
10. ¿Considera las fallas en la logística de Atención de Fisioterapia Domiciliaria, como un obstáculo para su labor?					