



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

MANUAL DE ATENCIÓN DOMICILIARIA CRÓNICO, PALIATIVO Y PACIENTE INSTITUCIONALIZADO SSFM

 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA
	Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2
	Proceso: Administración de Red de Servicios

INTRODUCCIÓN

El presente Manual para el Programa de Atención Domiciliaria crónico, paliativo e institucionalizado unifica y consensua los criterios de ingreso y exclusión para usuarios con enfermedades crónicas, invalidantes y terminales a dicho programa, quienes por su condición de salud presentan alguna limitación para su atención ambulatoria u hospitalaria, define el manejo de estos usuarios, partiendo desde el ingreso al programa hasta el restablecimiento de su salud, o de unas condiciones dignas durante la duración de su enfermedad o hasta su fallecimiento, teniendo en cuenta que el ser humano es la construcción de sus esferas, es decir un ser biopsicosocial, (biológico-psicológico y social) en el cual su manejo será integral, por ende se involucra también a su familia, cuidador o quien haga las veces de tutor.

 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA
	Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2
	Proceso: Administración de Red de Servicios

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
1. FUNDAMENTO NORMATIVO	7
1.1 Normatividad SSFM	7
1.2 Normatividad Externa y Documentos Relacionados	8
2. OBJETIVO	10
2.1. Objetivo General	10
2.2. Objetivos Específicos	10
3. JUSTIFICACIÓN.....	10
4. AMBITO DE APLICACIÓN-ALCANCE.....	11
4.1 Ámbito:	11
4.2 Alcance:	11
5. POBLACIÓN OBJETO.....	11
6. EJECUCIÓN.....	11
6.1. Misión General	11
6.2. Misiones particulares.....	12
6.2.1. Dirección General de Sanidad Militar.....	12
6.2.2. Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud (DISANES y JEFSA)	12
6.2.3. Establecimientos de Sanidad Militar.....	13
6.3. Lineamientos que se deben cumplir para la aplicación del Manual.....	15



6.3.1. Establecimientos de Sanidad Militar	15
6.3.2. Paciente y Cuidador (Anexo No.6)	15
6.4. Deberes de los Afiliados y Beneficiarios al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (Anexo No. 7)	17
6.5. Derechos de los Afiliados y Beneficiarios al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares	17
7. MARCO CONCEPTUAL	18
7.1. Adulto Mayor	18
7.2. Atención domiciliaria.....	18
7.2.1. Atención domiciliaria en Cuidados Paliativos	19
7.5. Cuidador.....	19
7.5.1. Cuidador familiar o primario.....	20
7.6. Enfermedad.....	20
7.6.1 Enfermedad crónica	20
7.6.2. Enfermedad crónica degenerativa.	21
7.6.3. Enfermedad terminal.	21
7.7. Escala de Barthel	21
7.8. Red de apoyo	21
7.9. Síndrome del Cuidador.....	21
7.10. Unidades de cuidado crónico	22
8. CRITERIOS DEL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA, CRONICOS, PALIATIVOS O EN INSTITUCION EN EL SSFM	22
8.1. Criterios de ingreso, egreso y exclusión del paciente	22
8.1.1. Criterios de ingreso:	22
8.1.1.1. Criterios administrativos.....	22

 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN DE SALUD GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA
	Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2
	Proceso: Administración de Red de Servicios

8.1.1.2. Criterios clínicos:	23
8.1.2. Criterios de exclusión y egreso.	23
8.2. Condiciones mínimas de la vivienda del paciente (en cuanto aseo, orden y seguridad)	24
8.3. Criterios para asignación del servicio domiciliarios:	25
8.4. Condiciones del cuidador (Anexo No. 6 – Anexo No.7)	27
8.4.1. Entrenamiento del cuidador	27
8.4.2. Actividades a realizar por el cuidador	28
9. COMITES DE ATENCION DOMICILIARIA, CRONICO Y PALIATIVO	32
9.1 Comité Clínico Programa de Atención Domiciliaria o en Institución.	32
9.1.1 Objetivo.....	32
9.1.2 Alcance y Ámbito:.....	32
9.1.3 Políticas Generales del Comité de Atención Domiciliaria.....	32
9.1.4 Funciones del Comité de Atención Domiciliaria e institucionalizados.....	33
9.1.4.1 Funciones del Coordinador.....	33
9.1.4.2 Funciones de Trabajo Social	33
9.2 Soportes para realizar la aprobación de atención domiciliaria e institucionalizado	34
9.3 En caso de Tutelas se seguirá el procedimiento establecido para estos casos de la DISAN correspondiente.....	34
9.4 Comité Administrativo Programa de Atención Domiciliaria e institucionalizado.....	35
10.INDICADORES	35
10.1 Atencion Domiciliaria:	35
10.2 Cuidado Institucionalizado:.....	36
11. ACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO DE ABANDONO	36



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
13. ANEXOS	37
13.1 Anexo No.1 Formato de reporte.	37
13.2 Anexo No.2 Acta de evaluación Asignación de enfermería.....	37
13.3 Anexo No.3 Protocolo de abandono SSFM.	37
13.4 Anexo No.4 Especificaciones técnicas mínimas para la contratación del programa de atención domiciliar o en institución.	37
13.5 Anexo No.5 Acta de evaluación y reevaluación ingreso al programa de atención domiciliar.....	37
13.6 Anexo No.6 Guía del cuidador	37
13.7 Anexo No.7 Acta de compromiso de ingreso al Programa de atención domiciliar y cuidado crónico	37



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

1. FUNDAMENTO NORMATIVO

1.1 Normatividad SSFM

- Ley 352 de 1997, "Por la cual se estructura el sistema de salud y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las fuerzas militares y la policía nacional."
- Decreto 1795 del 2000 "Por medio del cual se estructura el sistema de salud de las fuerzas Militares y la policía Nacional".
- Acuerdo 004 de 1997 "Por el cual se adoptan los regímenes de referencia y contra referencia para el subsistema de salud de las Fuerzas militares y de la policía Nacional".
- Acuerdo 002 del 2001 " Por el cual se establece el plan de servicios de sanidad Militar y de Policía".
- Acuerdo 010 de 2001, "Por el cual se adiciona el Acuerdo 002 de 2001 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – CSSMP que establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial."
- Protocolo de Presunto Abandono de 2013, "Protocolo de Presunto Abandono por Negligencia familiar o ausencia de Redes de apoyo en los usuarios hospitalizados del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares".



1.2 Normatividad Externa y Documentos Relacionados

- Constitución Política de Colombia, de 1991.
- Ley Estatutaria 1751 del 2015, “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” Art 11. Sujetos de especial protección.
- Ley 972 del 2005, “Por medio de la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosos o catastróficas, especialmente el VIH /Sida.”
- Ley 1122 del 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Art. 1, Art. 22, Art. 33 Modelo de atención primaria y atención domiciliaria”.
- Ley 1164 de 2007 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de Talento Humano en Salud” Capítulos II y VI”.
- Ley 1384 del 2010. “Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.” Art. 4 Literal B, Art.8 Numeral 8, Art.10 Cuidado Paliativo.
- Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.” Título VI, Capítulo II el Art. 64, Numeral 64.10 (Prestación de servicios de Atención Domiciliaria)
- Ley 1616 de 2013, “Por medio de la cual se expide la Ley de salud Mental”, Capítulo 11 Red Integral de prestación de servicios de salud mental, Art. 13. Numeral 2. Atención Domiciliaria.
- Ley 1618 del 2013, “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad en lo correspondiente a prestación de servicios de salud.”
- Ley 1733 del 2014. “Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida.”
- Ley 1850 de 2017, “Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.” Art. 15 Modifica el Art. 3 de la Ley 1276 de 2009. A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001, y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida.”
- Resolución 13431 de 1991 “Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.”
- Resolución 4445 de 1996, Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
- Resolución 1995 de 1999 “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.”



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

- Resolución 4496 de 2012 Ministerio de Salud y Protección Social “Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer”
- Resolución 5521 del 2013 "Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el plan obligatorio de salud POS".
- Decreto 780 de 2016, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo correspondiente a prestación de servicios de salud.”
- Resolución 256 de 2016, “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.”
- Resolución 000839 de 2017, “Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica y se dictan otras disposiciones.”
- Resolución 3512 de 2019, “Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” Art. 8. Glosario: Numeral 6: Atención domiciliaria (Norma que se toma como modelo para referente para el SSFM)
- Resolución 3100 de 2019, “Por la cual se define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de Salud” Numerales 1.3.2.2 – 2.2 DOMICILIARIA (la cual rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 2003 de 2014, 5158 de 2015, 226 de 2015 y 1416 de 2016.)
- Circular externa 15 de 2003 del Ministro de la Protección Social. “Precisiones e instrucciones de aspectos generales del sistema único de habilitación, del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud” Numeral 7. Cuidados Domiciliarios
- Circular 000001 de 2014 Ministerio de Salud y Protección Social, “Por la cual se imparten instrucciones orientadas a garantizar la atención especial y preferencial al adulto mayor”.
- Circular Externa 04 de 2015 Superintendencia Nacional de Salud, “Por la cual se imparten instrucciones respecto a la prestación del servicio de salud en personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer”.
- Circular No. 00022 de 2017 Ministro de Salud y Protección Social “Prestación de servicios especiales de cuidado, diferente al servicio de cuidador”.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo General

Definir los criterios de inclusión y exclusión, del Manual de Atención Domiciliaria, Crónico, Paliativo y Paciente en Institución, con patologías crónicas, en estado terminal o incapacitante de usuarios pertenecientes al SSFM, manteniendo un enfoque de atención integral con el fin de alcanzar las mejores condiciones técnicas para brindar una atención con estándares de accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la atención.

2.2. Objetivos Específicos

- Definir plan de manejo domiciliario paliativo en atención de salud, en aquellos usuarios que tengan enfermedades avanzadas, terminales, oncológicas y no oncológicas que presenten imposibilidad temporal o definitiva en la movilidad para el acceso a los diferentes puntos de atención en salud; prevención y atención de complicaciones derivadas de su enfermedad, especialmente en aquellos usuarios que se encuentran en proceso de final de vida.
- Brindar una herramienta a los profesionales de salud del SSFM para intervenir efectivamente a la población de usuarios crónicos domiciliario e institucionalizada (unidad de cuidado crónico) pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- Establecer responsabilidades a los Directores de Sanidad, Jefatura de Salud, Hospital Militar Central, Jefes de Establecimientos de Sanidad Militar y profesionales de la salud que intervienen en la atención de usuarios crónicos que cumplan criterios de atención domiciliaria o de unidad de cuidado crónico, en la implementación del presente Manual, con el fin de adoptar medidas que contribuyan a fortalecer la canalización, orientación e información en este programa.
- Acercar los servicios de atención en salud contemplados en este Manual a aquellos usuarios que por causa de su condición de salud y enfermedad se encuentren en estado de postración temporal o permanente.
- Ejercer los controles necesarios y los seguimiento correspondientes al programa de atención domiciliaria, a través de la implementación del Comité Administrativo de Seguimiento.
- Definir los indicadores de seguimiento al proceso de atención de los usuarios pertenecientes a este programa.

3. JUSTIFICACIÓN



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

Se hace necesario unificar y consensuar los diferentes criterios de atención para brindar una herramienta practica a las Direcciones de Sanidad, Jefatura de salud, Establecimientos de Sanidad Militar, Instituciones Prestadoras de Salud y demás profesionales que intervienen en esta modalidad de atención.

Las Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud dispondrán de equipos de trabajo interdisciplinarios propios o contratados en lo administrativo y asistencial, desarrollando actividades y procedimientos, bajo la modalidad de atención domiciliaria a usuarios con patologías crónicas con discapacidad o en estado terminal pertenecientes al SSFM.

4. AMBITO DE APLICACIÓN-ALCANCE

4.1 Ámbito:

Direcciones de Sanidad, Jefatura de Salud, Establecimientos de Sanidad Militar e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para la atención de los usuarios en cumplimiento de los criterios establecidos para la atención domiciliaria e institucionalizada, que sean usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

4.2 Alcance:

Desde: La solicitud de ingreso al Programa de Atención Domiciliaria e Institucionalizada, hasta: la aprobación, redirección del caso, finalización del servicio, restablecimiento temporal o definitivo de la patología por la cual se ingresó, seguimiento durante el proceso de atención y fallecimiento del paciente.

5. POBLACIÓN OBJETO

Usuarios, que pertenecen al SSFM que requieren cuidados domiciliarios o en institución y que cumplen con los criterios establecidos en el presente Manual.

6. EJECUCIÓN

6.1. Misión General

La Dirección General de Sanidad Militar tiene como misión asegurar la prestación del servicio de salud al personal de afiliados y beneficiarios en las áreas de promoción, prevención, protección recuperación, rehabilitación y de los servicios de salud inherentes a las Operaciones Militares para



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

contribuir a la calidad de vida de nuestros usuarios. Para tal fin, en relación a la atención de usuarios que requieren servicios sanitarios asistenciales domiciliarios o en institución, emití los lineamientos de accesibilidad, junto con sus correspondientes criterios de inclusión y exclusión, definición de responsabilidades y obligaciones por parte de cada uno de los actores del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares bajo estándares de calidad; además, de verificar el cumplimiento del presente manual con oportunidad, continuidad, pertinencia, seguridad y accesibilidad a través de la red propia o contratada.

6.2. Misiones particulares

6.2.1. Dirección General de Sanidad Militar

- Impartir instrucciones y asignar responsabilidades a las Direcciones de Sanidad Ejército, Armada y Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea (DISANES y JEFSA), Establecimientos de Sanidad Militar (ESM), para el aseguramiento del cumplimiento de los criterios de atención domiciliaria o institucionalizado en Unidades de Cuidado Crónico con el fin de cumplir con el objetivo del programa.
- Verificar la adherencia a los criterios de atención domiciliaria o institucionalizado en Unidades de Cuidado Crónico con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos correspondientes.
- Realizar de forma trimestral el Comité Administrativo de Seguimiento al Programa de Atención Domiciliaria o institucionalizado en Unidades de Cuidado Crónico para usuarios crónicos y terminales con el fin de generar las acciones correctivas, con base en la presentación de informes, entrega de bases de datos e indicadores por parte de los líderes del programa de cada DISAN y JEFSA.
- Establecer y socializar los procedimientos y formatos definidos para el desarrollo del presente manual de atención.
- Inspección, vigilancia y control al cumplimiento de los criterios del presente programa de atención.
- Establecer los criterios para la prestación de servicios domiciliarios bajo los atributos de calidad, criterios de pertinencia, accesibilidad en el marco del uso racional de los recursos.
- Consolidar la información estadística reportadas por las DISANES y JEFSA, hacer análisis y recomendaciones para la toma de decisiones y mejoramiento en la prestación de los servicios Domiciliario y cuidado Cronico Institucionalizado.

6.2.2. Direcciones de Sanidad y Jefatura de Salud (DISANES y JEFSA)

- Socializar a todos los Establecimientos de Sanidad Militar el presente Manual, enviando copia de las actas a la Dirección General de Sanidad Militar.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

- Controlar la adherencia de los Establecimientos de Sanidad Militar, las Instituciones Prestadoras de Salud y los Profesionales que prestan los servicios de salud domiciliarios y en institución a los criterios del presente Manual de atención; con el fin de lograr prestar el servicio dentro de los atributos de la calidad en el marco del uso racional de los recursos.
- Gestionar el recurso humano, físico y tecnológico necesario en la Dirección de Sanidad y en los Establecimientos de Sanidad Militar, para dar cumplimiento a los aspectos mencionados.
- Coordinar la operación de la atención domiciliaria o institucionalizado en Unidades de Cuidado Crónico, asignando un coordinador del programa quien debe liderar las actividades, informes y seguimiento en general del mismo.
- Realizar la verificación, supervisión, seguimiento y control a la prestación del servicio y atención de cuidados domiciliarios o institucionalizado en Unidades de Cuidado Crónico.
- Consolidar la información del Programa de atención domiciliaria y cuidado crónico institucionalizado de sus Establecimientos de Sanidad Militar, verificando y garantizando la calidad, confiabilidad y completitud de la misma, con base en los lineamientos establecidos en el presente Manual.
- Asistir trimestralmente de forma ordinaria (o extraordinaria cuando se requiera) a la reunión administrativa de seguimiento del Programa, según programación definida por la DIGSA. En las reuniones ordinarias, el coordinadores del programa de cada fuerza deberá presentar el informe de seguimiento del Programa de atención domiciliaria y cuidado crónico institucionalizado, junto con la correspondiente base de datos actualizada de usuarios atendidos en su fuerza (ver anexo 1), además del análisis de los indicadores definidos en el presente documento.
- Socializar los lineamientos y formatos definidos por la DIGSA, para el desarrollo del presente Manual de atención domiciliaria y cuidado crónico institucionalizado.
- Planear, asignar y controlar el presupuesto para atención domiciliaria o institucionalizado en Unidades de Cuidado Crónico para los usuarios objeto del presente manual y su disposición en el plan de compras y en la distribución presupuestal que se haga.
- Gestionar que los usuarios que, por su condición de salud, requieren atención continúa que no puede ser suministrada de manera efectiva en su hogar, pero que tampoco necesitan la atención hospitalaria, accedan a Unidades de Cuidado Crónico, garantizando así su atención integral.
- Fórmular un programa de auditoria de calidad en salud para la verificación de la calidad de la atención domiciliaria y pacientes en Institucionalizados en unidades de cuidado cronico en relación a los criterios de inclusión junto con las políticas de verificación de la red externa emitida por la DIGSA.

6.2.3. Establecimientos de Sanidad Militar

- Socializar activamente el presente Manual al personal asistencial, enviando copia de ello a la DISAN y JEFSa.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

- Evaluar la adherencia a los criterios de atención domiciliaria o institucionalizado en Unidades de Cuidado Crónico, teniendo en cuenta la administración del personal, recurso físico y tecnológico necesario.
- Gestionar ante la Dirección de Sanidad de manera oportuna el presupuesto para la atención de la población objeto de atención domiciliaria o en institución.
- Identificar e intervenir la población sujeta de atención domiciliaria o institucionalizado en Unidades de Cuidado Crónico de acuerdo a los criterios establecidos en el presente documento.
- Conformar el comité clínico interdisciplinario descrito en el presente documento.
- Coordinar de manera inter institucional los trámites administrativos, autorización de servicios y procedimientos, que sean prestados en las instituciones de atención domiciliarios o unidades de cuidado crónico Institucionalizado.
- Evaluar las actividades, procedimientos e intervenciones que se realizan en las instituciones de atención domiciliarios o unidades de cuidado crónico Institucionalizado, realizando el seguimiento a las novedades de los usuarios.
- Mantener la información actualizar en las base de datos, indicadores y realizar los reportes correspondientes de acuerdo a programación sus Dirección de Sanidad.
- Dar a conocer los derechos y deberes al usuario y a su cuidador.
- Implementar los lineamientos y formatos definidos por la DIGSA, para el desarrollo del presente Manual de atención domiciliaria y cuidado crónico institucionalizado.
- Desarrollar el programa de auditoria a la consecución de los objetivos clínicos establecidos en cada paciente que permita la evaluación continua de la efectividad de la atención domiciliaria.

6.2.4 Comité clínico Interdisciplinario.

- Conocer e implementar los formatos pretenecientes en el presente Manual de atención domiciliaria y cuidado crónico institucionalizado.
- Evaluar clínicamente las condiciones de los usuarios emitiendo concepto para la inclusión o exclusión del programa de atención domiciliaria o institución de unidad de cuidados crónicos bajo los lineamientos emitidos en el presente Manual.
- Determinar los objetivos y servicios a prestar dentro de los programa de atención domiciliaria o institución de unidad de cuidados crónicos, evaluar los criterios de enfermería, en caso de ser requerido emitir concepto de asignación de este servicio.
- Asesorar al cuidador, familiar o representante del paciente, mediante instrucciones y recomendaciones impartidas por el personal médico en las labores de supervisión para el apoyo en las actividades básicas de la vida diaria, y toma de decisiones.
- Identificar el Síndrome del Cuidador con el fin de prevenir alteraciones físicas, mentales, emocionales y sociales en las que está en riesgo el cuidador, brindando herramientas suficientes para desempeñar su labor de una manera efectiva, eficiente y al mismo tiempo cuidar su propio bienestar. (Anexo No.6).



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

- Evaluar y Reevaluar la adherencia y cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan individualizado de tratamiento.
- Mantener informado al Coordinador del programa sobre la toma de decisiones en el plan individualizado de tratamiento instituido.

6.3. Lineamientos que se deben cumplir para la aplicación del Manual

6.3.1. Establecimientos de Sanidad Militar

- Ofrecer a través de todos sus profesionales al paciente y su familia un trato cálido y digno respetando sus creencias y costumbres, así como la opinión que tenga sobre la enfermedad que padece.
- Prestar atenciones con personal idóneo en forma oportuna, humanizada, profesionalismo y calidad.
- Brindar información sobre la evolución del estado de salud, de las pruebas diagnósticas y de los procedimientos a realizar, así como de sus posibles riesgos, diligenciar el consentimiento informado.
- Promover el desarrollo de una cultura de prevención de la salud y recuperación de la enfermedad con el objeto de alcanzar una mejor calidad de vida.
- Disponer de una historia clínica confidencial, en los casos que se requiera copia de este documento, y acorde a los términos legales y reglamentarios establecidos, se requerirá la autorización del paciente.
- Orientar a los usuarios y familia sobre inquietudes, quejas y reclamos durante la jornada laboral.
- Minimizar los riesgos que se puedan presentar durante la atención prestada favoreciendo así la seguridad del paciente.
- Atender a los usuarios que requieran manejo integral de su enfermedad, de acuerdo a las especificaciones suministradas por el médico tratante.
- Cada Establecimiento de Sanidad Militar, establecerá el área de influencia para la prestación del servicio domiciliario o en institución.

6.3.2. Paciente y Cuidador (Anexo No.6)

- El paciente deberá contar como mínimo con un cuidador responsable que cumpla con los criterios establecidos en el presente Manual, que acompañe en las actividades básicas cotidianas en casa y las demás responsabilidades que se puedan derivar de esta situación. En caso de que ninguna de las personas pertenecientes al grupo familiar pueda cumplir el rol cuidador del paciente, este deberá ser contratado (a) de forma particular y los gastos serán asumidos por la familia del paciente. (Ley No. 1850, 2017, Art.15)
- La familia asumirá la corresponsabilidad en el proceso de atención y las obligaciones propias como vestuario, alimentación, transporte, implementos de aseo, cosméticos, implementos de seguridad según patología que correspondan a su cuidado.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

- El cuidador deberá cumplir el plan de trabajo entregado por el grupo interdisciplinario a cargo de la atención del paciente; el paciente, el cuidador y la familia, deberán colaborar al máximo para el logro de los objetivos del programa, brindando la información necesaria, clara y completa solicitada por el equipo de salud acerca de los antecedentes clínicos y demás datos relevantes para la atención en salud al paciente y dando cumplimiento a cabalidad de todas las recomendaciones, sugerencias y cuidados que realice el equipo interdisciplinario del programa, para asegurar el manejo y la calidad de vida del paciente a nivel físico, mental y emocional.
- El cuidador organizará una carpeta con la documentación completa del paciente (copia de la historia clínica o epicrisis de cada hospitalización, copia de los CTC (Comité Técnico Científico), fórmulas, órdenes médicas, remisiones, copia de documentos de identificación, etc.); la cual será solicitada en el momento de la atención en el domicilio o lugar de institucionalización del usuario(a). Así mismo deberá elaborar una ficha de horario de medicamentos y de procedimientos, que deberá ser conocido por todas las personas que conviven con el paciente.
- El cuidador deberá reportar al personal del programa de atención domiciliaria o al Establecimiento de Sanidad, de manera inmediata, cambio de domicilio, cambio de números telefónicos de contacto, hospitalización, fallecimiento, salida del área de cobertura.
- Es indispensable se informe de cualquier salida de la ciudad para determinar días y programar visitas de lo contrario será considerado como criterio de exclusión del programa al paciente.
- El cuidador o el paciente no discriminará al personal de equipo del programa en razón de su raza, sexo, edad, condición o culto religioso.
- El cuidador y el paciente deberán conocer los derechos y deberes de los usuarios en el Subsistema de Salud de las Fuerzas y del Programa de Atención Domiciliaria o en institución para usuarios crónicos y terminales.
- El cuidador deberá acompañar al paciente en el momento de la consulta realizada en el domicilio o en el lugar de institucionalización para que brinde y reciba la información suministrada por los profesionales encargados. En caso de ausencia del cuidador o el paciente la visita se reprogramará máximo por dos veces.
- El cuidador asistirá a las reuniones del Grupo de Apoyo Integral al cuidador que tenga establecida cada DISAN y Jefatura de Salud. La información recibida en las reuniones del Grupo de Apoyo deberá ser multiplicada a cada uno de los miembros de la familia para beneficiar el cuidado y la salud mental tanto del paciente como de su grupo familiar.
- En caso de requerirse la intervención con el grupo familiar, estas reuniones serán realizadas en las instalaciones del Establecimiento de Sanidad Militar, la cual deberá ser agendada personalmente con el profesional idóneo del grupo o solicitada mediante correo electrónico del programa.
- El cuidador y el paciente brindará un trato digno, cordial y respetuoso a los miembros del equipo de atención interdisciplinario que lo atiende en el domicilio, en caso de agresión, conductas irrespetuosas (acoso sexual, violencia física o verbal) por parte del paciente y su familia serán objeto de suspensión del servicio y exclusión del programa.
- Al personal asignado para atención de enfermería domiciliaria no le es permitido realizar actividades diferentes a las del cuidado de enfermería. La asignación de funciones diferentes por parte de la familia del paciente será motivo de suspensión del servicio, actividades como aseo del hogar, actividades instrumentales de la vida diaria (pago de facturas, compra de alimentos, reclamar medicamentos, etc),



preparación de alimentos, lavado de tendidos de cama y vestuario paciente y las actividades propias de enfermería deberán ser siempre acompañadas por el cuidador.

- Durante las actividades que organice la familia como recreación, salidas o paseos donde participe el paciente, la responsabilidad de cuidado no recae sobre la enfermera domiciliaria; quien tampoco continuara con los cuidados del paciente fuera de la casa o la institución de atención domiciliaria.
- Los equipos asignados por el Comité de decisiones de suministros externos como sillas de ruedas, caminadores y demás elementos de movilidad, serán entregados en calidad de préstamo, por lo tanto estos elementos deberán ser devueltos en el caso de prescindir de sus servicios o en caso de fallecimiento del paciente, este procedimiento se realizará por medio de acta de entrega o documento en el cual se responsabiliza al paciente y cuidador del elemento entregado.

6.4. Deberes de los Afiliados y Beneficiarios al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (Anexo No. 7)

- Asistir puntualmente a las citas programadas o cancelarlas con antelación (3 horas).
- Tratar con amabilidad, respeto y consideración al personal de la entidad, demás usuarios y acompañantes.
- Suministrar al médico información (real y fidedigna) que se requiera referente a su enfermedad.
- Acatar las normas, procedimientos y actividades, orientadas al cuidado, protección y mejoramiento de la salud propia y de su comunidad.
- Utilizar y conservar los bienes, instrumentos y demás elementos con cuidado y responsabilidad.
- Procurar el cuidado de su salud y el de su familia.
- Informar oportunamente la exclusión de beneficiarios por muerte, separación o cumplimiento de tope de edad.
- Cumplir las indicaciones de los profesionales de la salud.
- Hacer uso racional de los servicios médico asistencial.
- Hacer uso debido de los documentos que lo acreditan como usuario.

6.5. Derechos de los Afiliados y Beneficiarios al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

- Conocer sus derechos y obligaciones.
- Disfrutar de comunicación plena y clara con el médico, según las condiciones psicológicas, culturales, para obtener información necesaria respecto a la enfermedad, procedimientos, pronóstico, tratamiento y sus riesgos.
- Recibir trato digno respetando creencias, costumbres y opiniones personales sobre la enfermedad que sufre.
- Recibir la mejor asistencia médica disponible, respetando los deseos del paciente.
- Confidencialidad y secreto en todos los informes de la historia clínica. Pueden ser conocidos solo con autorización.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

- Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquier que sea el culto religioso que profesa.
- Conocer los conductos formales para expresar quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones y recibir oportuna respuesta.
- A recibir el Plan de Servicios de Salud y los medicamentos.
- A recibir tratamientos que requiera mediante un trato humanizado, integral con calidad.
- Atención y trato preferencial para los niños menores de 12 años y adultos mayores de 65 años.
- A tener un carnet de identificación.
- A afiliarse solo a un núcleo familiar: esposa, cónyuge o compañera permanente e hijos con derecho.

7. MARCO CONCEPTUAL

7.1. Adulto Mayor

Generalmente, se entiende que una persona adulta mayor es aquella persona de 60 años o más de edad. Las cuales son sujetos de derechos, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Cabe aclarar que todas las personas envejecen de múltiples maneras y esto depende de las experiencias, cuidados, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro (MinSalud, Envejecimiento y Vejez 2015).

7.2. Atención domiciliaria

El Ministro de Salud y Protección Social a través de la Resolución 6408/2015 definió atención domiciliaria como un servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de usuarios agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Donde se desarrollan actividades y procedimientos con el fin de brindar servicios de salud en el ámbito domiciliario del paciente, esto con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador; lo anterior con el objetivo de plantear un plan individualizado de tratamiento, buscando mantener al paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad (Resolución 3512, 2019, Art. 8).



7.2.1. Atención domiciliaria en Cuidados Paliativos

Se entiende como la atención integral a paciente en fases avanzadas de la enfermedad crónica o terminal en sus domicilios, la cual tiene como objetivo garantizar el monitoreo continuo desde el domicilio por parte de un equipo de salud, brindando una buena calidad de vida y una muerte digna.

7.3 Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Son todas aquellas actividades cotidianas que realizan las personas para satisfacer las necesidades relacionadas con el cuidado de sí mismo, y lograr así el máximo nivel de independencia, autonomía y participación, teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital, la condición de salud y los diferentes contextos (MinSalud 2016).

7.4. Cuidado Paliativo

Se conocen como los cuidados apropiados para el manejo de pacientes con una enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente, su familia, afirman la vida y consideran el morir como un proceso normal. (P. MinSalud 2011).

La Organización Mundial de la Salud, ha ampliado la definición de cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de usuarios y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales (OMS, Cuidados Paliativos 2018).

Los objetivos del cuidado paliativo son: aliviar el dolor, los síntomas y el estrés causados por enfermedades graves, mitigar el sufrimiento físico, psicosocial y emocional del paciente y su familia, lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente con enfermedad grave en fase avanzada (terminal) y que no responde a tratamientos curativos (OMS, Cuidados paliativos - Cáncer 2012).

7.5. Cuidador

En la Circular 00022 del 2017 define la figura de cuidador, como propiamente el acompañamiento que se brinda a una persona en situación de discapacidad con pérdida total de su autonomía; estos servicios se encuentran excluidos de la cobertura por parte del SGSSS, toda vez



que no se trata de una prestación calificada, ni de una actividad que tienda directamente al restablecimiento de la salud de un paciente; por lo anterior generalmente quien realiza estas actividades, no es un profesional del área de la salud, sino los familiares, amigos o personas cercanas del sujeto dependiente, quienes actúan en virtud del principio de solidaridad que caracteriza al Estado Social de Derecho y que le impone a la sociedad el deber de ayudar, proteger y socorrer a sus familiares más próximos o cercanos (Circular No. 00022, 2017).

7.5.1. Cuidador familiar o primario

Se refiere a la persona adulta con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica incapacitante y participa con ellos en la toma de decisiones. Estas personas tienen como una de sus funciones el supervisar las actividades cotidianas, a fin de lograr compensar las disfunciones presentes en los enfermos crónicos. Dentro de las habilidades que se requieren para dicho cuidado se encuentran las dimensiones cognoscitivas y actitudinal, las cuales deben ser previamente identificadas y medidas. (Jimenez Juliao, Jojoa Jimenez y Marroquin Carrillo 2014). El cuidados al no constituir como una prestación de salud, no puede ser una carga trasladada al SGSSS, pues ello en principio constituye una función familiar y subsidiariamente un deber en cabeza de la sociedad y el Estado (Circular No. 00022, 2017).

7.6. Enfermedad

La OMS a definido enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible" (Herrero Jaén 2016).

7.6.1 Enfermedad crónica

De acuerdo a lo indicado en el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2002, determina que las enfermedades crónicas son las principales causas de mortalidad en el mundo. Las cuales se caracterizan por ser de alta prevalencia, larga duración y generalmente de progresión lenta. (Antúnez 2012).

Las enfermedades crónicas se identifican principalmente por generar un deterioro orgánico funcional, con múltiples etiologías y una prevalencia compleja, principalmente en personas de edades avanzadas con un deterioro gradual y progresivo que requieren tratamiento y seguimiento médico continuo y cuidados permanentes por parte de la familia; la mayoría de estas enfermedades crónicas no transmisibles son prevenibles y son denominan principalmente como enfermedades crónicas no transmisibles. (Jimenez Juliao, Jojoa Jimenez y Marroquin Carrillo 2014).



7.6.2. Enfermedad crónica degenerativa.

Dentro de la Ley Consuelo Devis Saavedra, se define como enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida todas aquellas enfermedades de larga duración, que ocasionan pérdidas graves de las condiciones mínimas de la calidad de vida y se manifiestan con un carácter progresivo e irreversible, que no permite esperar una curación o recuperación y que ha sido diagnosticado de manera adecuada por un médico especialista (Ley 1733 2014, Art. 3)

7.6.3. Enfermedad terminal.

Se define como toda aquella enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible, principalmente con múltiples síntomas que generan un alto impacto emocional, pérdida de independencia de su autocuidado, con una mínima capacidad de respuesta ante el tratamiento médico. Especialmente con un pronóstico fatal de vida próximo o en plazo relativamente corto y en un contexto de fragilidad progresiva. (MinSalud 2016)

7.7. Escala de Barthel

Evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las Actividades de la Vida Diaria (AVD), sirve para monitorizar la dependencia funcional de las personas. Evalúa 10 tipos de actividades y las clasifica en cinco grupos de dependencia. Tiene como objetivo principal: Evaluar la capacidad funcional. Detectar el grado de deterioro. Monitorizar objetivamente la evolución clínica. Diseñar planes de cuidados y de rehabilitación de forma interdisciplinaria (Ruzafa y Moreno 1997).

7.8. Red de apoyo

Es el nivel de soporte social o familiar que tiene un paciente para el acompañamiento de la enfermedad padecida. (Jimenez Juliao, Jojoa Jimenez y Marroquin Carrillo 2014). Al existir una red de apoyo, aquel que necesita ayuda recibe una atención integral desde sus diferentes entornos. Descrito de otra manera se mitiga en gran medida las dificultades que pueden llegar a presentar debido a su condición de salud.

7.9. Síndrome del Cuidador

Se conoce con un trastorno común que presenta una diversa cantidad de síntomas que incurren en la vida diaria física, mental, emocional, social y económicamente que pueden llevar a trastornar la capacidad para atender a la persona a su cargo. Dentro de las manifestaciones del síndrome del cuidador se encuentra la sobrecarga la cual se manifiesta principalmente con agresividad constante contra los demás, dureza en



el manejo de las relaciones con otros miembros de la familia que puedan auxiliar en el desarrollo de la labor de cuidado, falta de paciencia con la persona atendida, negación de su estado real, aislamiento progresivo con tendencia a encerrarse en sí mismo, cansancio, depresión y sentimientos de culpa. Seguida con fatiga consistente en irritabilidad, dolores articulares y musculares, ojeras y frustración. También presentan despersonalización progresiva presentación de síntomas de distanciamiento de la persona con discapacidad por ejemplo hablando delante de ella como si no estuviera y finalmente presentan ansiedad demostrada en temblor de las manos, incapacidad de centrarse ante cualquier problema, atención escasa o voz estridente (UNAL 2008).

7.10. Unidades de cuidado crónico

Son una alternativa extra-hospitalaria que permite el cuidado de usuarios que por su condición actual de salud requieren cuidados que no pueden ser suministrados de manera efectiva en su hogar y que por otra parte no necesitan la atención hospitalaria (Jimenez Juliao, Jojoa Jimenez y Marroquin Carrillo 2014).

8. CRITERIOS DEL PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA, CRONICOS, PALIATIVOS O EN INSTITUCION EN EL SSFM

A continuación se describen los criterios de ingreso y exclusión del paciente al programa de atención domiciliaria y en instituciones de cuidado crónico, las condiciones mínimas de la vivienda, los criterios para la prestación de servicios de rehabilitación de paciente crónico agudizado, los criterios para la asignación de enfermería domiciliaria, las condiciones del cuidador y los criterios de ingreso a las Instituciones de cuidado crónico, paliativo. (Anexo No.4).

8.1. Criterios de ingreso, egreso y exclusión del paciente

8.1.1. Criterios de ingreso:

8.1.1.1. Criterios administrativos

- Ser afiliado o beneficiario activo en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, debidamente verificado.
- Solicitud de valoración por el programa atención domiciliaria, soportada en la historia clínica por el médico tratante, para determinar la pertinencia de ingreso.
- Valoración del comité interdisciplinario de atención domiciliaria, el cual determinará si el paciente cumple o no los criterios de inclusión al programa.



- Diligenciamiento en la historia clínica del paciente según lo tenga establecido cada DISAN, JEFSA o ESM, en caso de usuarios institucionalizados la IPS prestadora será la responsable del diligenciamiento en la historia clínica.
- Firma de consentimiento informado, acta de compromiso del representante legal del paciente, para realizar el cuidado sugerido por el grupo interdisciplinario, expresando la aceptación para el cumplimiento de las recomendaciones y metas propuestas al ingreso del programa y las actividades básicas del paciente.
- El paciente deberá contar con red de apoyo familiar funcional o de un cuidador encargado para usuarios en institución.
- Debe contar con cuidador familiar permanente las 24 horas del día, en usuarios con atención domiciliaria
- Tener domicilio estable incluido en las áreas de cobertura donde se prestan los servicios de atención domiciliaria. El paciente debe estar por un tiempo mínimo de seis meses en un mismo lugar de residencia para la prestación del servicio, evitar domicilios rotativos debido a que esto perjudica la coordinación de la prestación del servicio.

8.1.1.2. Criterios clínicos:

- Atención Domiciliaria: Usuarios con enfermedad crónica, progresiva y avanzada con índice de Barthel de 0 a 20, que por su condición de salud se encuentren postrados y con limitación funcional permanente.
- Usuarios con enfermedad terminal, que requiere cuidados paliativos y se encuentra en estado de postración.
- Atención domiciliaria paliativa para usuarios con enfermedad grave incurable, en fase avanzada, con pronóstico de vida corto, síntomas que producen sufrimiento y con metas de tratamiento establecidas de acuerdo a la voluntad del paciente, que pueda ser manejado en el domicilio.
- Atención Institucionalizada: Usuarios con traqueostomía hipersecretora o que requieran soporte ventilatorio mecánico (ventilador).

8.1.2. Criterios de exclusión y egreso.

8.1.2.1. Criterios administrativos (Anexo No.6 – Anexo 7)

- Paciente que al ser valorado no cumple con criterios de inclusión.
- Cuando se cumplan dos visitas y el paciente o cuidador no se encuentre en domicilio por motivos que no sean médicos (previa comunicación telefónica)
- Negligencia de la familia o el cuidador en aceptar las políticas del Manual de Atención Domiciliaria o en Institución.
- Desinterés manifiesto o rechazo expreso de la atención (médica o de enfermería) ofrecida por el programa o sus actividades por parte del usuario o su cuidador.



- Incumplimiento de los deberes y condiciones estipuladas por el manual.
- Si se comprueba que la inclusión en el programa es exclusivamente por criterios de complacencia o de ausencia de responsabilidad (por parte del usuario o del personal sanitario o administrativo) - principio de corresponsabilidad y reciprocidad.
- Abandono del paciente.
- Cuando por parte de la familia del usuario no se cuente con un responsable del paciente y de los avances del mismo dentro del programa, se cuenten con reportes de conductas inapropiadas e irrespetuosas hacia el grupo interdisciplinario y al personal asistencial.
- Cambio de domicilio fuera del área de cobertura del programa o dentro del área de cobertura sin previo aviso a la Dirección de Sanidad.
- Por desafiliación del Sistema de Salud de las FFMM.
- Por decisión del paciente o del cuidador bajo su responsabilidad, bajo un consentimiento informado, en el caso de menores de edad el egreso está condicionado bajo la normatividad legal vigente para estos casos.

8.1.2.2. Criterios clínicos

- Paciente con patología psiquiátrica en fase aguda y los que establezca el médico tratante con trastorno de conductas u otras complicaciones, que alteran la convivencia y en caso de que requieran manejo por personal especializado en enfermedades mentales e instituciones especializadas para su manejo.
- Cuando cesen las condiciones que motivaron su ingreso a unidad de cuidados crónicos o paliativos (cambios de la condición clínica hacia mejoría que condicionen el retiro de soportes vitales).
- Cumplimiento de metas terapéuticas establecidas por el equipo interdisciplinario de rehabilitación del programa.
- Cuando fallece el paciente.

8.2. Condiciones mínimas de la vivienda del paciente (en cuanto aseo, orden y seguridad)

- Contar con los servicios públicos básicos por concepto de trabajo social
- Espacios definidos (habitación, cocina, baño)
- Mínima dotación de muebles y enseres
- Elementos básicos para la preparación de alimentos (cuidador primario)
- Elementos básicos para la higiene del paciente.
- Adecuada ventilación e iluminación.



8.3. Criterios para asignación del servicio domiciliarios:

8.3.1 Procedimientos para que los usuarios accedan a los servicios de atención domiciliaria:

- Ser afiliado o beneficiario activo en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, debidamente verificado.
- Contar con la valoración por el programa atención domiciliaria DISAN, soportada en la historia clínica por el médico tratante, para determinar la pertinencia de ingreso.
- Valoración por trabajo social del ESM quien identificara redes de apoyo primarias y secundarias, realizara evaluación de las condiciones mínimas de vivienda, identificar dinámica familiar frente al cuidado del paciente, realizara diagnóstico social y emitirá concepto.
- Cumplir con los criterios administrativos y clínicos de ingreso
- Contar con cuidador familiar permanente las 24 horas del día, en usuarios con atención domiciliaria
- Firma de consentimiento informado, acta de compromiso del representante legal del paciente, para realizar el cuidado sugerido por el grupo interdisciplinario, expresando la aceptación para el cumplimiento de las recomendaciones y metas propuestas al ingreso del programa y las actividades básicas del paciente.
- Contar con red de apoyo familiar funcional o de un cuidador encargado para usuarios en institución.
- Contar domicilio estable incluido en las áreas de cobertura donde se prestan los servicios de atención domiciliaria. El paciente debe estar por un tiempo mínimo de seis meses en un mismo lugar de residencia para la prestación del servicio, evitar domicilios rotativos debido a que esto perjudica la coordinación de la prestación del servicio.

8.3.2 Procedimientos puntuales de enfermería: (Anexo 2)

- El horario de enfermería será asignado por el Grupo Interdisciplinario de visita domiciliaria de acuerdo a los criterios de inclusión y podrá ser por evento de 6, 8 y 12 horas (Anexo No.2)
- Administración de medicamentos endovenosos con mantenimiento de catéteres. – por evento.
- Nutrición parenteral (administración de dosis). – por evento.
- Curaciones puntuales de alta, mediana y baja complejidad (por evento) únicamente la realización del procedimiento, solo se realizaran cuando el paciente presenta una comorbilidad que impida su desplazamiento a un centro de atención medica.- por evento.
- Cambios de sondas permanentes – por evento
- Usuarios con traqueostomía, hipersecretores que requieren succión permanente – de acuerdo a criterio del grupo interdisciplinario.
- Usuarios en postoperatorio de cirugías mayores.- únicamente para entrenamiento.



8.3.2. Procedimientos puntuales de médico domiciliario:

- Supervisión del plan individualizado de tratamiento y replantear objetivos terapéuticos en caso de ser requerido.
- Realizar evaluación, seguimiento o articulación con los programas de adulto mayor, discapacidad y soporte al duelo dentro de una atención integral en salud en cumplimiento al modelo MATIS.
- Evaluación, seguimiento y reformulación de medicamentos.
- Evaluar posibles complicaciones del paciente.
- Realizar certificado de defunción en caso requerido de acuerdo a los procedimientos legales.

8.3.3. Terapia en postoperatorio de ortopedia de cirugías mayores: El número de sesiones destinadas a esta primera de intervención será de 12 sesiones, 3 veces en la semana por un mes; se realizará la valoración inicial, se firmará consentimiento informado por el usuario o por su cuidador primario, se aclararan dudas y se dará inicio al proceso de intervención terapéutica. Al término de las 12 sesiones se dejará plan casero, recomendaciones y se dejará consignado en historia clínica que el paciente debe continuar por consulta externa. g y criterios de ingreso presentes en el Manual de Atención de Pacientes Domiciliarios, Crónicos y Paliativos anteriormente formulados.

8.3.4. Terapia de Mantenimiento

- Terapias prestadas en ámbito domiciliario bajo modelo terapia de mantenimiento:
- Terapia física
- Terapia ocupacional.
- Terapia del lenguaje,
- Terapia respiratoria.

Con relación a tiempos de prestación de servicio las sesiones de mantenimiento y de rehabilitación de los ciclos de terapia deben cumplir con un tiempo de desarrollo de las mismas de 45 minutos distribuidos así; 30 minutos de actividad terapéutica y 15 minutos administrativos, tiempo tomado desde el ingreso del profesional al domicilio hasta firma de cierre de procedimiento terapéutico.

El número de terapias ordenadas por médico domiciliario, por especialistas tratantes de establecimientos y por especialistas red externa deben estar bajo estricto seguimiento de coordinación programa domiciliario, esto en procura optimización de recursos y no prestación del servicio de manera continua a pacientes con indicación terapias de mantenimiento.



El ciclo de apoyo terapéutico de mantenimiento, debe incluir entrenamiento al cuidador y será de 4 a 8 sesiones por un mes; se reevaluará la pertinencia cada cuatro meses.

Al término de cada ciclo tanto de terapia de rehabilitación como de mantenimiento el terapeuta tratante debe hacer cierre de caso en bitácora de cuidador para así poder proyectar plan de manejo en diferentes instancias de intervención, domicilio, ESM, red externa.

8.3.5. Terapia de rehabilitación posterior a evento catastrófico (politraumatismo severo, accidentes cerebrovasculares)

El apoyo terapéutico de Rehabilitación (Terapia física, ocupacional y de lenguaje) se realizará de manera intensiva durante un periodo de dos meses con una intensidad de 12 a 20 sesiones por mes, buscando que al término de las sesiones el paciente continúe su proceso por consulta externa en ESM

8.3.6. Terapia de soporte vital:

Se considera terapia de soporte vital, la terapia respiratoria con succión, para pacientes hipersecretores con o sin traqueostomía. La frecuencia se ordenará de acuerdo a la condición y evolución actual del paciente.

8.4. Condiciones del cuidador (Anexo No. 6 – Anexo No.7)

- Ser mayor de 18 años y menor de 60.
- Acreditar su relación como familiar, acudiente o representante legal.
- Ser un cuidador apto con pleno uso de sus capacidades físicas y mentales.
- Tener disponibilidad para prestar el cuidado y atención de forma adecuada.
- Participar en los programas, acciones formativas y preventivas promovidas por el programa de visitas domiciliarias a cargo de los Establecimientos de Sanidad o Red prestadora.
- Disposición a cumplir con los deberes que exige la condición de cuidador.
- Ser alfabeto.

8.4.1. Entrenamiento del cuidador



El paciente y el cuidador debe recibir entrenamiento por parte del Grupo Interdisciplinario de visita domiciliaria (en el caso de la red externa contratada en los ESM verificarán lo pactado en los contratos vigentes) y de acuerdo a la patología del paciente, en actividades de baja complejidad que no requieren conocimientos especializados de enfermería y que hacen parte de las actividades básicas cotidianas, de higiene, alimentación y suministro de medicamentos como en las siguientes actividades:

- Cuidados de limpieza traqueostomía y gastrostomía.
- Administración de alimentación según indicaciones del médico y nutricionista sobre tipo de alimento, cantidad y consistencia por vía enteral, por sonda nasogástrica o gastrostomía.
- Administración de medicamento según indicaciones del médico tratante en los horarios, dosis indicadas y por vía enteral, por sonda nasogástrica o gastrostomía.
- Cuidados de limpieza de ileostomías, fistulas o colostomías
- Cateterismo vesical intermitentes.
- Administración de medicamentos por vía oral y subcutánea.
- Cambios de posición, lubricación de la piel.
- Vigilancia del estado de conciencia.
- Administración de oxígeno por cánula nasal o por máscara.
- Cambio de pañal.
- Disposición adecuada de paciente y del espacio habitacional para desarrollo de las terapias ordenadas (aseo, organización, seguridad y acompañamiento por el cuidador).

Con el objetivo de preparar al paciente, su familia o cuidador, para la atención de las necesidades básicas cotidianas en el hogar y la prevención de complicaciones, facilitándole la adherencia al tratamiento y a su vida familiar, asegurando la seguridad al paciente promoviendo el respeto, la autonomía, la intimidad y su tranquilidad con actividades que no son propias de los cuidados básicos como; la movilización, higiene, nutrición o medicación oral.

8.4.2. Actividades a realizar por el cuidador

El cuidador debe comprometerse a brindar un acompañamiento y apoyo emocional durante todo el proceso de la enfermedad, sin importar el grado de dependencia del paciente, apoyarlo en la asistencia parcial o total de sus actividades básicas cotidianas realizando las siguientes actividades, las cuales en ningún momento serán realizadas por enfermería como:



- Cuidados básicos diarios del paciente, limpieza y aseo personal manteniendo siempre la intimidad del paciente, respetando sus gustos y preferencias.
- Suministro de alimentos (por vía enteral, por sonda nasogástrica o gastrostomía) y medicamentos según indicaciones del médico tratante (vía oral, subcutánea únicamente)
- Mantener en orden y aseada la habitación, buscar minimizar los riesgos, promover un ambiente tranquilo, cómodo y dejando al alcance del paciente los elementos necesarios para el cuidado.
- Manejo silla cama, ejercicios pasivos asistidos (estimula al paciente para que se mueva y evitar problemas como postración, rigidez, dolores musculares, úlceras por presión entre otros)
- Cambios de posición, lubricación de la piel.
- Vigilancia del estado de conciencia.
- Administración de oxígeno por cánula nasal o por máscara.
- Respetar la autonomía del paciente, promoviendo la participación en su cuidado en la medida de sus posibilidades.
- Refuerza la autoestima del paciente, permitiendo la toma de decisiones; procurado que se sienta útil, asignando actividades lúdicas, tareas de la casa según sus capacidades, evitando que el paciente se aisle, promueve un adecuado descanso y supervisión del sueño.
- Realiza el cambio de pañal.
- Suministrar información completa y veraz del estado del paciente al equipo interdisciplinario tratante.
- Responder por su cuidado y asumir los gastos de su manutención, vivienda, alimentación, transporte, vestuario, elementos de cuidado e higiene personal y demás elementos necesarios para su congrua subsistencia (principio de corresponsabilidad).

8.5. Criterios de las Instituciones Prestadoras de Servicios Domiciliarios o Paliativos.

- Cumplir con los procedimientos y condiciones para la atención domiciliaria, bajo estándares de calidad con base en la normatividad vigente en salud.
- Cumplir con los procedimientos y condiciones para la atención de cuidados paliativos, con base en la normatividad vigente en salud.
- En el caso de contratación de prestadores externos estos deben estar habilitados para la prestación de servicios domiciliarios o paliativos en el Registro Especial de Prestadores en Salud REPS.
- Realizar el registro en la Historia Clínica de todas las actividades, procedimientos e intervenciones efectuadas al paciente de acuerdo con los lineamientos para el diligenciamiento de la historia clínica emitidos en la Resolución 1995 de 1999.
- Ofrecer planes individualizados de cuidado y rehabilitación, con apoyo de equipos de profesionales y tecnología apropiada, en busca de mantener la funcionalidad, prevenir el deterioro y promover la recuperación e independencia funcional del paciente en el menor tiempo posible cuando su condición clínica lo amerite.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

- Atender a los Usuarios que requieren manejo integral de su enfermedad crónica o terminal de acuerdo a las especificaciones técnicas suministradas por cada DISAN) ESM o Red Externa se obliga al cumplimiento de estas como parte integral del contrato o convenio que celebren.
- Suministrar a los funcionarios encargados de las auditorias, cuando lo requieran, los informes clínicos, estadísticos y financieros relacionados con la atención prestada, así como la evidencia de la capacitación al cuidador, para facilitar el proceso de supervisión, evaluación y control.
- Permitir las labores de supervisión y auditoria que requieran para el seguimiento, vigilancia y control de la ejecución del contrato o convenio.
- ESM y DISAN deberán ejercer auditoria a las IPS que presten los servicios.
- Visitar a la institución de referencia para conocimiento del caso, levantamiento de información y posterior definición de Plan de Ingreso, objetivos trazados y Plan de Egreso.
- Notificar a las Direcciones de Sanidad, la Coordinación del Programa de cuidados paliativos y Trabajo Social, las novedades relacionadas con Presunto abandono de la Red de Apoyo Familiar, con la respectiva documentación soporte.
- Implementar un sistema de evaluación del programa y de las actividades realizadas.
- Implementar buzón de sugerencias y abrirlo en presencia del auditor y supervisor del contrato.
- En caso de que se presenten quejas o reclamos por parte de los usuarios o sus familias y se identifiquen brechas de calidad o fallas en los procesos de atención, se deberán diseñar las estrategias de seguimiento y monitoreo, e implementar las acciones de mejora definidas para el Pamec, de estas quejas deberá conocer y evidenciarlas el supervisor y auditor.

8.5.1. Especificaciones técnicas de la Unidad de Cuidados Crónicos y Paliativos

- Comprende los servicios de internación en acomodación unipersonal o bipersonal, terapias institucionales, suministro de insumos, procedimientos y medicamentos, servicios de traslado, servicios médicos, de enfermería y rehabilitación.
- Responder legal y contractualmente por los eventos adversos que se presenten en la salud o integridad de los usuarios como consecuencia de los descuidos, negligencia, imprudencia, impericia o conductas que atenten contra la salud, vida e integridad de los pacientes.
- Acreditar el cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de salud.
- Implementar el Comité de Eventos adversos y seguridad del paciente.



La atención estará a cargo de un grupo interdisciplinario, con disponibilidad para cubrir los requerimientos de cada paciente y entrenamiento certificado, cuando lo amerite en las siguientes áreas:

- Especialistas en dolor y Cuidados Paliativos de acuerdo a las necesidades del paciente
- Médico Especialista: El prestador contará con recurso médico especializado o sub especializado según sea la indicación como:, Médico Internista, Médico Fisiatra y Médico General.
- Enfermería Profesional
- Auxiliar de Enfermería
- Nutricionista
- Psicología
- Trabajo Social
- Fisioterapia
- Rehabilitación con enfoque amplio y multidisciplinario:
- Terapia Respiratoria
- Terapia Ocupacional
- Terapia del Lenguaje

En caso de ausencia o de falta de la disponibilidad del personal citado, podrá asistir un delegado idóneo de la misma disciplina. Las funciones de los integrantes del grupo interdisciplinario deberán ser delimitadas con base en el estado de salud del paciente, así como la intervención en el cuidado y la interacción con el cuidador y grupo familiar. Anexo No.4

8.6. Criterios de valoración de trabajo social y psicología:

- Intervención y activación del Protocolo de Presunto Abandono.
- Ausencia de redes de apoyo.
- Identificación de maltrato al paciente.
- Manejo de paciente con enfermedad avanzada terminal en intervenciones de duelo anticipado y voluntades anticipadas.
- Violencia Física, psicológica y sexual.
- Dificultad en las habilidades de comunicación familiar.
- Dificultad en apropiación del rol como cuidador por parte de cada uno de los miembros de la familia.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

- Evidencia falta de compromiso en el aporte económico para brindar un bienestar óptimo y con calidad.
- identificación de factores de riesgo al interior del domicilio que pueden influir en el bienestar y correcto cuidado del paciente.

9. COMITES DE ATENCION DOMICILIARIA, CRONICO Y PALIATIVO

El manual de Atención Domiciliaria o en Institución contara con dos comités: uno de carácter clínico que funcionara de acuerdo a los recursos y disponibilidad de cada DISAN y uno de carácter administrativo liderado por la DIGSA para el seguimiento de los indicadores del programa a saber:

9.1 Comité Clínico Programa de Atención Domiciliaria o en Institución.

Es la instancia competente que convoca (médico general, trabajo social, medicina interna, fisiatría, enfermera profesional) para la evaluación y emisión de conceptos sobre los casos que se presenten, fundamentados en la historia clínica y justificación médica, plan de beneficios, criterios de inclusión y exclusión para la atención domiciliaria y especificaciones técnicas contractuales contrastadas con la normatividad vigente, guías clínicas y protocolos de atención aplicables.

El producto final será un acta firmada donde se determine la aprobación o negación de la solicitud debidamente sustentada.

De la custodia del acta será responsable el coordinador de atención domiciliaria de cada Dirección de Sanidad y Establecimiento de Sanidad Militar.

9.1.1 Objetivo:

Evaluar con precisión y pertinencia las solicitudes de ingreso a atención domiciliaria, con base en los criterios de inclusión y exclusión y el cumplimiento de los requisitos propios de la gestión clínica y administrativa como son calidad en la prestación de los servicios, seguridad, continuidad, eficiencia, oportunidad, eficacia, racionalidad técnica científica.

9.1.2 Alcance y Ámbito:

Desde: La solicitud de ingreso al Programa.

Hasta: La aprobación pertinente del caso o negación.

9.1.3 Políticas Generales del Comité de Atención Domiciliaria



Solo se estudiarán solicitudes de usuarios con derechos acreditados.

Los Establecimientos de Sanidad Militar, deberán realizar los comités a todos los usuarios que soliciten ingreso al programa en los casos que se requiera por pertinencia médica, notificando esta decisión en un tiempo menor a ocho (8) días a la Dirección de Sanidad correspondiente.

Se deberán adjuntar los documentos soportes necesarios en cumplimiento de los requisitos administrativos para el ingreso al programa.

El Comité estará conformado por un Coordinador y grupo interdisciplinario compuesto mínimo por medicina general, enfermería, trabajador social y en los casos que se amerite fisioterapia.

9.1.4 Funciones del Comité de Atención Domiciliaria e institucionalizados.

9.1.4.1 Funciones del Coordinador

- Evaluar inicialmente las solicitudes presentadas, verificando su pertinencia, documentación soporte, justificación y cumplimiento de criterios.
- Convocar al Comité de atención domiciliaria.
- Seguimiento a los casos de usuarios sujetos de atención por cuidados médicos y de enfermería.
- Consolidar la información del programa de cada ESM y enviar el reporte trimestral a la DISAN correspondiente.

9.1.4.2 Funciones de Trabajo Social

- Realizar la valoración inicial al paciente con el fin de evaluar la red de apoyo y sus factores de riesgo.
- Intervención y activación del protocolo de presunto abandono en las situaciones y casos de aparente abandono por negligencia familiar o ausencia de redes de apoyo.
- Estudiar la funcionalidad del individuo en la familia, mediante el estudio socio económico de la red de apoyo familiar, con los datos correspondientes a:
 - Datos Generales del Usuario (Nombre y apellidos, cedula, edad, estado civil, y en los usuarios que aplique Grado, Unidad Militar).
 - Datos de identificación domiciliaria (dirección y teléfono del domicilio del paciente y de la red de apoyo en donde recibirá los servicios médico asistenciales).
 - Diagnóstico de médico de ingreso.
 - Ingresos y Egresos de la Familia.
 - Vivienda.



- Salud.
- Alimentación.
- Recreación y uso del tiempo libre familiar.
- Dinámica familiar.
- Genograma.
- Relaciones familiares y legales con los datos laborales si aplica.
- Diagnostico social.

Lo anterior permite evaluar la estructura interna de la familia y enlaces de sus miembros, el tipo de familia, constitución y formas de relación, así como facilitar la comprensión del entorno en que se desarrolla la vida del paciente.

Trabajo Social, detectará oportunamente los factores de riesgo familiares y estructurales de los usuarios con aparente abandono por negligencia familiar o ausencia de redes de apoyo, informando al Comité y el Ente competente en los casos a que haya lugar (Defensoría del Pueblo e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con copia a la Personería y Procuraduría) y se realizará seguimiento de los mismos.

Para el registro de esta actividad cada ESM podrá utilizar el formato o ficha diseñada para tal fin que soporte en forma completa las actividades de trabajo social.

9.2 Soportes para realizar la aprobación de atención domiciliaria e institucionalizado

- Remisión por parte del médico tratante y en los sitios donde haya disponibilidad la remisión deberá ser por parte de especialista en medicina familiar, medicina interna, geriatría o especialista en cuidados paliativos.
- Valoración de ingreso realizada por el Grupo Interdisciplinario de visita domiciliaria quienes determinaran con los soportes, historia clínica y la evaluación del paciente el plan individualizado de tratamiento en relación a las terapias complementarias con los objetivos terapéutico específicos.
- Firma de consentimiento informado el cual debe aclarar plan de manejo, tratamiento y condiciones para egreso del programa y compromiso del paciente y de los cuidadores.
- Copia de Historia clínica completa con la información adicional que justifique el ingreso al programa

9.3 En caso de Tutelas se seguirá el procedimiento establecido para estos casos de la DISAN correspondiente



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

- Solicitud del Servicio.
- Identificación del paciente y verificación de Derechos.
- Fallo de tutela, medida provisional o desacato.
- Resumen de historia clínica o epicrisis.
- Valoración por el Comité multidisciplinario para determinar pertinencia de ingreso al programa e informe correspondiente al área jurídica.

9.4 Comité Administrativo Programa de Atención Domiciliaria e institucionalizado

Estará liderado por la DIGSA Grupo Red, y será el encargado de recibir, analizar y consolidar los informes de gestión elaborados por las DISAN, informes que serán elaborados en forma trimestral los cuales serán realizados al siguiente mes vencido del periodo que reporta, incluyendo la base de datos e indicadores, en formato Excel, conforme al anexo de este documento.

El comité elaborará un acta de cada reunión con un informe gerencial del comportamiento del programa, acciones correctivas, planes de mejora y mantenimiento al mismo para que las DISAN tomen las medidas correspondientes y retroalimenten a sus ESM y prestadores.

Estará conformado por el Líder del Programa del Grupo Red de la DIGSA y los Coordinadores del programa de cada DISAN y se reunirá en forma trimestral.

10.INDICADORES

Para evaluar el comportamiento del programa y hacer el seguimiento cada DISAN deberá consolidar la información reportada por los ESM o las IPS contratadas mediante el diligenciamiento de la base de datos anexa al presente documento con la cual cada DISAN construirá los indicadores para su análisis y presentación en el Comité Administrativo:

10.1 Atención Domiciliaria:

Número de usuarios que ingresaron en el trimestre / total de usuarios del programa.

Número de usuarios que egresaron en el trimestre/total de usuarios del programa.

Número de usuarios con más de 12 meses de permanencia en el programa/ total de usuarios del programa

Número de usuarios con servicio de enfermería las 24 horas/ total de usuarios del programa

Número de usuarios con servicio de enfermería 12 horas/ total de usuarios del programa

Número de usuarios con tutela / total de usuarios del programa



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

10.2 Cuidado Institucionalizado:

Número de usuarios que ingresaron en el trimestre / total de usuarios del programa.

Número de usuarios que egresaron en el trimestre/total de usuarios del programa.

Número de usuarios con más de 12 meses de permanencia en el programa/ total de usuarios del programa

Número de usuarios con tutela / total de usuarios del programa

11. ACTIVACIÓN DEL PROTOCOLO DE ABANDONO

Las situaciones y casos de aparente abandono por negligencia familiar o ausencia de redes de apoyo de usuarios de Cuidados Domiciliarios, de los afiliados o beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, deberán ser detectados e intervenidos. Por lo anterior las Direcciones de Sanidad, impartirán las ordenes correspondientes a sus ESM, para que se implemente el Protocolo de Abandono vigente, se informe a los entes competentes en los casos a que haya lugar y se realice seguimiento de los mismos, para lo cual, el coordinador del programa, deberá notificar al encargado de trabajo social en las respectivas Direcciones de Sanidad.

Las actividades, tareas y responsables del proceso en caso de presunto abandono por negligencia familiar o ausencia de redes de apoyo se encuentran en el Anexo No.3

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documentación consultada

- Alberto Ignacio Jiménez Juliao, Julieth Judith Jojoa Jiménez. Luis Carlos Marroquín Carrillo. Criterios clínicos que determinan el traslado a unidades de cuidado crónico en usuarios hospitalizados. Universidad Militar Nueva Granada Hospital Militar Central Medicina física y Rehabilitación. Octubre de 2014.
- Dirección de Sanidad Armada Nacional - Guía De Manejo Visitas Domiciliarias - Versión: 8.0 - Fecha: 21/02/2012.
- Dirección de Sanidad Ejército - Directiva Permanente No 0013 – MD-CG-CE-JEM-JEDEH-DISAN-SM-SSA. Fecha: 02/04/2012 – Lineamientos del Programa de Atención Domiciliaria para los Establecimientos de Sanidad Militar del Ejército de mediana complejidad.
- Dirección de Sanidad Fuerza Aérea Colombiana- Protocolo Kawac – Fecha: Mayo2012.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

- Escobar de Villate M, Peñas Felizzola O.L., Torres de Tovar M, Gómez Galindo AM. Lineamientos de trabajo con cuidadores en Bogotá. Secretaria de integración social. Universidad Nacional de Colombia Departamento de la ocupación humana Grupo de investigación Ocupación e Inclusión Social. Agosto 2008.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Usuarios con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo de la Comunidad de Madrid, 2009.
- Micheli F. et al. Tratado de Neurología Clínica Madrid: Editorial médica Panamericana, S.A. (2003).
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct; 23(10).
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social Ley 1733/14, Ley Consuelo Devis Saavedra, “Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de usuarios con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”. Art. 3,5.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100/19. “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Atención domiciliaria, 2.3.2.9 Otros Servicios.”
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5521/13. “Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)”, Art 8. Glosario, Numeral 6. Art 29. Atención domiciliaria.

13. ANEXOS

- 13.1 Anexo No.1 Formato de reporte.
- 13.2 Anexo No.2 Acta de evaluación Asignación de enfermería
- 13.3 Anexo No.3 Protocolo de abandono SSFM.
- 13.4 Anexo No.4 Especificaciones técnicas mínimas para la contratación del programa de atención domiciliaria o en institución.
- 13.5 Anexo No.5 Acta de evaluación y reevaluación ingreso al programa de atención domiciliaria
- 13.6 Anexo No.6 Guía del cuidador
- 13.7 Anexo No.7 Acta de compromiso de ingreso al Programa de atención domiciliar y cuidado crónico



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

AGRADECIMIENTOS A QUIENES PARTICIPARON

TC. Sara Reyes Muñoz
Médico Fisiatra especialista en cuidado
crónico y dolor
Dirección de Sanidad Ejército.

SMSM. Francy Aurora Parra Hernandez
Auditora Medica Coordinadora Programa
cuidados paliativos DMGEM - Dirección de
Sanidad Ejército.

PS. Maria Isabel Cabrera
Médico General
Coordinadora Programa de atención
Domiciliaria DMGEM – Dirección de
Sanidad Ejército.

ST. Nancy Silva
Especialista Prestación de servicios asistenciales
Subdirección Servicios asistenciales
Dirección de Sanidad Fuerza Aérea Colombiana

PS. Edwin Esneyder Madrigal
Subdirección Servicios asistenciales
Dirección de Sanidad Fuerza Aérea Colombiana

CC Johanna Osorio
Dirección de Sanidad Armada Nacional de
Colombia

SV Mendoza Manuel
Dirección de Sanidad Armada Nacional de
Colombia

SMSM Nidia Palacios
Dirección de Sanidad Armada Nacional de
Colombia

SMSM Piedad De Los Rios
Dirección de Sanidad Armada Nacional de
Colombia

SMSM Nini Camargo
Dirección de Sanidad Armada Nacional de
Colombia

SMSM Francisco Avendaño
Dirección de Sanidad Armada Nacional de
Colombia

PS Julie Navarrete
Dirección de Sanidad Armada de Colombia

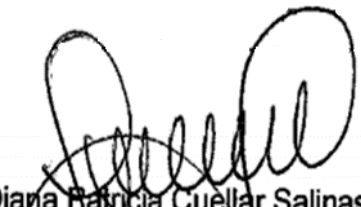
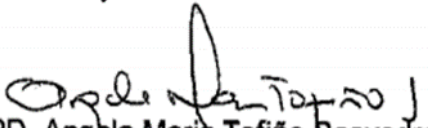


MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD
GRUPO PRESTACIÓN Y OPERACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Manual de Atención Domiciliaria crónico, paliativo y paciente institucionalizado SSFM DIGSA

Código: MDN-CGFM-PROARED-DIGSA-MA.33-9-V2

Proceso: Administración de Red de Servicios

Elaboró	Revisó	Aprobó
 PS. Dacier Echeverri Viasus Líder Atención Domiciliaria y Cuidado Crónico Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud Dirección General de Sanidad Militar.	 CR. Diana Patricia Cuellar Salinas Coordinadora Grupo Prestación y Operación de Servicios de Salud (E) Dirección General de Sanidad Militar  PD. Alexandra Martinez Vargas Coordinador Grupo Planeación y Desarrollo Institucional Dirección General de Sanidad Militar  PD. Angela Maria Tofiño Saavedra Coordinadora Grupo Asuntos Legales Dirección General de Sanidad Militar	 CR. Rocio Del Pilar Garzón Ayala Subdirectora de Salud Dirección General de Sanidad Militar