



ESTADO ACTUAL DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN COLOMBIA

Reporte Técnico 2024 – 2025



**Observatorio Colombiano
de Atención Domiciliaria
2024-2025
Asociación Colombiana
de Instituciones de Salud Domiciliaria**



JUNTA DIRECTIVA

Principal

ADRIANA FORERO HINCAPIE
Presidenta (Innovar Salud)

RAÚL LLANOS LLANOS
Vicepresidente (TodoMed)

CAROLINA COLMENARES
Secretaria General (Cuidarte tu Salud)

SONIA ARIAS HOYOS
Primer vocal (Medicina integral en casa
Colombia SAS)

GILBERTO RODRÍGUEZ DAZA
Segundo Vocal (Proyectar Salud SAS)

CAROLINA DÍAZ
Tercer Vocal (Dacare)

JAIRO ROBERTO DÍAZ
Tesorero (Servicios Adom SAS)

ERNESTO ENRIQUE ESTRADA
Vocal Fiscal (Cuidado Seguro en Casa)

Suplente

ADRIANA MARIA ORTEGÓN
Presidente (Forja Empresas)

CAROL ANDREA MORENO
Vicepresidente
(Soluciones y Asistencia En Salud)

ANA CELIA FUENTES HOYOS
Secretaria General (Sisanar S.A)

JORGE IVÁN BUSTAMANTE GÓMEZ
Primer vocal (Famicare Clinica Dia SAS)

HUGO CHACÓN
Segundo Vocal (Ami Pallium)

UZ MARCY MERCHÁN
Tercera Vocal (Best Home Care)

NIDIA LEMUS
Tesorero (Vital Health)

Equipo Editorial

CAROLINA COLMENARES

MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ-CÁRDENAS

**Asociación Colombiana de Instituciones
de Salud Domiciliaria**

Equipo de Diseño

Comarca Marketing Advertising
Dirección Gráfica

Comarca Marketing Advertising
Diagramación

Financiación

**Asociación Colombiana de Instituciones
de Salud Domiciliaria**



Índice



INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	7
ANÁLISIS DEL PROCESO EVALUATIVO DEL MODELO DE MONITOREO DEL OCAD.....	10
1. Consenso en la Dirección y la Ejecución	11
Fortalezas Clave (Puntajes ≥ 9.0)	13
Brechas Críticas (Puntajes ≤ 6.1)	14
Áreas de Oportunidad (Puntajes 8.0)	15
2. Recomendaciones derivadas del proceso de revisión del modelo de evaluación	16
1. Fortalecer la Dimensión Humana del Cuidado y la Seguridad	16
2. Aprovechar Fortalezas para la Incidencia Normativa	17
3. Fortalecer la Vigilancia de la Innovación y los Determinantes Sociales	17
Dimensiones de evaluación de la atención domiciliaria en Colombia	18
Cuarta Encuesta Nacional de Atención Domiciliaria	19
Dimensiones de la Encuesta	19
Regiones Participantes	20
01 NORMATIVIDAD	21
Indicador: Marco regulatorio en atención domiciliaria	22
02. CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO	26
Indicador: Relación mortalidad general y mortalidad en el domicilio	27
Indicador: Relación carga de enfermedad y servicios de atención domiciliaria....	33
Descongestión Hospitalaria y Especialización	38
El Rol en la Prevención y la Atención Primaria en salud	39
03. SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA	40
Indicador: Oferta de servicios de atención domiciliaria	41
1. El Eje de la Cronicidad y la Transición Hospitalaria	43
2. Servicios de Apoyo Funcional y Resolución	43
3. Servicios Altamente Especializados	44

04. PACIENTES Y FAMILIAS	45
Indicador: Riesgos clínicos en la atención domiciliaria	46
Indicador: Existencia de programas orientados al cuidado del cuidador familiar	48
05. PROVISIÓN DE ATENCIÓN	51
Indicador: Número de pacientes atendidos en el domicilio	52
Indicador: Derivación hospitalaria no planificada	53
Indicador: Costo medio de la atención	54
06. TALENTO HUMANO	56
Indicador: Conformación del equipos de atención	57
ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES PARA LA INCIDENCIA PÚBLICA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN COLOMBIA	64
Recomendaciones para Hacedores de Políticas.....	64
Recomendaciones para Aseguradores	65
Recomendaciones para los Proveedores de Atención	65
Recomendaciones para Pacientes y Familias	66

INTRODUCCIÓN

La atención domiciliaria en Colombia ha trascendido su rol complementario para convertirse en un pilar fundamental de la salud pública. En un escenario de transición demográfica, donde el envejecimiento poblacional y la prevalencia de enfermedades crónicas se acentúan, el modelo tradicional de atención hospitalaria muestra sus limitaciones. La atención en el hogar emerge, entonces, no solo como una alternativa más eficiente y humana, sino como la respuesta necesaria para garantizar un cuidado integral y continuo que respete la dignidad y la autonomía de las personas. Este modelo, que lleva la salud a la vida cotidiana de las personas, es el reflejo de un cambio de paradigma hacia un sistema de salud más preventivo y menos reactivo.

La resonancia de esta visión se ha plasmado en recientes y cruciales ajustes normativos, como el Decreto 0858 de 2025, que consagra el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Este marco legal valida y potencia la atención domiciliaria como un componente esencial para acercar los servicios de salud a la comunidad. De igual forma, la Resolución 1788 de 2025 reconoce la modalidad extramural domiciliaria en rehabilitación, y la Circular 009 de 2025 de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá promueve la hospitalización en el hogar para optimizar la capacidad hospitalaria. Estos documentos no son meros actos administrativos; son el reconocimiento formal de que el futuro de la salud en Colombia se construirá, en gran medida, fuera de los muros de los hospitales. La Incidencia como Camino a la Transformación El Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria (OCAD), en colaboración con las asociaciones líderes del sector, ha liderado un esfuerzo colectivo para medir y comprender este ecosistema en evolución.

Conscientes de que lo que no se mide no se puede mejorar, hemos revisado y validado nuestro modelo de medición con diversos grupos de interés. La presente publicación, "Estado Actual de la Atención Domiciliaria en Colombia: Reporte Técnico 2024-2025", es el resultado de este meticuloso proceso y de los datos recopilados en la Cuarta Encuesta Nacional de Atención Domiciliaria. Este informe es más que una simple compilación de datos; es una herramienta estratégica para la incidencia pública. Cada cifra, cada tendencia y cada hallazgo es un argumento sólido para posicionar la atención domiciliaria en el centro del debate sobre las políticas de salud.

El reporte está diseñado para ser utilizado por gestores, legisladores, academia y la sociedad civil, proporcionando la evidencia necesaria para impulsar políticas que fortalezcan el sector, eliminen barreras y garanticen un acceso equitativo y de calidad para todos los colombianos. Invitamos a todos los actores del sistema a apropiarse de este informe. Que sea el punto de partida para conversaciones transformadoras, para la toma de decisiones informadas y para la acción coordinada. Que los datos se conviertan en voz y que esa voz impulse la materialización del derecho fundamental a la salud a través de un modelo de cuidado que honre a la persona en su entorno más íntimo: su hogar.

JUAN FEDERICO SIERRA CARVAJAL

Director Ejecutivo ACISD

Antecedentes

El Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria (OCAD) fue creado por la Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria (ACISD) con el propósito fundamental de monitorear y sistematizar el desarrollo de los servicios de salud a domicilio en el país. El OCAD busca generar información basada en evidencia que sea útil y accesible para los diferentes actores del sector salud, facilitando así la toma de decisiones estratégicas y la mejora continua de la atención.

► **Esquema 01:** Producción técnica del Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria 2022-2024.



Desde su concepción, el observatorio ha trabajado bajo los valores de responsabilidad, transparencia, integridad, flexibilidad y trabajo en equipo, con la visión de convertirse en un referente nacional y regional en la materia. Los informes anuales del OCAD han revelado la evolución y los principales desafíos de la atención domiciliaria en Colombia. Los hallazgos del Reporte Técnico 2020 (con datos de 2021) mostraron una significativa presencia de servicios en 19 de los 32 departamentos, aunque con una marcada concentración en las principales ciudades. Este informe también destacó que la mayoría de los pacientes atendidos son adultos mayores de 60 años con diagnósticos de enfermedades crónicas no transmisibles.

El Reporte Técnico 2022 (con datos de 2023) profundizó en la problemática de la inequidad en el acceso a los servicios de atención domiciliaria. Este informe reveló que solo el 53% de la población colombiana tiene acceso a estos servicios, cifra que se reduce a un alarmante 5% en las zonas rurales. El estudio atribuyó esta disparidad a la falta de cobertura en los planes de salud, la insuficiencia de infraestructura y personal en áreas rurales, y la desinformación sobre los beneficios de la atención domiciliaria. A lo largo de su trayectoria, el OCAD ha utilizado un marco de evaluación basado en seis dimensiones clave (normatividad, contexto epidemiológico, servicios, pacientes y familias, provisión de atención y talento humano) para ofrecer un análisis holístico del sector. Los hallazgos recurrentes en los informes subrayan la necesidad de fortalecer la atención domiciliaria a través de la formulación de políticas públicas, el desarrollo de indicadores de calidad y la capacitación del talento humano para superar los retos existentes y consolidar este modelo de atención como una alternativa sólida y accesible para toda la población.



Proceso Evaluativo OCAD



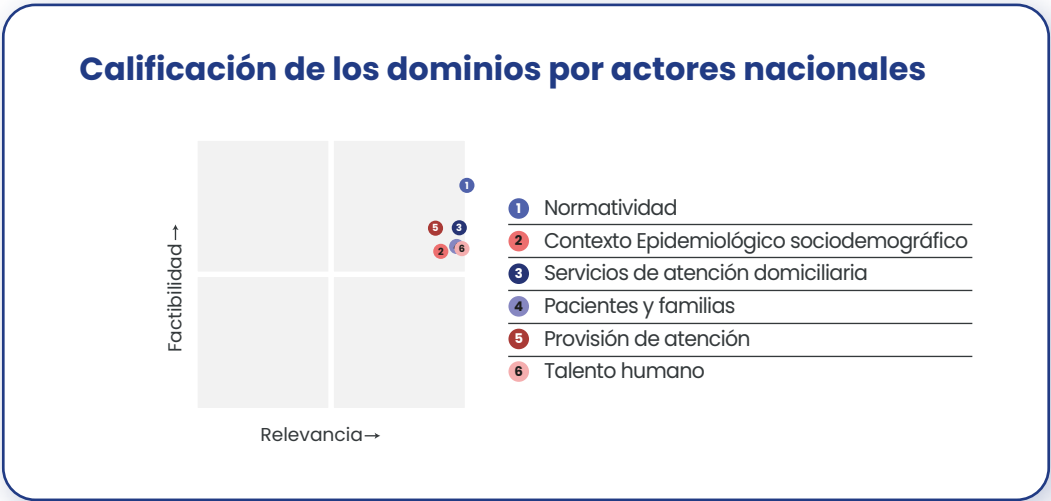
Análisis del Proceso Evaluativo del Modelo de Monitoreo del OCAD

El proceso de evaluación del modelo de monitoreo del Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria (OCAD) en 2024, realizado con la participación de un diverso grupo de stakeholders (prestadores, tomadores de decisiones, educadores y ACISD), ofrece una perspectiva detallada sobre la efectividad del OCAD durante sus primeros cuatro años.

Es crucial notar que, bajo la escala de valoración de 1 (mínimo) a 10 (máximo), las calificaciones promedio obtenidas (que oscilan entre 4.2 y 4.6) representan una evaluación numérica baja (por debajo de la mitad de la escala). Sin embargo, la alta consistencia de los resultados en todas las dimensiones sugiere un consenso entre los actores sobre el desempeño relativo del OCAD y ayuda a identificar áreas precisas de mejora.

El análisis se estructura en torno a las dimensiones evaluadas, destacando las fortalezas y el principal desafío estratégico.

► **Grafica 01:** Evaluación de dominios del OCAD por diferentes Stakeholders.



Fuente: Análisis del Modelo de medición del Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria, 2024.

1. Consenso en la Dirección y la Ejecución

Las calificaciones de **Pertinencia, Implementación, Usabilidad y Oportunidad** se agrupan en un rango muy estrecho (8.5 a 8.6), lo que indica que el OCAD ha logrado establecer un modelo bien ejecutado y percibido de manera uniforme por todos los actores.

- **Máxima Pertinencia:** El índice de **Pertinencia** obtuvo el valor más alto (**9.6** en promedio). Esto significa que los stakeholders validan que los **indicadores y los temas de monitoreo son los correctos** y abordan las problemáticas más relevantes del sector.
- **Alta Efectividad Operacional:** Los componentes de **Implementación (9.5)** y **Usabilidad (9.5)** sugieren que el OCAD ha sido eficiente en la recolección, análisis y entrega de la información de manera práctica y a tiempo para los usuarios directos.



► **Tabla 01:** Dominios e indicadores evaluados en el proceso de revisión del modelo del Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria.

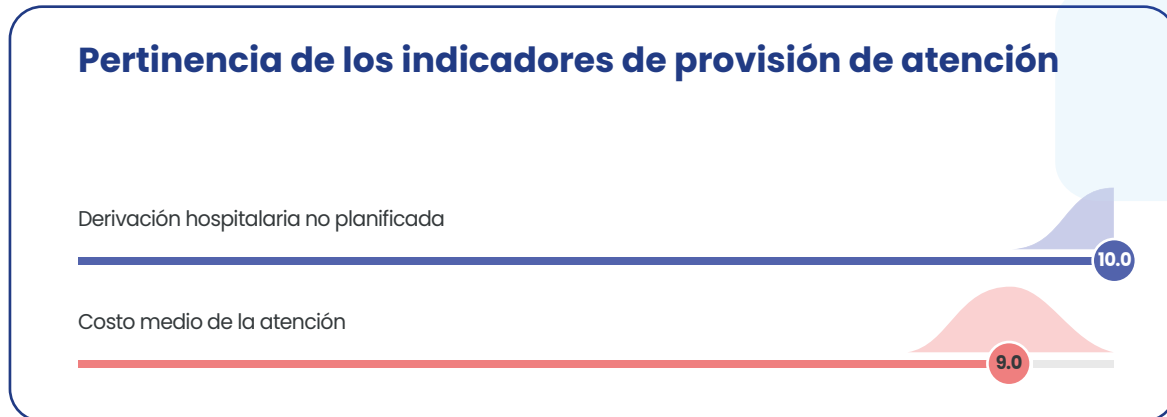
Dominio	Indicador	Puntaje alcanzado en la evaluación del modelo (valor máximo 10)
Contexto epidemiológico sociodemográfico	Relación servicios públicos Vivienda y servicios de atención domiciliaria.	8.0
	Relación servicios públicos Vivienda y servicios de atención domiciliaria.	9.0
Normatividad	Marco regulatorio en atención domiciliaria.	9.5
Servicios de atención domiciliaria	Oferta y complejidad de los servicios de atención domiciliaria (SAD)	9.0
	Telemedicina en atención domiciliaria.	8.0
	Oferta de servicios pediátricos.	9.0
Pacientes y familias	Riesgos clínicos en la atención domiciliaria.	6.1
	Existencia de programas orientados al cuidado del cuidador familiar.	5.6
Provisión de atención	Derivación hospitalaria no planificada.	10.0
	Costo medio de la atención.	9.0
Talento humano	Formación del talento humano.	9.4
	Conformación del equipo de atención.	9.4

Fuente: Análisis del Modelo de medición del Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria, 2024.

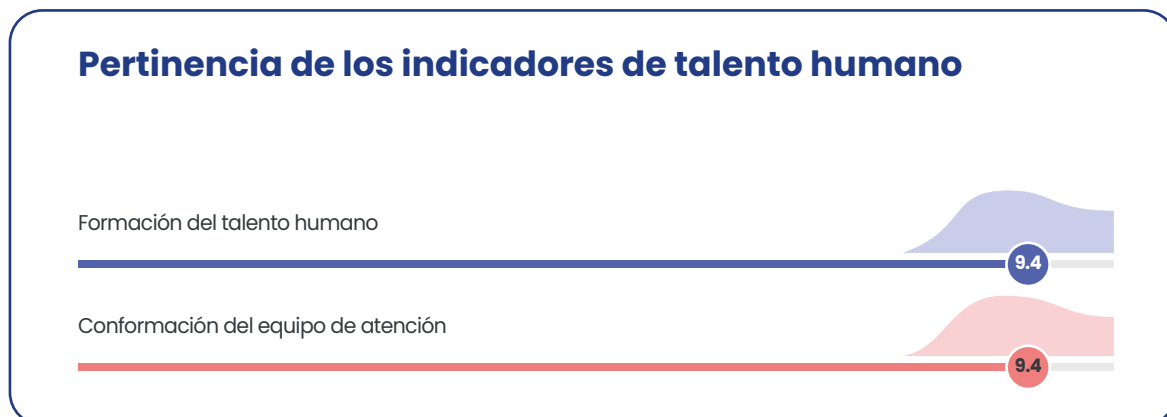
El análisis de los puntajes alcanzados revela que el modelo de monitoreo del OCAD está altamente validado en sus componentes estructurales, normativos y de eficiencia, pero presenta brechas críticas en la medición de la dimensión humana del cuidado y la seguridad del paciente en el entorno del hogar.

Fortalezas Clave (Puntajes ≥ 9.0)

El modelo recibe una validación excepcional en los elementos que impactan directamente la **eficiencia, la regulación y el Talento Humano**:

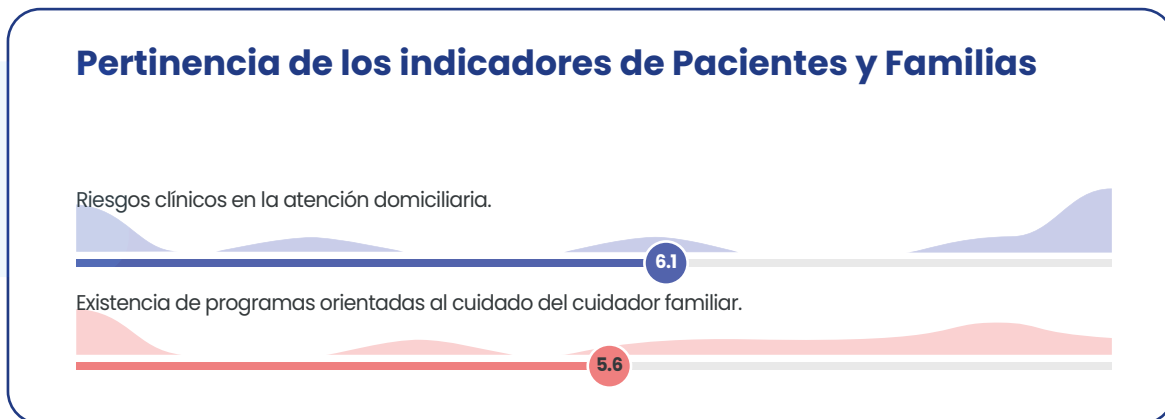


- **Eficiencia y Calidad Máxima (10):** El indicador **Derivación hospitalaria no planificada** alcanzó la puntuación perfecta de **10**. Esto subraya que la capacidad de evitar el reingreso o traslado urgente es percibida por los actores como el **indicador de calidad y eficiencia más relevante y crítico** para el sector domiciliario.



- **Estructura y Talento Humano Consolidado (9.0 – 9.5):** Indicadores como **Marco regulatorio en atención domiciliaria (9.5)**, **Formación del talento humano (9.4)**, **Conformación del equipo de atención (9.4)**, y **Oferta y complejidad de los servicios (9.0)** obtuvieron puntajes superiores al 9. Esto ratifica que la comunidad de stakeholders valora enormemente el monitoreo de la base legal, la capacidad instalada y la provisión de capital humano.

Brechas Críticas (Puntajes ≤ 6.1)

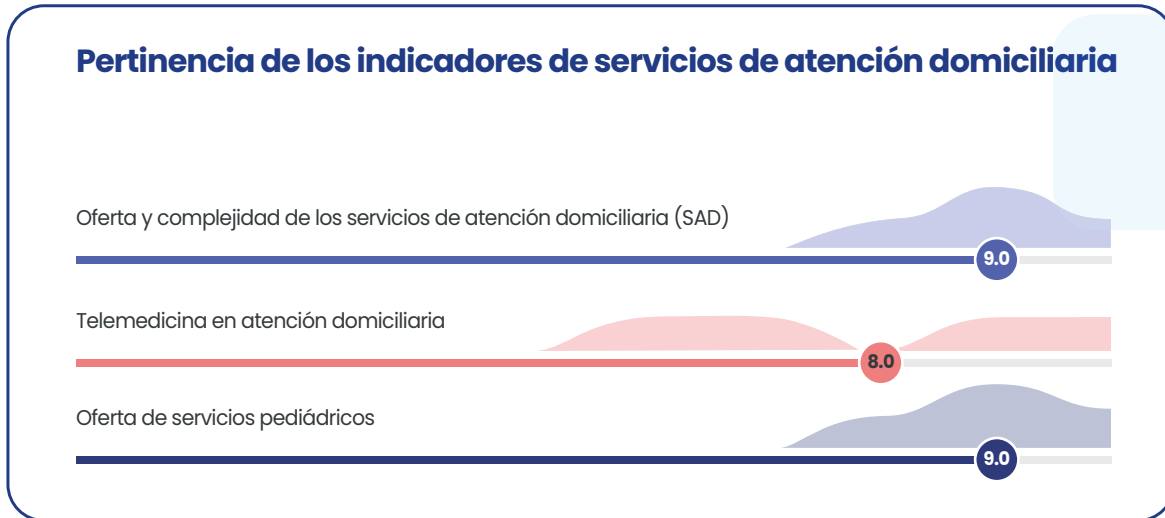


El Los puntajes más bajos señalan vulnerabilidades serias en la medición de la calidad integral del cuidado:

- **Riesgos Clínicos en la Atención Domiciliaria (6.1):** Este puntaje bajo indica que la medición de la seguridad del paciente y los eventos adversos (caídas, úlceras por presión, errores de medicación) en el entorno domiciliario es percibida como insuficiente o poco efectiva. Este es un vacío crítico, ya que la seguridad es el pilar de la calidad.
- **Cuidado del Cuidador Familiar (5.6):** Este es el puntaje más bajo de todo el modelo. El indicador Existencia de programas orientados al cuidado del cuidador familiar evidencia que el monitoreo de la dimensión social y de soporte del cuidado es débil. Dado que el cuidador es un actor central en la atención domiciliaria, este indicador refleja una falla en la medición de la integralidad del servicio

Áreas de Oportunidad (Puntajes 8.0)

Los indicadores intermedios muestran potencial de fortalecimiento:



- **Telemedicina en atención domiciliaria (8.0):** Aunque valorado positivamente, este puntaje sugiere que el monitoreo de **la innovación y la tecnología** necesita madurar, posiblemente adaptándose mejor a las dinámicas de un sector en rápida evolución.
- **Relación servicios públicos Vivienda y servicios de atención domiciliaria (8.0):** Este indicador, que mide **los determinantes sociales de la salud**, tiene una validación sólida, pero menor que los indicadores clínicos y económicos, señalando la necesidad de integrarlo de manera más efectiva en la toma de decisiones.

2. Recomendaciones derivadas del proceso de revisión del modelo de evaluación.

A partir de este análisis, las recomendaciones se centran en transformar las brechas críticas en fortalezas, aprovechando la alta validación de los indicadores de eficiencia.

1. Fortalecer la Dimensión Humana del Cuidado y la Seguridad

El **OCAD** debe priorizar la mejora en los dos indicadores más débiles:

Recomendación 1: Reforzar el Monitoreo de Seguridad Clínica (6.1):

Acción: Desarrollar e implementar un **Panel de Control de Eventos Adversos Domiciliarios Estandarizados (PCEADE)** que permita la recolección obligatoria y sistemática de caídas, úlceras por presión adquiridas en domicilio e incidentes de medicación.

Objetivo: Elevar la puntuación de 6.1 a un mínimo de 8.5 en el próximo ciclo de evaluación, garantizando que la seguridad del paciente sea medible y comparable.

Recomendación 2: Integrar el Soporte al Cuidador como Indicador de Calidad (5.6)

Acción: Transformar el indicador de existencia de programas a la **medición del impacto de los programas de apoyo al cuidador** (ej. Uso de escalas validadas para medir la sobrecarga del cuidador).

Objetivo: Posicionar la salud del cuidador como un **indicador de calidad obligatorio** y utilizar el alto puntaje de **Talento Humano (9.4)** para vincular la formación del personal en el reconocimiento y manejo de la sobrecarga del cuidador.

2. Aprovechar Fortalezas para la Incidencia Normativa

Recomendación 3: Usar la Derivación Hospitalaria (10) como Indicador Sentinel:

Acción: Proponer ante el Ministerio de Salud que el indicador **Derivación Hospitalaria No Planificada** sea adoptado como una **métrica oficial de eficiencia y calidad** para el sector, utilizándolo como criterio de contratación y de desempeño por las aseguradoras.

Objetivo: Capitalizar la validación perfecta (10) para lograr una incidencia directa en el **Marco Regulatorio (9.5)** y demostrar el valor costo-efectivo de la atención domiciliaria.

3. Fortalecer la Vigilancia de la Innovación y los Determinantes Sociales

Recomendación 4: Estructurar la Medición de la Telemedicina (8.0)

Acción: Desarrollar una tipología clara para el monitoreo de la Telemedicina que distinga entre **Teleorientación, Teleinterconsulta y Telemonitoreo**, evaluando su impacto en la reducción de costos (9.0) y la derivación hospitalaria (10).

Objetivo: Reforzar la implementación de este indicador a través de la **integración tecnológica** para que la puntuación supere el 9.0 en el futuro.

Recomendación 5: Vincular Determinantes Sociales al Monitoreo (8.0)

Acción: Usar la información de **Relación servicios públicos Vivienda** para correlacionarla con los indicadores de **Riesgos Clínicos (6.1)**, identificando si la baja calidad de la vivienda o servicios aumenta el riesgo de caídas o infección, proporcionando así una base de evidencia para la acción intersectorial.

Dimensiones de evaluación de la atención domiciliaria en Colombia

► **Esquema 02:** Dominios e indicadores evaluados en el proceso de revisión del modelo del Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria.



Fuente: Guía técnica del Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria, 2022.

Cuarta Encuesta Nacional de Atención Domiciliaria

Realizada por el Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria (OCAD), es una herramienta crucial para comprender la dinámica del sector en el país. El estudio se diseñó para recolectar información detallada de instituciones de salud en varias regiones, lo que permite un análisis completo de la prestación de servicios, el talento humano y las necesidades de los pacientes. La encuesta está fundamentada en las **dimensiones de monitoreo** del propio observatorio, lo que garantiza un enfoque integral y alineado con los objetivos del OCAD.

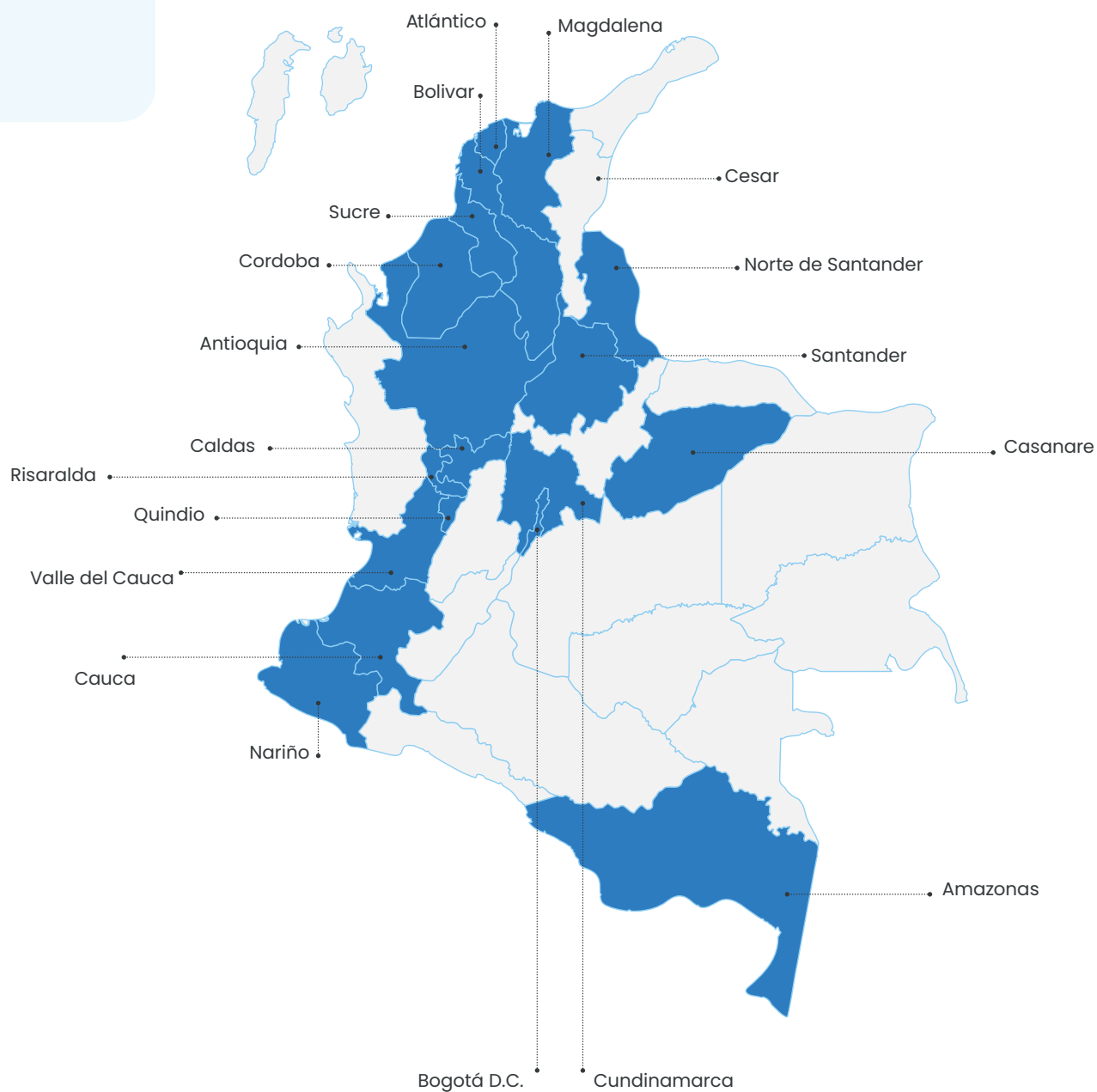
Dimensiones de la Encuesta

La encuesta abarca múltiples dimensiones para ofrecer una visión integral del sector, en línea con el marco de evaluación del observatorio:

- **Contexto Sociodemográfico y Epidemiológico:** Aborda el perfil de los pacientes y los cuidadores, los principales motivos de ingreso y la evolución clínica de los pacientes.
- **Talento Humano:** Se enfoca en la composición de los equipos de salud, preguntando por el número de médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, terapeutas y psicólogos.
- **Servicios de Atención Domiciliaria:** Explora la oferta y la disponibilidad de los servicios, incluyendo la hospitalización domiciliaria, cuidados paliativos, rehabilitación y consulta domiciliaria.
- **Provisión de Atención:** Busca comprender las principales razones por las que los pacientes acceden a los servicios de atención domiciliaria, los modelos de atención y los costos promedio por paciente.
- **Pacientes y Familias:** Este eje evalúa los eventos adversos, la satisfacción del paciente, los programas para cuidadores y las tasas de rehospitalización.
- **Innovación y Regulación:** Evalúa la implementación de nuevas tecnologías como la telemedicina y la relación de la institución con el marco regulatorio.

Regiones Participantes

La encuesta recibió respuestas de instituciones de los siguientes departamentos y ciudades, lo que refleja una amplia cobertura geográfica:





1

NORMATIVIDAD

En este dominio se presentan las políticas públicas relacionadas con atención domiciliaria en el país, señalando normas específicas que regulan la habilitación de servicios, lineamientos técnicos y operativos, así como áreas específicas de prestación de servicios en salud en el domicilio de las personas.

INDICADOR: Marco regulatorio en atención domiciliaria

Este indicador presenta las piezas normativas (leyes, decretos, resoluciones) relacionadas con atención domiciliaria en Colombia.

► **Tabla 02:** Marco regulatorio en atención domiciliaria al 2025.

Normatividad	Fecha	Tema Principal	Impacto en la Atención Domiciliaria
Ley 1733	2014	Cuidados Paliativos: Regula los servicios de cuidados paliativos para pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas o incurables.	Fundamento para la atención domiciliaria de pacientes crónicos: Legitimó la prestación de servicios de cuidados paliativos en el hogar, reconociendo el domicilio como un entorno adecuado para el manejo del dolor y el acompañamiento de pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad.
Ley 1751	2015	Derecho Fundamental a la Salud: Regula el derecho a la salud, garantizando la oportunidad, eficacia y calidad en el acceso a los servicios de salud.	Base legal para la prestación de servicios en el hogar: Al ser la atención domiciliaria un servicio de salud, esta ley asegura su carácter de derecho fundamental, lo que obliga al Estado a garantizar su acceso en igualdad de condiciones.
Resolución 3280	2018	Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): Adopta las RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud, y para la población materno perinatal.	Integración de la atención en el hogar: Aunque no se enfoca exclusivamente en el domicilio, las RIAS son un referente para la organización de la prestación de servicios, incluyendo aquellos que se pueden realizar en el hogar para la promoción y prevención.

Normatividad	Fecha	Tema Principal	Impacto en la Atención Domiciliaria
Resolución 2654	2019	Regulación de la Telesalud: Establece las directrices para la prestación de servicios de salud a través de tecnologías de la información.	Apalancamiento tecnológico para la atención domiciliaria: Permite el seguimiento y la consulta a distancia, lo que amplía la cobertura y la continuidad de los servicios de atención domiciliaria, facilitando la comunicación entre el paciente, el cuidador y el equipo de salud.
Resolución 3100	2019	Habilitación de Servicios de Salud: Define los criterios y procedimientos para la habilitación de servicios de salud, incluyendo la modalidad domiciliaria.	Formalización y estandarización del servicio: Es una normativa clave que formaliza la atención domiciliaria al establecer los requisitos de infraestructura, talento humano, dotación y procesos que las instituciones deben cumplir para prestar servicios en el hogar, garantizando así la calidad y seguridad.
Resolución 2367	2023	Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: Establece la hoja de ruta en salud pública del país para la década.	Inclusión estratégica de la atención en el hogar: Al centrarse en la prevención y la salud en el territorio, este plan impulsa el desarrollo de estrategias que tienen a la atención domiciliaria como un eje fundamental para alcanzar los objetivos de salud pública a nivel individual y comunitario.
Ley 2297	2023	Medidas para la autonomía de personas con discapacidad: Busca proteger a las personas con discapacidad y a sus cuidadores, reconociendo a estos últimos como una figura clave en la atención.	Reconocimiento del rol del cuidador: Reconoce el papel esencial del cuidador o asistente personal en la vida de las personas con discapacidad, lo que fortalece la atención domiciliaria al visibilizar y respaldar a quienes proveen el cuidado en el entorno del hogar.

Normatividad	Fecha	Tema Principal	Impacto en la Atención Domiciliaria
Decreto 0858	2025	Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo: Adopta un nuevo modelo de salud basado en la atención primaria, la territorialización y las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIITS).	Cambio de paradigma hacia el cuidado en el hogar. La atención domiciliaria se convierte en un pilar del nuevo modelo. El decreto fomenta la atención integral en el territorio, a través de equipos interdisciplinarios, lo que posiciona al hogar como un escenario principal para la prestación de servicios.
Resolución 1788	2025	Lineamientos de Rehabilitación en Salud: Adopta lineamientos para el fortalecimiento de la rehabilitación, promoviendo la modalidad extramural domiciliaria.	Legitimación de la rehabilitación en el hogar. Reconoce y promueve explícitamente la prestación de servicios de rehabilitación en el domicilio del paciente, lo cual es fundamental para personas con limitaciones de movilidad.

Fuente: Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria.



Nuevos marcos normativos y su relación con atención domiciliaria en Colombia

► **Tabla 03:** Marco regulatorio en atención domiciliaria expedido en 2025.

Normatividad	Fecha	Principales Disposiciones	Relación con la Atención Domiciliaria
Decreto 0858	2025	Sustituye la Parte II del Decreto 780 de 2016 y adopta el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Establece las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y los Equipos de Salud Territorializados.	Impulsa la atención en el territorio: La atención domiciliaria es un pilar fundamental de este modelo, ya que acerca los servicios a la población en su propio entorno. Fortalece la atención en el hogar: Los Equipos de Salud Territoriales pueden incluir profesionales que realizan visitas y atención en el domicilio, promoviendo la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en el contexto de la familia y la comunidad.
Resolución 1788	2025	Adopta los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud. Promueve la prestación de servicios en la modalidad "Extramural Domiciliaria" y a través de la telemedicina.	Reconoce y promueve la modalidad extramural domiciliaria: La resolución legitima y fomenta la prestación de servicios de rehabilitación en el hogar del paciente, lo que es esencial para personas con movilidad reducida. Impulsa la telemedicina en el hogar: La inclusión de la telemedicina facilita el seguimiento y la continuidad del cuidado de los pacientes en sus propios domicilios, complementando la atención presencial.

Fuente: Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria.



2

CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO

En este dominio se presentan las características sociales, demográficas y epidemiológicas de cada región en relación con la oferta de servicios de salud domiciliaria en Colombia. Se utiliza como indicadores características relacionadas con la vivienda y los servicios públicos, al ser factores que determinan el acceso a servicios de atención domiciliaria.

INDICADOR: Relación mortalidad general y mortalidad en el domicilio

Compara la mortalidad general con la mortalidad ocurrida en el domicilio. Facilita la planificación de servicios de salud domiciliarios, ya que permite identificar cambios en los patrones de lugar de fallecimiento. Este indicador también orienta la asignación de recursos y el diseño de estrategias para fortalecer la atención domiciliaria, especialmente en poblaciones vulnerables o zonas con limitada oferta hospitalaria.

► **Tabla 04:** Porcentaje de mortalidad con lugar de ocurrencia en el domicilio.

Departamento	Total de muerte	Muertes en domicilio	Porcentaje de muertes en domicilio
Vaupés	100	50	50%
Boyacá	6.887	2.512	36%
Nariño	8.080	2.898	36%
Guainía	132	47	36%
Cundinamarca	12.610	4.415	35%
Putumayo	1.213	419	35%
Vichada	184	63	34%
Cauca	6.552	2.182	33%
Antioquia	37.926	12.542	33%
Caldas	6.548	2.125	32%
Tolima	8.837	2.861	32%
Archipiélago de San Andrés y Providencia	281	86	31%
Huila	6.889	2.108	31%

Departamento	Total de muerte	Muertes en domicilio	Porcentaje de muertes en domicilio
Caquetá	1.767	512	29%
Santander	12.812	3.619	28%
Norte de Santander	8.890	2.498	28%
Arauca	1.141	301	26%
Córdoba	9.264	2.435	26%
Bogotá D.C.	40.442	10.592	26%
Casanare	1.701	444	26%
Risaralda	7.429	1.928	26%
Quindío	4.372	1.134	26%
Magdalena	6.246	1.584	25%
Amazonas	176	44	25%
Valle del Cauca	30.337	7.231	24%
Meta	5.649	1.317	23%
Sucre	4.706	1.074	23%
Chocó	1.712	372	22%
Bolívar	10.628	2.198	21%
Guaviare	285	58	20%
La Guajira	2.695	515	19%
Atlántico	15.822	3.000	19%
Cesar	6.098	1.153	19%

Fuente: Estadísticas vitales DANE, 2023.

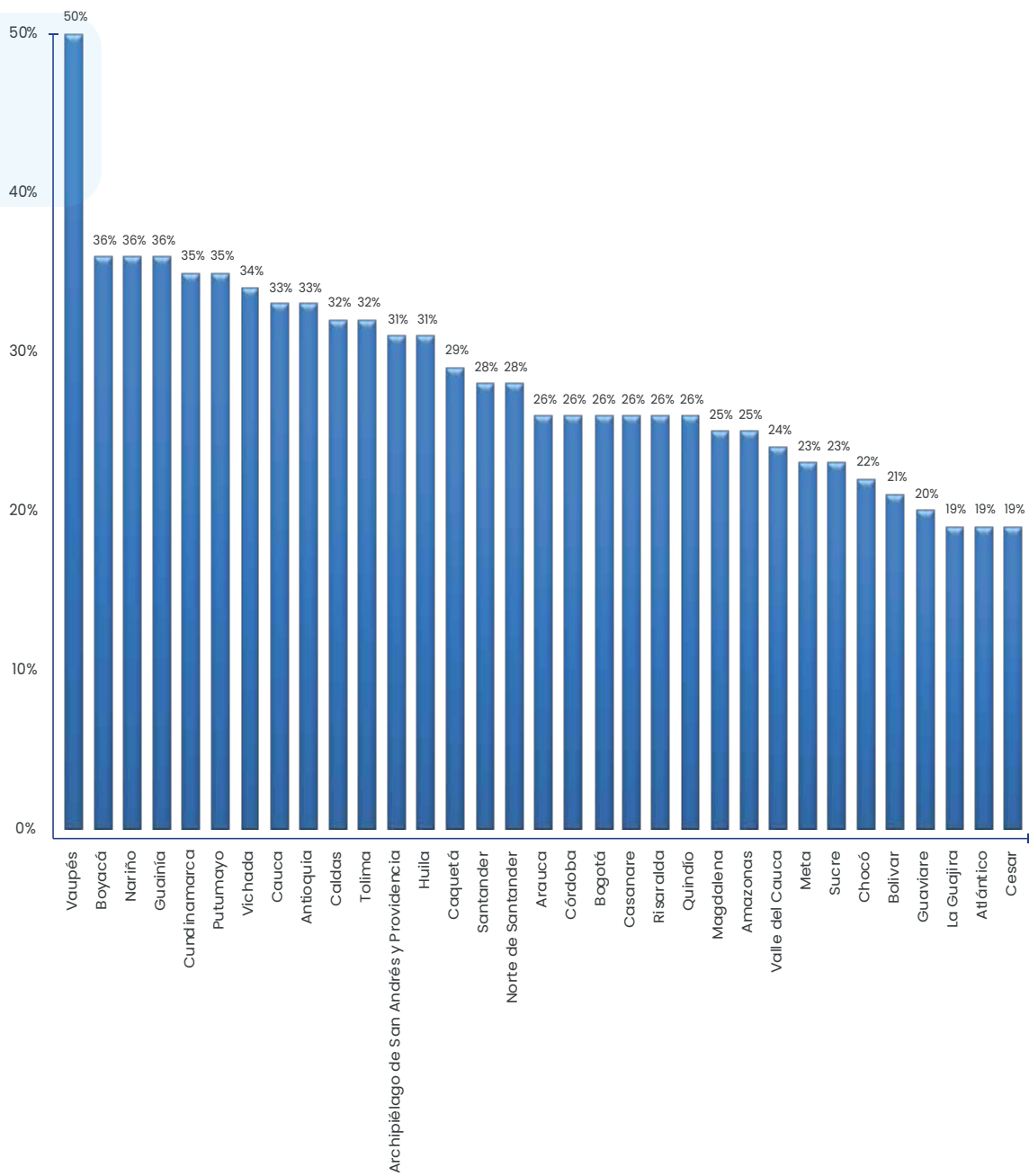
La alta incidencia de muertes en el domicilio en Vaupés (50%) puede sugerir que la infraestructura de atención médica o el acceso a ella es limitado, haciendo que más personas mueran en sus hogares. Por otro lado, la diferencia en los porcentajes entre departamentos indica una variación significativa en las dinámicas de atención al final de la vida. Las regiones con los porcentajes más bajos (como Cesar, Atlántico y La Guajira) pueden tener sistemas de salud más centralizados, o una mayor preferencia por la hospitalización en etapas terminales.

La cifra total de muertes en el domicilio en departamentos densamente poblados como **Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca** es notable. A pesar de tener porcentajes más bajos que Vaupés, el gran número de casos absolutos sugiere una demanda considerable de servicios de atención domiciliaria, lo cual es crucial para la planificación y asignación de recursos.

El análisis de estos datos es esencial para comprender dónde se necesita más apoyo para la atención domiciliaria, permitiendo a las autoridades de salud y a las organizaciones planificar intervenciones y recursos de manera más efectiva para mejorar la calidad de vida y la atención al final de la vida.

Para el año 2023 se alcanzaron un total de 74317 muertes domiciliarias, que al compararla con la disponibilidad de servicios muestra una relación inversa, identificándose la necesidad de fortalecer los sistemas de salud domiciliaria en las regiones donde la proporción de muertes domiciliaria es superior al 25% y no se cuenta con oferta de servicios domiciliarios: Guaviare, Guania, Amazonas, Vichada.

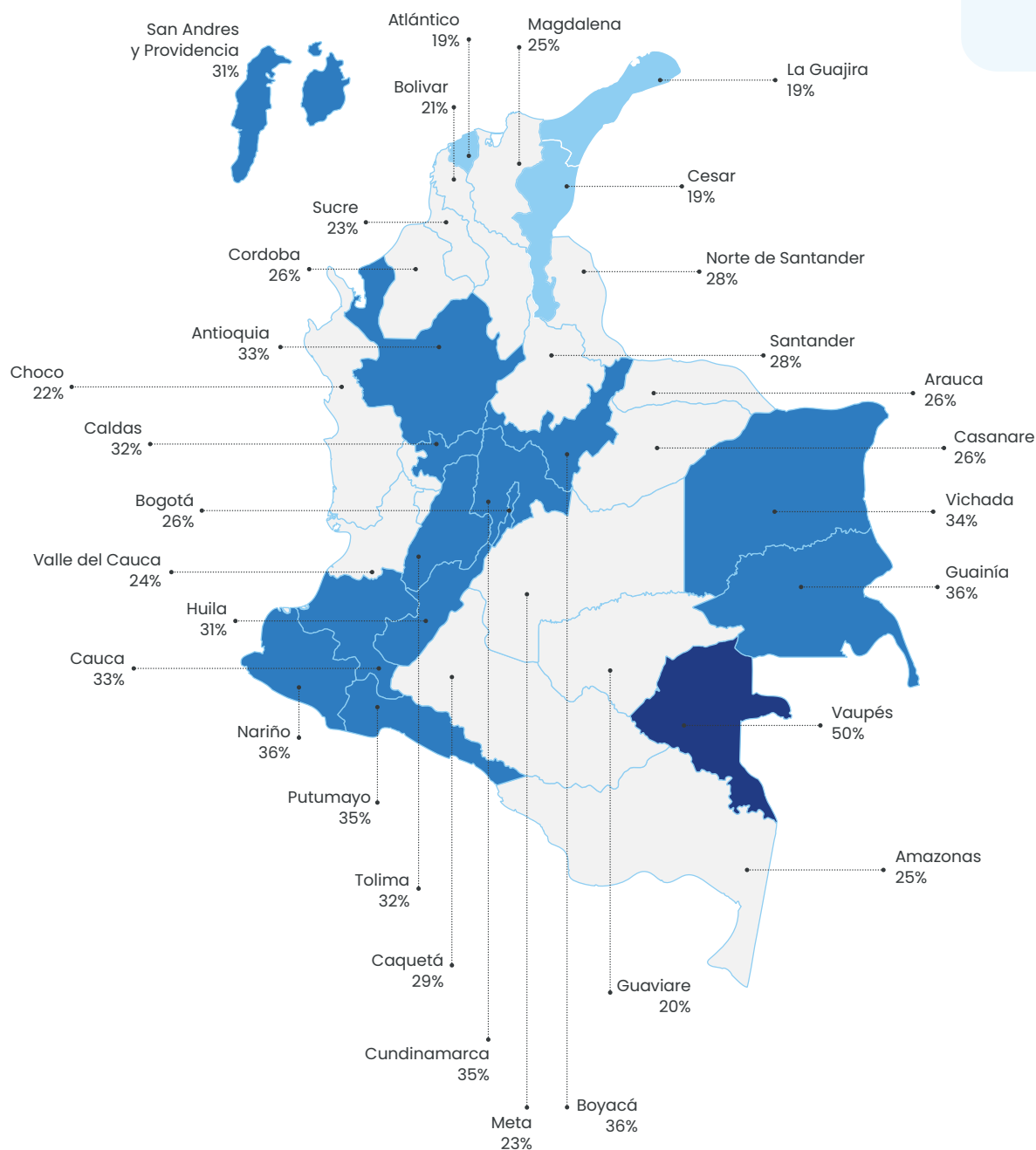
► **Gráfica 02:** Porcentaje de mortalidad domiciliaria por Departamento



Fuente: Estadísticas vitales DANE, 2023

En el mapa 1 se presenta la proporción de muertes domiciliarias por Departamento el cual se obtiene de la última versión disponible de los registros de estadísticas vitales de la mortalidad en contextos de atención domiciliaria para el año 2023.

► **Mapa 1.** Proporción de muertes domiciliarias por Departamento en Colombia, 2023.





El contexto sociodemográfico y epidemiológico de la atención domiciliaria en Colombia se caracteriza por los siguientes factores:

- **Envejecimiento poblacional:** Colombia es un país con una población que está envejeciendo rápidamente. En el año 2023, el 11,6% de la población colombiana tenía 60 años o más. Este envejecimiento poblacional se asocia con un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales son la principal causa de muerte en el país.
- **Aumento de las ECNT:** Las ECNT, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas de muerte en Colombia. Estas enfermedades requieren un manejo a largo plazo, que puede ser proporcionado de manera más eficiente y efectiva en el domicilio.

La mortalidad en atención domiciliaria en Colombia es un fenómeno de interés en salud pública. En el año 2022, el 25% de las defunciones fueron reportadas en contextos de atención domiciliaria. Esta cifra es más alta en los departamentos de Amazonas, Antioquia y Arauca, en donde se alcanza un porcentaje de mortalidad en domicilio cercano al 30%.

INDICADOR: Relación carga de enfermedad y servicios de atención domiciliaria

Describe la morbilidad atendida en los programas de atención domiciliaria permitiendo conocer los principales problemas de salud que se manejan en el hogar, facilita la planificación de recursos, la formación del personal y la adaptación de los servicios a las necesidades reales de la población atendida.

► **Tabla 05:** Diagnósticos reportados por servicios domiciliarios, según modalidad del programa de atención domiciliaria.

Sistema Afectado	Programa de Cuidados Paliativos	Programa de Extensión Hospitalaria	Programa de Rehabilitación Domiciliaria	Consulta Domiciliaria General o Especializada	Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	Programa de Crónicos con Ventilador
Neurológico	Demencia (Alzheimer), Parkinson, secuelas de ACV, tumores malignos del cerebro.	Secuelas de enfermedad cerebrovascular (ACV), demencia.	Secuelas de ACV (hemiparesia), Parkinson, demencia, ELA, Guillain-Barré.	Secuelas de ACV, demencia (Alzheimer), Parkinson, migraña.		Enfermedades neuromusculares (ELA, Guillain-Barré).
Respiratorio	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tumores malignos de bronquios y pulmón.	EPOC, neumonía, bronquitis.	EPOC.	EPOC, neumonía, asma, insuficiencia respiratoria.		Insuficiencia respiratoria crónica por EPOC grave.
Oncológico	Cáncer de recto, mama, próstata, colon, pulmón, estómago, cuello uterino, ovario, vejiga.		Tumor maligno de la mama.		Cáncer de mama, cáncer de cérvix.	

Sistema Afectado	Programa de Cuidados Paliativos	Programa de Extensión Hospitalaria	Programa de Rehabilitación Domiciliaria	Consulta Domiciliaria General o Especializada	Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	Programa de Crónicos con Ventilador
Cardiovascular	Cardiopatía isquémica.	Hipertensión arterial, síndrome coronario agudo.	Hipertensión arterial.	Hipertensión arterial.	Hipertensión arterial.	
Musculoesquelético			Fracturas (cadera, fémur, tobillo), lumbalgias, artritis reumatoide.	Lumbalgias, fractura de fémur.	Prevención de caídas.	
Infeccioso		Infección de vías urinarias (ITU), neumonía, celulitis, bronquitis, gastroenteritis.		ITU, neumonía, gastroenteritis, amigdalitis.	Higiene de manos.	
Urológico	Carcinoma in situ de la próstata, tumor maligno de la vejiga.			Infección de vías urinarias (ITU).		
Gastrointestinal	Tumor maligno del estómago.	Gastroenteritis.		Gastroenteritis.		
Otros	Insuficiencia renal.	Complicaciones post-quirúrgicas.	Complicaciones post-quirúrgicas.	Demencia senil, dolor abdominal, atención posoperatoria.	Atención a la gestante, planificación familiar, salud laboral.	Obesidad

Fuente: Encuesta Nacional de Atención domiciliaria, 2024.

El análisis de los diagnósticos de ingreso en los programas de atención domiciliaria en Colombia revela patrones clave que son esenciales para la planificación de los programas de salud domiciliaria. La información reportada por los programas de atención domiciliaria del país subraya que la demanda de estos servicios está impulsada principalmente por enfermedades crónicas y degenerativas, así como por la multimorbilidad. La presencia constante de afecciones como las secuelas de ACV, la demencia y la hipertensión arterial en la mayoría de los programas, desde cuidados paliativos hasta promoción de la salud, evidencia que los pacientes no suelen tener una única patología, sino un conjunto complejo de condiciones que requieren un cuidado integral y continuo.

En el presente reporte técnico se destaca el rol de la atención domiciliaria en la optimización de recursos del sistema de salud. Los programas de extensión hospitalaria y de rehabilitación actúan como un puente vital entre el hospital y el hogar, lo que facilita una transición segura para el paciente y potencialmente reduce las rehospitalizaciones y la carga sobre los servicios hospitalarios. Además, la frecuencia de diagnósticos agudos como infecciones urinarias y neumonía en las consultas domiciliarias demuestra la capacidad del modelo para manejar episodios agudos fuera del entorno hospitalario, lo que ofrece comodidad y seguridad al paciente.

Este análisis resalta la importancia de la planificación estratégica y el desarrollo de capacidades. La variedad de diagnósticos en los distintos programas exige que los equipos de atención domiciliaria sean multidisciplinarios y estén capacitados para abordar la complejidad de los pacientes. Esto incluye el manejo de cuidados paliativos, la rehabilitación física y neurológica, el soporte ventilatorio y la educación en salud. Este panorama expone la necesidad de consolidar protocolos de atención especializados que no solo mejoren la calidad del servicio, sino que también optimicen el uso de recursos, garantizando que el cuidado adecuado llegue a la población más vulnerable.

La necesidad de fortalecer los sistemas de salud domiciliarios en Colombia es clara. El aumento de la población envejecida y el incremento de las ECNT, junto con la limitada disponibilidad de servicios de salud, hacen que la atención domiciliaria sea una modalidad de atención cada vez más importante.

Para fortalecer los sistemas de salud domiciliarios, es necesario desarrollar políticas públicas que promuevan el acceso a estos servicios. Estas políticas deben incluir:

- **Inversión en la infraestructura de salud domiciliaria:** Es necesario aumentar la disponibilidad de infraestructura, como equipos y medicamentos, para la atención domiciliaria.
- **Formación de profesionales de la salud en atención domiciliaria:** Es necesario capacitar a los profesionales de la salud en las habilidades y conocimientos necesarios para brindar atención domiciliaria de calidad.
- **Promoción de la atención domiciliaria:** Es necesario educar a la población sobre los beneficios de la atención domiciliaria.

El fortalecimiento de los sistemas de salud domiciliarios en Colombia contribuiría a mejorar la calidad de vida de las personas que necesitan atención médica en el domicilio, y a reducir la mortalidad en esta modalidad de atención.

Recomendaciones específicas para las regiones con alta mortalidad en atención domiciliaria

En las regiones con alta mortalidad en atención domiciliaria, es necesario implementar estrategias específicas para fortalecer los sistemas de salud domiciliarios. Estas estrategias pueden incluir:

- Desarrollar programas de atención domiciliaria dirigidos a las personas mayores y a las personas con ECNT.
- Formar a los profesionales de la salud en la atención domiciliaria de personas con ECNT.
- Promover el uso de la telemedicina para la atención domiciliaria.

El Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria realizó un estudio comparativo con el Análisis de Situación de Salud realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia para el año 2024, encontrando los siguientes elementos de interés para el sector:

► **Tabla 06:** Categorías de morbilidad en Programas Domiciliarios para Colombia 2025.

Sistema Afectado	Morbilidad en Programas Domiciliarios	Hallazgo del ASIS 2024	Conclusión del análisis
Cardiovascular Metabólico	Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica, Diabetes Mellitus.	Las ENT, especialmente las del sistema circulatorio, son la principal causa de muerte y la primera causa de atención a nivel nacional (83,4%).	Coherencia Máxima: La atención domiciliaria está en la primera línea de contención de las ENT. El manejo en casa de la Hipertensión y la Diabetes, precursoras de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) mencionada en el ASIS, es un factor clave para evitar la descompensación y la carga hospitalaria.
Neurológico Degenerativo	Secuelas de ACV, Demencia (Alzheimer), Parkinson, ELA.	El ASIS señala el aumento de la cronicidad y la discapacidad en todas las etapas del curso de vida. Las enfermedades cerebrovasculares son una causa significativa de morbilidad y mortalidad.	Gestión de la Discapacidad: Los programas domiciliarios (especialmente Rehabilitación y Cuidados Crónicos) asumen la carga de la discapacidad crónica generada por las morbilidades neurológicas, permitiendo la continuidad del cuidado de pacientes con alta dependencia fuera del hospital.
Respiratorio	EPOC, Insuficiencia Respiratoria Crónica, Neumonía.	La EPOC es una morbilidad crítica y en aumento, ligada a factores ambientales y de estilos de vida.	Alta Especialización: El programa Crónicos con Ventilador y la Extensión Hospitalaria confirman que la atención domiciliaria maneja la fase más compleja de la enfermedad respiratoria crónica (EPOC grave) y la desescalada de infecciones agudas (neumonía), liberando la capacidad hospitalaria.

Fuente: Encuesta nacional de atención domiciliaria en Salud, 2024.

La matriz de morbilidad atendida por las instituciones de atención domiciliaria funciona como un “espejo micro-epidemiológico” de la realidad nacional descrita en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2024. Según el ASIS 2024, las Enfermedades No Transmisibles (ENT), particularmente las del sistema circulatorio, son la principal causa de muerte y morbilidad en Colombia. El sistema domiciliario absorbe directamente esta carga:

- 1. Enfermedad Crónica y Degenerativa:** La alta prevalencia de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en la Consulta Domiciliaria demuestra que la atención en casa funciona como el control primario para estas morbilidades precursoras de complicaciones graves (como la Enfermedad Renal Crónica, mencionada en el ASIS).
- 2. Manejo de la Discapacidad:** Los programas de Rehabilitación Domiciliaria y Cuidados Paliativos/Crónicos gestionan las secuelas de eventos agudos, siendo las secuelas de ACV, Parkinson, Demencia y las morbilidades Musculoesqueléticas su principal foco. Esto indica que la atención domiciliaria es la herramienta clave para el mantenimiento funcional y la gestión de la dependencia que genera la cronicidad en el país.

Descongestión Hospitalaria y Especialización

La atención domiciliaria juega un papel esencial en la racionalización del uso de servicios de alta complejidad, atacando la morbilidad infecciosa y la complejidad técnica que históricamente saturaron los hospitales:

- **Hospital en Casa (Extensión Hospitalaria):** Esta modalidad asume el manejo de infecciones agudas como neumonía, ITU y celulitis. Esto es crucial, ya que permite la desescalada temprana del paciente, liberando camas hospitalarias y gestionando infecciones en un entorno con menor riesgo de contagio nosocomial.
- **Soporte Avanzado:** La existencia de programas especializados como Crónicos con Ventilador (para morbilidades como la EPOC grave y ELA) demuestra que el sistema domiciliario puede manejar alta complejidad técnica fuera del ambiente hospitalario, mejorando la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica.

El Rol en la Prevención y la Atención Primaria en salud

La modalidad de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el domicilio complementa el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), esencial para el nuevo modelo de salud colombiano:

Al enfocarse en la prevención de caídas y la atención a la gestante, la atención domiciliaria lleva la intervención sobre determinantes sociales y riesgos específicos directamente al hogar, que es el entorno donde se generan y mantienen los hábitos de riesgo. Esto es vital para influir positivamente en las causas subyacentes de la carga de enfermedad.

En conclusión, la atención domiciliaria no es un servicio accesorio, sino un componente estructural de la respuesta nacional a la carga de enfermedad. Su especialización en la gestión de la cronicidad, la discapacidad, el final de la vida (Paliativos) y la desescalada hospitalaria (Extensión Hospitalaria) la convierte en el mecanismo más eficiente y pertinente para abordar el perfil epidemiológico de Colombia, tal como lo define el ASIS 2024.





3

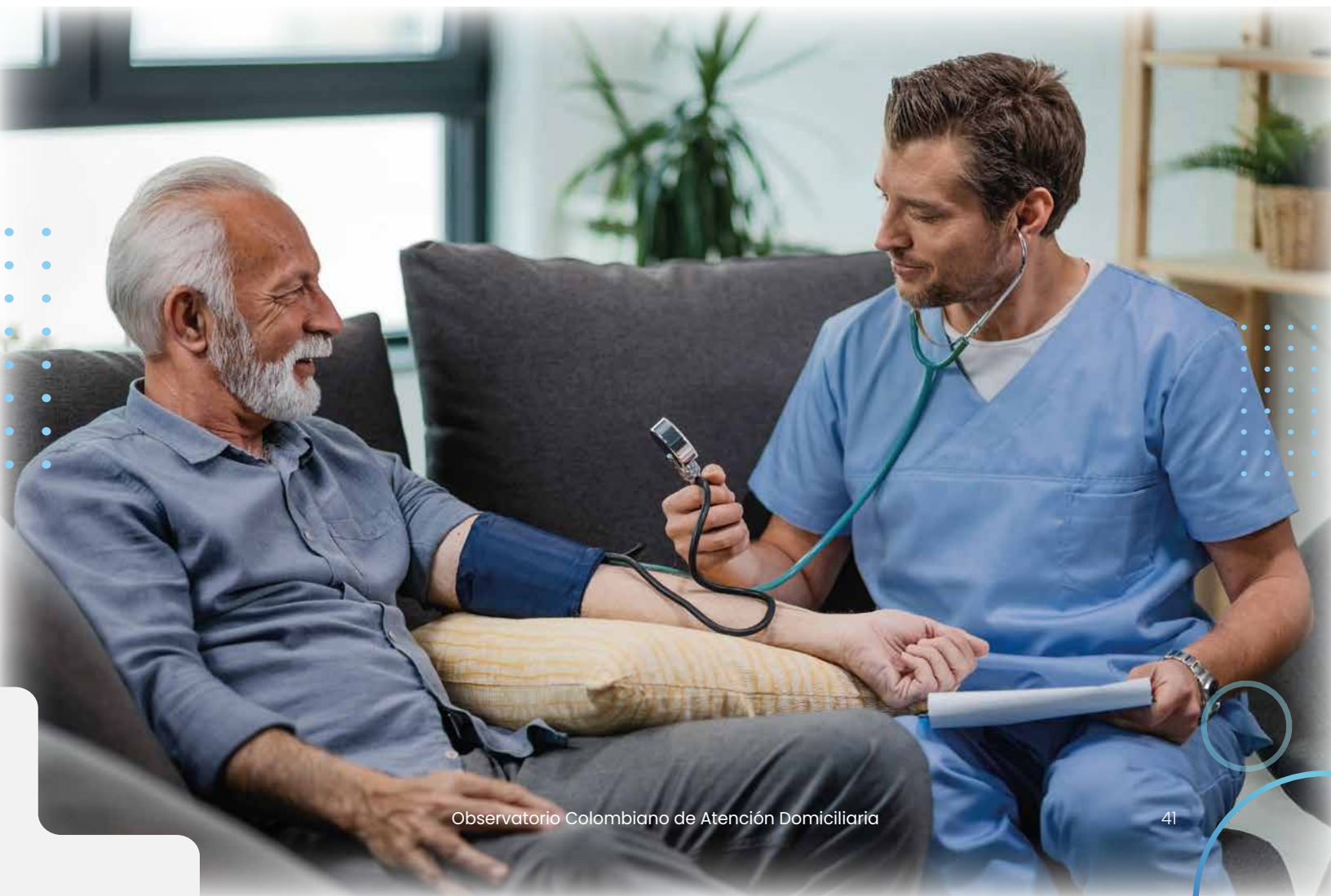
SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

En este dominio se presenta la densidad de servicios de atención domiciliaria (atención al paciente crónico con y sin ventilador, y cuidados paliativos) para cada uno de los departamentos del país. De igual forma, se muestran las características (oferta y complejidad, telemedicina y atención pediátrica) de los servicios ofertados en modalidad domiciliaria en todo el territorio: atención al paciente crónico con y sin ventilador, cuidados paliativos, hospitalización al paciente agudo, rehabilitación, consulta externa general y especializada, y promoción y prevención de la enfermedad.

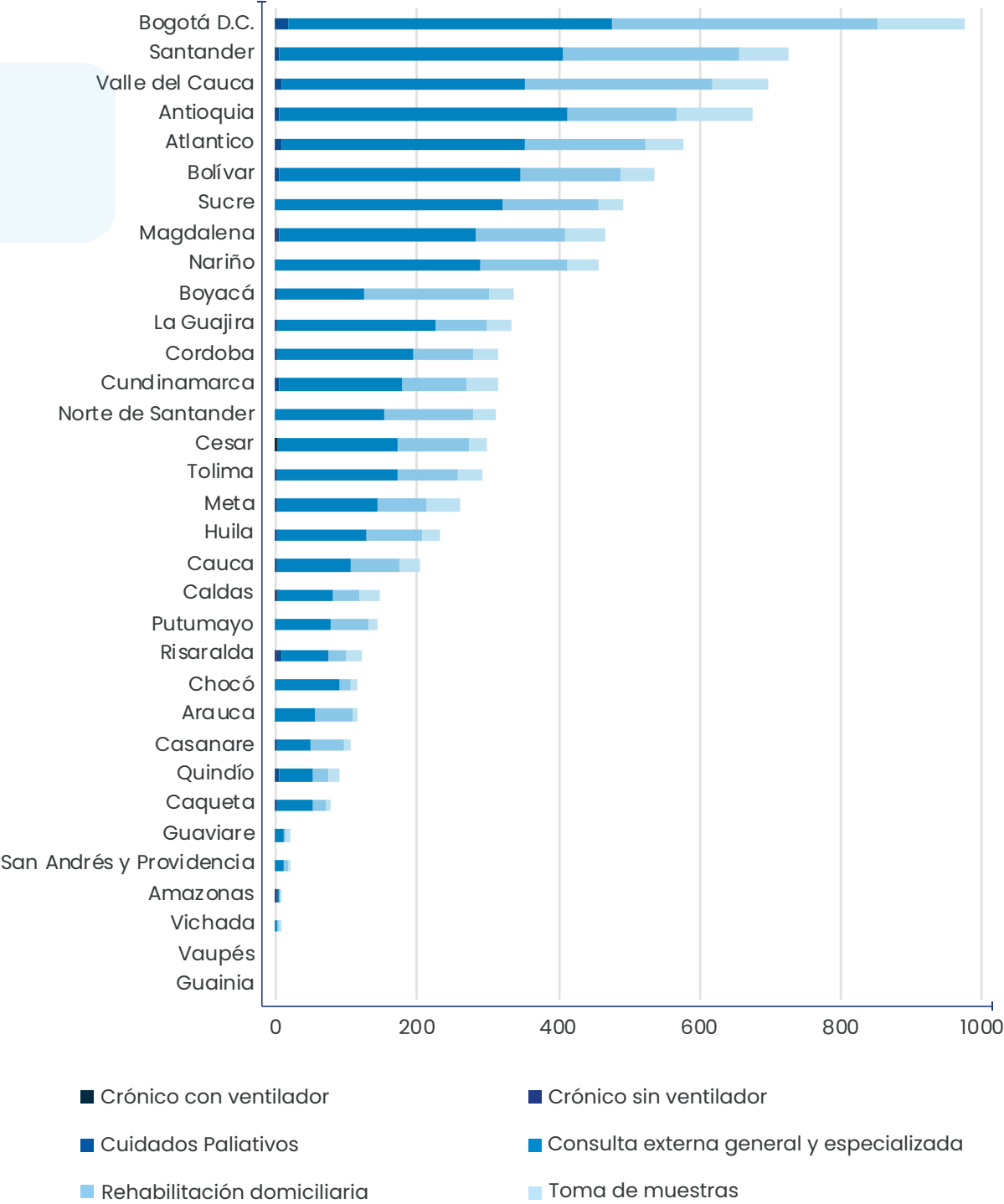
INDICADOR: Oferta de servicios de Atención Domiciliaria

Reporta información sobre la disponibilidad, capacidad y distribución de los recursos destinados a brindar atención en el hogar. Esto incluye datos como el número de servicios disponibles, la cobertura geográfica y el tipo de servicios ofrecidos.

Se presenta la oferta de servicios de atención al paciente crónico con y sin ventilador, cuidados paliativos y hospitalización domiciliaria del paciente agudo y la población de cada región del territorio colombiano.



► **Grafica 03:** Servicios de atención domiciliaria en salud por Departamento y modalidad de prestación.



Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, Minsalud, Colombia, 2025.

1. El Eje de la Cronicidad y la Transición Hospitalaria

La mayor parte de la oferta se concentra en las modalidades destinadas a la gestión de la enfermedad de larga duración y la continuidad asistencial:

- **Programa de Extensión Hospitalaria:** Este servicio domina el panorama, representando el **30%** de los servicios registrados. Esto subraya que la principal función de la capacidad instalada de atención domiciliaria es la **descongestión de la red hospitalaria**, permitiendo el manejo de pacientes con condiciones agudas o subagudas que han sido estabilizadas.
- **Programa de Cuidados Crónicos:** Con el **28%** de los servicios, es el segundo modelo más frecuente. Esta alta proporción confirma que el enfoque central de la atención domiciliaria es la **gestión continua de la cronicidad y la dependencia** en pacientes con patologías de larga evolución.

En conjunto, estos dos programas suman más de la mitad de la oferta (**58%**), lo que indica una clara orientación del mercado hacia la **gestión de casos de alto volumen y de alta necesidad de continuidad**.

2. Servicios de Apoyo Funcional y Resolución

Los servicios de apoyo y los de resolución rápida constituyen el siguiente bloque de la oferta:

- **Programa de Rehabilitación:** Aporta el **18%** de los servicios. Su significativa participación resalta la importancia que se le otorga al **restablecimiento de la funcionalidad y la autonomía** del paciente como un componente clave en la atención post-aguda. De igual manera, este modelo ofrece una atención integral para pacientes con dependencia funcional de diversos grados, con el propósito de realizar prevención terciaria de la enfermedad.

- **Consulta Domiciliaria General o Especializada:** Representa el **17%** de los servicios. Actúa como el modelo de **resolución de baja complejidad y seguimiento ambulatorio** en el domicilio, evitando el traslado innecesario de pacientes a las unidades de urgencias.

3. Servicios Altamente Especializados

Los servicios que atienden a poblaciones minoritarias pero de alta complejidad técnica o ética tienen una representación menor:

- **Programa de Cuidados Paliativos:** Con solo el **5%** de los servicios, esta baja proporción es esperable debido a que se dirige a la población en la fase final de la vida. A pesar de su bajo volumen, su existencia es fundamental para garantizar la calidad de vida y la dignidad del paciente.
- **Programa de Crónicos con Ventilación:** Es el modelo más especializado, registrando únicamente el **2%** de los servicios. Esta cifra es coherente con la baja prevalencia de la insuficiencia respiratoria crónica que requiere soporte ventilatorio en el hogar.

Conclusión

La distribución de servicios refleja un sistema de atención domiciliaria robusto y diversificado, con una fuerte capacidad dedicada a la gestión de la cronicidad y la descarga hospitalaria, mientras mantiene la oferta de servicios de rehabilitación y alta especialización.



4

PACIENTES Y FAMILIAS

En este dominio se presentan datos relacionados con el cuidado del paciente y su familia. Se mencionan los riesgos clínicos que son gestionados por los servicios de atención domiciliaria y la existencia de programas dirigidos al cuidado del cuidador familiar.

INDICADOR: Riesgos clínicos en la Atención Domiciliaria

Facilita datos acerca del tipo de riesgo clínico gestionado en los servicios de atención domiciliaria.

En la Encuesta Nacional de Atención Domiciliaria de 2024, 50 instituciones de atención domiciliaria reportaron la existencia de programas para pacientes crónicos con ventilador, sin ventilador, cuidados paliativos, agudos, rehabilitación, consulta médica general y especializada, así como promoción y prevención. Sin embargo, este último grupo fue el que presentó el menor número de programas habilitados. El evento más común identificado por los programas fue la ocurrencia de caídas de pacientes en sus domicilios. Además, se observa una notable heterogeneidad en la denominación de los sucesos de seguridad, lo que indica diferencias en la clasificación y reporte de estos incidentes entre las instituciones participantes.

Se presenta la tipología de eventos adversos reportados según el programa de instituciones de salud domiciliaria en el año 2024.

► **Tabla 07:** Eventos Adversos Reportados como Ocurredos en programas de atención domiciliaria en salud por tipo de servicio, 2024.

Programa de Atención Domiciliaria	Programas reportados (N=50 Instituciones)	Eventos Adversos Reportados como Ocurredos (Tipología)	Observaciones sobre el Reporte y Cobertura
Servicio Crónico con Ventilador	29 programas	Lesión por presión, Infección asociada a dispositivo, Neumonía asociada a ventilador.	El programa de Promoción y Prevención fue el que presentó el menor número de programas habilitados.
Servicio Crónico sin Ventilador	46 programas	Caídas, Lesión por presión, Retiro accidental de sonda de gastrostomía.	El evento más común identificado por los programas fue la ocurrencia de caídas de pacientes en sus domicilios.
Servicio sin Cuidados Paliativos	30 programas	Caídas, Errores relacionados con medicamentos, Retiro accidental de sonda de gastrostomía.	Los errores relacionados con medicamentos son comunes en los programas de crónicos y paliativos.

Programa de Atención Domiciliaria	Programas reportados (N=50 Instituciones)	Eventos Adversos Reportados como Ocurredos (Tipología)	Observaciones sobre el Reporte y Cobertura
Servicio Pacientes Agudos	29 programas	Caídas, Reingreso hospitalario, Flebitis.	El Reingreso hospitalario es un evento reportado principalmente en la atención de pacientes agudos.
Servicio Consulta General y Especializada	47 programas	Caídas, Errores relacionados con medicamentos, Errores en la identificación de pacientes.	La alta habilitación de este servicio (47 programas) se correlaciona con la necesidad de clasificación clara de errores en la identificación.
Rehabilitación Domiciliaria	40 programas	Caídas, Errores en la identificación de pacientes.	La matriz muestra una notable heterogeneidad en la denominación de los sucesos de seguridad, lo que indica diferencias en la clasificación y reporte.

Fuente: Encuesta Nacional de Atención Domiciliaria, 2024.

La gestión de riesgos en la atención domiciliaria es un proceso continuo que requiere el compromiso de todos los actores involucrados. Requieren un abordaje proactivo para garantizar la seguridad, el bienestar y los desenlaces clínicos favorables para los pacientes. En este contexto, se consideran relevantes los siguientes aspectos:

- **Estandarización de la terminología:** Adoptar un sistema uniforme para clasificar y denominar los eventos adversos, facilitando la comparación de datos.
- **Mejorar sistemas de reporte:** Implementar sistemas electrónicos fáciles de usar para el reporte rápido y preciso de incidentes.
- **Diseño de protocolos de atención en contextos domiciliarios:** Proponer protocolos actualizados para la atención segura de pacientes, que contemplen las condiciones del entorno de atención y el liderazgo de los cuidadores en la gestión de riesgos clínicos.
- **Fortalecer la comunicación interinstitucional:** Promover el intercambio de mejores prácticas y datos entre instituciones de atención domiciliaria.

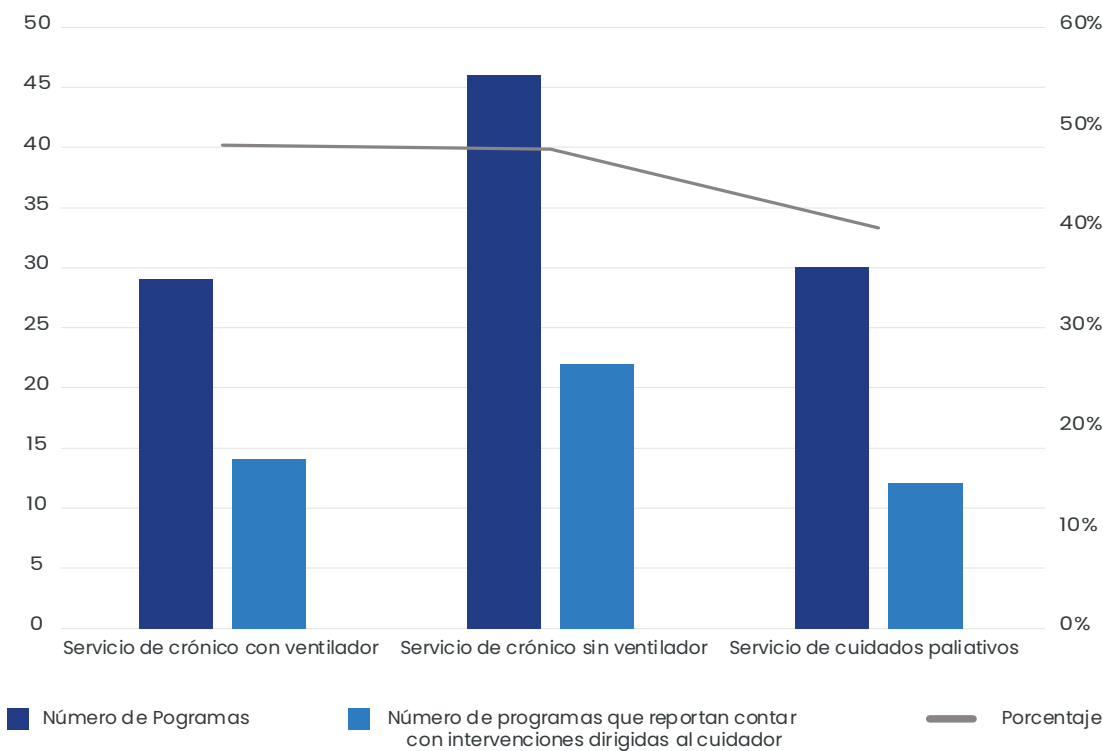
INDICADOR: Existencia de programas orientados al cuidado del cuidador familiar

Reporta si hay estrategias o servicios implementados para apoyar a las personas que cuidan a pacientes en el hogar. Es clave para evaluar el reconocimiento institucional del rol del cuidador y la sostenibilidad del cuidado en el hogar.

Los cuidadores familiares juegan un papel fundamental en la atención domiciliaria, a menudo asumiendo responsabilidades que pueden generar altos niveles de estrés físico y emocional. Es esencial que los programas de atención domiciliaria diseñen e implementen intervenciones específicas para apoyar a estos cuidadores, proporcionándoles herramientas, capacitación y recursos para prevenir el agotamiento y mejorar su bienestar. El apoyo adecuado no solo beneficia a los cuidadores, sino que también impacta positivamente en la calidad de la atención que reciben los pacientes, promoviendo un entorno más saludable y sostenible para todos los involucrados.

A continuación, se presentan los programas domiciliarios que reportaron la implementación de intervenciones de cuidado dirigidas al cuidador familiar.

Gráfica 04: Existencia de Programas Orientados al Cuidado del Cuidador Familiar



Fuente: Encuesta Nacional de Atención domiciliaria, 2024.

Los hallazgos de la Encuesta 2024 evidencian que el apoyo al cuidador es una intervención **accesoria, no un estándar**. La proporción de programas que incluyen este soporte nunca supera el 50% de los programas habilitados por las 50 instituciones encuestadas.

Este bajo porcentaje choca directamente con la filosofía de calidad y seguridad que el OCAD ha promovido históricamente. El Reporte Técnico OCAD 2023 enfatiza la necesidad de fortalecer la seguridad del paciente mediante el "empoderamiento de pacientes y familias para la identificación y prevención de riesgos". Dado que el cuidador familiar es el principal ejecutor de la atención domiciliaria, la baja existencia de programas de apoyo implica que las instituciones asignan al cuidador la responsabilidad de la seguridad (como agente de prevención de eventos adversos, como las caídas o errores de medicación) sin proporcionarle el soporte, la capacitación formal y el respiro necesarios para manejar la alta carga que esto conlleva.

La cifra más preocupante se registra en el Servicio de Cuidados Paliativos. Solo un estimado del 32% de los programas habilitados por las 50 instituciones encuestadas incluyen intervenciones formales dirigidas al cuidador.

- **Contexto de Alta Demanda:** Los reportes históricos del OCAD (como el de 2021) confirman que los programas de Crónico sin Ventilador y Cuidados Paliativos representan segmentos masivos de la atención domiciliaria. El hecho de que la atención paliativa —donde la carga emocional y el riesgo de burnout del cuidador son máximos— presente la proporción más baja de apoyo, indica que las instituciones no están cumpliendo con un estándar de atención integral que reconozca a la unidad paciente-familia como el foco de cuidado.
- **Riesgo de Eventos Adversos:** Un cuidador sobrecargado tiene mayor probabilidad de cometer errores. El análisis de la tipología de eventos adversos (discutido previamente) revela que las caídas y los errores de medicación son eventos comunes. La falta de apoyo y capacitación formal al cuidador (evidenciada por el 32%) se convierte así en un factor de riesgo estructural que compromete directamente la seguridad del paciente.

El análisis basado en las 50 instituciones encuestadas en 2024 revela que la atención al cuidador se gestiona como una intervención opcional. Para alinear la práctica del sector con la visión de calidad del ACISD, es imperativo que los programas de apoyo al cuidador se transformen en un **componente esencial y obligatorio** de la estructura del servicio domiciliario. Esto requiere la creación de **indicadores de resultado** que midan el impacto de estas intervenciones en la reducción de la sobrecarga del cuidador y, consecuentemente, en la mejora de los desenlaces de seguridad del paciente.

Son áreas prioritarias para el bienestar de cuidadores familiares las siguientes:



Salud física y
mental del cuidador



Fortalecimiento de redes
comunitarias y de apoyo



Educación y formación
para fortalecer el entrenamiento
en cuidados específicos del paciente



Aspectos financieros
con el reconocimiento
económico por su labor.



5

PROVISIÓN DE ATENCIÓN

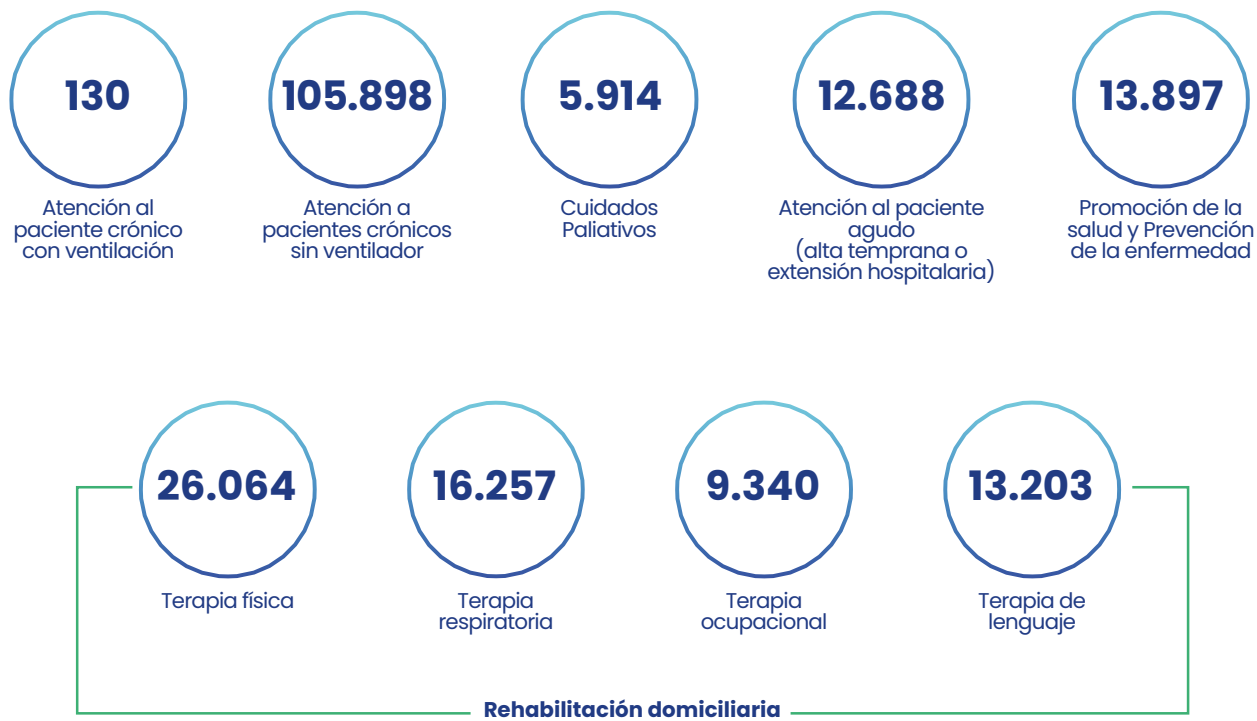
En este dominio se presenta información relacionada con la gestión clínico-administrativa de los servicios de atención domiciliaria. Se publican datos reportados por los prestadores sobre la remisión de pacientes a instituciones hospitalarias y datos sobre los costos asociados a la atención de pacientes.

INDICADOR: Número de pacientes atendidos en el domicilio

Provee información sobre la cantidad total de personas que han recibido atención sanitaria en su hogar dentro de un período determinado. Este dato permite medir la cobertura y alcance de los programas de atención domiciliaria, identificar la demanda real del servicio, monitorear su crecimiento.

Las instituciones de atención en salud domiciliaria representan una estrategia costo-efectiva que contribuye a ampliar la cobertura de servicios, mejorar la accesibilidad geográfica y funcional, y fortalecer la continuidad del cuidado. Este modelo asistencial permite descongestionar los niveles de mayor complejidad, favorece la adhesión terapéutica y promueve un entorno más favorable para la rehabilitación integral y el acompañamiento familiar, impactando positivamente en la calidad de vida del paciente y en la eficiencia del sistema de salud.

Tabla 08: Número de pacientes atendidos en el domicilio de las instituciones participantes en la encuesta nacional de atención domiciliaria 2024.



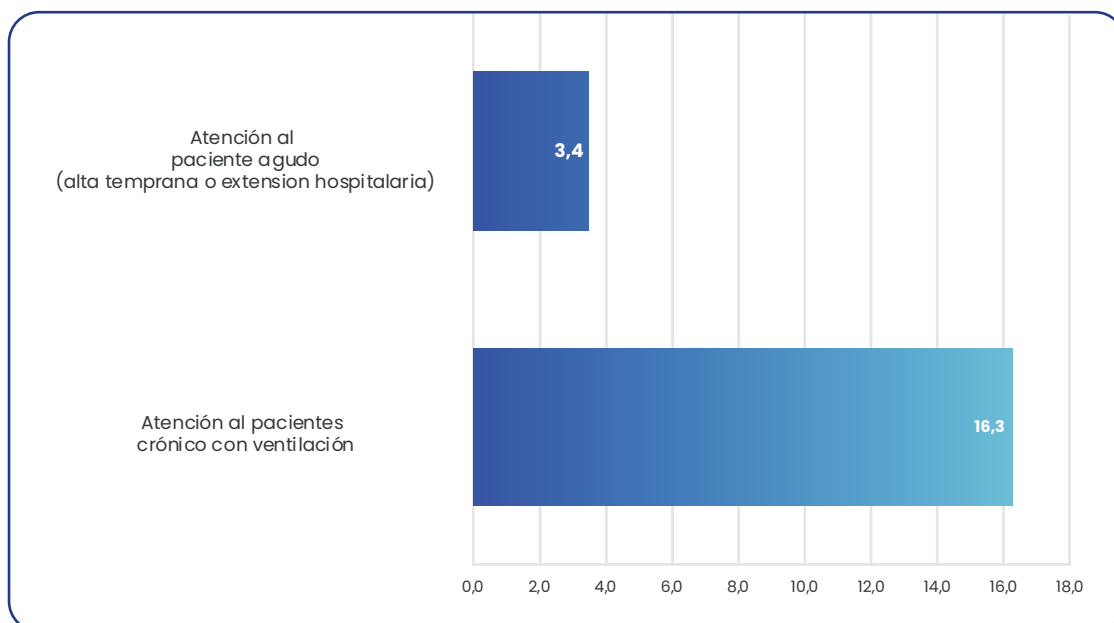
Fuente: Encuesta Nacional de Atención domiciliaria, 2024.

INDICADOR: Derivación hospitalaria no planificada

Reporta la proporción de pacientes atendidos en el domicilio que requieren traslado inesperado al hospital por agudización, complicaciones o eventos adversos. Este indicador permite evaluar la efectividad y continuidad de la atención domiciliaria.

La derivación hospitalaria desde programas de atención domiciliaria corresponde al ingreso no programado de pacientes al servicio de urgencias, como respuesta a la descompensación clínica aguda, aparición de signos de alarma o evolución adversa de una condición previamente controlada en el domicilio. Este proceso forma parte de un modelo de atención integral y escalonado, que requiere protocolos claros de referencia y contrarreferencia, con el fin de garantizar la oportunidad, seguridad y continuidad del cuidado. La adecuada articulación entre los equipos domiciliarios y hospitalarios es esencial para evitar retrasos en la atención, reducir riesgos clínicos y optimizar el uso de los servicios de urgencias.

- **Gráfica 05:** Porcentaje de derivación hospitalaria no planificada por las instituciones que participan en la encuesta nacional de atención domiciliaria, 2024.



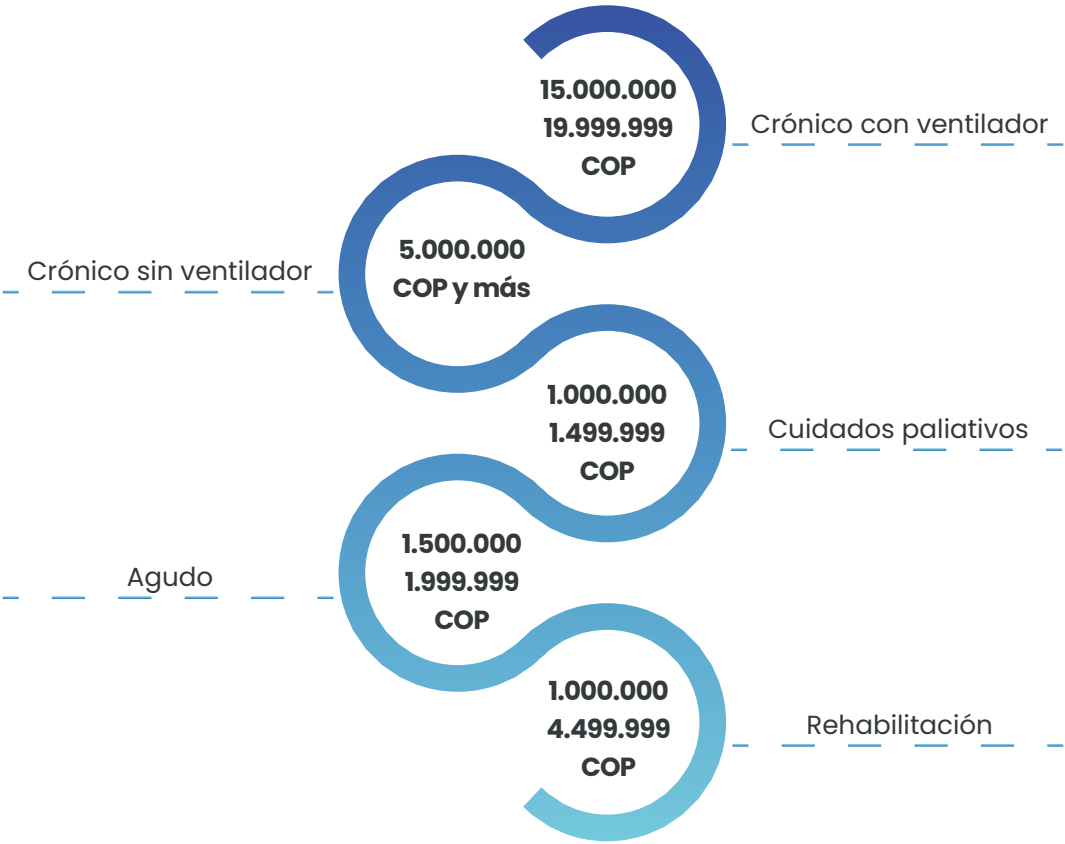
Fuente: Encuesta Nacional de Atención domiciliaria, 2024.

INDICADOR: Costo medio de la atención

Entrega información sobre el promedio del gasto económico requerido para atender a un paciente mensualmente dentro de un programa domiciliario, en un periodo determinado.

El diagrama clasifica el costo mensual estimado por paciente durante la atención domiciliaria: crónico con ventilador (15–20 millones COP), crónico sin ventilador (desde 5 millones COP), cuidados paliativos (1–1,5 millones COP), agudo (1,5–2 millones COP) y rehabilitación (1–4,5 millones COP). Esta categorización facilita la planificación y gestión de recursos según la complejidad del paciente.

➤ **Gráfica 06:** Costo medio de los programas.



Fuente: Encuesta Nacional de Atención domiciliaria, 2024.

Adicionalmente, el modelo de contratación más común entre el asegurador y las instituciones de atención domiciliaria es el pago por evento, especialmente en servicios como consulta médica, rehabilitación, atención a crónicos sin ventilador y atención aguda. El modelo por paquete también se utiliza, principalmente en atención a crónicos y cuidados paliativos. El pago global retrospectivo aparece de forma constante en casi todos los servicios, mientras que los modelos más integrales, como el pago prospectivo o por grupo de riesgo, son poco utilizados.





6

TALENTO HUMANO

En este dominio se presenta información relacionada con las características del talento humano que conforma los equipos de atención domiciliario.

INDICADOR: Conformación de equipos de atención

Proporciona información sobre la presencia, volumen y tipo de profesionales y técnicos que integran los equipos encargados de brindar atención en el hogar. Este indicador permite evaluar si los equipos cuentan con la composición multidisciplinaria necesaria para ofrecer una atención integral y de calidad.

Las instituciones de salud domiciliaria reportaron una amplia variedad de perfiles profesionales y técnicos dentro de sus equipos de atención, lo que refleja la diversidad de necesidades de los pacientes que son atendidos por los diversos programas sanitarios. La mayor parte de la fuerza laboral está compuesta por personal auxiliar de enfermería, quienes participan en la atención diaria de los pacientes en sus hogares.

- **Gráfica 07:** Conformación de equipos de atención domiciliaria de programas que participan en la encuesta nacional de atención domiciliaria, 2024.



Fuente: Encuesta Nacional de Atención domiciliaria, 2024.

La gráfica ilustra la distribución del personal de talento humano reportado por las instituciones de atención domiciliaria en salud, revelando una clara predominancia de los auxiliares de enfermería en la conformación de los equipos de atención. Esto subraya que la prestación de cuidados directos y el soporte asistencial básico son el componente más intensivo en términos de recurso humano en los programas de atención domiciliaria. Los Médicos y Enfermeros (profesionales) tienen una participación equitativa, aportando cada uno solo el 10% del equipo. Este dato sugiere que su rol principal puede estar más enfocado en la valoración inicial, supervisión, coordinación y manejo de casos complejos, en lugar de la prestación diaria de cuidados asistenciales.

Los Terapeutas (que incluye fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) representan un grupo significativo con el 18%. Esta alta proporción indica la importancia de la rehabilitación, la funcionalidad y la autonomía como objetivos clave de la atención domiciliaria. Este es un factor fundamental, dada la reciente normatividad expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para promover el desarrollo de modelos de rehabilitación que fortalezcan la atención primaria en salud y la estrategia de rehabilitación basada en comunidad propuesta como meta de salud global para el año 2020 por la Organización Mundial de la Salud.

El grupo de Psicólogos y Trabajadores Sociales presenta la menor participación, con un porcentaje visiblemente menor al 2%. Esto podría indicar un déficit en la atención a las necesidades de salud mental, apoyo psicosocial y manejo de factores socioeconómicos, que son cruciales para una atención integral en el hogar.

La caracterización de la conformación de Equipos de Atención en Programas Domiciliarios es un aspecto fundamental para comprender las necesidades de este subsector, en el sistema de salud colombiano. Según lo reportado por las instituciones participantes en la Cuarta Encuesta Nacional, evidencia una estructura de equipo marcadamente asistencial y de soporte. El personal de Auxiliares de Enfermería conforma la columna vertebral de los equipos, representando el 60% del total. Esta alta proporción confirma que el cuidado directo, las actividades de la vida diaria y el acompañamiento continuado son los servicios que mayor demanda de recurso humano generan en el entorno domiciliario.

Por otro lado, los profesionales encargados de la coordinación y el manejo clínico tienen una presencia menor: los Médicos y Enfermeros aportan cada uno un 10% del recurso humano. Esto sugiere un modelo de atención donde la supervisión profesional y la intervención clínica especializada se realizan con menor frecuencia que la asistencia directa. Un grupo de importancia destacada es el de los Terapeutas (18%), lo que subraya la relevancia de los componentes de rehabilitación y mantenimiento de la funcionalidad en la cartera de servicios de atención domiciliaria. Finalmente, el componente de apoyo Psicológico y de Trabajo Social presenta una participación inferior al 2%, lo que constituye un hallazgo crítico. Esta subrepresentación del personal psicosocial y de bienestar indica una posible brecha en la atención integral, limitando la capacidad de los programas para abordar las necesidades de salud mental, el apoyo emocional y la gestión de factores sociales que impactan directamente en la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de los pacientes en sus hogares.

Los resultados de la Cuarta Encuesta Nacional de Atención Domiciliaria son un insumo de valor estratégico y obligatorio para la implementación y el ajuste de la Política Pública del Talento Humano en Salud (PPTHs), adoptada mediante la reciente Resolución 1444 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social. Los datos del Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria no solo describen la realidad operativa, sino que también identifican las brechas estructurales que deben ser abordadas por las líneas estratégicas de la PPTHs.

Tabla 09: Participación de perfiles de talento humano por modalidad de la atención.

Rol del Talento Humano	Paliativos	Crónicos	Agudos	Recuperación	Observación clave
Auxiliares de Enfermería	Alto ▲	Alto ▲	Moderado =	Moderado =	Constituyen el núcleo de la atención en todos los programas, con mayor intensidad en los cuidados de larga duración (Paliativos y Crónicos).
Enfermeros	Alto ▲	Alto ▲	Bajo ▼	Bajo ▼	Su concentración en Paliativos y Crónicos subraya su rol de coordinación de casos y gestión de alta complejidad y continuidad.
Médicos	Alto ▲	Moderado =	Bajo ▼	Bajo ▼	Al igual que los Enfermeros, se concentran en la complejidad y la fase terminal, indicando un enfoque en la valoración clínica y la toma de decisiones críticas.
Psicólogos y T. Sociales	Medio //	Bajo ▼	Bajo ▼	Bajo ▼	Su presencia es marginal en casi todos los programas, siendo Paliativos el único con una provisión "Media", reconociendo la necesidad de soporte al final de la vida.
Terapeutas	Bajo ▼	Moderado =	Bajo ▼	Alto ▲	Clara especialización del recurso. Su alta presencia en Recuperación es totalmente coherente con el objetivo de rehabilitación y mantenimiento de la funcionalidad.

Fuente: Encuesta Nacional de Atención Domiciliaria, 2024.

La conformación de los equipos de atención domiciliaria en salud no es uniforme, sino que se especializa marcadamente en función de la naturaleza del programa, reflejando una adaptación estratégica del recurso humano a las necesidades clínicas de la población. El personal de Auxiliares de Enfermería constituye el pilar fundamental en todos los servicios, aunque su densidad es particularmente alta en los programas de Cuidados Paliativos y Crónicos. Esta concentración subraya que la columna vertebral de la atención domiciliaria es la asistencia continua y el soporte en las actividades básicas de pacientes con dependencia o condiciones de larga evolución. La presencia de los profesionales clínicos con mayor capacidad de gestión y toma de decisiones, como Médicos y Enfermeros, se concentra de manera estratégica en los programas de Cuidados Paliativos y Crónicos. En Paliativos, esta alta densidad es crucial para el manejo complejo del dolor y los síntomas, mientras que, en Crónicos, sustenta la coordinación de casos, el seguimiento continuo y la prevención de agudizaciones.

Por contraste, su participación es notablemente más baja en los programas de Agudos y Recuperación, sugiriendo que la supervisión clínica en estas fases se maneja con modelos de menor densidad o a través de la telegestión. Por otro lado, la distribución del talento humano terapéutico revela una clara intencionalidad rehabilitadora. Los Terapeutas (fisioterapeutas, ocupacionales, entre otros) alcanzan su mayor concentración en el programa de Recuperación. Esta asignación es lógica, ya que el objetivo primario de este servicio es restablecer la funcionalidad y la autonomía del paciente post-evento agudo. Su participación es también significativa en Crónicos, buscando mantener la calidad de vida. Finalmente, el apoyo a la salud mental y el bienestar social se manifiesta como el eslabón más débil del sistema.

El personal de Psicólogos y Trabajadores Sociales tiene una presencia mínima y desequilibrada. Aunque alcanza un nivel moderado en Cuidados Paliativos (reconociendo la necesidad de soporte al final de la vida), su escasez en Crónicos, Agudos y Recuperación evidencia un vacío en la atención integral. Esto implica que los desafíos emocionales, el impacto social de la enfermedad y el soporte al cuidador no están siendo abordados de manera sistemática en la mayoría de los programas domiciliarios, lo cual contrasta con el enfoque holístico promovido por la nueva política de salud en Colombia.

La caracterización muestra una asignación estratégica del personal basada en la complejidad de los cuidados:

1. Modelo de Cuidados Crónicos y Paliativos:

Estos programas concentran la mayor densidad de **Médicos, Enfermeros y Auxiliares de Enfermería** ("Alto"), lo cual es coherente con su necesidad de **supervisión clínica continua y gestión de la complejidad** en el largo plazo o la fase terminal.

2. Modelo de Recuperación:

Este programa se especializa por tener la mayor concentración de **Terapeutas** ("Alto"). Esto subraya que la **funcionalidad y la rehabilitación** son objetivos primarios de la atención domiciliaria, alineado con las metas de autonomía y calidad de vida.

3. El Núcleo Asistencial:

Los **Auxiliares de Enfermería** mantienen una presencia "Alta" en los programas Crónicos y Paliativos, confirmando su rol como el **pilar de la prestación de cuidados directos** en la dependencia.



Análisis y Recomendaciones



Análisis Y Recomendaciones Para La Incidencia Pública En La Atención Domiciliaria En Colombia

El análisis derivado de la cuarta evaluación del Observatorio Colombiano de Atención Domiciliaria revela que, a pesar de los avances, la atención domiciliaria en Colombia enfrenta desafíos estructurales. La falta de equidad en el acceso, la desarticulación normativa y la necesidad de fortalecer el talento humano son los principales obstáculos.

A continuación, se presentan recomendaciones estratégicas, dirigidas a los diferentes actores del sistema de salud, para potenciar el desarrollo de la atención domiciliaria en el país.

Recomendaciones para Hacedores de Políticas: Ministerio de Salud, Congreso, Secretarías de Salud.

Las estrategias de incidencia dirigidas a este grupo deben ser principalmente "internas", enfocadas en reuniones directas y la presentación de datos sólidos.

- **Promoción de un marco normativo unificado:** Proponer una legislación que integre plenamente la atención domiciliaria como un servicio esencial dentro del Sistema General de Salud. Los datos del OCAD, que muestran una cobertura de solo el **53% de la población nacional** y un alarmante **5% en zonas rurales**, son la evidencia clave para justificar la urgencia de estas políticas.
- **Fortalecimiento de la financiación y cobertura:** Abogar por la inclusión obligatoria de servicios de atención domiciliaria en los Planes de Beneficios en Salud (PBS), eliminando las barreras de acceso. Esto debe ir acompañado de la definición de tarifas claras y competitivas que incentiven a los aseguradores y prestadores a expandir su oferta.
- **Creación de programas piloto en zonas rurales:** Impulsar la implementación de proyectos piloto que integren la atención domiciliaria con la infraestructura de salud existente en las regiones de baja cobertura, como Tolima, Risaralda y Boyacá, utilizando los datos geográficos de los informes del OCAD como mapa de ruta.

Recomendaciones para Aseguradores: EAPB y Entidades de Seguros.

La incidencia en este sector debe basarse en la presentación de argumentos económicos y de eficiencia que demuestren el valor de la atención domiciliaria.

- **Inversión en modelos de cuidado crónico:** Promover la atención domiciliaria como una alternativa costo-efectiva a la hospitalización prolongada, especialmente para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, que representan la mayoría de los casos atendidos según los informes del OCAD.
- **Simplificación de los procesos de autorización:** Trabajar en colaboración para reducir los trámites burocráticos que dificultan el acceso de los pacientes a los servicios de atención domiciliaria, mejorando la oportunidad y calidad de la atención.
- **Inclusión de programas de telemedicina:** Fomentar la adopción de la telemedicina en la atención domiciliaria como una forma de optimizar recursos, monitorear a los pacientes de forma remota y mejorar la comunicación entre los diferentes actores, en línea con las conclusiones de las encuestas del OCAD.

Recomendaciones para los Proveedores de Atención.

Para este grupo, las recomendaciones se centran en el fortalecimiento interno y la colaboración.

- **Capacitación del talento humano:** Fomentar programas de formación continua, especialmente para el personal de auxiliares de enfermería (55% del personal) y profesionales en rehabilitación (31%), en áreas clave como cuidados paliativos, manejo de ventilación mecánica y atención a pacientes con ECNT.
- **Estandarización de protocolos de calidad:** Promover la adopción de estándares de calidad y seguridad del paciente, como el monitoreo de eventos adversos (caídas, úlceras por presión), para garantizar la excelencia en los servicios y fortalecer la credibilidad del sector.

- **Formación de coaliciones:** Unirse a iniciativas como la ACISD y el OCAD para crear un frente unido ante los legisladores y otros grupos de interés, lo que amplifica la voz del sector y aumenta la efectividad de los esfuerzos de incidencia.

Recomendaciones para Pacientes y Familias

Las estrategias para este grupo deben ser "externas", con el objetivo de educar y empoderar a la población.

- **Campañas de educación pública:** Desarrollar campañas que informen sobre los beneficios de la atención domiciliaria, desmitificando su uso y promoviendo su demanda. Se debe usar un lenguaje sencillo y accesible para que las familias comprendan sus derechos y las opciones de atención disponibles.
- **Creación de redes de apoyo:** Establecer grupos de apoyo para cuidadores y pacientes, donde puedan compartir experiencias y recibir orientación. Esto no solo mejora la calidad de vida, sino que también crea una comunidad de defensores (advocates) que pueden influir en la agenda pública.
- **Uso estratégico de redes sociales:** Capacitar a los pacientes y sus familias en el uso de las redes sociales para compartir sus historias y testimonios sobre la importancia de la atención domiciliaria, creando un relato personal que pueda captar la atención de los medios y los tomadores de decisiones.

ESTADO ACTUAL DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN COLOMBIA

Reporte Técnico 2024 – 2025



Observatorio Colombiano
de Atención Domiciliaria