
TRABAJO DE REVISIÓN

REQUISITOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DEL INGRESO EN EL HOGAR COMO FORMA DE ATENCIÓN AMBULATORIA.

Isnoel Saura de la Torre,¹ Lázaro Luis Hernández Vergel² y Martha Elena Rodríguez Brito²

RESUMEN: Se ofrece una revisión actualizada sobre los requisitos necesarios para el desarrollo del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria, donde se exponen de forma amena trece requisitos sacados de la literatura nacional y extranjera, con un total de 33 referencias bibliográficas. Esto puede servir de marco teórico para incentivar la realización de investigaciones para su desarrollo.

Descriptores DeCS: SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD A DOMICILIO; MÉDICOS DE FAMILIA; ENFERMERÍA EN SALUD COMUNITARIA.

La tendencia actual en el mundo es al desarrollo de la cirugía ambulatoria, el alta precoz, la reducción de camas y el aumento de pacientes ambulatorios todo lo cual redundará en un mejor costo—beneficio.^{1,2}

Nuestro sistema de salud no se ha apartado de esta tendencia, y es a partir de 1984 con el surgimiento de la Medicina Familiar y la formación del especialista en Medicina General Integral por iniciativa del Comandante Fidel Castro, Primer Secretario del Comité Central del PCC y Presidente del

Consejo de Estado y Ministros,³ que se siembran los pilares para el desarrollo acelerado de la atención ambulatoria.

Una de las formas de atención ambulatoria que comenzó a desarrollarse aceleradamente desde entonces fue el ingreso en el hogar, que se inició de forma experimental en el policlínico "Lawton" de la Ciudad de La Habana en 1985 y luego se extendió rápidamente a todo el país debido a las múltiples ventajas reportadas.⁴

¹ Residente de 2do año de Medicina General Integral.

² Licenciado en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud.

Constituye en la actualidad una de las estrategias de impacto seguidas por la atención primaria del país y contenida en la carpeta metodológica del Ministerio de Salud Pública⁵ (Cuba. Ministerio de Salud Pública. Balance anual del MINSAP 1995. Indicaciones generales del MINSAP para 1996. II Reunión Metodológica Nacional de directores municipales y otros dirigentes del S.N.S. I Reunión de directores de hospitales. Ciudad de La Habana: EXPOCUBA, 1996), lo que nos motivó a realizar un trabajo de revisión actualizado sobre los requisitos necesarios para poder desarrollar esta forma de atención y que pueda servir de marco teórico para estimular la realización de investigaciones.

DEFINICIÓN DE INGRESO EN EL HOGAR.

El ingreso en el hogar es la atención médica y de enfermería en el hogar a pacientes que necesiten ingreso con cuidados y seguimiento continuo cuya patología implica encamamiento, aislamiento o reposo, pero no necesariamente en un medio hospitalario.^{4,5}

REQUISITOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DEL INGRESO EN EL HOGAR.

1. Control continuo de la calidad de la atención: Es imprescindible garantizar atención de calidad para el paciente que se encuentra todo el tiempo en un medio no médico, el hogar.⁶ La calidad de la atención depende de la relación interpersonal equipo de salud/paciente, de los recursos materiales y de su componente técnico,⁷ esto hace necesario el diseño de instrumentos para medir la calidad.^{3,5,7-10}
2. Elevar el desempeño y competencia de los médicos y enfermeras de la familia en los cuidados ambulatorios: Esto es importante para las dificultades actuales que existen en la formación de los médicos y enfermeras de la familia durante el pre y postgrado, haciéndose necesario el desarrollo de programas que aborden con profundidad los cuidados ambulatorios, ya que son estos profesionales los encargados de desarrollar esta forma de atención.^{5,11-16}
3. Desarrollar una infraestructura adecuada que permita mantener el desarrollo sostenido de esta forma de atención ambulatoria: Esto garantiza los recursos, continuidad, rapidez, eficiencia y en definitiva la calidad de la atención médica.^{3,11}
4. Definir la estructura organizacional de su funcionamiento con claridad: Esto garantiza la agilización y rapidez operacional, la toma de decisiones acertadas, le da confiabilidad al proceder, se logra una adecuada comunicación entre los diferentes niveles de atención y racionalización de los recursos.^{4,6,11,17}
5. Debe existir flexibilidad en la aplicación de esta modalidad de atención: Esto permite ajustarse a las necesidades del médico y el paciente, teniendo en cuenta problemas socioeconómicos, decisiones higienicoambientales de la vivienda, tipos de enfermedades, grupos etarios, características geográficas y posibilidades de la familia de participar en el ingreso.⁴⁻⁶
6. Debe estimularse la participación familiar, social y comunitaria en esta modalidad de atención: Esta participación se convierte en un arma esencial en la promoción y prevención de salud, contribuyendo a elevar el estado de salud poblacional y permite lograr resultados hasta ahora no alcanzados en el diagnóstico, curación y rehabilitación del enfermo y su familia.^{3-7,18}

7. Buscar la forma de reducir los costos de la atención sin detrimento de la calidad de los servicios prestados: La búsqueda de formas cada vez más sofisticadas para mejorar la satisfacción del paciente sin tener en cuenta el costo-beneficio puede convertirse a la larga en un elemento frenador del desarrollo de esta modalidad de atención ambulatoria. Es necesario realizar una prestación de servicios al mínimo costo que permita obtener los mejores resultados y sin yatrogenia.^{7,19,20}
8. Elevar el nivel de conocimiento de la familia, la comunidad y la sociedad, es decir incrementar las labores de promoprevención de salud: Mientras mayor sea el nivel de conocimientos e información de la población, mayor será su capacidad para identificar sus problemas, establecer prioridades, tomar decisiones y participar en proyectos para mejorar su estado de salud.^{7,11}
9. El trabajo debe realizarse en equipo para garantizar la integralidad de la atención al enfermo y su familia: Aunque existe una jerarquización en los servicios prestados, es necesaria la cooperación de todos los miembros del equipo de salud que incluya al médico y enfermera de la familia, profesores del G.B.T, su supervisora de enfermería, trabajadora social, brigadista sanitaria y otros factores sociales, lo que garantiza el enfoque biopsicosocial del enfermo y su familia.^{3,6,11}
10. Debe garantizarse el principio de la interconsulta y el acceso a medios complementarios de estudio y tratamiento: Esto garantiza la calidad de la atención médica y le da seguridad y confianza al paciente en los servicios que se le prestan; así como contribuye a la superación científica del médico y enfermera de la familia desde el punto de vista docente.^{3-5,11,21-26}
11. Desarrollar y planificar investigaciones científicas referidas al ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria: De esta forma se contribuye a la búsqueda de las dificultades a solucionar y a resaltar los logros en una modalidad de atención, que puedan ser llevados a la práctica médica y social.^{3,7}
12. Estimular al resto de las especialidades médicas para que usen esta modalidad de atención como elemento para el desarrollo de sus servicios ambulatorios: Si el resto de las especialidades médicas ven en el ingreso en el hogar una forma ventajosa de prestación de servicios extrahospitalarios, muchos de los procedimientos que ahora requiere de hospitalización pudieran comenzar a realizarse de forma ambulatoria con seguridad y menor costo, lo que a su vez contribuiría al desarrollo y retroalimentación de esta forma de atención.^{4,6,11,21-23,27-31}
13. Normar los principios, procedimientos, metodologías y formas de monitoreo y evaluación para la implementación de esta forma de atención: Esto tiene importante repercusión en la calidad del servicio a prestar y debe tenerse en cuenta su aplicación de manera congruente; así como actualizarse éstos, conforme se obtengan resultados en el trabajo.^{3-7,11}

SUMMARY: An updated review on the necessary requisites to develop home admission as a form of ambulatory care is offered. 13 requisites taken from the national and foreign literature with a total of 33 bibliographic references are pleasantly explained. This may serve as a theoretical framework to make further investigations aimed at the development of home admission.

Subject headings: HOME CARE SERVICES; PHYSICIANS, FAMILY; COMMUNITY HEALTH NURSING.

Referencias bibliográficas

1. Roos NP, Shapino E. Using the information system to assess change: the impact of downsizing the acute sector. *Med Care* 1995;33(12 Suppl):DS 109-26.
2. Bartel JC. Revised orientation program for ambulatory care. *Nurs Manag* 1996;27(1):40-1.
3. Rodríguez J, Gerardo E, Pérez P. La atención ambulatoria. El policlínico y el médico de la familia. En: Ramos Domínguez N, Aldereguía Henriques J. Higiene social y organización de la salud pública. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1987:234-60.
4. Moya MA, Garrido E, Rodríguez Abuines J, Foyo L, Moya R. Conocimientos generales para el ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1988;4(1):72-7.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. II Reunión metodológica Nacional de Enfermería, 24-26 Abril:1997. Villa Clara:s.n.,1997.
6. Mitchell RT. Organización de un programa de cirugía ambulatoria mayor. *Clin Med Norteam* 1987;4:685.
7. Análisis del modelo de prestación de servicios de salud. *Educ Med Salud* 1992;26(3):298-425.
8. Westra BL, Cullen L, Brody B, Jump P, Geanon L, Milad E. Development of the home care client satisfaction instrument *Public Health Nurs* 1995;12(6):393-9.
9. Lindström K, Hagman A, Bengtsson C. Medical audit used for estimation of optimum level of outpatient care. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13(3):175-81.
10. McCombs J, Kosceim M, Macintosh D. Client-centered approach to develop a seating clinic satisfaction questionnaire: a qualitative study. *Am J Occup Ther* 1995;49(10):980-5.
11. Council on Scientific Affairs. Educating physicians in home health care. *J Am Med Assoc* 1991; 265(6):769-74.
12. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med* 1995;70(10):898-931.
13. Hershey CO, Reed PD, James P, Rosenthal T. Experience with community academic practice: strategies for the ambulatory education of residents. *Am J Med* 1995;99(5):530-6.
14. Steel RK, Musliner MC, Boling PA. Home care in the urban setting a challenge to medical education. *Bull NY Acad Med* 1995;72(1):87-94.
15. Schwartz MD, Linzer M, Babbott D, Divine GW, Broad WE. The impact of an ambulatory rotation on medical student interest in internal medicine. The Society of General Internal Medicine task force on career choice in Internal Medicine. *J Gen Intern Med* 1995;10(10):542-9.
16. Ushikubo M, Kawamura S, Hoshi T, Hasegawa M. Educational needs of home health care nurses. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1995;42(11):962-74.
17. Branger PJ, Oers RJ van, Wouden JC vander, Lei J vander. Laboratory services utilization: a survey of repeat investigations in ambulatory care. *Neth J Med* 1995;47(5):208-13.
18. Almagro Domínguez F. Tendencias actuales y futuras de la terapia familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;12(13):298-300.
19. Daves JE. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. *Clin Med Norteam* 1987;4:685-707.
20. Wasem J. Realization and financing of different models of home care. *Zentralbl Hyg Umweltmed* 1995;197(1-3):95-110.
21. Pristas JM, Winowich S, Nastala CJ, Gifford J, Conner EA, Borovetz HS, et al. Protocol for releasing novocor left ventricular assist system patients out of hospital. *ASAIO J* 1995;4(3):M539-43.
22. Gillis S, Dann EJ, Rund D. Selective discharge of patients with acute myeloid leukemia during chemotherapy-induced neutropenia. *Am J Hematol* 1996;5(1):26-32.
23. Cooper MJ, Brodbert JA, Molnar BG, Richardson R, Magos AL. A series of 1000 consecutive out-patient diagnostic hysteroscopies. *J Obstet Gynaecol* 1995;21(5):503-7.
24. Franken EA, Bergus GR, Koch TJ, Berbaum KS, Smith WL. Added value of radiologist consultation to family practitioners in the outpatient setting. *Radiology* 1995;197(3):759-62.
25. Thomson WH, Harding LK. Radiation protection issues associated with nuclear medicine out-patients(see comments). *Nucl Med Commun* 1995;16(11):879-92.
26. McKenna D, Niles SA. Venipuncture and adjunct to home care services for older adults. *Geriatr Nurs* 1995;16(5):208-11.
27. Gómez Candela C, Cos Blanco AI de. Home and ambulatory artificial nutrition. Enteral nutrition. *Nutr Hrp* 1995;10(5):246-51.

28. DeCos Blanco AI, Gómez Candela C. Home and Ambulatory artificial nutrition. Parenteral nutrition. *Nutr Hosp* 1995;10(5):252-7.
29. Benzer W, Bitschnau R, Simma L. Ambulatory rehabilitation after myocardial infarct in Austria. *Wienklin Wochenschr* 1995;107(24):766-70.
30. Arensberg MB, Schiller MR. Dietitians in home care: a survey of current practice. *J Am Diet Assoc* 1996;96(4):347-53.
31. Jameson J, Noord G van, Vandesnoud K. The impact of a pharmacotherapy consultation on the cost and outcome of medical therapy. *J Farm Pract* 1995;41(5):469-72.

Recibido: 21 de mayo de 1998. Aprobado: 7 de julio de 1998.

Isnoel Saura de la Torre. Residente de 2^{do} año en Medicina General Integral. Consultorio Médico 16-2. Policlínico XX Aniversario. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.