

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DOMICILIARIA

Estructurar un modelo de Atención de Rehabilitación Integral Domiciliaria

Ana Lucia Lasso y Moisés Díaz Yara

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Magíster en
Gerencia Organizaciones de la Salud**

Facultad de Ciencias Económicas Universidad de Javeriana

Director del trabajo de grado: Dr. Jorge Iván Ortiz

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y administrativas

Maestría en Gerencia Organizaciones de la Salud

Santiago de Cali.

2020

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DOMICILIARIA

Santiago de Cali, 24 de noviembre de 2020

Doctor

SILVIO BARRERO CALDAS

Decano

Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas

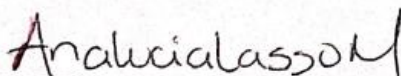
Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

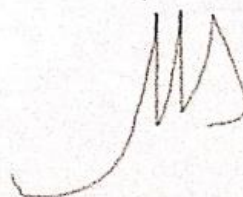
Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es **“MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA”**.

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



ANA LUCIA LASSO MEDINA
C.C. No. 36.756.048 de Pasto



MOISES DÍAZ YARA
C.C. No. 1.075.208.517 de Neiva

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Doctor
SILVIO BORRERO CALDAS
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “**MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA**”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana **ANA LUCÍA LASSO MEDINA**, identificada con C.C. No. 36.756.048 de Pasto y **MOISES DÍAZ YARA**, identificado con C.C. No. 1.075.208.517 de Neiva, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente,



JORGE IVÁN ORTÍZ GARZÓN
Director del Trabajo de Grado

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DOMICILIARIA

ARTICULO 23 de la resolución No.13 de julio 6 de 1964

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velara porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

"Modelo de Atención de Rehabilitación Integral Domiciliaria". Aprobado por el comité del Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magister en Gerencia Organizaciones de la salud.



SILVIO BORRERO CALDAS
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



CLAUDIA I VIVAS TOBAR
Director Adjunto MGOS



EDUARDO DUEÑAS MANOSALVA
Jurado



JORGE IVAN ORTIZ GARZON
Director del Trabajo de Grado

Índice

CAPITULO I

1.1 Marco de Referencia.....	12
1.2 Marco conceptual o teórico	12
1.3 Marco regulatorio.....	13

CAPITULO II

2.1 Objetivos	18
---------------------	----

CAPITULO III

3.1 Desempeño y evolución histórica de la empresa- IPS.....	19
3.2 Direccionamiento estratégico.....	22
3.3 Análisis del entorno y del sector.....	26
3.4 Análisis interno y externo.....	27
3.5 Accionistas y fuentes de los recursos financieros.....	29

CAPITULO IV

4.1 Análisis del modelo en la IPS	30
4.1.1. Análisis de la demanda	46
4.1.2. Característica de la oferta de la IPS.....	63
4.1.3. Procesos y análisis de la relación oferta – demanda.....	70

CAPITULO V

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

5.1 Modelo de Atención para una IPS de Rehabilitación Integral Domiciliaria.....	72
5.1.1. Definición de estrategias de atención para los usuarios.....	72
5.1.2. Gestión Clínica.....	82
5.1.3. Gestión de la calidad de la atención.....	96
5.1.4. Gestión de la humanización de la atención.....	104
5.1.5. Gestión de las tecnologías en salud incluyendo el sistema de información.....	105
5.1.6. Gestión de la referencia y contra referencia.....	110
5.1.7. Gestión del Talento Humano.....	114
5.1.8. Negociación y contratación con EPS.....	117
5.1.9. Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención.....	132
CAPITULO VI	
6.1 Conclusiones y recomendaciones.....	136
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138

Índice de Tablas

Tabla 1	22
Tabla 2	31
Tabla 3	63
Tabla 4	63
Tabla 5	64
Tabla 6	68
Tabla 7	78
Tabla 8	78
Tabla 9	86
Tabla 10	90
Tabla 11	104
Tabla 12	117
Tabla 13	129
Tabla 14	133

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DOMICILIARIA

**ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DOMICILIARIA**

Figura 1	21
Figura 2	23
Figura 3	25
Figura 4	26
Figura 5	36
Figura 6	65
Figura 7	68
Figura 8	69
Figura 9	70
Figura 10	72
Figura 11	80
Figura 12	81
Figura 13	85
Figura 14	89
Figura 15	97
Figura 16	101
Figura 17	107
Figura 18	108
Figura 19	109
Figura 20	111
Figura 21	118
Figura 22	136

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Introducción

En calidad de estudiantes de la maestría en gerencia de organizaciones de salud, exponemos el siguiente proyecto con el objetivo de profundizar nuestros conocimientos y lograr más competencias para nuestro futuro laboral y académico.

El contexto de la patología osteomuscular evidencia una mayor prevalencia debido a la mayor longevidad, trauma por accidentes de tránsito, violencia, actividades de deporte extremo entre otros, todos además de la prestación asistencial en servicios de urgencias y trauma con ayudas diagnósticas y tratamientos medico quirúrgicos deben ir a un servicio de rehabilitación para mejorar o mantener su condición de salud.

Las nuevas tendencias en prestación de servicios están centradas en el usuario buscando satisfacer sus necesidades y expectativas, el auge de la atención domiciliaria fue con la consulta médica, luego los servicios de laboratorio y actualmente la atención integral en casa, logrando mejores resultados en la salud de los pacientes y costo eficiencia del sistema de salud.

Entendiendo que el sistema de salud, los usuarios requieren servicios de rehabilitación integral en su domicilio planteamos el siguiente estudio.

Marco de Referencia

Marco Conceptual o Teórico

Se evidencia en las estadísticas de demanda de servicios de fisioterapia una frecuencia de uso, medido en sesiones del 3% de la población de EPS asignada a IPS de rehabilitación, el seguimiento demuestra una inasistencia del 18,5%,¹ Centro de Reintegro laboral IPS Perfil epidemiológico (1 de diciembre de 2019).

Esto genera un desperdicio en los servicios de salud, afecta la oportunidad de atención de usuarios y aumenta el costo de la IPS, el seguimiento a la inasistencia es por falta de recurso económico para el desplazamiento y pago de copago, no permiso del lugar de trabajo y olvido.

Según un estudio realizado por Boada J. y Moreno M (2013), las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) reportaron que, de 6014 casos en total de rehabilitación, el 48% corresponde a casos que recibieron rehabilitación funcional y 52% recibieron rehabilitación ocupacional. Igualmente, los autores del estudio hacen referencia al reporte de las ARL con respecto a la totalidad de los casos de rehabilitación (6014), donde el 49% se consideraron como casos fracaso, de los cuales 76.5% se debieron a falta de compromiso del trabajador.

En este mismo estudio se evidencia que 1362 trabajadores en total fueron reintegrados, predominando el reintegro sin modificaciones en un 44%, los investigadores refieren que llama

¹ Centro de Reintegro laboral IPS Perfil epidemiológico (1 de diciembre de 2019).

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

la atención el no reporte de casos de reubicación laboral; además, también los autores sugieren que se debe evaluar además de otros aspectos, la carga física-biomecánica, descripción de las demandas posturales, de fuerza y destreza, de movimiento, de las condiciones del trabajo, los cuales permiten analizar el ambiente de trabajo, identificando las exigencias de desempeño y estableciendo los posibles riesgos a los que se puede ver expuesto el trabajador reincorporado. Boada J y Moreno M. [Ed. Universidad Nacional de Colombia] (2013). Las ARP y el Manual guía sobre procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales.

Por tano es evidente que no se cumple el plan terapéutico y genera prorroga de prestaciones económicas IT, y ausentismo laboral por los permisos que deben dar las empresas a sus trabajadores. La condición de salud no mejora o empeora requiriendo la necesidad de otros procedimientos quirúrgicos y, además.

Teniendo en cuenta una de las estrategias de APS es llegar al paciente a su domicilio, es una tendencia que se puede aplicar en el servicio de rehabilitación, actualmente lo hacen las IPS de atención domiciliaria para sus pacientes crónicos con un enfoque de mantenimiento biomecánico con buenos resultados.

Marco regulatorio

El marco legal del sistema de salud en Colombia está alineado a las recomendaciones de la organización mundial de la salud que mediante modelos de atención se logre ser más resolutivos con optimización de los recursos en salud.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Sobre la rehabilitación desde la ley 100 de 1993 se define en el artículo 162 plan de salud obligatorio para todos los habitantes del territorio nacional, la protección integral en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993) Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Ley 100 de 1993] DO: 41.148

En la ley 1438 de 2011 en el artículo 12 de la atención primaria en salud como estrategia de atención integral e integrada para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Y en artículo 16 de funciones de los equipos básicos de salud en el numeral 6 define: Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación. Congreso de Colombia. (19 de enero de 2011) Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1438 de 2011] DO: 47.957

Sobre la Rehabilitación integral, inclusión de la familia y la atención domiciliar se define en la ley estatutaria 1618 de 2013 en el artículo 9. Derecho a la habilitación y rehabilitación integral. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la habilitación y rehabilitación, se implementarán las siguientes acciones:

La Comisión de Regulación en Salud (CRES), definirá mecanismos para que el Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS) incorpore dentro de los planes de beneficios obligatorios, la cobertura completa de los servicios de habilitación y rehabilitación integral, a partir de estudios de costo y efectividad que respalden la inclusión. Para la garantía de este derecho se incluirán distintas instituciones como el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Salud y Protección Social, Artesanías de Colombia, el Sena, y los distintos Ministerios según ofrezcan alternativas y opciones terapéuticas.

El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, asegurará que la prestación de estos servicios se haga con altos estándares de calidad, y sistemas de monitoreo y seguimiento correspondiente.

El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, asegurará la coordinación y articulación entre los diferentes sectores involucrados en los procesos de habilitación y rehabilitación integral, y entre las entidades del orden nacional y local, para el fortalecimiento de los procesos de habilitación y rehabilitación funcional como insumo de un proceso integral, intersectorial (cultura, educación, recreación, deporte, etc.).

El Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, garantizará que las entidades prestadoras de salud implementen servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su vida digna y su inclusión en la comunidad, evitando su aislamiento. Congreso de

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Colombia. (27 de febrero de 2013) por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. [Ley 1618 de 2013].DO: 48.717

La ley estatutaria en salud 1751 de 2013, se expresa sobre la rehabilitación y la integralidad en el artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Con la resolución 429 de 2016 Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que va a ser el referente para este estudio y la propuesta de modelo integral de prestación de servicios de salud (MIAS) hoy MAITE reglamentado con la resolución 2626 de 2019, el cual consta de varios componentes que se deben de adecuar y aplicar, siendo factor clave de éxito para la IPS que está centrada en grupo de riesgo osteomuscular y articular, definir las rutas integrales de atención en salud RIAS y la gestión integral del riesgo en salud GIRS, hacer parte de redes integrales de prestadores de servicios de salud, con fortalecimiento del recurso humanos en salud RHS y en la investigación, innovación y apropiación de conocimiento. Ministerio de Salud de Colombia (17 de febrero de 2016). Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. [Resolución 429 de 2016].

Para la oferta de servicios de salud la IPS debe cumplir con los requisitos del sistema obligatorio de garantía de la calidad, inicia por el sistema única de habilitación hoy reglamentado

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

por la Resolución 3100 de 2019, cumplido este requisito está registrada en la base de datos del Min salud REPS, ya en operación se debe implementar el plan de mejoramiento de la calidad PAMEC logrando una mejora continua en la prestación de servicios, para eso se vale del sistema único de información que contiene los indicadores de calidad obligatorios a reportar a las entidades de vigilancia y control con el respectivo análisis y plan de mejora. Además de estos requisitos se debe cumplir con los del sistema de seguridad y salud en el trabajo, en especial el plan estratégico de seguridad vial por el riesgo de accidente de tránsito debido a que es un trabajo de visitas domiciliario, igualmente el riesgo psicológico por la presión que se puede recibir de parte del paciente y su familia y el riesgo público al estar expuestos a lugares inseguros que pongan en riesgo su vida y objetos personales.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar un modelo de atención para una IPS de rehabilitación integral domiciliaria.

Objetivos específicos

1. Realizar investigación de modelos de atención.
2. Realizar investigación en el campo legal, asistencial y administrativo de IPS de rehabilitación integral domiciliaria.
3. Realizar caracterización de población de grupo de riesgo de patología osteomuscular que serán atendidos por la IPS.
4. Realizar un consenso para el diseño del modelo de rehabilitación domiciliaria

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

DESCRIPCION GENERAL DE LA ENTIDAD

Desempeño y evolución histórica de la empresa- IPS, incluyendo situación actual

La Institución prestadora de servicios de salud IPS Centro de Reintegro Laboral es una sociedad de acciones simplificada (SAS) creada en el año 2017 como producto del proyecto de grado de la Maestría en salud ocupacional de uno de sus socios, inicia como operador de servicios de salud en el área de rehabilitación funcional y asesorías en seguridad y salud en el trabajo, en el 2019 le otorgan la licencia para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo, con esto se habilita en el REPS con servicios de Medicina laboral, rehabilitación, ayuda diagnóstica electro diagnóstica y consulta especializada.

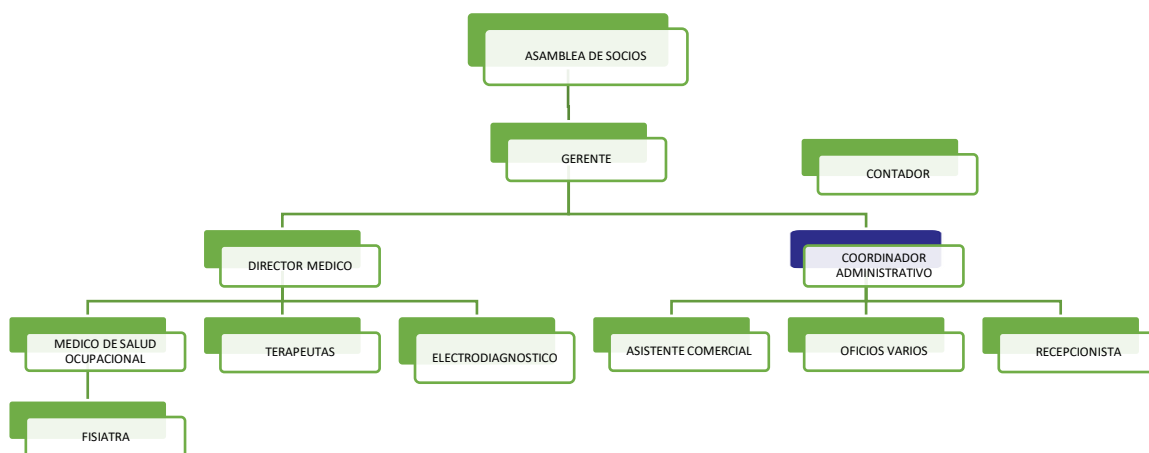
Está ubicada en la ciudad de Cali en el barrio Santa Isabel en la carrera 39 nro. 4 A 45 sector sur occidente, con cercanía a la Clínica Centro médico Imbanaco y otra sede en el Municipio de Jamundí.

Es una organización nueva con una asamblea de socios y un gerente ver gráfico, por nomina tiene tres empleados y 12 profesionales de la salud contratados por prestación de servicios de salud.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 1

Organigrama. Manual de calidad IPS



Tiene habilitado en el registro especial prestación de servicios de salud del Ministerio de salud los servicios de consulta médico especialista en fisiatría y medicina del trabajo, profesionales en psicología, terapia física, terapia ocupacional, terapia respiratoria y de lenguaje, además la ayuda diagnóstica en electro diagnóstico, el procedimiento de electromiografía.

Hoy es una IPS mixta: de salud ocupacional y asistencial enfocada en el diagnóstico biomecánica, electromiográfico y rehabilitación integral y en salud ocupacional con énfasis en el Reintegro laboral, brindando el acompañamiento y asesoría en colaboradores que se reintegran a laborar con restricciones.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Tiene contratos vigentes con empresas administradoras de planes de beneficio y del régimen especial, todos son por modalidad evento.

Tabla 1

Convenios de la IPS

ENTIDAD	MODELO	SERVICIO MEDICO, DIAGNOSTICO REHABILITACION	SERVICIO SALUD OCUPACIONAL
Asmet salud eps	Evento	X	X
Emssanar eps	Evento	X	X
Coomeva eps	Evento	X	X
Policía	Evento	X	
Sura arl	Evento	X	
Amisalud ips	Evento	X	
Listos sas	Evento		X
Constructora bolivar	Evento		X
Brillaseo	Evento		X
Clínica Otorrino	Evento		X


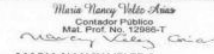
Sus estados financieros en los 3 años de funcionamiento son acordes a su plan de expansión, se describen los resultados a diciembre 2019.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 2

Estados financieros. Contabilidad IPS

CENTRO DE REINTEGRO LABORAL S.A.S.	
NIT. 901,006,612-3	
BALANCE GENERAL	
A DICIEMBRE 31 DE 2019	
ACTIVO	
CORRIENTE	
Disponible	2.354.457
Deudores	146.520.351
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	148.874.808
NO CORRIENTE	
Propiedad, Plante Y Equipo	97.135.683
TOTAL ACTIVO NO CORRIENTE	97.135.683
TOTAL ACTIVO	246.010.491
PASIVO	
PASIVO CORRIENTE	
Obligaciones Financieras	29.794.427
Proveedores	38.459.360
Cuentas por pagar	44.929.682
Impuesto por pagar	2.562.047
TOTAL PASIVO CORRIENTE	115.745.516
PASIVO NO CORRIENTE	
Otros Pasivos	0
TOTAL PASIVO NO CORRIENTE	0
TOTAL PASIVO	115.745.516
PATRIMONIO	
Capital Autorizado	210.000.000
Capital suscrito por pagar	48.807.373
Utilidad (Pérdida) Neta Periodos anteriores	34.610.377
Utilidad (Pérdida) Neta del Periodo	3.682.725
TOTAL PATRIMONIO	130.264.975
TOTAL PASIVO MAS PATRIMONIO	246.010.491

 MARTHA CECILIA HURTADO Gerente	 <small>Maria Nancy Velez A Contador Publico Mat. Prof. No. 12986-T</small> MARIA NANCY VELEZ A TP 12986T
---	--

Direccionamiento estratégico.

Describimos el actual direccionamiento estratégico de la IPS, en el modelo de atención de rehabilitación integral domiciliario se expondrá los cambios que tendrá la plataforma estratégica.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Misión:

Brindar servicios innovadores en rehabilitación ocupacional y reintegro laboral, para mejorar la condición de salud del empleado, disminuir incapacidades, ausentismo, presentismo, mejorando la productividad de las empresas.

Visión:

Ser en el 2022 la mejor unidad de valoración funcional empresas, generando impacto en el bienestar de sus colaboradores, restableciendo su condición de salud para la productividad y sostenibilidad empresarial.

Objetivo:

Realizar consulta médica especializada, valoración funcional objetiva y rehabilitación integral, logrando establecer la capacidad para el reintegro laboral acorde a las exigencias del cargo y puesto de trabajo.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 3

Gráfico 3 Portafolio de servicios



Nota: Servicios Habilitados y Ofertados

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 4

Portafolio de servicios



Nota: Servicios Habilitados y Ofertados

Propósitos del plan estratégico:

Busca satisfacer las necesidades y expectativas de sus pacientes, con el nuevo modelo de atención domiciliar, es una fortaleza porque llega a su domicilio, lo cual va a generar satisfacción y fidelización del paciente, eso impacta en la continuidad de los contratos con los aseguradores.

Es un proceso innovador que busca posicionar a la IPS en el mercado

Va a generar más ventas mejorando los indicadores financieros.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Requiere fortalecer el talento humano en la gestión de atención humanizada y segura involucrando al paciente y la familia en su rehabilitación.

Sera fácil la implementación del nuevo modelo porque son servicios que se ofrecen de manera intramural y ahora serán en el domicilio del paciente, requiere ajustes de capacitación, logística, los protocolos de bioseguridad, las guías de atención integral siguen sin cambio.

Análisis del Entorno y del Sector

Realizando el análisis del entorno y del sector salud, iniciamos con las condiciones de operación se agrupan en dos escenarios:

Condiciones favorables: la alta prevalencia de enfermedades o lesiones osteomusculares que todas requieren procedimientos de rehabilitación y hay evidencia que no se está logrando las metas terapéuticas por los modelos de atención que ofrecen los prestadores de servicios de salud. El enfoque de los prestadores de servicios de rehabilitación es funcional no es integral lo que genera recuperación parcial de las condiciones de salud de los pacientes. El alto índice de inasistencia y falta de adherencia a programa de rehabilitación, obliga a buscar otra estrategia para lograr la recuperación de la condición de salud del paciente. Por los riesgos de bioseguridad y orden público (robo, atracos, accidente de tránsito) los pacientes en especial adultos mayores van a preferir una atención en su domicilio.

Condiciones desfavorables: El modelo de contratación de las EPS se ha centrado en el evento, lo que origina una mayor gestión en el procedimiento de facturación y la falta de oportunidad en el pago de las facturas de servicios. No existe un manual tarifario para los

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

servicios extramurales ajustado a los costos reales de la operación, se debe negociar con tarifas propias eso genera barrera para llegar acuerdos o se contrate solo para casos especiales o sea se tendrá baja demanda de servicios. Exponer a los trabajadores de la salud a riesgos público de robo, atraco y accidentes de tránsito.

Análisis interno y externo. Matriz DOFA. Se expone el análisis que tiene la organización de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la IPS y las estrategias que se han generado:

Fortalezas

- Socios profesionales multidisciplinario
- Enfoque a la rehabilitación profesional
- Enfocado en el reintegro laboral – ocupacional
- Modelo de rehabilitación con simuladores de puesto de trabajo.
- Ubicación de la sede en Cali y Jamundí
- Tecnología para valoración biomecánica innovadora

Debilidades

- Soporte financiero
- El personal de apoyo con baja competencia en rehabilitación integral
- Gestión comercial

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Estrategias para contrarrestar debilidades:

Conformar el grupo de trabajo capacitado y comprometido en la prestación de servicio con estándares de calidad, seguridad y humanización.

Realizar los modelos de atención, con reglas de predicción clínica y simuladores de puestos de trabajo

Definir la estructura del costo logrando un producto rentable con calidad que sea preferido por los médicos remitentes y las EAPB

Comercializar el portafolio que genere valor agregado al cliente para lograr una mayor satisfacción.

Oportunidad

- Marco legal
- Sobrecosto por el ausentismo en las empresas
- Tecnología
- Alta prevalencia de enfermedades y lesiones osteomuscular
- Interacción con EPS y ARL para mesas de trabajo

Amenazas:

- Crisis financiera de las EPS, incumplimiento de pagos
- ARL con tendencia a centros propios

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Estrategias para contrarrestar amenazas:

Servicios con enfoque basado en objetivos de evolución clínica e impacto biopsicosocial.

Ofrecer un servicio enfocado en la humanización y fortalecimiento de la inteligencia emocional mediante técnicas de coaching.

Accionistas y fuentes de recursos financiero. De la conformación de los socios de la sociedad, son profesionales de la salud y una entidad jurídica, todos con el mismo porcentaje de participación, de los mismos socios se han logrado contratos de servicios de salud y asesorías en salud ocupacional, son gerentes de IPS que logran referenciar la IPS en las EPS con las que tienen contrato, además una socia es especialista en medicina física y rehabilitación quien lidera la ruta de osteomuscular y un socio Magister en salud ocupacional quien lidera la ruta de seguridad y salud en el trabajo. El Gerente que además es socio, tiene una experiencia de más de 25 años competente y con excelente relación con directivos de diferentes EPS y empresas en especial del sector agro industrial.

Es un proyecto apoyado desde la creación y su seguimiento por la Fundación Coomeva, la cual otorgo un crédito para capital de trabajo y se cumple un plan de asesoría en mercadeo, costos y gestión de calidad. Los demás recursos financieros han sido aportes de socios y actualmente con las ventas de servicios de salud se cumple con el plan de pagos y otros gastos

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Tabla 2

Participación en el mercado

Cientes	Participación En Ventas Totales %
Arl	20%
Particular	10%
Eps	40%
Medicina	
Prepagada Y Otras	20%
Pólizas	
EAPB	
ESPECIALES	10%
Magisterio Puertos	
Ferrocarriles Policía	

Análisis de Situación Relacionada con el Modelo de Atención Vigente en la Ips

Análisis del modelo en la IPS o aspectos a considerar para el diseño

Consideramos como una oportunidad el diseñar un modelo de atención para una IPS de rehabilitación integral domiciliaria, a continuación, se soporta nuestra decisión.

Siguiendo las metodologías internacionales y nacionales pretendemos diseñar un modelo innovador, resolutivo y en especial que impacte en la vida del paciente, su familia, la sociedad, el

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

sistema laboral y se optimice el sistema de salud. Prestar los servicios en el domicilio del paciente es una estrategia que permite una evaluación más objetiva de las condiciones del paciente y los factores contextuales de su familia, condiciones de su vivienda, actividades de la vida diaria, social y ocupacional.

En un modelo de atención la cultura organizacional se ve reflejada en un talento humano empático, capacitado y empoderado para el trabajo en equipo y con buen uso de herramientas comunicacionales, el talento humano conoce de manera integral los resultados de la población a cargo, define pronóstico con reglas de predicción clínica, evalúa el cumplimiento de las metas, identifica y cierra brechas asistenciales y administrativas, como estrategia existe evaluación integral del talento humano, se toman decisiones en tiempo real con los resultados y los profesionales se encuentran bien remunerados y satisfechos. [Cardona, F. (2019). Los modelos de atención y pago centrados en valor: una mirada desde la integralidad. *Conexión*, Año 8, número 22, p.p. 70.] Rescatado de: https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/revista-conexxion/revista_conexxion_22.pdf

Actualmente los servicios de rehabilitación domiciliario se centran en pacientes de programas crónicos y paliativo, en el cual no se busca rehabilitación funcional sino de mantenimiento y evitar postración temprana, se pretende con la IPS un servicio de salud en casa del paciente con un modelo de atención que coordine el recurso humano necesario con sus desplazamientos, condiciones de seguridad, bienestar y responsabilidad ante el paciente y su familia, validar y optimizar la infraestructura de la casa del paciente para ofrecer un servicio de rehabilitación integral y así lograr que el paciente cumpla sus rutinas de rehabilitación varias

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

veces al día, se trabaja en potencializar el cuerpo del paciente sin necesidad de requerir equipos de rehabilitación de alto costo y con riesgos de lesiones generando eventos adversos, el concepto es el mejor equipo de rehabilitación funcional es el cuerpo del paciente, se cambia una caminadora por una marcha en su misma residencia, se definen guías y protocolos de atención, validar el riesgo de la prestación de servicios tanto para los pacientes como para el personal de la IPS, registrar la historia clínica o formatos y registros que evidencia del diagnóstico y su plan de rehabilitación integral en el domicilio.

La nueva tendencia de contratación de servicios de salud es el pago global prospectivo o presupuestal (PGP), este es un modelo de contratación en el cual el asegurador asigna un valor mensual para la prestación de servicios a una población específica, se calcula mediante una nota técnica que incluye el perfil epidemiológico con las frecuencias de uso y carga de enfermedad, con estos datos permite plantear estrategias de atención integral primaria hasta terciaria logrando ser más resolutivo, actuar de manera previsiva que beneficia al usuario y optimiza los recursos financieros; aunque es un modelo que puede generar un incentivo muy fuerte a trasladar costos hacia el otro prestador, como ocurre, por ejemplo, cuando el hospital da de alta al paciente sin cumplir todos los requisitos de elegibilidad para atención domiciliaria, esto reduce la carga del hospital y la traslada al prestador domiciliario, pero este, a su vez, trata de evitar el alta para que la carga le quede al hospital durante el mayor tiempo posible y la disminuya para sí mismo. En esta puja entre dos prestadores que no están alineados, el único que termina perdiendo es el paciente, con lo cual claramente se destruye valor en vez de generarlo. [Castaño, R. (2019). Situación actual del avance en modelos de atención y pago en Colombia. Conexxion, Año 8,

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

número 22, p.p. 104-107.] Rescatado de:

https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/revistaconexxion/revista_conexxion_22.pdf.

Para nuestro modelo de atención en rehabilitación domiciliaria la mirada es diferente entre más rápido egrese de la clínica para iniciar la intervención será más resolutive, logrando acortar el periodo de rehabilitación y evitando o minimizando la discapacidad.

En relación a la rehabilitación integral es fundamental la evaluación y valoración del estado de salud del paciente, una estrategia de éxito es unificar los criterios de clasificación del estado del paciente, esto se hace, usando la metodología de clasificación de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad (CIF) Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud Versión abreviada [Figura]. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1

logrando con esto definir el pronóstico y las metas a corto, mediano y largo plazo, generando la responsabilidad de la rehabilitación al mismo paciente con el apoyo de su familia y entorno social y laboral, se debe definir una ruta de atención integral para la atención integral de terapias especializadas con los neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, realizar una evaluación y valoración de los riesgos en la intervención multidisciplinaria, logrando al final mejores condiciones de salud para su retorno a las actividades laborales, de vida diaria y sociales.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

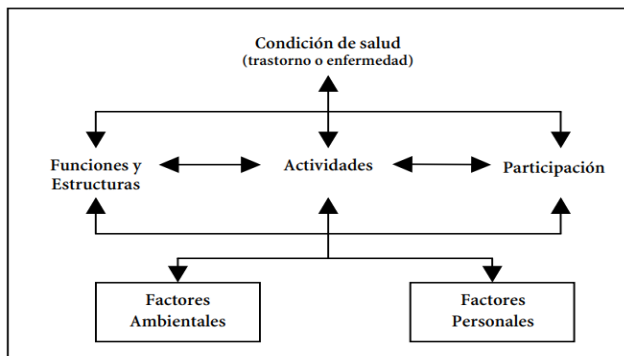
La CIF abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes del “bienestar” relevantes para la salud y los describe en términos de dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. La CIF es válida para todas las personas. Dentro de las aplicaciones tenemos como herramienta de investigación para medir resultados, calidad de vida o factores ambientales; como herramienta clínica en la valoración de necesidades, para homogeneizar tratamientos con condiciones específicas de salud, en la valoración vocacional, en la rehabilitación y en la evaluación de resultados;

La CIF, clasifica la salud y los estados “relacionados con la salud”. La unidad de clasificación está constituida, por tanto, por las categorías de cada dominio de salud y de los dominios “relacionados con la salud”. Es importante tener presente que en la CIF las personas no son las unidades de clasificación; es decir, la CIF no clasifica personas, sino que describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios de la salud o dominios “relacionados con la salud”. Además, la descripción siempre se hace en el contexto de los factores ambientales y personales, esto se resume en la figura 5.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 5

Interacciones entre los componentes de la CIF



Ya clasificada la condición de salud del paciente, vamos a describir el servicio de rehabilitación integral domiciliaria, se refiere a los servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación funcional, ocupacional y socio laboral, prestando servicios extramurales en el domicilio del paciente, todos son servicios incluidos en el sistema único de habilitación, la necesidad de la atención en domicilio nace de intervenir el ausentismo que se presenta en los servicios intramurales y por la falta de continuidad no se logra las metas terapéuticas, esto implica un cambio del sistema porque vamos a conocer y tratar el paciente en su domicilio, dejamos atrás una unidad asistencial esperando que llegue el paciente.

El modelo de atención de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional, implica además que el trabajador o persona tenga la capacidad de involucrarse y desempeñar los roles sociales, culturales, laborales y familiares que le correspondan; por tanto, las acciones orientarán y complementarán intervenciones amplias que eliminen las barreras en el derecho de esta población en sus desarrollos como individuo activo de su sociedad ante la

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

comunidad en general. Se requiere el compromiso del trabajador, la familia y red de apoyo, la empresa, los aseguradores, el estado y la comunidad en general.

Se describe a continuación las definiciones de los diferentes procesos de rehabilitación y las competencias del talento humano en salud. Ministerio de la Protección Social (2010), Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales

Rehabilitación Funcional:

Es el proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas que presenten una condición de salud puedan recuperar, mantener y potencializar las capacidades funcionales óptimas desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, cognitivo, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y lograr una mayor independencia.

Para todas las condiciones de salud, como mínimo se debe contar con la intervención del (los) médico(s) tratante(s); y el equipo interdisciplinario de rehabilitación conformado por: terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social, así mismo, para todas aquellas condiciones de salud que lo ameriten, se contará con terapeutas físicos, fonoaudiólogos y terapeutas respiratorios.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Rehabilitación integral:

El mejoramiento de la calidad de vida y la plena inclusión de la persona, que ha presentado una condición de salud, al medio familiar, social, laboral y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos.

Como parte del proceso de rehabilitación integral, se requiere además de los profesionales ya descritos, otros profesionales de apoyo relacionados con las disciplinas de diseño, ingeniería, tiflólogos, educadores especiales y fonoaudiólogos que en el marco de las acciones de rehabilitación integral cobran importancia según las fases del proceso, actividades y condiciones de salud, funcionalidad y funcionamiento de la población trabajadora.

Rehabilitación Laboral:

Entendida también rehabilitación profesional o industrial: Conjunto de acciones tendientes a lograr que una persona con una condición de salud alcance el mayor grado de readaptación en el entorno de trabajo.

Para todas las condiciones de salud y para los trabajadores usuarios de los procesos de reintegro laboral, se contará con terapeuta ocupacional y psicólogos, como mínimo, así como, otros Interconsultantes según las necesidades en este componente.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Rehabilitación Social:

Proceso que orienta mecanismos de interacción de la persona, con una condición de salud, con los entornos familiar y comunitario.

Como equipo fundamental se contará con profesionales en psicología, trabajo social y terapia ocupacional.

Visita domiciliaria: parte del proceso interdisciplinario llevado a cabo en el domicilio para la rehabilitación integral, incluye el análisis de la dinámica familiar, articulación con redes, factores contextuales y situación económica

Se consideran como ejes de intervención del Programa de Rehabilitación Integral, los siguientes:

Promoción de la salud y prevención de la discapacidad

1. Desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional
2. Integración socio laboral y ocupacional

El programa de rehabilitación integral debe contar con las siguientes características

1. Tener duración limitada.
2. Objetivos claramente definidos y cuantificables.
3. Estrategias definidas de acuerdo con los objetivos definidos.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

4. Contar con la activa participación y compromiso del trabajador objeto del Programa, la familia y los actores de la comunidad laboral y social necesarios en el proceso y definir para cada uno, sus roles y responsabilidades específicas.
5. El Equipo de Rehabilitación Integral debe estar conformado por las especialidades médicas y las disciplinas de las ciencias de la rehabilitación.

Las valoraciones del programa deben ser integrales, es decir que involucren el concepto de equipos interdisciplinarios en los aspectos físico, mental, social y ocupacional.

Los procesos de rehabilitación integral son

1. Promoción y Prevención primaria en la población trabajadora
2. Canalización
3. Evaluación
4. Intervención integral
5. Seguimiento
6. Mejoramiento continuo

Para la intervención de rehabilitación integral, los recursos con los cuales se debe contar son:

1. Los propios de la persona con discapacidad y su familia
2. Los comunitarios (redes de apoyo)
3. Aseguradores y empresas

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Los procedimientos que se deben realizar y su prioridad en la aplicación están determinados por

1. El diagnóstico
2. Extensión y pronóstico de la condición de salud
3. Sus secuelas.
4. Las características y necesidades del individuo
5. Las exigencias de su puesto de trabajo y las características de su entorno laboral y ocupacional.

Los criterios mínimos para ingresar al programa de rehabilitación integral para trabajadores, son:

Este programa aplica a todo paciente independiente de su condición ocupacional que presente una condición de salud con un diagnóstico, independiente de su origen, que presente deficiencias con impacto en la ejecución de sus actividades o en su participación.

Además de las mencionadas anteriormente se deberán incluir todas aquellas deficiencias que comprometan la función mental, física o sensorial del trabajador, que puedan limitar su capacidad de ejecución de actividades de acuerdo con el criterio del equipo interdisciplinario de rehabilitación.

Trabajadores con incapacidad continua mayor o igual a 30 días, por la misma condición de salud o diagnóstico médico.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Son obligaciones de la IPS de rehabilitación integral las siguientes:

1. Garantizar las condiciones de prestación de los servicios de rehabilitación integral de conformidad con la norma, según sus competencias
2. Implementar en sus programas los lineamientos de rehabilitación integral, involucrando al cuidador o la familia como red de apoyo.
3. Prestar servicios con calidad, continuidad, integralidad, oportunidad y sin barreras a la población beneficiaria del Programa de Rehabilitación Integral con un equipo interdisciplinario articulado desde el prestador de salud de conformidad a su competencia.
4. Generar la información necesaria para definir el plan de rehabilitación integral, así como su monitoreo y seguimiento.
5. Desarrollar o adaptar las guías y protocolos de atención de eventos de salud relacionados con el desempeño ocupacional de personas objeto de rehabilitación, buscando que se promuevan la reincorporación ocupacional o laboral temprana y el manejo articulado de la rehabilitación integral, acorde a las metodologías y tecnologías aprobadas en salud, así como las disponibles para rehabilitación integral en el país.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

6. Contar con un mecanismo de coordinación de rehabilitación integral que articule las acciones con los diferentes actores
7. Ajustar los procedimientos correspondientes para incorporar en las incapacidades temporales, expedidas por el médico tratante, los conceptos del programa de rehabilitación integral adelantado por el asegurador correspondiente, con el fin de articular la atención brindada y el plan terapéutico con el proceso de reincorporación ocupacional y laboral
8. Establecer las recomendaciones laborales a partir de las evaluaciones de campo, realizadas por el personal competente del equipo interdisciplinario de rehabilitación integral.
9. Capacitar al talento humano, sobre los procesos de rehabilitación integral llevados por los aseguradores y los definidos en la norma.
10. Notificar al asegurador los casos de deserción o incumplimiento por parte del trabajador al plan definido en el Programa de Rehabilitación Integral y de las incapacidades temporales.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Son obligaciones de los pacientes del programa de rehabilitación integral:

1. Comprometerse con las actividades establecidas en el Programa de Rehabilitación Integral y su autocuidado; participando con el cuidador o su familia como red de apoyo.
2. Informar los resultados o evolución del programa de rehabilitación para adelantar las medidas de mejora correspondiente.
3. Aportar información veraz y oportuna sobre los antecedentes médicos, estado de salud, evolución y actividades extra laborales. Cualquier fraude se considerará una falla grave, so pena de la sanción establecida en el artículo 17 de la Ley 776 de 2002 y el Decreto 1333 de 2018.
4. Acatar las instrucciones y recomendaciones concertadas con el equipo rehabilitador en su plan de rehabilitación integral, tanto en su ambiente laboral como extra laboral
5. Gestionar, ante el asegurador, la validación de las incapacidades y las intervenciones generadas por prestadores diferentes del equipo de rehabilitación integral perteneciente a este Programa.

Es necesario que para el buen desarrollo del Programa se apliquen criterios de calidad basados en:

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

1. La evaluación de la capacidad funcional para los procedimientos de rehabilitación funcional adelantados, haciendo uso de apoyos biomecánicos; así mismo, para las evaluaciones ocupacionales, del funcionamiento y la discapacidad necesarias en la rehabilitación integral.
2. La idoneidad, pertinencia y suficiencia relacionadas en las normas de competencia de cada disciplina y específicamente las relacionadas con las acciones de rehabilitación.
3. La integralidad que garantice la mejor intervención según la evidencia científica y los desarrollos tecnológicos del país.
4. La humanización en las intervenciones y el respeto de la dignidad en cada acción del Programa de Rehabilitación Integral.

Terminación del plan de rehabilitación integral, se considera que el plan de intervención del Programa de Rehabilitación Integral ha agotado sus acciones, una vez se haya:

Logrado superar las condiciones de salud

Alcanzado los objetivos en la funcionalidad y el funcionamiento que motivaron su implementación

Alcanza su Mejoría Médica Máxima -MMM- definida por el equipo interdisciplinario.

Ministerio de Trabajo. (2020). Por el cual se adiciona al Capítulo 2 del Libro 4 de la Parte 2 del

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Libro 2 del Decreto 1072, Decreto Único del Sector Trabajo, una sección 6, por medio de la cual se establece el programa de rehabilitación Integral para la reincorporación laboral y ocupacional y se dictan otras disposiciones. [Proyecto de Decreto].

Descripción de los posibles resultados de la implementación de la idea:

Mejorar la condición de salud y participación en actividades de vida diaria y laboral, y su mantenimiento con autocuidado y apoyo familiar y social:

Percepción del paciente de mejora en habilidades para independencia en actividades de vida diaria

Percepción de la familia del beneficio del programa

Retorno laboral más temprano en condiciones de seguridad y capacidad laboral, la intervención debe ser desde el inicio de la lesión y articulado con el área de medicina laboral de la empresa

Reintegro laboral oportuno sin riesgo que se vuelva a incapacitar por la misma causa médica.

Más adherencia al programa de rehabilitación integral, cumplimiento de metas terapéuticas.

Realizar el 100% de terapias ordenadas.

Validar con médico tratante el logro de la recuperación.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Generar bases de datos para estudios científicos de la aplicando la metodología de valoración objetiva con métodos biomecánicos y clasificación de funcionalidad CIF.

Generar más demanda de servicios domiciliarios para rehabilitación integral.

Análisis de la demanda (Usuarios)

Según los informes de demanda de servicios de ACEMI se evidencian un incremento en la frecuencia, el aumento de los traumas por accidentes de tránsito, las lesiones deportivas o comunes además los accidentes de trabajo generan más demanda de servicios de rehabilitación integral Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, (2017). Cifras e Indicadores del Sistema de Salud]. Recuperado de: https://issuu.com/acemi/docs/informe_cifras_2017

La evidencia epidemiológica demuestra:

Datos de 2013 de la Organización Internacional del Trabajo refieren que los desórdenes musculo esquelético (DME) representan el 59% de todas las enfermedades profesionales en el ámbito mundial. La prevalencia de los DME de la población, en general, se encuentra entre 13.5% y 47%. En el 2009, en Estados Unidos se reportó que los DME representaban entre el 29% - 35% de todos los accidentes de trabajo, lo que generó altos costos a nivel país. En Canadá, es la segunda condición de salud más costosa, después de las enfermedades cardiovasculares.

En Colombia, desde inicios del siglo xxi se ha venido reportando que los eventos por desorden musculo esquelético (DME) constituyen el principal grupo diagnóstico en procesos relacionados con la determinación de origen y pérdida de capacidad laboral, dentro de los que se

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

encontraban, con mayor prevalencia, la tendinitis del manguito rotador y bicipital, bursitis, síndrome del túnel del carpo, tenosinovitis de Quervain, epicondilitis lateral y medial, dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal. Para 2005, Colombia presentaba 23477 casos de DME, siendo el 64.4% en hombres y el 35.6% en mujeres. Igualmente, se consideraba que la incidencia era de 11.6 casos por 10000 trabajadores, teniendo un costo directo e indirecto de 171.7 millones de dólares. Desde el 2009, según datos del Ministerio de Trabajo, los DME se han convertido en la principal enfermedad de origen laboral. Sánchez Medina AF. Prevalencia de desórdenes músculo esqueléticos en trabajadores de una empresa de comercio de productos farmacéuticos. Revista. Científica Salud. 2018; 16(2) [203-218] Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6766>

Vamos a caracterizar las enfermedades osteomusculares más prevalentes que serán objeto del modelo de atención, y la población beneficiaria del modelo que son usuarios de una empresa promotora de salud.

Dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal:

Definición:

El dolor lumbar inespecífico (DLI) según la Clasificación Internacional de la Enfermedad (CIE 10: M545) se define como la sensación de dolor o molestia localizada entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de los glúteos. Las Guías de Atención Integral en Salud Ocupacional en Colombia (Gatiso) lo definen como el dolor no se debe a fracturas, traumatismos o enfermedades sistémicas (como espondilitis o afecciones infecciosas o vasculares, neurológicas, metabólicas, endocrinas o neoplásicas) y que no existe compresión

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

radicular demostrada ni indicación de tratamiento quirúrgico. La duración promedio de los episodios sintomáticos es de cuatro semanas con o sin tratamiento médico.

La enfermedad discal ED (CIE 10: M51) puede definirse como • Protrusión discal cuando el anillo está intacto, pero se encuentra engrosado o abultado. • Extrusión discal cuando el núcleo pulposo ha penetrado el anillo fibroso y puede alojarse debajo del ligamento longitudinal posterior o aun romperlo. • Disco secuestrado cuando el material nuclear ha roto su contención en el anillo y el ligamento y los fragmentos libres entran en contacto con la raíz nerviosa. La hernia del núcleo pulposo ocurre en un 90% en los espacios L5-S1 o L4-L5. Se presenta como dolor lumbar agudo o quemante, que puede irradiarse al miembro inferior cuando existe compromiso radicular. Guía de Atención Integral Basada en la evidencia para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal relacionado con la manipulación de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo. Ministerio de la Protección Social Año de la publicación: 2006 Bogotá, diciembre de 2006

Epidemiología:

Casi todas las personas tienen un episodio breve y agudo de dolor lumbar durante su vida. Aunque muchas personas con dolor de espalda se recuperan en 1 año, algunas desarrollarán una afección crónica con dolor fluctuante o persistente de intensidad baja o media, interrumpida por períodos sin dolor o exacerbación del dolor. Cuando el dolor de espalda persiste durante más de 3 meses, ya no se considera un síntoma, sino un trastorno en sí mismo que se mantiene por factores que pueden ser diferentes de las causas iniciales

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

En el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedad de 2016, el dolor lumbar fue la causa principal de los años que vivieron con discapacidades (YLD) y estuvo entre las 10 causas principales de YLD en los 188 países evaluados. Este alto rango se debe en gran parte a la alta prevalencia de dolor lumbar.

En una revisión sistemática de 165 estudios de 54 países, la prevalencia del punto medio de dolor lumbar en la población general fue de ~ 18% y la prevalencia de 1 mes fue de ~ 30%. La prevalencia de por vida fue de ~ 40% y fue particularmente alta en individuos de 40 a 80 años de edad y en mujeres, estas últimas tienen un 20% más de riesgo de dolor lumbar en comparación con los hombres. El riesgo de desarrollar dolor lumbar recurrente dentro de un año después de la resolución de un episodio de dolor lumbar agudo se estima en ~ 25%.

En una revisión sistemática, la prevalencia del punto medio de dolor lumbar crónico en América Latina se estimó en 31.3%.

La prevalencia aumentará de manera constante en individuos ≥ 65 años de edad.
Lumbalgia J WS Vlaeyen, Nature Reviews (2018). Cebadores de enfermedades volumen 4.
Recuperado de
https://www.nature.com/articles/s4157201800521?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_content=organic&utm_campaign=NRRJ_2_SJB_nrdp_editorial_first#Abs1

En Colombia es la segunda enfermedad más frecuente, con un reporte de más o menos del 25 % de los casos, le sigue las lesiones del disco intervertebral.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Causa. Sobre la causa el dolor lumbar es considerado una entidad multifactorial y la controversia se centra en la importancia relativa de los variados factores individuales y del trabajo en el desarrollo de los DME U.S. Department of Health and Human Services. (1997). Niosh Musculoskeletal Disorders and Workplace Factors. Publication No. 97B141. Recuperado de <https://www.cdc.gov/niosh/docs/97-141/pdfs/97-141.pdf>

En general se consideran cuatro grandes grupos de riesgo:

Los factores ligados a las condiciones de trabajo (carga física)

Los factores organizacionales y psicolabóales (Horario, turnos, estrés laboral)

Los factores relacionados con las condiciones ambientales de los puestos y los sistemas de trabajo (temperatura, vibración entre otros).

Los factores individuales (capacidad funcional del trabajador, hábitos, antecedentes, aspectos psicológicos, etc.) Guía de Atención Integral Basada en la evidencia para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal relacionado con la manipulación de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo. Ministerio de la Protección Social Año de la publicación: 2006 Bogotá, diciembre de 2006

Otras patologías se agrupan por segmento anatómico, vamos a describir el grupo de enfermedades definidas como desorden musculo esquelético de los miembros superiores.

Síndrome del túnel del carpo, tenosinovitis de D'Quervain, epicondilitis, hombro doloroso.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Síndrome del túnel del carpo:

Definición:

El STC (CIE 10 G560) es la neuropatía por compresión del nervio mediano a través del Túnel Carpiano. El STC es una entidad clínica caracterizada por dolor, parestesias y entumecimiento en la distribución del nervio mediano. Es universalmente aceptado que la clínica se presenta por compresión del nervio a su paso a través del túnel del carpo. Bajo circunstancias normales la presión tisular dentro del compartimiento de la extremidad es 7 a 8mm Hg. En el STC esta presión es siempre de 30 mm Hg, cerca del nivel en donde la disfunción nerviosa ocurre. Cuando la muñeca se flexiona o se extiende la presión puede incrementarse hasta 90 mm/Hg o más, lo cual puede producir isquemia. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Desórdenes musculo esqueléticos (DME) relacionados con Movimientos Repetitivos de Miembros Superiores (Síndrome de Túnel Carpiano, Epicondilitis y Enfermedad de De Quervain (GATI- DME) Ministerio de la Protección Social Año de la publicación: 2006 Bogotá, diciembre de 2006

Epidemiología:

La prevalencia de STC es del 0,6% en los hombres y del 5,8% en las mujeres de la población general y 1 de cada 5 son sujetos sintomáticos (6). Hasta el 50 % STC son ocupacionales (CDC) Hasta el 65 % Bilateral, la edad promedio es de 37 años, se estima que hasta el 20 % dejan secuelas definitivas. MA. CLEMENCIA RUEDA AREVALO MD Fisiatra Especialista en Ergonomía Sociedad Colombiana de Ergonomía (S, f.). Síndrome Del Túnel Carpiano. Recuperado de

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/SINDROME%20TUNEL%20ODE%20CARPIO.pdf>

El 9,4% de los desórdenes musculoesqueléticos de las extremidades superiores están localizados en el área de la muñeca y de las manos; de las cuales se considera que el Síndrome del Túnel del Carpo (STC) representa el 1,5%. El STC es una costosa y común enfermedad que afecta a los adultos en edad de trabajar; los rangos de prevalencia pueden oscilar entre el 1-5% en la población general y subir hasta un 14,5% en ciertos grupos de trabajadores. El STC es uno de los principales problemas de salud de los trabajadores que desarrollan actividades relacionadas con esfuerzos físicos intensos y movimientos repetitivos del miembro superior. En el país, según la Empresa Promotora de Salud y Administradora de Riesgos Laborales, informa que la patología del STC es la primera causa de incapacidades temporales en el país con el 30% de los casos. Francisco Palencia Sánchez, MD, PDOH, MSc. (2013) Carga de la Enfermedad Atribuible al Síndrome de Túnel del Carpo en la Población Trabajadora Colombiana: Una Aproximación a los Costos Indirectos de una Enfermedad [3 8 1 – 3 8 6]

Causa:

Un DME es una lesión física originada por trauma acumulado que se desarrolla gradualmente sobre un período de tiempo; como resultado de repetidos esfuerzos sobre una parte específica del sistema músculo esquelético. La etiología de las DME es multifactorial, y en general se consideran cuatro grandes grupos de riesgo.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Los factores individuales: capacidad funcional del trabajador, hábitos, antecedentes., etc...

Los factores ligados a las condiciones de trabajo: fuerza, posturas y movimientos.

Los factores organizacionales: organización del trabajo, jornadas, horarios, pausas, ritmo y carga de trabajo.

Los factores relacionados con las condiciones ambientales de los puestos y sistemas de trabajo: temperatura, vibración entre otros. Rodríguez,

Ana Milena (2019). Revista Médica. Sanitas. Síndrome Del Túnel Carpiano. Revisión No Sistemática De La Literatura, [58.-65]. Recuperado de https://www.unisanitas.edu.co/Revista/71/02Rev_Medica_Sanitas_222_AMRodriguez.pf

Hombro doloroso: Síndrome del manguito rotador

Definición:

Las Tendinitis del manguito rotador (CIE 10 -M75) representan un espectro de patologías agudas y crónicas que afectan el tendón en sus cuatro componentes o a cada uno de ellos en forma aislada. Las manifestaciones agudas (a cualquier edad), pueden ser representadas por una condición dolorosa u ocasionalmente por un deterioro funcional o ambos, representando las variaciones entre inflamación de tejidos blandos (mínimo compromiso estructural) y la irritación extrema por avulsión completa (marcado compromiso estructural). La manifestación crónica (se presenta con mayor frecuencia en la década de los cuarenta), es siempre asociada con un incremento gradual de síntomas, especialmente durante las actividades repetitivas o por encima

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

del nivel del hombro. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Hombro Doloroso (GATI- HD) relacionado con Factores de Riesgo en el Trabajo, Autor Institucional: Ministerio de la Protección Social Ministerio de la Protección Social Año de la publicación: 2006 Bogotá, diciembre de 2006.

Epidemiología:

La verdadera prevalencia del dolor de hombro es desconocida y varía en diferentes reportes desde el 4% al 34%. Es así como vemos que los desórdenes del manguito rotador incluyen hasta un 70% de los casos de dolor de hombro, los desórdenes musculares y de los ligamentos el 11% y la artritis glenohumeral el 3%; además, cerca de un 5% de dolores del hombro, proviene de dolores irradiados desde el cuello.

En el cuidado primario cerca del 1% de los pacientes mayores de 45 años han tenido un evento de dolor de hombro, de manera similar, un estudio con una cohorte de cuidado primario reportó que el 25% de los pacientes tienen episodios de dolor recurrente de hombro y sólo el 49% tuvo recuperación completa a los 18 meses, siendo la periartritis escapulo humeral y el hombro congelado las causas más comunes de dolor de hombro. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Alternativa (2019). Manejo de Síndrome de hombro doloroso en el Hospital del Tunal Subred Sur de Bogotá. Bogotá D.C.

Igualmente, en otra serie hay una clara preponderancia de mujeres 68%, sobre el 32% de los hombres y se observó que el desorden fue más prevalente en la década de los 60 a los 69 años. Medina, Andrés Felipe (S, f.). Prevalencia de desórdenes músculo esqueléticos en

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

trabajadores de una empresa de comercio de productos farmacéuticos. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-203.pdf>.

Causa. El hombro representa una estructura compleja compuesta por huesos, músculos y ligamentos y consiste en varias articulaciones como el acromio clavicular, la glenohumeral, la esternoclavicular y la escapulo torácica. Los hombros dependen de una estática y dinámica adicionales altamente estabilizadoras. Los estabilizadores estáticos del hombro son la estructura ósea, el complejo capsulo ligamentoso y el labrum glenoideo, mientras que el manguito de los músculos rotadores proporciona la estabilización dinámica primaria. Debe tener en cuenta ciertas predisposiciones a la patología del hombro, como la asociación de la diabetes mellitus y el hipotiroidismo con la capsulitis adhesiva. Steven L. Bokshan, J. Mason DePasse, Adam E.M. Eltorai y colaboradores (2016) *The American Journal of Medicine*. Causas del dolor de hombro y cervical [129, 913-918]. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=89946&pagina=1>

Pueden ser causados tanto por exposiciones ocupacionales como por exposiciones no ocupacionales.

Actualmente se acepta que las vías patogénicas que sugieren tendinitis en hombro incluyen mecanismos intrínsecos y extrínsecos. De acuerdo con la hipótesis intrínseca, la alta presión intramuscular sostenida en los músculos del manguito rotador deteriora la microcirculación en los tejidos tendinosos lo cual causa tendinosis y posterior degeneración. La alta presión dentro de los músculos del manguito rotador puede ocurrir en trabajo repetitivo de

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

mano y brazo, como también debido a trabajo sobre el nivel de la cabeza por la carga continua en los músculos del manguito al estabilizar la articulación glenohumeral. Los músculos supraespinatus e infraespinatus tienen alta tendencia a la fatiga cuando se realizan actividades sobre el nivel de la cabeza. Este desarrollo de alta presión intramuscular origina deterioro de la circulación intramuscular contribuyendo al inicio temprano de la fatiga, situación que ha sido demostrada a niveles de contracción tan bajos como 10 a 20% de la contracción máxima voluntaria. En la hipótesis extrínseca, se postula que la elevación del brazo puede comprimir y romper el tendón en su ubicación subacromial entre la cabeza humeral y la superficie inferior del acromion. Se ha sugerido que estos dos mecanismos posiblemente actúan de manera simultánea durante trabajo sostenido repetitivo del brazo, acelerando el proceso degenerativo normal del tendón ocasionado por la edad. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Hombro Doloroso (GATI- HD) relacionado con Factores de Riesgo en el Trabajo, Autor Institucional: Ministerio de la Protección Social Ministerio de la Protección Social Año de la publicación: 2006 Bogotá, diciembre de 2006.

Además, están asociados a lesiones por Trauma Acumulativo o LTA (Vern Putz, 1997 Anderson, 1994) en la que se combina el concepto de trauma, entendido como la lesión corporal ocasionada por esfuerzos mecánicos y el desarrollo gradual de la lesión a través de un período de tiempo, como resultado de un esfuerzo repetido en alguna parte del cuerpo. Este concepto se basa en la teoría de que cada repetición de alguna actividad produce algún micro-trauma resultado del deterioro de la estructura. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Hombro Doloroso (GATI- HD) relacionado con Factores de Riesgo en el Trabajo, Autor

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Institucional: Ministerio de la Protección Social Ministerio de la Protección Social Año de la publicación: 2006 Bogotá, diciembre de 2006.

Trauma (fracturas) de Rodilla

Definición:

Las lesiones más comunes que cursan con dolor en la rodilla son las siguientes:

Esguince de rodilla: uno o varios ligamentos se estiran demasiado a causa de una torcedura o un tirón. Debido a ello, el ligamento se puede desgarrar o romper. Desgarro: un tendón o un músculo se estiran demasiado

Lesión de menisco (daño al fibrocartílago): el fibrocartílago es un disco en forma de media luna llamado menisco, que funciona como "amortiguador" de la rodilla. Si se rompe el menisco sentirás dolor al torcer o girar la rodilla, hinchazón, rigidez y dificultad para estirla, entre otros síntomas

Lesiones en los ligamentos de la rodilla: muy frecuentes en deportes cuya práctica exige cambios frecuentes de ritmo y dirección, por ejemplo, en futbolistas. Una rotura de ligamentos implica, en términos generales, pérdida de estabilidad, un dolor intenso al momento de producirse, inflamación y sensación de bloqueo

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Las fracturas por efecto tipo mecánico pueden ser: Cuerpo suelto: Cuando se desprende algún trozo pequeño de hueso o cartílago. Es posible que no genere ningún tipo de dolor de rodilla si no afecta a la articulación de la rodilla y dislocación: Cuando el hueso frontal de la rodilla se desplaza hacia el exterior de la misma. Sociedad Colegiada de Fisioterapia (2019) Lesiones de rodilla, Chartered Society of Physiotherapy. Recuperado de <https://www.bupasalud.com/salud/lesiones-rodilla#s%C3%ADntomas-de-las-lesiones-de-rodilla>

Su incidencia, según las series, se encuentra entre el 1 y 1,3 % del total de todas las fracturas y afectan a los hombres con mayor frecuencia, con distribución bimodal en cuanto a grupos etarios, puesto que los pacientes jóvenes o de mediana edad se asocian a lesiones de moderada o de alta energía, producidas en la mayor parte de los casos como consecuencia de un accidente de tránsito, o caídas de altura, mientras que el otro grupo etario lo constituyen pacientes en edad avanzada, producidos por caídas simples desde su altura, siendo el 8% de las fracturas de este grupo, con daño hístico facilitado por la osteoporosis subyacente en estos pacientes asociado a lesiones de baja energía . Caicedo Vega Ricardo, Piñeros Ramírez Daniel Francisco, Villamarín Galván Fernando & Castiblanco Medina Claudia. (2013) Rev. Fac. Med. Descripción epidemiológica y evaluación de los desenlaces de interés de las fracturas de platillos tibiales, Volumen (61Número 1). [25-33]. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/39627/47329>

Causa: La mayoría de las fracturas se producen por combinación de fuerzas de compresión axial, abducción o separación forzada, y en aquellas ocasionadas por contusión sobre la cara externa de rodilla extendida el mecanismo combina aducción, torsión y arrancamiento.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Los principales mecanismos son accidentes de tránsito en un 52%, caídas de altura en un 17% o actividades deportivas o recreativas en el 5% de los casos. Afecta más frecuentemente la rodilla izquierda. Entre el 55 al 75% de estas fracturas se producen sobre el platillo lateral. Caicedo Vega Ricardo, Piñeros Ramírez Daniel Francisco, Villamarín Galván Fernando & Castiblanco Medina Claudia. (2013) Rev. Fac. Med. Descripción epidemiológica y evaluación de los desenlaces de interés de las fracturas de platillos tibiales, Volumen (61Número 1). [25-33]. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/39627/47329>

Artritis de Rodilla

Definición:

La gonartrosis es una enfermedad articular crónica, degenerativa, progresiva, localizada en la rodilla, que resulta de eventos mecánicos y biológicos que desestabilizan el acoplamiento normal de la articulación. Fundación de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. (21/11/2020). Información a la comunidad. Recuperado de <http://www.sccot.org.co/index.php/2013-09-16-20-49-22/miembro-inferior/rodilla>

Epidemiología.

La prevalencia de OA radiográfica de rodilla estandarizada por edad en adultos mayores de 45 años fue del 19.2%, entre los participantes en el estudio de Framingham y de 27,8% en el Johnston County Osteoarthritis Project. En el tercer National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), aproximadamente el 37% de los participantes mayores de 60 años presentaron cambios radiológicos de OA en la rodilla. Los estudios de prevalencia reportan que el 10% de los hombres mayores de 60 años y el 13% de las mujeres, sufren de OA de rodilla. La

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

prevalencia de la enfermedad es mayor en las mujeres que en los hombres (11,4% vs 6,8%).

Pilonieta César (2017). Recomendaciones sobre diagnóstico, prevención y tratamiento farmacológico y no farmacológico de la osteoartritis (OA) de rodilla. Vol. 27, Núm. 2 (2017) [164-184] DOI: 10.28957/rcmfr. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.28957/rcmfr.v27n2a4>

Causa: La OA tiene entonces una etiología multifactorial y se considera que es el resultado de la interacción entre factores sistémicos y locales. Por ejemplo, una persona puede tener una predisposición genética para desarrollar OA, pero solamente la presentará si hay una injuria a la articulación.

Existen tres tipos básicos de artritis pueden afectar la articulación de la rodilla. Osteoartritis (también conocida como OA, su sigla en inglés) es la forma más común de artritis de la rodilla. La OA suele ser una enfermedad degenerativa lentamente progresiva en la que se gasta gradualmente el cartílago de la articulación. Frecuentemente afecta a las personas de mediana edad en adelante.

Artritis reumatoide (también conocida como RA, su sigla en inglés) es un tipo de artritis inflamatoria que puede destruir el cartílago de la articulación. La RA puede ocurrir a cualquier edad y generalmente afecta ambas rodillas.

Artritis postraumática es un tipo de artritis que puede desarrollarse después de un daño en la rodilla. Este tipo de artritis es parecido a la osteoartritis y puede desarrollarse años después de una fractura, desgarro de un menisco o daño de un ligamento. Fundación de la Sociedad

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. (21/11/2020). Información a la comunidad.

Recuperado de <http://www.sccot.org.co/index.php/2013-09-16-20-49-22/miembro->

[inferior/rodilla](#)

La clasificación CIE 10 existe m170 gonartrosis primaria, bilateral, m171 otras gonartrosis primarias, m172 gonartrosis postraumática bilateral, m173 otras gonartrosis postraumáticas, m174 otras gonartrosis secundarias, bilaterales, m175 otras gonartrosis secundarias, m179 gonartrosis no especificada.

Población objeto del modelo de atención rehabilitación domiciliaria:

Se ha decidido seleccionar de los clientes de la IPS Centro de Reintegro laboral la población de la EPS EMSSANAR que opera a nivel nacional con usuarios del régimen subsidiado y contributivo, de este último tiene 113.200 usuarios, se recibió una base de datos de 13.788 usuarios que han sido incapacitados desde un día hasta los que tienen acumulados llegando a 1400 días, se realizó la depuración de la base de datos quedando un grupo de población de 4.312 personas que vamos a caracterizar, con el fin de seleccionar el grupo de usuarios del grupo osteomuscular y que residen en la ciudad de Cali, lugar de prestación del servicio de rehabilitación domiciliar, se detallan las siguientes tablas:

De acuerdo a los diagnósticos CIE 10 registrados en las incapacidades se agrupo por sistema afectado y los de origen trauma por accidente de tránsito u otra causa que es la prevalente con secuelas que deriva en rehabilitación funcional.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DOMICILIARIA

Tabla 3

Agrupación por morbilidad

AGRUPACION POR MORBILIDAD	CANTIDAD	%
Secuelas de trauma	2361	55%
Enfermedades del sistema osteomuscular	1752	41%
Enfermedades del sistema nervioso central	199	5%
Total	4312	100%

Tabla 4

Por diagnostico específico se detallan los 10 más frecuentes

Código	Nombre	Fcia	%
M545	Lumbago no especificado	797	18%
T07x	Traumatismos múltiples, no especificados	748	17%
S800	Contusión de la rodilla	611	14%
S934	Esguinces y torceduras del tobillo	311	7%
M255	Dolor en articulación	300	7%
M751	Síndrome de manguito rotatorio	260	6%
S821	Fractura de la epífisis superior de la tibia	258	6%
S400	Contusión del hombro y del brazo	240	6%

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

			Nota:
S822	Fractura de la diáfisis de la tibia	193	4%
G560	Síndrome del túnel carpiano	184	4%

La residencia de los usuarios se el 48% están en la ciudad de Cali, lugar a desarrollar el modelo de atención.

Tabla 5

Georreferencia

CIUDAD	CANTIDAD	%
Cali	2089	48%
Otras	2223	52%
Total	4312	100%

Característica de la oferta de la IPS. Actualmente la IPS está prestando servicios en los dos portafolios de salud ocupacional y de diagnóstico y rehabilitación integral los procedimientos que se realizan son:

Valoración biomecánica:

Fuerza en manos

Posturas y ángulos

Valoración capacidad para laborar:

Exigencias vs capacidad del paciente

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Simulación de puesto de trabajo

Valoración neuropsicología:

Simulación de síntomas (hipocondriasis)

Análisis del puesto de trabajo:

Rehabilitación integral:

Terapia física, ocupacional y psicosocial

Pruebas de exigencia

Posterior al reintegro laboral

Figura 6

Procedimientos de IPS

PROCEDIMIENTOS		VALORACION DE POSTURA
<p>Diagnostico biomecánico de la mano</p> <p>FUERZA EN MANO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración en el estudio de tres de las funciones de la mano: <ul style="list-style-type: none"> – Empuñamiento – Pinza distal – Pinza lateral. • En el estudio de estas funciones se cuantifica la fuerza isométrica ejercida durante la realización de una serie de pruebas protocolizadas y utilizando un dinamómetro específicamente diseñado. 		<p>VALORACION DE POSTURA</p> <p>Diagnostico biomecánico de la movilidad</p> <p>SOFTWARE NED RANGOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La finalidad de la aplicación NedRangos/IBV es asistir al especialista de valoración en el proceso de valoración de la amplitud de movimientos articulares. • La aplicación NedRangos/IBV permite realizar valoraciones de miembro superior, miembro inferior y raquis. • Se registran las amplitudes máximas de las articulaciones, y/o segmentos del raquis en todos los planos de movimiento anatómicos usando instrumentación electrónica que asiste a dicho registro.
		

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

VALORACION POSTURAS



ERL
CENTRO DE REINTEGRO LABORAL

Diagnostico biomecánico de la capacidad laboral

SOFTWARE NED LABOR

- Solución más completa y objetiva para los médicos valoradores.
- Combina la experiencia en el desarrollo y la aplicación de técnicas de Valoración Biomecánica y de Evaluación Ergonómica desarrolladas por el Instituto de Biomecánica (IBV).
- Este *software* y sus accesorios permiten realizar de una forma eficiente y objetiva la difícil tarea de **valorar la capacidad de un trabajador para desempeñar las tareas de su puesto de trabajo.**

ERL
CENTRO DE REINTEGRO LABORAL

CAPACIDAD LABORAL

- Finalmente, el médico valorador obtiene un **informe sobre la capacidad laboral**, en el que se muestran:
- **Requerimientos del puesto de trabajo.** Listado de requerimientos del puesto de trabajo del trabajador valorado, distinguiendo entre los afectados por la lesión y los no afectados.
- **Capacidad laboral.** Describe el grado de alteración funcional que presenta cada una de las capacidades físicas valoradas para atender a los requerimientos del puesto que están afectados por la lesión.
- **Protocolo de carga física.** Describe las actividades y posturas que han sido simuladas junto con la duración de cada una de ellas, el motivo de finalización, y el nivel de esfuerzo realizado por el trabajador.
- **Conclusiones.** Se argumentan las conclusiones de la Capacidad laboral obtenidas en base a las pruebas biomecánicas realizadas.

ERL
CENTRO DE REINTEGRO LABORAL

SIMULACIÓN PUESTO DE TRABAJO



ERL
CENTRO DE REINTEGRO LABORAL

Se oferta los servicios de salud ocupacional en los siguientes modelos de contratación:

Ofertamos la modalidad de atención de evaluación de condiciones de salud de sus trabajadores, por evento o un presupuesto estimado como pago global prospectivo.

Igualmente, un outsourcing para la atención de medicina laboral.

Examen médico ocupacional por evento:

Atención y cobro por cada usuario remitido por la empresa con orden de servicio de evaluación medico ocupacional y complementarios

Examen médico ocupacional Pago Global Prospectivo:

El valor se estima acorde a las frecuencias de uso de la empresa en examen médico ocupacional y ayudas diagnósticas, se definen piso y techo de frecuencias y al costo actual se estima un descuento del 15%, el pago es un pago fijo mensual el 30 de cada mes.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Los eventos que se pasen del techo se facturan por evento a la tarifa convenida menos un 10%, en caso de no cubrir la frecuencia piso se estima el valor y se hace la respectiva nota a la factura de venta.

Esto le permite a la empresa tener control del costo y la garantía de oportunidad de atención.

Outsourcing Medicina Laboral:

Muchas organizaciones están optimizando los recursos logrando mayor impacto mediante la estrategia talento humano a través de outsourcing, deciden dejar de contratar un médico especialista de tiempo completo, para contratar un equipo multidisciplinario logrando bajar costos de operación, con mejores resultados e impacto.

Se describe la ruta del actual modelo de atención intramural:

Comunicación vía celular y fijo

Nuestra oportunidad de atención de 1 a 3 días

Atención o interconsulta en centros de hospitalización

Atención directamente en las empresas

Nuestros procedimientos son seguros no hay riesgos de eventos adversos

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 7

Ruta de atención



La capacidad instalada eventos mes se describe en la siguiente tabla

Tabla 6

Capacidad instalada

PROCEDIMIENTOS	DETALLE	OFERTA MES
Consulta médico especialista 1 vez y control	Fisiatra	480
	MEDICINA LABORAL	160
Ayudas diagnosticas	Electromiografía + nc por extremidad	100
Terapia física	Fisioterapeuta sesiones	1500
Terapia especializada	Fisioterapeuta especializada	100
Terapia ocupacional	Terapeuta ocupacional	1500
Terapia psicosocial	Psicóloga	320
	TRABAJADOR SOCIAL	320
Valoración biomecánica	Ned mano	400
	NED RANGOS	400
Evaluación y valoración de capacidad para laborar	Ned labor simulación de puesto de trabajo junta multidisciplinaria	400

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

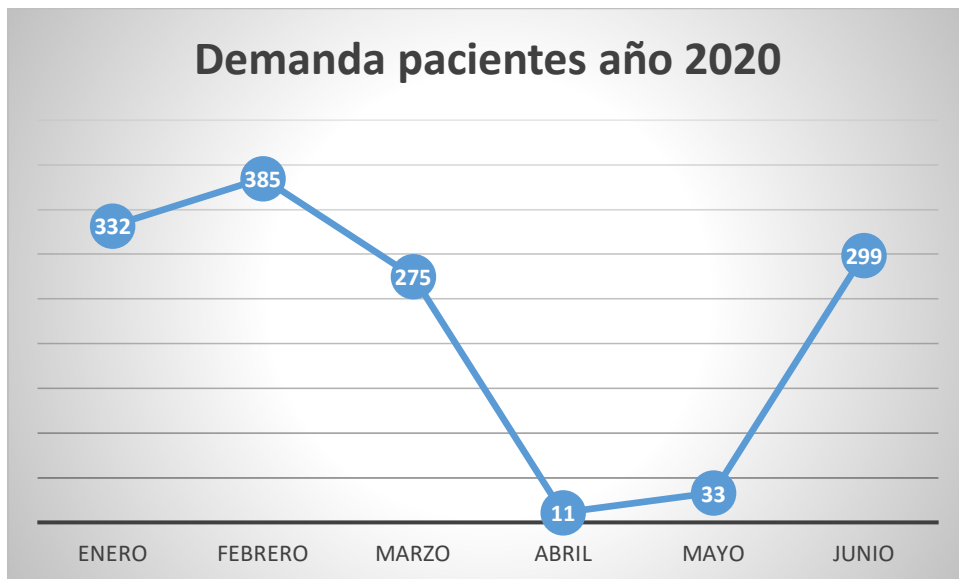
Valoración neuropsicología y aplicación de pruebas de simulación de síntomas 400

Desde el 2020 se inicia la prestación de servicios directa o sea no como operador de servicios, la demanda de servicios en el primer semestre fue más de servicios de rehabilitación funcional, se presentó la siguiente estadística e indicadores de calidad que se vio afectada por el aislamiento obligatorio por la pandemia de Covid-19

Pacientes atendidos

Figura 8

Demanda de pacientes para el año 2020



ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Indicadores de calidad: durante el 2020, no se han presentado eventos adversos y la satisfacción y recomendación de parte de los pacientes es mayor a la meta.

Figura 9

Indicadores de calidad

Nombre	Codigo	Meta	TOTAL 1 TRI		TOTAL 2 TRI	
Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	P.2.9	< 5	0	0%	0	0%
			606		343	
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	P.3.14	90%	561	93%	331	97%
			606		343	
Proporción de usuarios que recomendarían su IPS a un familiar y un amigo	P.3.15	90%	556	92%	331	97%
			606		343	

Consideramos que al empezar la ejecución del modelo de atención domiciliaria la demanda de servicios en el portafolio de diagnóstico y rehabilitación ira en aumento, como la atención es en casa del paciente no se tiene la barrera de la capacidad por infraestructura física y las restricciones por protocolos de bioseguridad, además cumpliendo con el plan de atención y las características de humanización los indicadores de calidad se mantendrá en cero los eventos adversos y mantener o subir del 97% la satisfacción de los usuarios, catalogando la IPS como segura confiable

El modelo de rehabilitación integral domiciliaria le va a generar la demanda de las ARL que actualmente solo la tiene con SURA ARL, actualmente la frecuencia de accidentes de trabajo es del 7%, que representa una plaza muy atractiva y con beneficio para las tres partes: trabajador, ARL y empresa esta última porque va a tener un reintegro más temprano y en condiciones de trabajar.

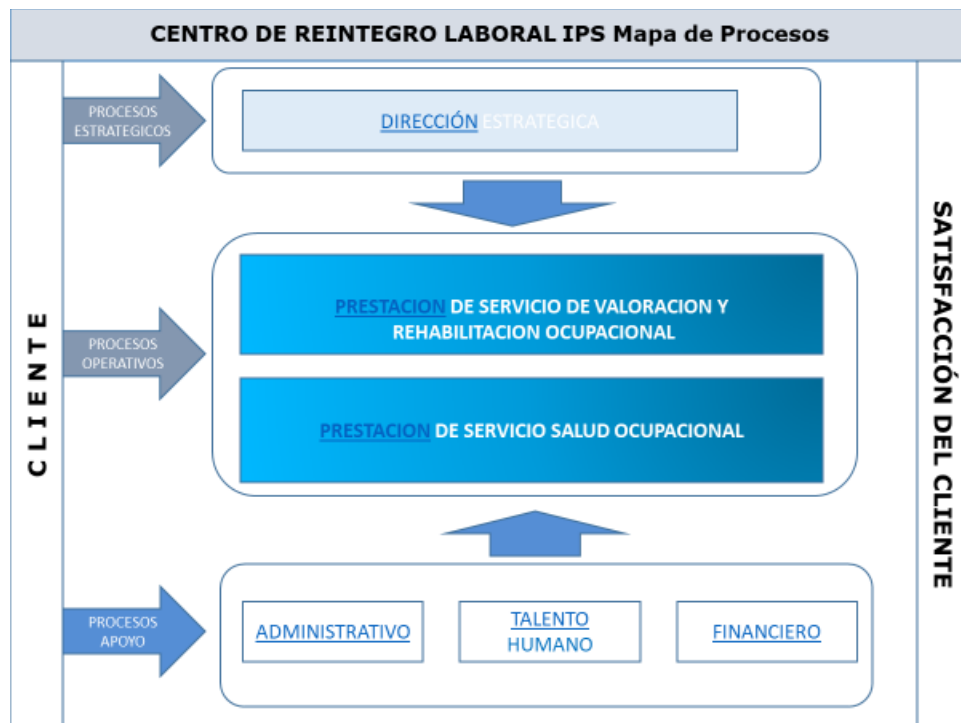
ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Procesos y análisis de la relación oferta demanda. La IPS tiene definido sus procesos misionales en las dos líneas de salud ocupacional y diagnóstico y rehabilitación, que es coherente a la misión, visión y objetivos estratégicos.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 10

Mapa de procesos



Con el diseño e implementación de modelo de rehabilitación integral domiciliaria, se pueden considerar dos opciones que sea un procedimiento del proceso de servicios de valoración y rehabilitación ocupacional o se adicione un nuevo proceso. Consideramos que sería una brecha dejarlo dentro de un proceso existente, lo mejor es estructurar el nuevo modelo como un proceso misional, que le dé la importancia del mismo y sea visible a toda la organización.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Modelo de Atención para una IPS de Rehabilitación Integral Domiciliaria

Con base en todo lo anterior exponemos el modelo de rehabilitación integral domiciliaria como estrategia para potenciar a la IPS Centro de reintegro laboral y ofrecer unos servicios que van a impactar a los pacientes en su componente biopsicosocial económico al no tener que incurrir en gastos de desplazamiento y un retorno temprano a sus actividades laborales u ocupacionales que generan sus ingresos, además para las aseguradoras que va a disminuir sus prestaciones económicas y mejorar la imagen ante las empresas y finalmente a las empresas que recuperan su trabajador en buenas condiciones para su labor.

Definición de estrategias de atención para los usuarios según grupo o grupos de riesgo seleccionado.

El ámbito del MAITE define las entidades con acciones en salud de: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna, en nuestro proyecto nos enfocamos a la rehabilitación extra mural en domicilio, siendo excluidos del cuidado de atención domiciliaria ordenada por los aseguradores a sus afiliados en calidad de dependencia y extensión de tratamiento, rehabilitación y paliativo. Es un factor clave para el sistema de salud primero que no incurra en doble costo al autorizar servicios a su prestador de atención domiciliaria y a nuestra IPS en calidad de rehabilitador con alcance domiciliario sin ser un paciente dependiente, en el caso que nuestro equipo multidisciplinario evalúe y defina que tiene criterios de dependencia será remitido a la IPS de atención domiciliaria.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Se han definido ofertar los servicios de rehabilitación domiciliario al grupo de riesgo de patología osteomuscular que son más prevalentes y requieren rehabilitación integral en domicilio como proceso innovador que logra optimizar el ambiente y apoyo de la familia en el hogar para lograr una rehabilitación más oportuna y adecuada para las exigencias de la vida diaria, social y laboral.

El modelo de atención estructurado acorde a los atributos de la calidad será:

Accesibilidad. Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud. Es factor diferenciador porque el usuario según su condición de salud tendrá sus sesiones de rehabilitación integral en la casa, no genera barreras por accesibilidad. Se tendrá en cuenta el riesgo para el personal de salud, en el caso de atención en lugares de difícil acceso y riesgo público que obliga a la estrategia de rehabilitación en casa dirigida por medios tecnológicos, que en caso de no ser provisto por el paciente los entrega la IPS.

Oportunidad: Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. La alta demanda de servicio de rehabilitación frente a la oportunidad y capacidad en infraestructura la atención se ve afectada y por lo tanto afecta la rehabilitación del paciente, nuestro servicio de rehabilitación domiciliario será oportuno acorde al plan de trabajo definido por el equipo multidisciplinario, se cumple sin retraso la prestación de servicio porque es un equipo humano independiente del que atiende de manera intramural.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Seguridad. Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención. La condición de atender al paciente en su casa en donde él se moviliza a diario, minimiza los riesgos de caídas, además es una atención personalizada no existe el riesgo que tenga un evento adverso porque el personal de salud este atendiendo otro paciente.

Pertinencia. Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren. Todo paciente será evaluado de manera integral con el equipo multidisciplinario y se decide la atención de rehabilitación en domicilio, tiene definido un objetivo con meta terapéutica, plan de trabajo y un pronóstico, en caso de ser evidente que la rehabilitación no genere mejor condición de salud, o sea no pertinente, se pondrá en conocimiento de la EPS y empresa para que realicen mesas de trabajo para tomar decisiones de rehabilitación, calificación de pérdida.

Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias. Es uno de los atributos mejor cumplidos en el modelo de atención de rehabilitación integral domiciliario, ya que se elimina el riesgo que el paciente no acuda al programa, logrando continuidad en su procedimiento de rehabilitación cumpliendo el plan de trabajo.

Satisfacción del Usuario. Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas. Se espera una mejor calificación de la satisfacción del usuario, más sin embargo aparece un actor nuevo que se vuelve principal que es

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

la familia, debido a que estamos en su ambiente se puede generar algún nivel de insatisfacción, lo cual debe ser evaluado por el equipo de calidad para llegar acuerdos con la familia sobre todo cuando tienen expectativas de mejor recuperación sin lograrlo en casa y debe ser remitido a la unidad intramural.

Acorde a los lineamientos del Ministerio de salud se relaciona el grupo de riesgo expresa lo siguiente: 2.2 Grupos de riesgo Según la OMS (2002), los factores que hacen que una persona se enferme pueden tener varios años de duración y estar influenciados por determinantes socioeconómicos más generales. El nivel de ingresos y el nivel educativo pueden influir por ejemplo en los hábitos alimentarios y en el consumo de alcohol, los cuales “interactúan a su vez con causas fisiológicas y fisiopatológicas como la tensión arterial, los niveles de colesterol y el metabolismo de la glucosa, para dar lugar a enfermedades como los accidentes cerebrovasculares o la cardiopatía coronaria” (OMS, 2002, p.16). Ministerio de Salud (2018) Gestión Integral Del Riesgo En Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

El conocimiento de la distribución y los determinantes de los riesgos tienen importantes implicaciones para la identificación y selección de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales basadas en la evidencia, orientadas hacia la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y al manejo integral de la misma una vez se ha presentado. Un grupo de riesgo es un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

que compartan la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios. (MSPS, 2016e).

Los grupos de riesgo se conforman teniendo en cuenta grupos sociales de riesgo, enfermedades de alta frecuencia y cronicidad, enfermedades prioritarias en salud pública, enfermedades con tratamientos de alto costo, condiciones intolerables para la sociedad y enfermedades de alto costo (MSPS, 2016a, p. 49). Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral. Para la definición de los grupos de riesgo, el MSPS desarrolló una metodología que partió de reconocer, a través de los análisis de carga de enfermedad disponibles en el país, los eventos con mayor incidencia (173 eventos), identificando a través de la revisión de la literatura los riesgos asociados a su presentación. Con la información recolectada se desarrollaron los siguientes pasos: i) construcción de la matriz de relaciones entre eventos, ii) análisis exploratorio de las relaciones entre eventos usando un algoritmo de agrupaciones (Girvan-Newman) y iii) establecimiento de conglomerados jerárquicos con algoritmo de Jonhson (MSPS, 2015b). Ministerio de Salud (2018) Gestión Integral Del Riesgo En Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Describimos los grupos acorde al Min salud:

Tabla 7

Grupos de riesgo

GRUPO DE RIESGO	EVENTOS PRIORIZADOS
Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.	Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Accidente Cerebro Vascular, Infarto Agudo de Miocardio, Enfermedad Renal Crónica.
Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales.	Enfermedad y accidentes laborales (general)
Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.	Violencias: por conflicto armado, de género, conflictividad social. Trauma Craneoencefálico y Raquimedular.

Acorde a la caracterización y demanda de los servicios de salud creamos nuestro grupo acorde a la prevalencia de patología que requiere el servicio de rehabilitación integral.

Fuente: (1) MSPS, Resolución 3202 de 2016; (2) Equipo Técnico Dirección de Promoción y Prevención, 2018.

Tabla 8

Grupos de riesgo IPS

GRUPO DE RIESGO	EVENTOS PRIORIZADOS
Población con secuelas de trauma que afecta el sistema osteo muscular	Enfermedad discal, trauma raquimedular, fracturas en extremidades y esguinces

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Población con enfermedades del sistema osteo muscular (Desordenes musculoesquelético)	Síndrome del túnel del carpo, hombro doloroso, epicondilitis, dolor lumbar inespecífico
---	---

Población con secuelas osteomusculares por enfermedades del sistema nervioso central	Accidente cerebro vascular, tumor cerebral
--	--

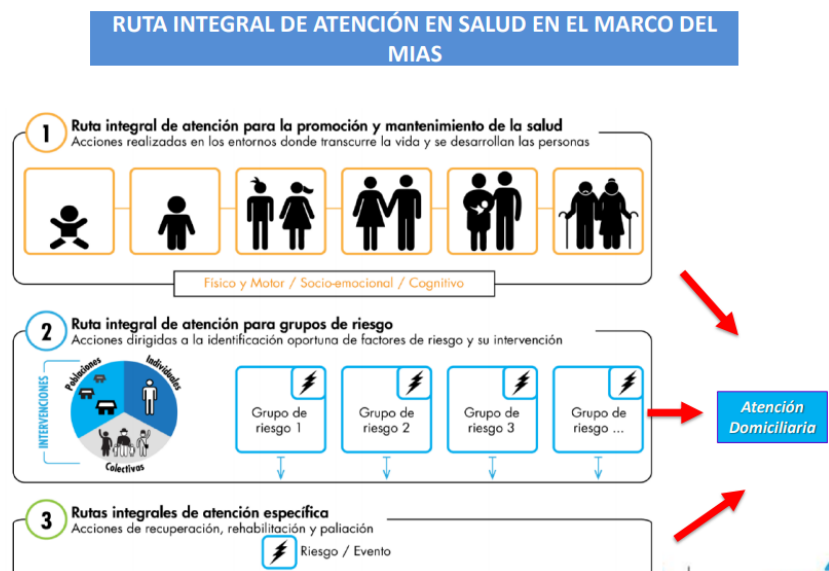
Entiéndase como Ruta Integral de Atención en Salud - RIAS: Las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención. Ministerio de Salud (2018) Gestión Integral Del Riesgo En Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Se ilustra el modelo y la ruta direccionada a la atención domiciliaria, basado en el lineamiento del Minsalud.

Figura 11

Ruta integral de atención en salud en el marco del MIAS

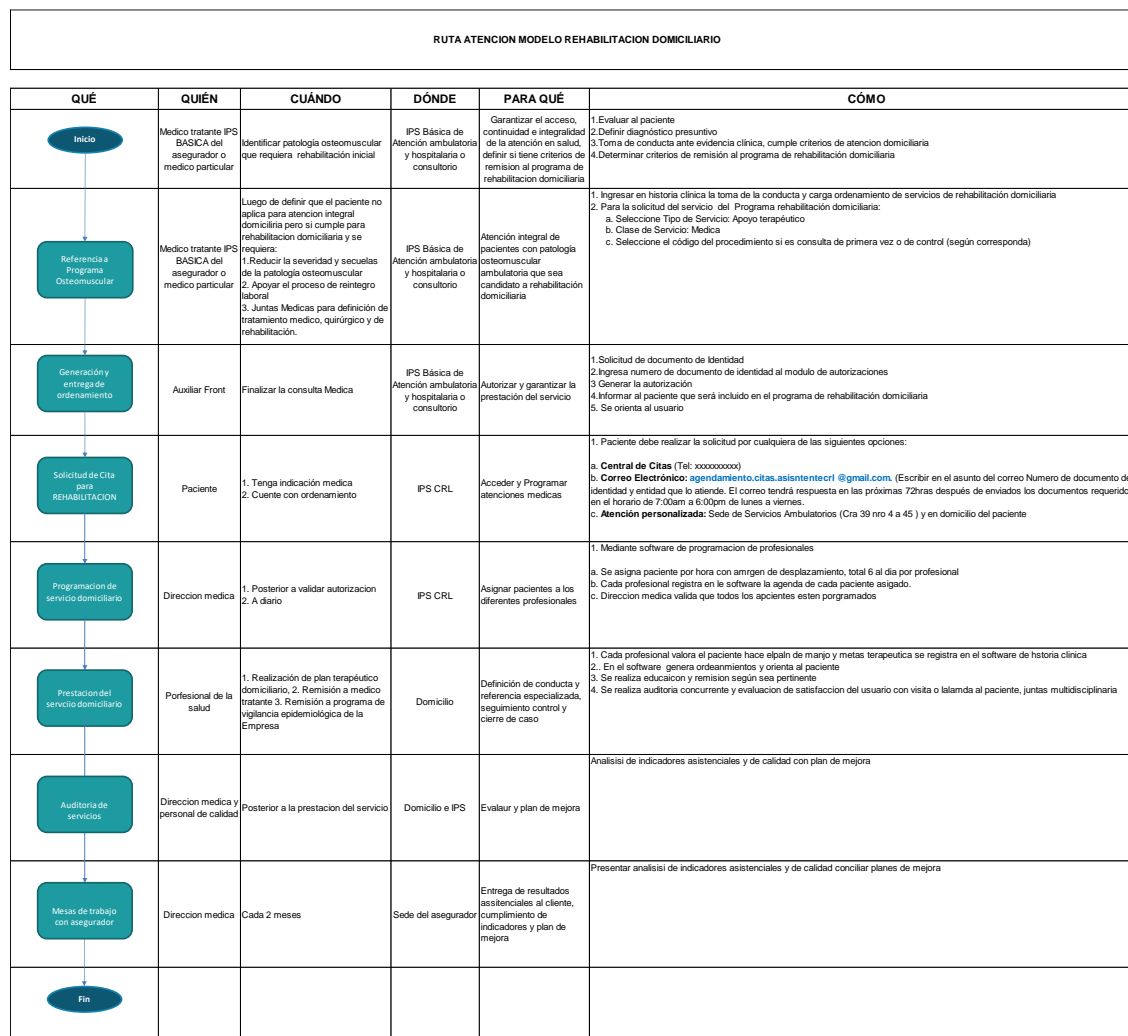


Según lo expuesto se describe a continuación la estrategia de ruta de atención, siendo vital para el éxito del modelo de atención de rehabilitación integral domiciliario de rehabilitación, la remisión oportuna del parte del médico tratante y defina claramente el plan de rehabilitación para el paciente.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 12

Ruta de atención rehabilitación domiciliaria



Proceso de atención se describe en la primera cita domiciliaria y los controles

Primera cita domiciliaria:

Verificación de cumplimiento de los criterios de ingreso.

Profesional de rehabilitación:

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Apertura de historia clínica.

Valoración con enfoque biopsicosocial.

Definición de plan de manejo integral.

El tiempo estimado de esta visita es de 60 minutos sin contar los tiempos de Desplazamiento.

Firma de consentimiento informado.

Se debe educar a los cuidadores sobre aspectos básicos de la enfermedad, evolución, pronóstico, signos de alarma y de consulta a los servicios de urgencias, alimentación, higiene, auto cuidado y hábitos saludables.

Plan de cuidados e intervenciones por el equipo.

Cita de seguimiento:

En cuanto a la frecuencia de las visitas y tipo de terapia se hará acorde al plan terapéutico

El tiempo de cada visita se calcula en promedio de 45 a 50 minutos, sin incluir el tiempo requerido para los respectivos desplazamientos.

Distinción entre los procesos de Atención Domiciliaria y Hospitalización domiciliaria, se activa el procedimiento de referencia si cumple criterio de remisión a urgencias o servicio de atención hospitalaria domiciliaria.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Programa educativo para los cuidadores que considera: motivación del cuidador, capacitación sobre procedimientos a realizar, capacidad de análisis de diferentes situaciones, identificación de necesidades y como darles solución.

Egreso del modelo de atención de rehabilitación integral domiciliario:

Pacientes que recuperan la funcionalidad y capacidad laboral:

Se completan plan de rehabilitación ordenado por médico tratante.

Inestabilidad clínica o complicación generando reingreso a la Institución hospitalaria.

Decisión del paciente o la familia de suspender el plan domiciliario.

Por falta del paciente y su familia al cumplimiento del plan de rehabilitación

Fallecimiento del paciente

Por condiciones de seguridad por riesgo publico

Por cambio de lugar de residencia del paciente en donde no se tiene cobertura.

Gestión clínica

El proceso de gestión clínica inicia con el cumplimiento del marco legal para la prestación de servicios de salud. La atención domiciliaria definida por la organización mundial de la salud "Es la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos". Ante el escenario actual del sistema de salud y

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

del sistema único de habilitación es importante diferenciar el servicio de hospitalización del paciente crónico sin ventilador en modalidad extramural domiciliaria, versus el servicio no hospitalario de rehabilitación integral domiciliaria, ambos son extramural, las IPS de atención hospitalaria domiciliaria son contratadas por las empresas administradoras de planes de beneficio, para la atención de pacientes de extensión domiciliaria para pacientes crónicos dependientes según los índices de Barthel, Karnofsky, escala de Edmonton y Ramsey y para pacientes agudos que requieran aplicación de medicamentos o programa de curación de heridas por especialidad enfermería enterostomal.

Para nuestro modelo de atención se habilitan los servicios de cada servicio en la siguiente tabla relacionamos la diferencia en el registro ante el sistema único de habilitación:

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 13

Servicios habilitados

CODIGO	NOMBRE SERVICIO	GRUPO	MODALIDAD	COMPLEJIDAD		IPS DE ATENCION DOMICILIARIA	IPS CRL SERVICIO DOMICILIARIO
			domiciliario	BAJA	MEDIANA		
327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	Consulta Externa	SI	NO	SI	NO	SI
344	PSICOLOGÍA	Consulta Externa	SI	SI	NO	NO	SI
728	TERAPIA OCUPACIONAL	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	SI	SI	NO	NO	SI
729	TERAPIA RESPIRATORIA	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	SI	SI	NO	NO	SI
739	FISIOTERAPIA	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	SI	SI	NO	NO	SI
740	FONOAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	SI	SI	NO	NO	SI
815	ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO CON VENTILADOR	Otros Servicios	SI	NO	SI	SI	NO
816	ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR	Otros Servicios	SI	SI	SI	SI	NO
817	ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE AGUDO	Otros Servicios	SI	SI	SI	SI	NO

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Nuestro modelo de atención de rehabilitación integral domiciliario se va a centrar solo en la rehabilitación integral domiciliaria para esto se debe organizar los siguientes componentes:

Tabla 9

Componentes de habilitación de servicios de salud

ESTANDAR	Requisito	Observación
Talento Humano	Profesionales en rehabilitación física, ocupacional y de lenguaje, medico fisiatra y psicólogo	Personal de nómina o de prestación de servicios
Infraestructura:	Medios de transporte para la atención en domicilio, con capacidad para los equipos biomédicos	Suministrado por la IPS, opción de incluir en el contrato de prestación de servicios con el profesional
	En el domicilio	<ul style="list-style-type: none"> – Accesibilidad. – Servicios públicos: acueducto, alcantarillado, energía y telefonía fija o móvil. – Baño. – Área para almacenamiento de residuos generados en la

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

		Atención para su posterior transporte a la sede de la IPS.
		– Transporte de residuos por parte de la IPS
	Desde el domicilio	garantizando las normas de Bioseguridad.
		Certificados en
Equipo biomédico:	Equipos requeridos según el plan de rehabilitación, en las diferentes fases	metrología cuando aplique, y que no generen riesgo al paciente por el uso en domicilio
Insumos y dispositivos:	Los requeridos acordes al plan de rehabilitación, en las diferentes fases, cumpliendo los protocolos de conservación y manipulación y desecho	Se dotan por paciente con la opción de dejar inventario en el domicilio del paciente
Registro de historia clínica:	Se diligencia cada prestación de servicios, se cuenta con un software en	Se garantiza el suministro de una Tablet o un pc portátil para que cada

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

web, que permite el registro profesional realice su de los datos y la consulta en programación de atención y tiempo real de las otras consignar su valoración valoraciones médicas o para generando los ordenamientos clínicas pertinentes, los cuales deben ser tramitados por la IPS ante el asegurador

La historia clínica utilizada en la modalidad extramural domiciliaria es custodiada por la IPS y cuenta con los siguientes registros:

- 14.1. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.
- 14.2. Nombre de los pacientes atendidos
- 14.3. Registros de referencia y contra referencia, cuando se requieran
- 14.4. Cuidados por parte del personal de salud
- 14.5. Cuidados encargados a la familia cuando aplique

Lo que se planeó se organiza y se deja documentado, desde la planeación estratégica, para el paciente como para el programa de seguridad del personal de salud, se paciente, plan de auditoria considera que los para el mejoramiento de procedimientos de

Procesos prioritarios:

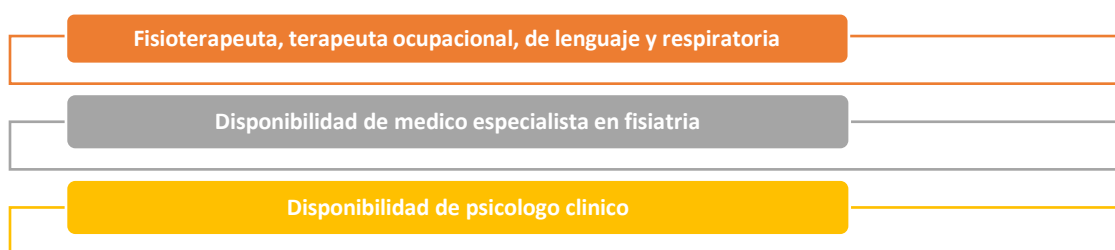
ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

calidad en salud (PAMEC), rehabilitación en domicilio	
entre otros para la eficiente	son de bajo riesgo de eventos
prestación de servicios y plan	adversos, se debe evaluar el
de mejora continua	cumplimiento de las guías y
	protocolos de atención y la
	medición de la satisfacción
	del usuario en especial
	atendiendo sus peticiones
	quejas y reclamos

La estructura del talento humano requerido para la prestación de este servicio domiciliario se resume en las siguientes tablas

Figura 14

Recurso humano



ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DOMICILIARIA

Tabla 10

Recurso humano

PROFESION	DESCRIPCION	OBJETIVO
Fisioterapeuta	Es un profesional de la salud experto en el diagnóstico, prevención y tratamiento de múltiples estados patológicos que son tratados mediante técnicas terapéuticas farmacológicas. Estas técnicas terapéuticas pueden ser: Electroterapia, terapia con luz, terapia del movimiento, terapia del calor, frío y agua, como otras muchas más.	Facilitar el desarrollo, mantenimiento y recuperación de la máxima funcionalidad y movilidad del individuo o grupo de personas a través de su vida.
Terapeuta ocupacional	Profesional que aplica el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene la	Prestar sus servicios a personas con algún problema que interfiere en el desempeño satisfactorio de su ocupación; llevar a cabo ocupaciones significativas

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

	<p>enfermedad y mantiene la para la persona es salud, favorece la fundamental para su bienestar restauración de la funcionalidad, cumple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social (promoviendo el mantenimiento, desarrollo o recuperación de la independencia de la persona).</p>
<p>Terapeuta respiratoria</p>	<p>Profesionales capacitados trabajan con pacientes que sufren de problemas y/o afecciones cardio-pulmonares respiratorios agudos o crónicos.</p> <p>Planificar un manejo incluyendo farmacológicos, tratamientos integrativos y evaluaciones o cardiopulmonares de un paciente con una patología o afección pulmonar.</p>

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

	Profesional que se	
Fonoaudióloga	<p>ocupa de la prevención, la evaluación y la intervención de los trastornos de la comunicación humana, manifestados a través de patologías y alteraciones en la voz, el habla, el lenguaje (oral, escrito y gestual), la audición y las funciones faciales, deglución, tanto en población infantil como adulta.</p>	<p>Detectar, identificar, evaluar y aplicar la intervención, así como servicios de consulta, orientación, y seguimiento, a personas de todas las edades con, o en riesgo de sufrir alteraciones del habla, la voz, el lenguaje, la comunicación, la deglución, la audición u otros trastornos relacionados.</p>
Psicólogo	<p>Profesional de la salud mental que, por esa razón, está interesado en estudiar y entender el comportamiento</p>	<p>Se interesan fundamentalmente en el diagnóstico, causa y tratamiento de los trastornos psicológicos, que fluctúan de leves a muy graves. Es decir, el psicólogo clínico hace de la personalidad y la conducta mal ajustadas su campo de estudio y, mediante el uso de procedimientos terapéuticos</p>

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

		—principalmente las diversas modalidades
		de psicoterapia—, trata de cambiar su medio de manera que se restablezca su equilibrio psíquico.
	Profesional con especialidad médica que se ocupa del diagnóstico de los pacientes con una enfermedad, un trastorno o una lesión que deterioran las funciones normales. Utiliza los medios farmacológicos, físicos terapéuticos naturales o modificados no ionizantes, los ocupacionales, los del lenguaje, de la comunicación y cognición.	
Medico Fisiatra		<p>En la actualidad la medicina física está orientada a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un sentido profiláctico: prevención primaria. • Un sentido terapéutico: prevención secundaria • Reeducción y reinserción profesional de los pacientes: prevención terciaria
	Comprende el estudio, detección y diagnóstico, prevención y tratamiento clínico o quirúrgico de los enfermos	

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

con procesos disfuncional y
discapacitado

De lo descrito se debe profundizar en recursos humanos, que además de su formación académica se debe capacitar en la prestación de servicios domiciliario, en comunicación asertiva, humanización en salud, identificación y gestión de riesgos asistenciales y de infraestructura, uso de insumos del hogar para que sean usados por los pacientes para sus procedimientos de rehabilitación.

El proceso administrativo y de calidad está a cargo de la dirección médica y su equipo de profesionales y técnicos encargados de los siguientes procedimientos

Gestión directiva:

A cargo del gerente y dirección médica para la planeación, organización, ejecución, control y mejora de la prestación de los servicios de salud.

Gestión comercial:

Organiza, vende y hace seguimiento al portafolio de servicios con tarifas para ofertar y acuerdos con los administradores de servicios de salud publico privados.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Gestión de talento humano:

Organiza, recluta, contrata, capacita y gestiona su bienestar y seguridad y salud en el trabajo de todos los trabajadores independiente el tipo de contratación.

Gestión de facturación y tesorería:

Planear el cumplimiento de los soportes y anexos para la facturación de servicios de salud, el cobro a las empresas responsables del pago, además el recaudo de cuentas por pagar y el respetivo pago de los servicios prestados por los profesionales de la salud.

Gestión de calidad:

Organizar el cumplimiento de requerimiento legal y planear la mejora continua enfocada en la satisfacción del usuario y la seguridad del paciente

La IPS tiene definidos sus procesos de atención centrada en el paciente, buscando satisfacer las necesidades y expectativas, logrando adecuados resultados del desempeño clínico minimizando los riesgos de exposición al paciente, la clave del éxito radica en la aplicación de guías de manejo clínico estandarizadas, por lo tanto, debe haber una puerta de entrada, que lo definimos como los criterios de inclusión y exclusión al servicio de rehabilitación integral domiciliario.

Criterios de inclusión:

Todo usuario que tenga diagnósticos de patología o lesión osteomuscular y la necesidad de equipo interdisciplinario para rehabilitación integral domiciliaria.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

1. Post trauma osteomuscular o de sistema nervioso central
2. Post quirúrgico osteo muscular
3. Post hospitalización y requiera apoyo terapéutico
4. Enfermedad de manejo ambulatorio que requiera apoyo terapéutico

Criterios de exclusión

Todo usuario que tenga diagnósticos de patología o lesión osteomuscular y la necesidad de equipo interdisciplinario para atención domiciliaria.

1. Criterios de crónico dependiente por índice de Barthel, Karnofsky, escala de Edmonton y Ramsey
2. Cuidado paliativo oncológico y no oncológico
3. Enfermedades infecciosas

Las guías de práctica clínica a usar en la rehabilitación integral domiciliaria son

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 15

Guías de práctica Clínica

GUIA PRACTICA CLINICA	FUENTE	REHABILITACION	ESTADO
Desorden musculo esquelético	GATISO Min Trabajo	Se sugiere realizar actividades de consejería en trabajadores con tunel carpiano, tendinitis dquervain, epicondilitis, para reducir la limitación y restricción para la ejecución de actividades a corto plazo y consejería en ejercicio para reducir la discapacidad a largo plazo.	Vigente
Dolor lumbar	GATISO Min Trabajo	Plantear el programa terapéutico dirigido a obtener la máxima funcionalidad del segmento comprometido incluyendo el manejo médico y la formulación de prótesis necesarias para facilitar el desempeño funcional, ocupacional y social del trabajador (rehabilitación Funcional)	Vigente
Hombro Doloroso	GATISO Min Trabajo	Se sugiere realizar actividades de consejería en trabajadores con hombro doloroso, para reducir la limitación y restricción para la ejecución de actividades a corto plazo y consejería en ejercicio para reducir la discapacidad a largo plazo.	Vigente
Asma	GATISO Min Trabajo	Educación en busca de automanejo y autoeficiencia y que incluya abandono del hábito de fumar si se requiere. Adicionalmente la formación y el desarrollo de habilidades para realizar otra actividad laboral.	Vigente
Diseño y validación de la guía de atención de terapia ocupacional en rehabilitación vocacional/profesional no clasificada	Departamento de la ocupación humana. Universidad Nacional 2009	6.3 REHABILITACIÓN VOCAACIONAL/PROFESIONAL Como menciona Trujillo108 en otros países la rehabilitación vocacional y la rehabilitación profesional, cumplen con una misma función, pues estos dos términos se definen como el proceso de rehabilitación, a través del cual se cumplen las metas de inclusión de las personas en situación de discapacidad al mundo social y del trabajo.	Vigente
Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales	Ministerio de la Protección Social, 3 edición 2010	2. Rehabilitación profesional: es el proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las habilidades y destrezas afectadas por una condición de discapacidad que repercute directamente en su desempeño ocupacional. Incluye el conjunto de acciones de evaluación, orientación, adaptación, formación profesional, reubicación y seguimiento; igualmente orienta y apoya las acciones sobre el entorno en el que se dará la integración o inclusión de la persona con discapacidad, a fin de obtener un desempeño ocupacional máximo posible, óptimo para la empresa y para sí mismo	Vigente
Instrumentación del Manual Guía de Procedimientos de Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales	Ministerio de la Protección Social Dirección General de Riesgos Profesionales.	Estos instrumentos junto con los instrumentos propios del Manual Guía, conforman un sistema de instrumentos de registro articulados que permiten conocer el resultado de la aplicación de Procedimientos de Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional en los trabajadores con discapacidad por accidentes de trabajo o enfermedad profesional vinculados al Sistema General de Riesgos Profesionales. Los instrumentos son: i) Instrumento para el registro de Evaluación y Seguimiento al Proceso de Rehabilitación; y ii) Instrumento para el registro de Evaluación de la Prueba de Trabajo	Vigente

Nota: Sistema de gestión de calidad IPS Centro de Reintegro Laboral

Gestión de la calidad de la atención

Se describe la gestión de calidad enfocada al modelo de atención de rehabilitación integral domiciliaria, se hacen las mejoras a la versión actual del SGC de la IPS, se describe la nueva plataforma estratégica alineada al nuevo proyecto:

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Misión

Brindar servicios de rehabilitación domiciliaria para mejorar la condición de salud del paciente, retornando de manera oportuna a sus actividades diarias y ocupacionales.

Visión

Ser en el 2025 reconocido por los usuarios y empresas administradores de planes de salud como la mejor opción en rehabilitación domiciliaria, generando impacto en el bienestar de sus usuarios.

Política de calidad:

Garantizar y mejorar continuamente la prestación de servicios de salud cumpliendo con los requisitos, con calidez humana, confiabilidad y oportunidad, contando con colaboradores competentes, motivados y comprometidos.

Objetivo general. Ofrecer un modelo de atención de rehabilitación integral domiciliaria manteniendo un enfoque biopsicosocial e integral que fomente y fortalezca la cultura del autocuidado en el paciente y los cuidadores informales.

Ofrecer un modelo de atención de rehabilitación integral domiciliaria manteniendo un enfoque biopsicosocial e integral que fomente y fortalezca la cultura del autocuidado en el paciente y los cuidadores informales.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Objetivo Específico

Potenciar el domicilio como lugar de atención, siempre que se considere como el más adecuado en función de la patología y las necesidades de cuidado de cada paciente.

Mejorar el bienestar del paciente y de la atención en salud que se presta en domicilio a los pacientes incluidos en el modelo de atención de rehabilitación integral domiciliario.

Satisfacer las necesidades de los usuarios en la provisión de servicios de salud minimizando o eliminando los riesgos o daños que se puedan producir, mediante la atención en salud en el domicilio del paciente, con calidad técnico-científica.

Objetivos de calidad

Lograr satisfacción de los usuarios y sus familias

Brindar calidad de atención bajo parámetros de: oportunidad, confiabilidad, calidez humana y resolutivo.

Asegurar la competencia en el recurso humano que brinda atención en salud domiciliaria al usuario, generando cultura de auto cuidado en el paciente y su familia

Principios y valores Institucionales

Se mantienen los definidos para la organización independiente del servicio a prestar.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Igualdad:

El acceso al servicio se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

Enfoque diferencial

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre los profesionales de la IPS.

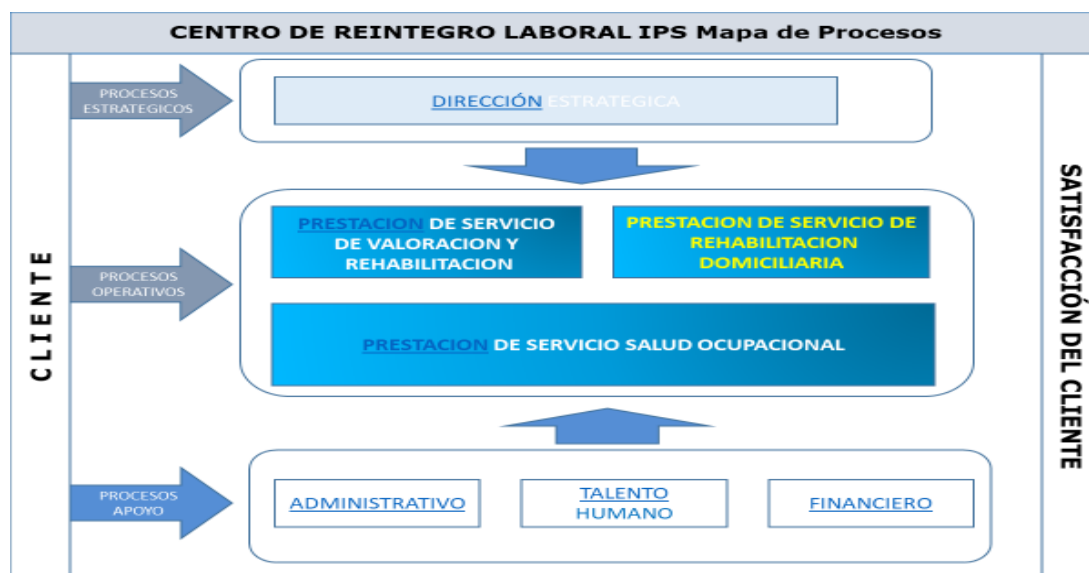
Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios.

Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad

Para la adecuada operación de la IPS se modificó el mapa de procesos, incluyendo como misional la rehabilitación domiciliaria:

Figura 16

Mapa de proceso con servicio domiciliario



ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Política Institucional de Seguridad del Paciente en el servicio de rehabilitación domiciliaria:

En el centro de reintegro laboral, se garantiza una prestación de servicios de salud seguros, mediante acciones preventivas y de seguimiento, identificando las fallas latentes y de presentarse un error que puede terminar en un evento adverso se debe actuar de manera inmediata.

Las estrategias para cumplir la meta son

Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.

Crear o fomentar un entorno seguro de la atención en el domicilio del paciente.

Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal y la familia del paciente para la seguridad del paciente

La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.

Garantizar la confidencialidad de los análisis.

Como se va a construir una alianza con al paciente y su familia.

Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

La IPS tiene como propósito lograr una atención segura y confiable al usuario, para esto ha implementado herramientas que permitan mitigar los errores y evitar la ocurrencia de eventos adversos, definiendo las siguientes estrategias

Estrategias de seguridad del paciente:

Gestión de talento humano. *Su objetivo es la cultura de calidad mediante el auto control. Diseño de procedimientos, instructivos y protocolos claros y fáciles de aprender, pensando en los profesionales que los pueden utilizar.*

Reducir la dependencia de la memoria mediante el uso de listas de chequeo en todos los servicios, protocolos y guías de atención.

Mantenimiento preventivo y correctivo, evaluar las condiciones del domicilio, los insumos y equipos a usar en la casa del paciente.

A continuación, se mencionan algunos de los posibles incidente o evento adverso en el servicio de rehabilitación domiciliaria:

Tomado de los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, en el anexo 2: clasificación de los tipos de atención en salud insegura que pueden causar eventos adversos, nos basamos en los 17 tipos y se analizó cuales se pueden llegar a presentar en nuestro servicio de rehabilitación domiciliaria: terapia ocupacional, fisioterapia, consulta de psicología, Fisiatría domiciliaria.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DOMICILIARIA

Tabla 11

Mapa de riesgo seguridad del paciente

EVENTOS ADVERSOS POR TIPO	PROCESO	CAUSA DEL EVENTO ADVERSO EN IPS
<p>Tipo 1: Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud</p> <p><input type="checkbox"/> No se realiza el procedimiento cuando está indicado</p>	ADMINISTRATIVO	Falta de validación de derechos y el ordenamiento
<p>Tipo 2: Relacionados con fallas en procesos o procedimientos asistenciales</p> <p><input type="checkbox"/> No se realiza el procedimiento cuando está indicado</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar procedimiento Incompleto o insuficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar procedimiento equivocado</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar terapia equivocada en área no comprometida</p>		Falla en seguimiento del plan de terapia
<p>Tipo 3: Relacionados con fallas en los registros clínicos</p> <p><input type="checkbox"/> Documentos que faltan o no disponible</p> <p><input type="checkbox"/> Documento para el paciente equivocado o documentos equivocado</p> <p><input type="checkbox"/> Retraso en el acceso a documentos</p>	ASISTENCIAL	Diligenciamiento inadecuado de la historia clínica
<p>Tipo 4: Infección ocasionada por la atención en salud</p> <p><input type="checkbox"/> Infección en tejidos blandos</p>		Demora en inicio de la terapia
<p>Tipo 10: Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Percepción del paciente y su familiar de una atención desconsiderado / rudo / hostil / inapropiado</p>	Falla en protocolo de bioseguridad	
<p>Tipo 11: Caídas de pacientes</p>	Falla en la empatía e inducción y socialización del procedimiento de atención domiciliar la paciente y su familia	
<p><input type="checkbox"/> Caída desde la Silla o cama</p>	Falla en el uso adecuado de la silla, cama	

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

<input type="checkbox"/> Caída en el baño mientras este en procedimiento de rehabilitación domiciliaria	o en la identificación de la condición insegura Falla en la vigilancia del paciente mientras se desplaza o hace uso del baño
---	---

Del programa o plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad se expone el alcance del mejoramiento de la calidad de la IPS, será orientado a la Política seguridad del paciente, Enfocándose en la Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” Ministerio de protección social Involucrando todos los procesos definidos.

Además de los principios legales y lo exigido por la normatividad actual, el centro tiene otras razones para trabajar el componente de Auditoría de mejoramiento de la calidad de la atención, entre las cuales se encuentran:

Reconocer y acortar brechas de calidad

Enfocar la institución hacia la cultura de la calidad

Retroalimentar oportunamente al cliente interno

Ser competitivos en el mercado, por la calidad de la atención brindada a nuestros usuarios

Se define un mapa de riesgo del servicio de rehabilitación domiciliaria:

Política de humanización del paciente. Objetivo: Establecer el cumplimiento de la atención Humanizada para todos nuestros pacientes y su familia en la atención domiciliaria.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Objetivos de la política de humanización

1. Promover la Cultura de la Humanización
2. Lograr que el servicio brinde una atención humanizada
3. Sensibilizar al personal en temas relacionados con la humanización: ética, valores, principios, derechos y deberes, estándares de acreditación
4. Establecer las bases fundamentales para la inducción, entrenamiento y evaluación de los funcionarios que ingresen o laboren en el servicio, en el tema de Humanización
5. Fomentar el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento en la prestación de los servicios de salud desde la Alta dirección de la institución.
6. Lograr que el paciente y su familia perciban el servicio humano prestado en su domicilio.

Gestión de las tecnologías en salud incluyendo el sistema de información. Contamos con tecnología del instituto de biomecánica de Valencia, para valoración funcional de fuerza en mano, postura, movilidad, capacidad para laborar y análisis de puesto de trabajo, se formó una profesional fisioterapeuta especialista en salud ocupacional, asistió a la Valencia España a formación en el uso de la tecnología, que se puede usar en el domicilio del paciente.

Diagnostico biomecánico de la mano:

Fuerza En Mano

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Valoración en el estudio de tres de las funciones de la mano:

Empuñamiento:

Pinza distal

Pinza lateral

Figura 17

Valoración fuerza en mano



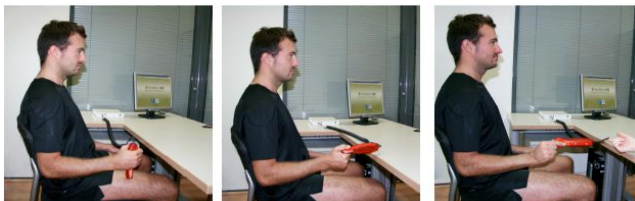
Nota: Portafolio de servicios IPS

En el estudio de estas funciones se cuantifica la fuerza isométrica ejercida durante la realización de una serie de pruebas protocolizadas y utilizando un dinamómetro específicamente diseñado.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 18

Valoración fuerza en mano



Fuente Portafolio de servicios IPS

Diagnostico biomecánico de la movilidad

SOFTWARE NED RANGOS

La finalidad de la aplicación NedRangos/IBV es asistir al especialista de valoración en el proceso de valoración de la amplitud de **movimientos articulares**.

La aplicación NedRangos/IBV permite realizar valoraciones de **miembro superior, miembro inferior y raquis**.

Se registran las amplitudes máximas de las articulaciones, y/o segmentos del raquis en todos los planos de movimiento anatómicos usando instrumentación electrónica que asiste a dicho registro.

Para cada movimiento de las articulaciones valoradas ofrece los siguientes resultados:

Amplitud máxima: Ángulo máximo en grados medido para el movimiento activo del lado indicado.

PM frente contralateral: Porcentaje de pérdida de movilidad activa del lado indicado frente al lado contrario.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

PM frente referencia AMA: Porcentaje de pérdida de movilidad activa del lado indicado frente al valor de referencia de las guías AMA.

Amplitud máxima pasiva: Ángulo máximo en grados medido para el movimiento pasivo del lado indicado.

PM pasiva frente contralateral: Porcentaje de pérdida de movilidad pasiva del lado indicado frente al lado contrario.

PM activa frente a pasiva: Porcentaje de pérdida de movilidad activa frente a la movilidad pasiva del lado indicado.

Figura 19

Valoración postural



Nota: Portafolio IPS

Diagnostico biomecánico de la capacidad laboral:

Este último procedimiento se realizará en la sede de la IPS solo para pacientes que deben laborar a quien se le levanta la incapacidad médica y es pertinente definir el estado de salud frente a las exigencias del cargo al cual se reintegra.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Solución más completa y objetiva para los médicos valoradores:

Combina la experiencia en el desarrollo y la aplicación de técnicas de Valoración Biomecánica y de Evaluación Ergonómica desarrolladas por el Instituto de Biomecánica (IBV).

Este software y sus accesorios permiten realizar de una forma eficiente y objetiva la difícil tarea de **valorar la capacidad de un paciente para desempeñar las tareas de su ocupación.**

Finalmente, el médico valorador obtiene un **informe sobre la capacidad ocupacional**, en el que se muestran

Requerimientos del puesto de trabajo. Listado de requerimientos del puesto de trabajo del trabajador valorado, distinguiendo entre los afectados por la lesión y los no afectados.

Capacidad laboral: Describe el grado de alteración funcional que presenta cada una de las capacidades físicas valoradas para atender a los requerimientos del puesto que están afectados por la lesión.

Protocolo de carga física: Describe las actividades y posturas que han sido simuladas junto con la duración de cada una de ellas, el motivo de finalización, y el nivel de esfuerzo realizado por el trabajad

Conclusiones: Se argumentan las conclusiones de la Capacidad ocupacional o laboral obtenidas en base a las pruebas biomecánicas realizadas.

Figura 20

Valoración capacidad para laboral



Nota: Portafolio de servicios IPS

El software para historia clínica del servicio de rehabilitación domiciliaria, está en ambiente web para ser diligenciado y consultado vía internet desde cualquier lugar de la ciudad, en la historia todos los profesionales deben dejar constancia del estado del paciente y el plan de manejo.

Se van a diseñar videos con ejercicios terapéuticos para que sean usados por los pacientes y sus familiares logrando un resultado de rehabilitación más oportuno, porque se genera la cultura del auto cuidado y responsabilidad en la rehabilitación funcional.

Gestión de la referencia y contra referencia. Entendiéndose como Referencia y contra referencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad,

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable de pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contra referencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

En cumplimiento del marco legal de referencia y contra referencia contenido en la resolución 4331 de 2012 en su artículo 1 define: Modifíquese el Formato Único de Autorización de Servicios de Salud, definido en el Anexo Técnico No. 4 de la Resolución 3047 de 2008, el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución y adiciónense los formatos estandarizados de referencia y contra referencia de pacientes y el contenido de los avisos que obligatoriamente deben publicar las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, establecidos en los anexo 9,10 Y 11, los cuales hacen parte integral de la presente resolución. Ministerio de Salud de Colombia. Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009. [Resolución 4331 de 2012].

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Y en el artículo 9 define: Los procesos de referencia y contra referencia de que trata el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007, deberán efectuarse de conformidad con lo señalado en los Formatos Estándares de Referencia y Contra referencia de pacientes contenidos en los Anexos Técnicos Nos. 9 y 10 que hacen parte integral de la presente resolución. Cuando el servicio requerido deba ser prestado por otro prestador, el formato de referencia de pacientes contenido en el Anexo Técnico NO.9 que hace parte integral de la presente resolución, será suficiente como solicitud de autorización y reemplaza el Anexo Técnico NO.3 de la Resolución 3047 de 2008.

Parágrafo 1. Cuando el paciente atendido en el servicio de urgencias u hospitalización, requiera remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, dicho prestador, deberá informar de ello al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del respectivo ente territorial, o a quien haga sus veces, diligenciando el formato estandarizado de referencia contenido en el Anexo Técnico No. 9 que hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo 2. Cuando el prestador que recibió un paciente remitido para atención o complementación diagnóstica de carácter ambulatorio, considere que éste puede continuar su manejo en el prestador remitente, deberá diligenciar el formato estandarizado de contra referencia de pacientes contenido en el Anexo Técnico NO.10 que hace parte integral de la presente resolución. Tratándose de remisiones que impliquen servicios hospitalarios, se contra remitirá únicamente con la copia de la epicrisis. Ministerio de Salud de Colombia. Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009. [Resolución 4331 de 2012].

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Atendiendo el marco legal y según lo expuesto en la ruta de atención es responsabilidad del médico tratante tener claro los criterios de referencia al modelo de atención de rehabilitación integral domiciliario, en el título de gestión clínica quedo definido los criterios de ingreso y exclusión al modelo de atención de rehabilitación integral domiciliario.

Como nuestro servicio es de apoyo terapéutico somos receptores de la referencia del médico tratante, por lo tanto, nuestro mayor procedimiento es de contra referencia. Solo se aplica el procedimiento de referencia en casos de cumplir los criterios de egreso del servicio sin haber terminado su plan de rehabilitación o por su condición de salud, se adopta el formato de la resolución 4331 de 2012. El cual esta sistematizado en el software de la historia clínica.

Procedimiento de contra referencia

- Recepción de referencia por médico tratante
- Prestación de servicios de salud rehabilitación integral domiciliaria
- Diligenciamiento formato de contra referencia
- o Envío por mail a médico tratante
- Verificación de recepción de contra referencia
- Cierre del caso

Procedimiento de referencia:

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

- Verificación de criterios de egreso del servicio
- Diligenciar formato de referencia
- Orientar al usuario a donde debe acudir entrega del formato de referencia
- Gestión con receptor de referencia
 - o Envió por mail al receptor
 - o Si es para el servicio de urgencias se debe comentar al centro de regulación de urgencias u hospitalización del asegurador o de salud pública
 - o Gestionar el servicio de ambulancia según pertinencia.
- Cierre de caso

Gestión del Talento Humano. El talento humano es estratégico para el logro de los objetivos, siendo un proceso de apoyo a los procesos misionales, se describe el procedimiento que busca la mejora continua del talento humano

Planear

- Planear los requerimientos de personal
- Planear las vacaciones del personal
- Planear la evaluación de competencias y de riesgo laborales
- Planear la formación del personal

Hacer

- Realizar la requisición de personal

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

- Realizar la convocatoria, recepción, análisis y elección de hojas de vida de

aspirantes

- Realizar la entrevista de personal
- Seleccionar el candidato
- Confirmar las referencias de los candidatos
- Vincular el candidato
- Realizar pruebas psicotécnicas
- Realizar el examen médico de ingreso
- Ingresar el personal al sistema de nomina
- Realizar la inducción del personal
- Realizar la evaluación de competencias
- Consolidar los resultados de la evaluación de competencias
- Identificar y priorizar las necesidades de formación
- Desarrollar el plan de formación
- Medir el clima organizacional
- Investigar los accidentes e incidentes de trabajo
- Realizar las inspecciones de seguridad
- Reportar las novedades de nómina a contabilidad
- Realizar el pago de nomina
- Reportar las novedades de nomina

Verificar

- Evaluar las entrevistas realizadas

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

- Realizar evaluaciones de formación
- Verificar el correcto pago de la nomina
- Revisar la pertinencia de los manuales de descripción de cargos

Actuar

- Dar re inducción al personal
- Tomar decisiones a partir de las evaluaciones de competencias y de la medición del clima organizacional
- Determinar acciones correctivas o preventivas

Del procedimiento de capacitación se relaciona los temas prioritarios para generar competencias en todo el personal:

Tabla 12

Plan de capacitación de talento humano

No.	Nombre de capacitación	Dirigido A
1	Modelo integral de atención en salud	Todo personal
2	Programa de seguridad del paciente	Todo personal
3	Programa de humanización en salud	Todo personal
4	Capacitación para el Manejo Integral de Residuos Hospitalarios y Similares	Todo personal
5	Capacitación MANUAL DE REHABILITACION Y REINTEGRO LABORAL	Personal de salud

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

6	Capacitación manejo de conflictos y empatía	Personal de salud	de
7	Capacitación en neurolingüística y apoyo espiritual	Personal de salud	de

Negociación y contratación con EPS. Para la negociación con las EPS y demás aseguradores se definen los códigos de los procedimientos (CUPS) que para el modelo todo están incluidos en el plan de beneficio de salud a cargo de la unidad de pago capitación.

Figura 21

Códigos cups

RESOLUCIÓN 3495 DE 2019 ANEXO 2 "LISTA TABULAR"	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
890102	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA
890108	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR PSICOLOGÍA
890110	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA
890111	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA
890112	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA RESPIRATORIA
890113	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR TERAPIA OCUPACIONAL
890115	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO
890116	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD

Nota: Resolución 3495 de 2019

Para contextualizar el tema de contratación en salud, vamos primero a describir las definiciones del proceso de negociación y contratación con EPS, modelos de contratación:

1. Contrato de prestación de servicios de salud: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

2. Entidades Responsables de Pago - ERP: Se consideran como tales las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado, las Cajas de Compensación Familiar con programas de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud y las administradoras de riesgos laborales

3. Grupo de riesgo: Conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

4. Modalidad de contratación y de pago: Es la forma y el compromiso que adquiere la relación contractual entre la entidad responsable de pago y el prestador de servicios de salud para garantizar la atención en salud de la población objeto, que incorpora unas reglas para el pago, la forma de pago, el conjunto de tecnologías en salud contratadas, la operación de la prestación y auditoría de esas tecnologías en salud, las tarifas y precios, y la evaluación de los indicadores pactados, entre otros.

5. Nota técnica para la contratación de servicios de salud: Herramienta para especificar de manera detallada o agregada las tecnologías en salud incluidas en una modalidad de contratación

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

y de pago, su frecuencia de uso o la cantidad estimada, la población a cargo cuando aplique, los valores de precios y/o tarifas de las tecnologías en salud y el valor total por el conjunto de las tecnologías en salud incluidas en cada modalidad de contratación y de pago. Para la elaboración de la nota técnica se deberán utilizar obligatoriamente los catálogos o listas de referencia de las tecnologías definidas por la autoridad competente.

6. Organización funcional de servicios de salud. Se refiere a formas de organización de los servicios a habilitar por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, para la disposición y provisión de servicios de salud con el fin de garantizar la atención en salud de manera accesible, oportuna, continua, integral, y resolutive, en los componentes primario o complementario de la Red. Las organizaciones funcionales de servicios de salud serán: (i) prestadores primarios para el componente primario; y (ii) unidades funcionales para el componente complementario de la red. Consultor Salud (2018). Nuevas Condiciones De Contratación Entre Eps E Ips. Incluye Ajuste Del Valor Por Riesgo. Recuperado de <https://consultorsalud.com/nuevas-condiciones-de-contratacion-entre-eps-e-ips-incluye-ajuste-del-valor-por-riesgo/>

Debemos tener en cuenta los requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, son los siguientes:

a) Por parte de la IPS

1. Habilitación de los servicios por prestar.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.

3. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

b) Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

1. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.

2. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los Prestadores de Servicios de Salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable de pago.

3. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

4. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

5. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contra referencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red. Consultor Salud (2018). Nuevas Condiciones De Contratación Entre Eps E Ips – Incluye Ajuste Del Valor Por Riesgo. Recuperado de <https://consultorsalud.com/nuevas-condiciones-de-contratacion-entre-eps-e-ips-incluye-ajuste-del-valor-por-riesgo/>

Sobre las modalidades de contratación y de pago y sus requisitos mínimos se describen las siguientes:

a. **Capitación.** Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se establece una suma por persona para la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad, a un número predeterminado de personas, durante un período definido de tiempo y en cuyo pago se reconoce una suma fija y una suma variable. La suma variable se reconocerá por persona de acuerdo con los indicadores de desempeño y resultados que se pacten. La unidad de pago es la persona con el valor convenido. En esta modalidad, además de los requisitos previstos, en los contratos deberá pactarse lo siguiente:

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

1. Listado y caracterización de las personas incluidas y mecanismo de actualización de novedades.

2. Especificación de las tecnologías en salud de baja complejidad incluidas.

3. Suma a ser pagada por persona especificando la parte fija y la parte variable.

4. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención cuando aplique.

5. Especificación de los indicadores de desempeño y resultados esperados, teniendo en cuenta las condiciones de salud de la población objeto del contrato y el seguimiento periódico de las metas establecidas.

6. Definición de las reglas para el reconocimiento de la suma variable. En todo caso la suma fija deberá tener en cuenta la operación del prestador, teniendo en cuentas su capacidad de resolución.
 - b. Episodio de atención. Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se reconoce una suma fija por un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención de una condición individual de salud durante un período determinado de tiempo, en el cual se delimita el inicio, el curso evolutivo y el final de la atención. Bajo esta modalidad podrán contratarse, entre otros, el conjunto integral de atención, los grupos relacionados de diagnóstico y/o la atención integral y completa de una condición de salud aguda, que aparece en un punto

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

particular en el tiempo y se resuelve en un momento posterior. La unidad de pago es el episodio con el valor convenido. En esta modalidad, además de los requisitos previstos en el modelo de capitación, en los contratos deberá pactarse lo siguiente:

1. Definición del episodio de atención con su inicio y su fin.

2. Especificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos.

3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados.

4. Monto por el conjunto de las tecnologías en salud incluidas.

5. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención.

- c. Integral por grupo de riesgo. Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se reconoce una suma fija por persona para cubrir un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención integral de su condición de salud durante un período determinado de tiempo, usualmente un año. Aplica preferencialmente para condiciones crónicas, en las cuales es difícil delimitar en el tiempo el curso evolutivo y el final de la atención. El monto del pago depende del conjunto de tecnologías en salud definidas para la atención del grupo de riesgo. La unidad de

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

pago es la persona riesgo con el valor convenido. En esta modalidad, además de los requisitos previstos en los modelos anteriores, en los contratos deberá pactarse lo siguientes:

1. Definición del grupo de riesgo en salud.

2. Especificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición o condiciones individuales de salud, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos de acuerdo con el grupo de riesgo.

3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados.

4. Monto a ser reconocido por cada persona por el conjunto de las tecnologías incluidas para la atención del grupo de riesgo.

5. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención.

d. Pago global prospectivo. Modalidad de contratación y de pago en la cual se establece por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, usualmente un año, la provisión de un número de episodios de atención y/o de tecnologías en salud, a una población con condiciones de riesgo específicos estimados y acordados previamente entre el pagador y el prestador. La unidad de pago es el episodio y/ o las tecnologías en salud con el valor convenido. En esta modalidad además de los requisitos previstos en los modelos anteriores en los contratos deberán pactarse los siguientes:

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

1. Episodios de atención y/o tecnologías en salud incluidas.
 2. Especificación de las tecnologías en salud incluidas y no incluidas asociadas a la condición individual de salud del paciente, comorbilidades, complicaciones o eventos adversos.
 3. Especificación de los resultados de la atención en salud esperados
 4. Valor de cada uno de los episodios de atención y/o de las tecnologías en salud.
 5. Suma global del contrato.
 6. Uso de guías de práctica clínica y protocolos de atención.
 7. La frecuencia estimada de los episodios de atención y/o de tecnologías en salud a ser prestadas con cargo a la suma global.
 8. La regla de ajuste del valor contractual de franja de riesgo.
- e. Por servicio. Modalidad de contratación y de pago en la cual se reconoce una suma por cada unidad de tecnología en salud suministrada a un afiliado para la atención de una condición individual de salud, de acuerdo con unas tarifas o precios previamente acordados.
- Terminológicamente reemplaza la denominación “por evento”. La unidad de pago es la

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

tecnología en salud con la tarifa y/o precio convenido. En esta modalidad, además de los requisitos previstos en los modelos anteriores, en los contratos deberá pactarse lo siguiente:

1. Tecnologías en salud incluidas.

2. Tarifas y precios a ser aplicadas a las tecnologías en salud.

3. En la modalidad de contratación y de pago por servicio se podrá estipular el uso de protocolos y guías de atención. ConsultorSalud (2018). Nuevas Condiciones De Contratación Entre Eps E Ips – Incluye Ajuste Del Valor Por Riesgo. Recuperado de <https://consultorsalud.com/nuevas-condiciones-de-contratacion-entre-eps-e-ips-incluye-ajuste-del-valor-por-riesgo/>

Respecto al pago de los contratos. Las Entidades Responsables de Pago pagarán los contratos a los Prestadores de Servicios de Salud de acuerdo con las siguientes reglas:

a. Para la modalidad de contratación y de pago por capitación, se pagará mes anticipado el 100% de la suma fija pactada por persona, dentro de los cinco primeros días del respectivo mes. La suma de la parte variable se liquidará con periodicidad.

Máxima trimestral y se pagará dentro de los 3 días siguientes a la verificación del cumplimiento de conformidad con las reglas establecidas para tal fin.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

b. En las modalidades de contratación y de pago por episodio de atención, integral por grupo de riesgo, pago global prospectivo y por servicio, se realizará un pago anticipado del 50% del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su radicación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) hábiles siguientes a la radicación de la factura y cuentas de cobro. Cuando existan glosas se dará aplicación a lo previsto en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

c. En las modalidades de contratación y de pago integral por grupo de riesgo y pago global prospectivo, las partes podrán pactar un anticipo, el cual consiste en entregar al Prestador de Servicios de Salud un adelanto o avance con cargo al valor total del contrato. Dicho anticipo será objeto de liquidaciones periódicas durante la ejecución del contrato o de la ejecución presupuestal, adicionando o descontando el saldo según corresponda. Lo anterior sin perjuicio de la radicación de facturas por parte del prestador de servicios de salud, De realizarse anticipos o pagos anticipados, la Entidad Responsable de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar la conciliación y el ajuste contable, de manera permanente, de conformidad con la normativa vigente, de tal forma que garantice su confiabilidad y razonabilidad en los estados financieros y los reportes de cartera que las entidades están obligada a realizar. Consultor Salud (2018). Nuevas Condiciones De Contratación Entre Eps E Ips – Incluye Ajuste Del Valor Por Riesgo. Recuperado de <https://consultorsalud.com/nuevas-condiciones-de-contratacion-entre-eps-e-ips-incluye-ajuste-del-valor-por-riesgo/>

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Acorde a nuestro modelo de atención el portafolio de servicios de rehabilitación integral domiciliaria y los modelos de contratación, se describe nuestro análisis de pro y contras acorde a percepción y expectativas:

Tabla 13

Plan de negociación

Modalidad de contrato	A favor	En contra
Capitación	Recibir un pago anticipado	Si el asegurador tiene otro prestador de rehabilitación para atención intramural Él puede incurrir en pago doble del servicio.
	Aplica por ser servicios de baja complejidad a un grupo de personas pre determinado	Si existe prestador intramural puede haber aumento de la demanda domiciliaria por el requerimiento del usuario por déficit de la oferta intramural o por remisión inducida.
	Es un servicio específico con indicadores de resultado	Se requiere que el asegurador entregue toda población para atención intramural y domiciliaria

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Episodio de atención	<p>Es ideal por que se negocia por el diagnostico relacionado, son eventos agudos que se resuelven en determinado tiempo.</p>	<p>El médico tratante debe tener claro los criterios de remisión</p>
	<p>Permite la integralidad y ser resolutivos.</p>	<p>igual que el personal de autorizaciones.</p>
	<p>Se recibe un pago anticipado del 50%</p>	
Integral por grupo de riesgo	<p>El conjunto de tecnologías en salud es específico para la atención del grupo de riesgo con lesión osteomuscular y neurológico.</p>	<p>Aplica más para la integralidad de grupos de riesgo con evento crónicos</p>
	<p>Se recibe un pago anticipado del 50%</p>	<p>Se requiere que el asegurador entregue toda población para atención intramural y domiciliaria</p>
Pago global prospectivo	<p>Recibir un pago anticipado</p>	<p>Si el asegurador tiene otro prestador de rehabilitación para atención intramural Él</p>

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

	Aplica por ser servicios de baja complejidad a un grupo de personas pre determinado	puede incurrir en pago doble del servicio.
		Si existe prestador intramural
	Es un servicio específico con indicadores de resultado	puede haber aumento de la demanda domiciliaria por el requerimiento del usuario por déficit de la oferta intramural o por remisión inducida.
		Se requiere que el asegurador entregue toda población para atención intramural y domiciliaria
	Es fácil de negociar acorde a los procedimientos ofertados.	No hay anticipo y el pago de los servicios es a 60 días hábiles
Por Servicio (Evento)	Es un servicio específico con indicadores de resultado	No permite la integralidad, depende del ordenamiento del asegurador

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

El servicio puede ser referido a otro prestador sin previo aviso

Se describen los clientes potenciales:

- ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES ARL
- Responsabilidad en las prestaciones asistenciales en rehabilitación integral

- EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA
- Prestación a colectivos para optimizar la prestación del servicio en rehabilitación integral

- COMPAÑIAS DE SEGUROS
- Prestación de servicios ofrecidos en sus pólizas de salud en especial por SOAT

- EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD EPS
- Responsabilidad en la prestación asistencial por enfermedad de origen común en rehabilitación integral

- ENTIDADES DE REGIMEN ESPECIAL
- POLICIA NACIONAL
- EJÉRCITO

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

- FUERZA AEREA
- UNIVERSIDAD DEL VALLE
- MAGISTERIO

Monitoreo de procesos y evaluación de los resultados de la atención. Es importante conocer el rol de los diferentes actores del sistema de salud, para hacer la gestión comercial, clínica y de riesgo con el adecuado monitoreo, se describen las responsabilidades de cada actor en el modelo de atención de rehabilitación integral domiciliaria.

Tabla 14

Responsabilidad de los actores

VARIABLE	ASEGURADOR	IPS	USUARIO	FAMILIA
Hacer demanda inducida, búsqueda activa de usuarios para el modelo de atención de rehabilitación integral domiciliario	X			
Facilitar el proceso de autorización para la prestación del servicio.	X			
Garantizar el cumplimiento del plan de tratamiento instaurado.	X			
Mantener canales de comunicación permanente con el prestador.	X			
Implementar mecanismos de seguimiento y auditoria que permita establecer acciones de mejora continua en aras del bienestar y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.	X			
Definición del equipo responsable de la implementación del servicio.			X	
Definición de las funciones de los diferentes profesionales responsables del servicio			X	
Gestionar los recursos requeridos para la prestación de los servicios, los insumos y recursos, vehículo(s) de acuerdo con el tiempo destinado para cada visita y a			X	

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

la frecuencia (oportunidad) con la que se realizan las mismas.			
Revisar, y ajustar según lo ofertado las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, guías y protocolos de atención, orientados hacia las principales patologías que serán atendidas en el domicilio y a los diferentes procedimientos que formarán parte del plan de acción.	X		
Revisión y ajuste del proceso para la capacitación y apoyo al paciente y su familia.	X		
Definición del sistema de información, indicadores.	X		
Cuidar su salud, la de su familia		X	X
Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.		X	X
Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan		X	X
Brindar la información requerida para la atención médica.		X	X
Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.		X	X
Respetar al personal de salud y cuidar los equipos para la prestación de servicios		X	X

Es clave socializar al paciente y su familia sus deberes y responsabilidades para minimizar las quejas o peticiones a expectativas que están por fuera de su plan de beneficios.

Teniendo de referencia la resolución 256 de 2016 la cual tiene por objeto "dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema". Ministerio de Salud de Colombia. 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 256 de 2016].

Nuestro modelo de atención está alineado al marco legal, entendiendo que el seguimiento de los indicadores del monitoreo de la calidad es fundamental para la mejora continua, que nos permite lograr los objetivos estratégicos en especial la satisfacción y seguridad de nuestros pacientes.

Monitoreo del sistema único de información en calidad, los indicadores a monitorear y reporte trimestral a los entes de vigilancia y control, así como al asegurador son:

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Figura 22

Indicadores de calidad

TEMATICA DE INDICADORES				
DOMINIO	CODIGO	INDICADOR	QUIEN LO CALCULA	DONDE SE REPORTA
SEGURIDAD DE LA ATENCION	P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	CENTRO DE REINTEGRO LABORAL	PISIS
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	CENTRO DE REINTEGRO LABORAL	PISIS
EXPERIENCIA DE LA ATENCION	P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o Amigo	CENTRO DE REINTEGRO LABORAL	PISIS

Nota: Resolución 256 de 2016

Luego del reporte se hace el análisis con la metodología MOCA con el respectivo plan de mejora.

Además de estos indicadores se hace monitoreo a los diferentes procesos estratégicos, misionales, de apoyo y del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo creando un tablero de control y así logrando un sistema de gestión de calidad que permita la mejora continua y logro de los objetivos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Se diseñó un modelo de atención de rehabilitación integral domiciliario que cumple con el marco legal, acorde a una alta prevalencia de enfermedades osteomuscular y lesiones por accidentes, muy atractivo ante la situación actual de bioseguridad el paciente prefiere la atención en domicilio para minimizar los desplazamientos a centros de atención en salud, además es un servicio que tiene mercado tanto para EPS, ARL, medicina prepagada, empresas e incluso el paciente particular

El impacto del modelo de atención es mejorar la condición de salud más oportunamente y un retorno temprano a sus labores u ocupaciones, que genera beneficio económico para el paciente, el sistema de salud y el sector productivo del país.

Es un modelo de rehabilitación innovador al usar tecnología para valoración biomecánica con goniometría, dinamómetro, inclinómetro, sistematizado logrando diagnósticos más objetivos de índices de pérdida de fuerza o ángulos de postura, esto permite orientar los planes de rehabilitación, así como evidenciar al simulador de síntomas.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

El diseño del modelo puede ser referente nacional e internacional y permite datos para investigación en salud.

En el sector salud se tiene solo definida la prestación de servicios domiciliarios para pacientes con criterio de crónicos dependientes y agudos como extensión de su hospitalización que no incluye rehabilitación, por eso no se tiene tarifas para servicio de rehabilitación domiciliario.

Recomendaciones

Realizar un estudio de costos para definir las tarifas a ofertar a los aseguradores.

Realizar estudios de seguimiento para evaluar el impacto del modelo de atención de rehabilitación integral domiciliaria.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DOMICILIARIA

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

Referencias Bibliográficas

1. Centro de Reintegro laboral IPS Perfil epidemiológico (1 de diciembre de 2019).
2. Boada J y Moreno M. [Ed. Universidad Nacional de Colombia] (2013). Las ARP y el Manual guía sobre procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales.
3. Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993) Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Ley 100 de 1993] DO: 41.148
4. Congreso de Colombia. (19 de enero de 2011) Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1438 de 2011] DO: 47.957
5. Congreso de Colombia. (27 de febrero de 2013) por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. [Ley 1618 de 2013].DO: 48.717
6. Ministerio de Salud de Colombia (17 de febrero de 2016). Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. [Resolución 429 de 2016].
7. Cardona, F. (2019). Los modelos de atención y pago centrados en valor: una mirada desde la integralidad. *Conexxion*, Año 8, número 22, [p.p. 70.] Rescatado de: https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/revista-conexxion/revista_conexxion_22.pdf
8. Castaño, R. (2019). Situación actual del avance en modelos de atención y pago en Colombia. *Conexxion*, Año 8, número 22, [p.p. 104-107.] Rescatado de:

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

- https://www.acemi.org.co/images/publicaciones/revistaconexxion/revista_conexxion_22.pdf
9. Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud Versión abreviada [Figura]. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf?sequence=1
 10. Ministerio de la Protección Social (2010), Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales Recuperado de: <https://www.libertycolombia.com.co/sites/default/files/201907/Manual%20para%20rehabilitacion%202012.pdf>
 11. Ministerio de Trabajo. (2020). Por el cual se adiciona al Capítulo 2 del Libro 4 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1072, Decreto Único del Sector Trabajo, una sección 6, por medio de la cual se establece el programa de rehabilitación Integral para la reincorporación laboral y ocupacional y se dictan otras disposiciones. [Proyecto de Decreto].
 12. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, (2017). Cifras e Indicadores del Sistema de Salud]. Recuperado de: https://issuu.com/acemi/docs/informe_cifras_2017
 13. Sánchez Medina AF. Prevalencia de desórdenes músculo esqueléticos en trabajadores de una empresa de comercio de productos farmacéuticos. Revista.

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

- Científica Salud. 2018; 16(2) [203-218] Recuperado de <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6766>
14. Guía de Atención Integral Basada en la evidencia para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal relacionado con la manipulación de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo. Ministerio de la Protección Social Año de la publicación: 2006 Bogotá, diciembre de 2006
 15. Lumbalgia J WS Vlaeyen, Nature Reviews (2018). Cebadores de enfermedades volumen 4. Recuperado de https://www.nature.com/articles/s4157201800521?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_content=organic&utm_campaign=NRRJ_2_SJB_nrdp_editorial_first#Abs1
 16. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Desórdenes musculoesqueléticos (DME) relacionados con Movimientos Repetitivos de Miembros Superiores (Síndrome de Túnel Carpiano, Epicondilitis y Enfermedad de De Quervain (GATI- DME) Ministerio de la Protección Social Año de la publicación: 2006 Bogotá, diciembre de 2006
 17. Francisco Palencia Sánchez, MD, PDOH, MSc. (2013) Carga de la Enfermedad Atribuible al Síndrome de Túnel del Carpo en la Población Trabajadora Colombiana: Una Aproximación a los Costos Indirectos de una Enfermedad [381 – 386]
 18. Rodríguez, Ana Milena (2019). Revista Médica. Sanitas. Síndrome Del Túnel Carpiano. Revisión No Sistemática De La Literatura, [58.-65]. Recuperado de

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

https://www.unisanitas.edu.co/Revista/71/02Rev_Medica_Sanitas_222_AMRodriguez.pf

19. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Hombro Doloroso (GATI-HD) relacionado con Factores de Riesgo en el Trabajo, Autor Institucional: Ministerio de la Protección Social Ministerio de la Protección Social Año de la publicación: 2006 Bogotá, diciembre de 2006.
20. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Alternativa (2019). Manejo de Síndrome de hombro doloroso en el Hospital del Tunal Subred Sur de Bogotá. Bogotá D.C.
21. Medina, Andrés Felipe (S, f.). Prevalencia de desórdenes músculo esqueléticos en trabajadores de una empresa de comercio de productos farmacéuticos. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n2/1692-7273-recis-16-02-203.pdf>.
22. Steven L. Bokshan, J. Mason DePasse, Adam E.M. Eltorai y colaboradores (2016) The American Journal of Medicine. Causas del dolor de hombro y cervical [129, 913-918]. Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=89946&pagina=1>
23. Sociedad Colegiada de Fisioterapia (2019) Lesiones de rodilla, Chartered Society of Physiotherapy. Recuperado de <https://www.bupasalud.com/salud/lesiones-rodilla#s%C3%ADntomas-de-las-lesiones-de-rodilla>
24. Caicedo Vega Ricardo, Piñeros Ramírez Daniel Francisco, Villamarín Galván Fernando & Castiblanco Medina Claudia. (2013) Rev. Fac. Med. Descripción epidemiológica y evaluación de los desenlaces de interés de las fracturas de platillos

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DOMICILIARIA

- tibiales, Volumen (61Número 1). [25-33]. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/39627/47329>
25. Fundación de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. (21/11/2020). Información a la comunidad. Recuperado de <http://www.sccot.org.co/index.php/2013-09-16-20-49-22/miembro-inferior/rodilla>
26. Pilonieta César (2017). Recomendaciones sobre diagnóstico, prevención y tratamiento farmacológico y no farmacológico de la osteoartritis (OA) de rodilla. Vol. 27, Núm. 2 (2017) [164-184] DOI: 10.28957/rcmfr. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.28957/rcmfr.v27n2a4>
27. Ministerio de Salud (2018) Gestión Integral Del Riesgo En Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>
28. Ministerio de Salud (2018) Gestión Integral Del Riesgo En Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>
29. Ministerio de Salud de Colombia. Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009. [Resolución 4331 de 2012].
30. Consultor Salud (2018). Nuevas Condiciones De Contratación Entre Eps E Ips. Incluye Ajuste Del Valor Por Riesgo. Recuperado de <https://consultorsalud.com/nuevas-condiciones-de-contratacion-entre-eps-e-ips-incluye-ajuste-del-valor-por-riesgo>

ESTRUCTURAR UN MODELO DE ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DOMICILIARIA

31. Ministerio de Salud de Colombia. 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 256 de 2016].