



*Propuesta de gestión para el programa de atención domiciliaria (PADOMI)
EsSalud, Chachapoyas - Amazonas 2020*

*Management proposal for the home care program (PADOMI) EsSalud,
Chachapoyas - Amazonas 2020*

*Proposta de gestão para o programa de atenção domiciliar (PADOMI) EsSalud,
Chachapoyas - Amazonas 2020*

Donald Harold Mejia Terrones ^I
donald.mejia.epg@untrm.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0003-2672-1466>

Wilfredo Amaro Cáceres ^{II}
wilfredo.amaro@untrm.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0001-6601-1835>

Correspondencia: gino.ayon@unesum.edu.ec

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 23 de septiembre de 2022 * **Aceptado:** 12 de octubre de 2022 * **Publicado:** 1 de noviembre de 2022

- I. Tesista: Médico Cirujano Egresado de la Maestría Gerencia y Gestión de los Servicios de Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Perú.
- II. Asesor: Docente asociado en la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, Perú.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo elaborar una propuesta de gestión para el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud Chachapoyas a partir de los alcances dados por el personal de salud de dicho programa. Este estudio fue con enfoque cuantitativo, con un nivel descriptivo, de tipo observacional, prospectivo transversal. En cuanto a la muestra se constituyó por 31 profesionales de la salud que laboraron en PADOMI; los datos fueron recolectados utilizando un Formulario de Cuestionario (validez: 0.89 y confiabilidad: 0.85). En los resultados se observa que del 100 % (25) de personal de salud encuestado, la mayoría consideran estar de acuerdo en desarrollar dentro de la propuesta de gestión de PADOMI las siguientes dimensiones: Organigrama estructural (77.4 %), Organigrama funcional (80.6 %), Plan anual de acción del programa (74.2 %), Indicadores locales de evaluación del programa PADOMI (80.6 %). Pese a lo encontrado, existe una proporción considerable menor al 10 % que está en desacuerdo en considerar tales dimensiones dentro de la propuesta de gestión del PADOMI. Además, existe un alto grado de correspondencia entre las 4 dimensiones propuestas y la variable gestión (mayor a 0.9 por el modelo de ecuaciones estructurales). Conclusión: la propuesta de gestión de PADOMI considera 4 dimensiones y 13 indicadores, dichas dimensiones son: D1: Organigrama estructural, D2: Organigrama funcional, D3: Plan anual de acción del programa y D4: Indicadores locales de evaluación del programa PADOMI.

Palabras Clave: propuesta de gestión; atención domiciliaria; PADOMI.

Abstract

The objective of this study was to develop a management proposal for the Home Care Program (PADOMI) of EsSalud Chachapoyas based on the scope given by the health personnel of said program. This study was with a quantitative approach, with a descriptive level, observational type, cross-sectional prospective. As for the sample, it was made up of 31 health professionals who worked at PADOMI; data was collected using a Questionnaire Form (validity: 0.89 and reliability: 0.85). The results show that of 100% (25) of the health personnel surveyed, the majority consider that they agree to develop the following dimensions within the PADOMI management proposal: Structural organization chart (77.4%), Functional organization chart (80.6%), Annual action plan of the program (74.2%), Local evaluation indicators of the PADOMI program (80.6%). Despite

what was found, there is a considerable proportion of less than 10% that disagrees with considering such dimensions within the PADOMI management proposal. In addition, there is a high degree of correspondence between the 4 proposed dimensions and the management variable (greater than 0.9 by the structural equation model). Conclusion: the PADOMI management proposal considers 4 dimensions and 13 indicators, these dimensions are: D1: Structural organization chart, D2: Functional organization chart, D3: Annual action plan of the program and D4: Local evaluation indicators of the PADOMI program.

Keywords: management proposal; home care; PADOMI.

Resumo

O objetivo deste estudo foi desenvolver uma proposta de gestão para o Programa de Atenção Domiciliar (PADOMI) da EsSalud Chachapoyas com base na abrangência dada pela equipe de saúde do referido programa. Este estudo foi de abordagem quantitativa, com nível descritivo, tipo observacional, prospectivo transversal. Quanto à amostra, foi composta por 31 profissionais de saúde que atuavam no PADOMI; os dados foram coletados por meio de um Formulário de Questionário (validade: 0,89 e confiabilidade: 0,85). Os resultados mostram que de 100% (25) dos profissionais de saúde pesquisados, a maioria considera que concorda em desenvolver as seguintes dimensões dentro da proposta de gestão do PADOMI: organograma estrutural (77,4%), organograma funcional (80,6%), plano de ação do programa (74,2%), indicadores de avaliação local do programa PADOMI (80,6%). Apesar do que foi encontrado, há uma proporção considerável de menos de 10% que discorda de considerar tais dimensões dentro da proposta de gestão do PADOMI. Além disso, há um alto grau de correspondência entre as 4 dimensões propostas e a variável de gestão (maior que 0,9 pelo modelo de equações estruturais). Conclusão: a proposta de gestão do PADOMI considera 4 dimensões e 13 indicadores, essas dimensões são: D1: Organograma estrutural, D2: Organograma funcional, D3: Plano de ação anual do programa e D4: Indicadores de avaliação local do programa PADOMI.

Palavras-chave: proposta de gestão; atendimento domiciliar; PADOMI.

Introducción

Los servicios de salud en la actualidad requieren con mayor énfasis de sistemas alternativos de atención que se focalicen en brindar una atención de calidad (eficiente y eficaz) a los pacientes,

especialmente en el sector público. Es por ello, que servicios de salud se ven obligados a mejorar e implementar diversos planes de atención considerando los cambios significativos a nivel sociodemográfico, social, y el estado por la que se encuentra la población en relación a la morbilidad y mortalidad; además de ello, las nuevas actualizaciones sobre la atención en centros hospitalarios, proponen implementar nuevas formas de atención adecuados al contexto actual, tales como la atención domiciliaria; todo ello con el objetivo de que se brinde una adecuada atención hacia el paciente (Minardi, 2001).

Frente a la atención tradicional hospitalaria y los costos que implica, la atención domiciliaria es una alternativa, cuyos alcances pueden ser de suma importancia para que el trabajo del personal de salud sea más eficiente y efectivo, sin dejar de garantizar el cuidado adecuado de los pacientes y el trabajo seguro del personal de salud, así como su trato de calidad y calidez en el hospital (León, 2015). En el origen de la atención médica, la asistencia de salud era realizada en el domicilio ya que era la única forma de atención que aseguraba una buena calidad del servicio, siendo útil la evaluación que se implemente el tipo de atención en el contexto actual (Suarez, 2012).

La atención domiciliaria (AD) fue desarrollada con la finalidad de poder dar un óptimo tratamiento a los pacientes, sin dejar de atender con calidad frente a la alta demanda de atención hospitalaria. Por ello, la OMS, en la década de los 90, explicó que la AD fue desarrollada para que se pueda dar un adecuado cuidado al paciente en su domicilio en lo que concierne a enfermedades de larga duración y crónicas (Oliveira, 2015).

En ese sentido la AD es una forma óptima para que el paciente o usuario reciba una atención permanente por el personal de salud utilizando para ello los medios disponibles tanto físicos como remotos. La AD es un tipo de atención integral y multidisciplinaria, en la que participan un conjunto de profesionales de la salud; cuyas actividades están dirigidas a cumplir con recuperar la salud física, mental y social (Suarez, 2012).

A mediados del siglo XX la AD inició en los Estados Unidos y Europa, con la finalidad de que el personal de salud brinde tratamiento complementario en el domicilio del paciente, es decir realizando la atención en un entorno más humano y confiable, permitiendo la pronta recuperación del paciente (León, 2015).

Es importante indicar que la AD se ha visto como opción útil, puesto que se puede brindar de manera rápida en el domicilio del paciente, con la finalidad de abordar diversos problemas de salud

en el paciente, dicha asistencia es realizada, siempre y cuando no exista la necesidad de hospitalización del usuario en casos graves y de complejidad (Suarez, 2012).

Para que se aplique la Atención Domiciliaria (AD) es importante que existan las condiciones y recursos necesarios para la de atención de salud en el hogar, así como el personal idóneo y especializado, con la finalidad de la atención sea un factor positivo para la recuperación del paciente. En los últimos años en Argentina, México, Colombia y Brasil, consideraron pertinente la implementación de atención domiciliaria dentro de los servicios de salud, cuyo objetivo es orientar el cuidado de los usuarios sobre su salud en un ambiente cómodo y cálido sin dejar de lado la atención médica pertinente. Por lo que, es importante que los países consideren la AD como una nueva forma de atención en salud (Parra, 2017).

Como se puede ver la atención en domicilio está siendo cada vez más implementada dentro de los sistemas de salud. De igual manera en el Perú se está implementando este tipo de atención en los establecimientos de EsSalud, por ello es importante analizar las implicancias de implementar la atención domiciliaria, así como las nuevas perspectivas que se están dando a fin de desarrollar un buen sistema de atención de pacientes en domicilio. El presente trabajo busca conocer y analizar las evidencias sobre las formas de atención domiciliaria.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente sobre las investigaciones que han encontrado a nivel mundial y local, el cual conllevó a tener un interés por desarrollar este trabajo, formulando el siguiente problema de investigación: ¿Cómo sería una propuesta de gestión para el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud, Chachapoyas - Amazonas 2020?, Asimismo, el objetivo general del estudio fue: elaborar una propuesta de gestión para el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud Chachapoyas a partir de los alcances dados por el personal de salud de dicho programa. En los posteriores capítulos de la investigación se exponen los materiales y métodos, los resultados y discusión, así como las conclusiones y recomendaciones.

Material y métodos

La investigación es de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, puesto que identificaron características de la variable en la población. De tipo prospectivo, puesto que se recolectó la información mientras los hechos fueron sucediendo y además, de tipo propositivo, puesto que se ideó una propuesta para la gestión del programa de atención domiciliaria (PADOMI) (Arias 2006).

Resultados

Tabla 1 Datos generales del personal encuestado del Programa PADOMI, Hospital EsSalud, Chachapoyas, 2020

Edad	<i>f_i</i>	%
De 28 a 40 años	17	54.8
De 41 a 50 años	9	29
De 51 a 56 años	5	16.1
Total	31	100

Sexo	<i>f_i</i>	%
Masculino	13	41.9
Femenino	18	58.1
Total	31	100

Procedencia	<i>f_i</i>	%
Amazonas	18	58.1
Lima	4	12.9
Cajamarca	2	6.5
Chiclayo	2	6.5
Otros	5	16.1
Total	31	100

Servicio en el que labora	<i>f_i</i>	%
Emergencia	10	32.3
Consultorio externo	3	9.7
Hospitalización	9	29
Cirugía	2	6.5
Otros	7	22.5
Total	31	100

Condición laboral	<i>f_i</i>	%
--------------------------	-----------------------------	----------

Nombrado	4	12.9
Contratado	27	87.1
Total	31	100

<i>Tiempo de servicio</i>	<i>fi</i>	<i>%</i>
Menor de 10 años	21	67.7
De 11 a 20 años	8	25.8
De 21 a 30 años	1	3.2
De 31 a 40 años	1	3.2
Total	31	100

<i>Especialidad</i>	<i>fi</i>	<i>%</i>
Si	13	41.9
No	18	58.1
Total	31	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2 Propuesta de dimensiones para la gestión del PADOMI. EsSalud Chachapoyas, 2020.

<i>Dimensiones</i>	<i>En desacuerdo</i>		<i>Medianamente de acuerdo</i>		<i>De acuerdo</i>	
	<i>fi</i>	<i>%</i>	<i>fi</i>	<i>%</i>	<i>fi</i>	<i>%</i>
Organigrama estructural	3	9.7	4	12.9	24	77.4
Organigrama funcional	2	6.5	4	12.9	25	80.6
Plan anual de acción del programa	2	6.5	6	19.4	23	74.2

Indicadores locales de evaluación del programa PADOMI	2	6.5	4	12.9	25	80.6
---	---	-----	---	------	----	------

Fuente: Elaboración propia a partir de los cuestionarios aplicados.

Tabla 3 Aspectos propuestos en la Organigrama estructural del PADOMI EsSalud, Chachapoyas según indicadores

Indicadores	n*	Media**	DS***
Considera que el programa debe tener un organigrama	31	2.74	0.63
Se debe formalizar una unidad de PADOMI regular	31	2.68	0.65
Se debe establecer una línea más clara en cuanto a la dependencia de la unidad de PADOMI.	31	2.68	0.65

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Tabla 4 Aspectos propuestos en la Organigrama funcional del PADOMI EsSalud, Chachapoyas según indicadores.

Indicadores	n*	Media**	DS***
Se debe contar con los flujogramas para las intervenciones del PADOMI	31	2.74	0.57
Se deben elaborar el ROF, MOF de la unidad de PADOMI.	31	2.74	0.57
Considera que debe establecerse las normas de funcionamiento del PADOMI	31	2.71	0.58

Fuente: Elaboración propia a partir de los instrumentos aplicados

Tabla 5 Aspectos propuestos en la Dimensión Plan anual de acción del PADOMI EsSalud, Chachapoyas.

Indicadores	n*	Media**	DS***
El PADOMI debe tener planes de mejora continua para fortalecer el servicio de atención en domicilio	31	2.77	0.56
El plan anual debe considerar un presupuesto regular para las intervenciones	31	2.68	0.59
Considera que el PADOMI debe tener planes anuales periódicos a nivel local	31	2.68	0.6

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento aplicado.

Tabla 6 Aspectos propuestos en la Dimensión indicadores locales de evaluación del PADOMI EsSalud, Chachapoyas.

Indicadores	n*	Media**	DS***
Considera que se deben implementar indicadores de resultado	31	2.74	0.57
Considera que se deben implementar indicadores de proceso	31	2.71	0.58
Considera que se deben implementar indicadores de impacto	31	2.71	0.58
Considera que se deben implementar indicadores de estructura	31	2.61	0.61

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento aplicado

Figura 1 Propuesta de dimensiones e indicadores para la gestión del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). EsSalud Chachapoyas, 2020.

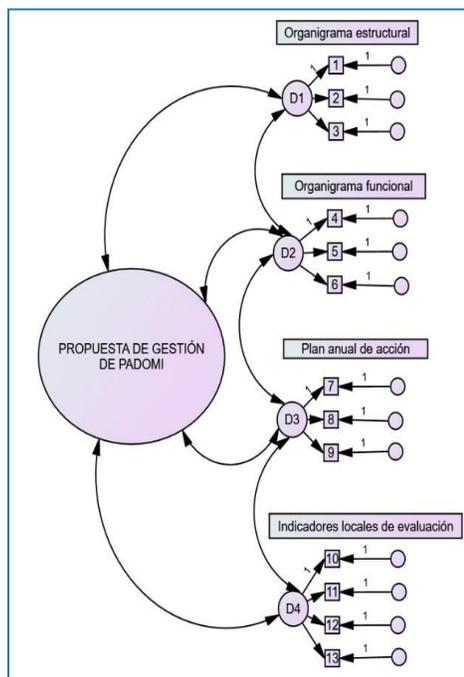


Figura 2 Correspondencia entre las dimensiones e indicadores de la propuesta de gestión del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). EsSalud Chachapoyas, 2020.

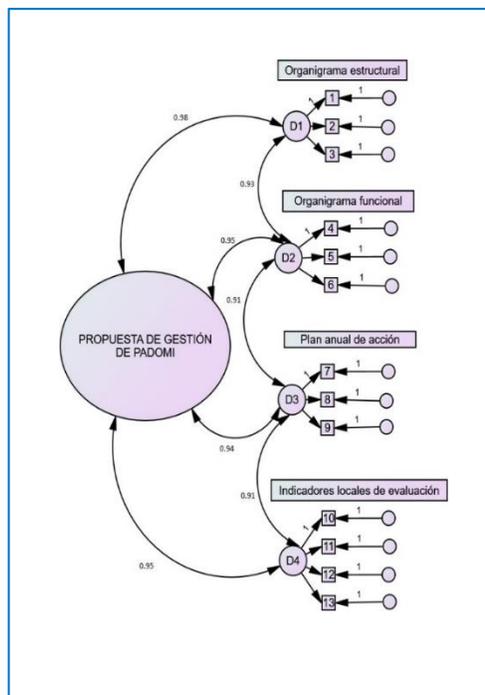
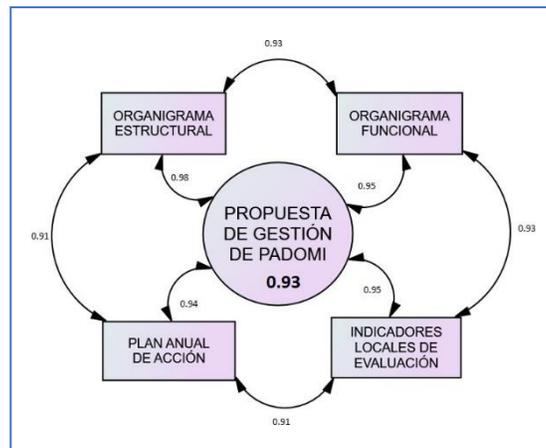


Figura 3 Correspondencia total entre las dimensiones e indicadores de la propuesta de gestión del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). EsSalud Chachapoyas, 2020.



Discusión

En cuanto a los resultados que se han obtenido en la presente investigación se apreció que la mayor cantidad del personal de salud están muy de acuerdo con las dimensiones e indicadores propuestos para la gestión de PADOMI: D1: Organigrama estructural, D2: Organigrama funcional, D3: Plan anual de acción del programa y D4: Indicadores locales de evaluación del programa PADOMI. En ese sentido, la Propuesta de Gestión del PADOMI de EsSalud cuenta con un total de 4 dimensiones y 13 indicadores, las cuales tienen un alto nivel de correspondencia entre ellas.

Al respecto se pudo encontrar pocos estudios que abordan la AD de salud por parte de los establecimientos de sanitarios, se observan importantes hallazgos. En cuanto a los antecedentes de la atención domiciliaria Miñardi et al. (2001), Parra (2017) y Ferrer et al (2015) señalan una considerable desigualdad de la atención del personal en diversos países y con una asistencia hacia usuario totalmente distintas. Pese a ello, la AD permite una adecuada atención hacia el paciente resolviendo sus problemas de salud en casa, dado que a su situación física no sería posible el traslado hacia el centro hospitalario.

Sobre los tipos de atención domiciliaria, Miñardi et al. (2001) y Vega (2011) señalan que existen diversos tipos como son; la atención primaria domiciliaria, hospitalización domiciliaria, consulta general domiciliaria, terapia continua y entrega de medicamentos, los que se pueden considerar dentro del programa y la gestión de la AD.

En cuanto a los principios AD que fundamentan la gestión y atención en los programas de este tipo, Suarez (2012), Vega (2011) y Gonzales (2001) consideran el cuidado de calidad y cuidado continuo, de acuerdo con el servicio gubernamental y de salud, por lo que, el cuidado oportuno del personal, los planes de atención protocolizada, los análisis costo beneficio en cada caso, un método adecuado y la provisión de recursos necesarios.

Respecto a los niveles de atención en domicilio, León (2010) y Ferrer et al. (2015) señalan que se da en el primer nivel (Nivel I) para pacientes independientes, en el segundo nivel (Nivel II) para pacientes semidependientes y en el tercer nivel (Nivel III) para pacientes dependientes

Según Suarez (2012) y Villota (2018) los modelos de atención en domicilio predominantes son los modelos integrados, los modelos dispensarizados y los modelos sectorizados. Asimismo, Toquero et al (2005) y Ferrer et al (2015) señalan que los diseños de organización sobre la AD se dan predominantemente en equipos de apoyo dependientes de la atención primaria, unidades de atención según especialidad y unidad de atención geriátrica. Se da énfasis a la atención geriátrica en domicilio y el control domiciliario post alta hospitalaria.

Sobre la metodología del trabajo de la atención domiciliaria, Toquero et al. (2005) y Villota et al. (2018) señalan que hay diversas metodologías como son: la atención domiciliaria con trabajo multidisciplinar, disposición de sistemas y comunicación de la atención domiciliaria, valoración integral del paciente domiciliario entre otros. En cuanto al financiamiento, Parra (2017) y Orb & Santiagos (2005) señalan que los financiamientos para los programas de AD se dan en forma de sistema contributivo y sistema subsidiado, sistema de compensación

Según Parra (2017) y Orb (2015) los programas de atención domiciliaria también tienen sistemas de regulación y control. Asimismo, existen diversos problemas evidenciados, las cuales se caracterizan por una inadecuada comunicación entre cuidador y profesional médico, sea en el alta médica o mientras se da la AD, de igual manera señalan que la atención domiciliaria está en crisis debido a la escasez de personal de salud.

Considerando los aspectos mencionados anteriormente, Bayona (2018) señala que en la actualidad son muchos los pacientes de los servicios sanitarios quienes prefieren ser atendidos en su domicilio, incluso con hospitalización. Un reto a considerar es mejorar la provisión de los servicios a en domicilio, ya que cada vez la demanda incrementa y parece que un cambio significativo para el presente siglo será la atención de pacientes en domicilio, incluida ciertos casos de hospitalización. Esta situación plantea un nuevo escenario para los sistemas de salud. En ese sentido señala que los

gestores de los servicios de sanitarios como el profesional de la salud deben prepararse para estos cambios.

En ese sentido Puchi, Paravic & Salazar (2017) indican que se deben consolidar el diseño de indicadores de atención domiciliaria. Por otro lado, Rojas (2016) enfatiza que existe una demanda importante de pacientes dependientes, por tanto, es necesario mejorar la implementación de programas de atención de salud en domicilio con los respectivos protocolos. Dentro de las atenciones deben participar las familias quienes deben asumir en parte los cuidados y atenciones de sus familiares con su discapacidad, para lo cual el personal deberá considerar métodos y recursos necesarios, así como la capacitación para los familiares.

Asimismo, Sánchez & Fuentes (2016) analiza que la atención domiciliaria hoy en día es una modalidad que puede facilitar la atención de la gran demanda de pacientes, asimismo afrontar la sobreocupación en hospitalización y la cronicidad de algunas enfermedades. Por tanto, la atención domiciliaria es una buena alternativa que se viene implementando en varios sistemas de salud siendo una alternativa costo, efectiva y confiable. Siendo necesario diseñar sistemas y estrategias que procuren desarrollar estas atenciones de manera óptima, así como la gestión de riesgos.

De igual manera Gonzalo et al. (2013) evidencia que la denominación de los servicios de atención domiciliaria va desde cuidados sencillos hasta atenciones profesionales con tecnologías sofisticadas para el diagnóstico y tratamiento. Dentro de las estrategias se consideran la incorporación de un sistema de valoración integral multidimensional, la realización de visitas de cribaje en grupos de riesgo, mantener a los profesionales de referencia en atención primaria, además utilizar sistemas de clasificación para los pacientes según prioridad de atención. Es importante realizar mejoras continuas en las estrategias de atención en domicilio en los programas dado que estos servicios están en proceso de crecimiento a nivel mundial.

Según Minardi et al. (2011) la atención domiciliaria en especial la hospitalización ha tenido diversos matices de desarrollo en los países, en algunos se ha implementado más que en otros. En algunos sistemas se han implementado diferentes modelos de gestión con la finalidad de tener una atención eficiente de los casos en domicilio. En ese sentido se deben establecer propuestas que fomentan establecer una gestión de AD reformada, segura y con eficacia. Por ello, la atención en domicilio puede significar una oportunidad para rediseñar la atención de salud hospitalaria y establecer nuevos modos de atención de menos costo y efectivas.

Otro estudio realizado por Ávila, Gonzales & Limo (2016) considera que un sistema de programación de atenciones optimiza la distribución de recurso humano, asimismo permite reducir los límites entre la oferta y demanda, mejorando las acciones de supervisión de intervenciones programadas; lo cual se traduce como un factor que brinda un cuidado integral, cálida y oportuna a domicilio

En tal sentido, según Arguedas, Asalde, Conde & Douglas (2015) deben proponerse mecanismos considerando los procesos de la secuencia de suministros, estudio integrada y modos de organización de operaciones y pronosticar el requerimiento, estimación de medicamentos necesarios en un periodo de tiempo, la entrega de medicamentos a los usuarios de atención domiciliaria. Se debe tener una calidad del servicio de atención en domicilio aplicando la demanda colaborativa como metodología de gestión.

Por otro lado, Misania (2018) evidenciaron que existe un nivel medio de calidad observada en los usuarios respecto a las atenciones que se brindan en PADOMI, asimismo existe nivel medio en los siguientes aspectos: calidad de servicio (50,7 %), Dimensión humana (67,8 %), dimensión técnica (69,2 %) y dimensión funcional (69,2 %). Se concluye que la calidad en PADOMI es de nivel medio. Finalmente, Tarco (2003) evidencia que el solo 54.5 % de las historias clínicas tienen una calidad media en la atención domiciliaria de EsSalud. Respecto al procedimiento de trabajo sobre las asistencias médicas demuestra que cumplen en un porcentaje de 5 % de los usuarios, la atención es poco oportuna por ello las prescripciones terminan siendo inapropiadas. Por lo cual Se sugiere mejorar el trabajo del PADOMI.

Los estudios citados permiten conocer alcances y perspectivas sobre los sistemas de atención domiciliaria en salud en los diversos contextos, donde aún este tipo de atención continúa siendo un reto.

Conclusiones

1. La propuesta de gestión de PADOMI considera 4 dimensiones y 13 indicadores, dichas dimensiones son: D1: Organigrama estructural, D2: Organigrama funcional, D3: Plan anual de acción del programa y D4: Indicadores locales de evaluación del programa PADOMI.
2. Existe un nivel alto de correspondencia de las 4 dimensiones propuestas con la variable propuesta de gestión de PADOMI (mayor a 0.9 por el modelo de ecuaciones estructurales), así como la correspondencia total de los indicadores y dimensiones planteadas; indicador

de que los aspectos propuestos de acuerdo a la gestión de PADOMI se encuentran vinculados con la misma.

3. En cuanto a la dimensión Organigrama estructural, el principal aspecto propuesto fue que el programa debe tener un organigrama estructural a nivel local.
4. Dentro de la dimensión Organigrama funcional, el principal aspecto propuesto fue que se debe contar con los flujogramas para las intervenciones del PADOMI.
5. Dentro de la dimensión Plan anual de acción, el principal aspecto propuesto fue que el PADOMI debe tener planes de mejora continua para fortalecer el servicio de atención en domicilio.

Dentro de la dimensión indicadores locales de evaluación, el principal aspecto propuesto fue que se deben implementar indicadores de resultado.

Referencias

1. Arguedas. J.; Asalde. C.; Conde. R. & Douglas. S. (2015). Propuesta de mejora al proceso de planificación de medicamentos de programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud. Lima. Tesis para optar el grado académico de Magister en Dirección de Operaciones y Logística. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
2. Arias F. (2006). El proyecto de Investigación. Venezuela: Editorial Episteme.
3. Ávila. P.; Gonzales. C.; & Limo. E. (2016). Diseño de procesos para el Programa De Atención Domiciliaria de EsSalud. Lima. Trabajo de Investigación presentado para optar al Grado Académico de Magister en Gestión Pública. Universidad del Pacifico.
4. Bayona. X. (2018). Propuestas para la atención domiciliaria del siglo AM. España. Revista Aten Primaria. 201 S:50
5. Chapoñan. I. (2018). Sistema de Información para la Gestión de Inventario Físico en el Almacén del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) — ESSALUD. Lima. Tesis para obtener el Título Profesional de Ingeniero de Sistemas. Universidad César Vallejo.
6. EsSalud. (2018). Norma para las prestaciones de salud de atención domiciliaria de la oferta flexible — PADOMI, en el seguro social de salud —EsSalud. Directiva de Gerencia General NO -GG-Essa1ud-201S V .02.

7. EsSalud. (2014). Manual del cuidador en el domicilio. Guías de orientación para la atención de los Adultos Mayores y pacientes dependientes en el domicilio. Lima. peni. Gerencia de Oferta Flexible. PADOMI - EsSalud.
8. Ferrer. C. & Cegri. F. (2015). La atención domiciliaria en 2015. Federación de asociaciones de enfermería y atención comunitaria.
9. Gonzales. V. (2001) Hospitalización a domicilio. España. Med Clin (Barc) 2002;11 so
10. Gonzalo. E. et al (2013). Estrategias de mejora de la Atención Domiciliaria en Andalucía. España. Servicio Andaluz de Salud. Comisión para el desarrollo de la atención enfermera en el Servicio Andaluz de Salud
11. León, J. (2015). Enfermería y asistencia Domiciliaria Programa A.E.Co. Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan.
12. Minardi. R. et al. (2011). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. España. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 10(1). 2001.
13. Misania, B. (2018). Calidad de los servicios de salud en el Programa PADOMI EsSalud Huánuco — 2018. Huánuco. Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
14. Oliveira. S. (2015). Enunciados sobre la atención domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa. Enfermería Global 39 Julio
15. Orb. A. & Santiagos, A. (2005). Breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada. Ciencia y Enfermería XI (1): 9-15.2005
16. Parra. L. (2017). La atención domiciliaria en los sistemas de salud de México. Argentina, Brasil y Colombia. Colombia. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.
17. Puchi. G. Paravic. T. & Salazar. A. (2017). Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. Colombia. Aquichan 2018: 18(2): 186-197. Doi: 10.5294/aqui.2018.18.2.6.
18. Rojas. M. (2016). Protocolo de Programa Atención Domiciliara a pacientes con dependencia CESFAM Comuna de Monte Patria. Chile. Departamento de Salud Comuna Monte Patria.
19. Sánchez. M. & Fuentes. G. (2016). Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario Colombia. Rev. CES Salud Pública. 2016: (2).
20. Suarez. M. (201 S). Atención integral a domicilio. Rev. Méd. La Paz v. I S n.2 La Paz 2012.

21. Tarco. D. (2003). Auditoria médica y calidad de la atención en el Programa de atención domiciliaria Lima. Trabajo investigación para optar el Título profesional de Especialista en Medicina Integral y Gestión en Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
22. Toquem F. & Zarco. J. (2005). Atención domiciliaria: Atención Primaria de España. Organización Médica Colegial.
23. Vega. T. (2011). Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. España. Gac Sanit.
24. Villota. I. et al. (201 S). Estudio de la atención médica a domicilio en el Hospital Carlos

© 2022 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).