

El ingreso en el hogar como proceso de la atención primaria de salud

The home admission as a process of primary health care

Dra. C. Nidia Edenia Márquez Morales

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El ingreso en el hogar es una atención ampliamente practicada en Cuba y en otros países. En el año 1996, el Ministerio de Salud Pública de Cuba la consideró estrategia priorizada de la atención primaria de salud. Durante más de diez años se han desarrollado investigaciones en sistemas de salud en nuestro país, en las que se ha evaluado la satisfacción de ingresados y prestadores; pero también se ha realizado la evaluación de la calidad científico-técnica del proceso, y se ha demostrado que los enfermos atendidos en sus hogares, bajo el seguimiento diario de los equipos de salud, tienen menos complicaciones por infecciones sobreañadidas, que los ingresados en el hospital; por otra parte, se evita el desplazamiento de las familias lo cual reduce los gastos por concepto de transportación, se establece una mejor comunicación médico-paciente-familia-comunidad, y trae beneficios para las familias e instituciones sanitarias, razón por la cual nos hemos motivado para realizar esta investigación con el objetivo de exponer las bondades de este proceso, y la necesidad de mantenerlo y perfeccionarlo en la práctica de los profesionales de la atención primaria de salud.

Palabras clave: ingreso en el hogar, atención primaria de salud, sistema de salud.

ABSTRACT

The home admission is a type of care practiced in Cuba and in other countries. In 1996, the Public Health Ministry of Cuba considered it a priority strategy of primary health care, For more than 10 years have been developed researches into the health systems in our country where the satisfaction of those admitted and carers was assessed; but also an evaluation of the scientific-technique quality of the process was

carried out demonstrating the patients cared in their homes under a daily follow-up of the health staffs, have less complications from superadded infections than those admitted in hospital; besides, the family move, reducing the costs of transportation, a better physician-patient-family-community communication is established, reason by which we were motivated to carried out the present research to expose the goodness of this process and the need to maintain and to improve it in the practice of the physicians of primary health care.

Key words: the home admission, primary health care, health systems.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud (APS) es la solución contemporánea más efectiva, factible y racional para elevar el estado de salud de la población. Los planteamientos de Alma Ata en 1978, constituyeron una fuerza colegiada entre gobiernos y especialistas de salud, que no todos asimilaron por igual, y hoy en el siglo XXI, sobre todo los países más pobres, siguen careciendo de un espacio comunitario que atienda su salud, les cuide, les eduque, o les prevenga sobre daños.¹

Es definida como "el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, lo que aproxima la asistencia sanitaria lo más posible, a donde la población vive y trabaja, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria; aunque en el momento actual se habla de una estrategia".²

El Sistema de Salud de Cuba, coloca en su justo sitio la APS, y sobre esta, sustenta los principales programas, en función de mejorar el estado de salud de la población. Independientemente de las dificultades económicas sostenidas y agudizadas por momentos, los indicadores básicos de salud de Cuba son comparables con los de países desarrollados, en cuanto al elevado nivel de vida.

El desarrollo de las prestaciones que se ejecutan en la APS, constituye un imperativo necesario y permanente; por tanto, el componente evaluativo cobra extraordinaria actualidad y necesidad.

Las formas de control de la calidad asistencial se han transformado con el tiempo, en la etapa de la revolución industrial, existió la tendencia a la inspección mediante normas y medidas, posteriormente entre los años 1939 y 1949 se utilizó el control estadístico; en la etapa de 1950 a 1979, los programas; y a partir de la década de los 80, se ha pretendido desarrollar una administración estratégica de la calidad, con la movilización de toda la organización hacia el logro de esta.³

En los últimos 20 años, varios investigadores, entre los que se destacan *Vuori* y *Donabedian*, han realizado grandes aportes a las formas de control de la calidad asistencial. Este último, considerado el fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud, la definió como: "las actividades encaminadas a garantizar servicios accesibles y equitativos, con prestaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida".⁴

Para avalar servicios de calidad, la evaluación de la satisfacción en los pacientes, familiares y prestadores, se convierte en una tarea necesaria y dinámica, porque aporta datos de cómo estamos y qué falta, para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros. El ingreso en el hogar, según estudios publicados sobre los antecedentes históricos de la Salud Pública en Cuba, se comenzó a practicar desde el año 1825 por los médicos que laboraban en el primer modelo de la atención primaria, denominado Facultativo de Semana.⁵

CAMBIOS QUE PROPICIARON EL INGRESO EN EL HOGAR

Posteriormente los cambios sociales y sanitarios del país, antes del año 1959, la convirtieron en una atención casi exclusiva de la clase adinerada, con recursos para sufragar los gastos de un médico de cabecera. A partir del año 1959, el Sistema de Salud en Cuba se transformó con cambios importantes para la salud de toda la población, uno de estos fue el servicio rural, que posibilitó la presencia de profesionales de la salud en los lugares más apartados del país, lo cual contribuyó al mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidades.⁶

Otro momento importante fue el desarrollo del Programa de Médicos a Domicilio, en la década de los años 70; especialistas en Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, atendían diariamente a los enfermos en sus hogares, y se evitaban las complicaciones intrahospitalarias.⁶

Sin embargo, el cambio más significativo para la atención integral a las personas y familias, así como para el desarrollo de los cuidados de los enfermos en sus hogares, fue la implementación del Modelo del Médico y Enfermera de la Familia, que se inició de manera piloto en el Policlínico Lawton en Ciudad de La Habana, el 4 de enero del año 1984, y se extendió a partir de 1986 por todo el país, hasta disponer de 12 928 consultorios en zonas urbanas y rurales.⁷

Entre las acciones integrales que se describen en el Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital, aparece definido el ingreso en el hogar como: "ingresar en el hogar a aquellos pacientes en que las condiciones de su hogar, afección, evolución, familia, vivienda y comunidad, así lo permitan".⁷

El Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), en el año 1996 realizó en su balance anual, un análisis crítico de las principales estrategias sanitarias, donde se discutió ampliamente el ingreso en el hogar, se proyectó como prioridad, y se determinó introducir algunos requisitos y acciones para homogenizar la atención.

Entre los aspectos más distintivos se encuentra la creación de un fondo de medicamentos, destinados únicamente para los ingresados en el hogar, situados al menos en una farmacia de cada municipio del país. Se regularon los requisitos que debían tener los enfermos y sus hogares para realizar el ingreso, además se indicó eliminar el control mediante el número de ingresados, y realizarlo mediante la evaluación de la calidad asistencial y la satisfacción de manera concurrente.^{8,9}

En el orden internacional, la primera experiencia de ingreso en el hogar aparece realizada por el Dr. *Bluestone* del Hospital Montefiori de Nueva Cork, en el año 1947, quien con un equipo especial y el material necesario, se trasladaba a los domicilios de los enfermos, brindando atención médica, similar a la que se realizaba en el hospital.¹⁰

En el año 1954, los doctores *Liphtwood* y *Shraud* del Saint Mary Hospital de Londres, iniciaron el ingreso en el hogar con niños, para evitar los trastornos psicológicos que ocasionaba la separación de sus familias, y en especial de sus padres; se aseguraba una asistencia similar a la brindada en los hospitales.¹¹

En el año 1992, se reconoce oficialmente en Francia la hospitalización domiciliaria, y en el año 1996, la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), inicia el programa Del hospital a la atención de salud en el hogar, dirigido a promover, estandarizar y registrar el cuidado de los enfermos en su domicilio, como acción para fortalecer la labor de los profesionales de la atención primaria.^{10,11}

A finales del siglo xx y principios del XXI, se promueve la utilización en muchos países, del ingreso en el hogar u hospitalización a domicilio (HAD), lo cual ha estado reforzado en el último decenio, por los cambios en la atención primaria de salud (APS), en las áreas de la docencia y la asistencia, encaminados a que los equipos de salud de este nivel, reemplacen en gran parte los cuidados que se brindan en las salas de los hospitales, acentuando las acciones de promoción y prevención con la participación activa de las familias y de la comunidad.¹²

Diferentes autores consideran que la HAD, es una extensión del hospital y la definen como "un conjunto de cuidados médicos y de enfermería de carácter hospitalario, tanto en calidad como en la cantidad, que son proporcionados a los enfermos en su domicilio, cuando no precisan de la infraestructura hospitalaria, ni de vigilancia activa y asistencia compleja, que no puede ser prestada por los profesionales y técnicos que laboran en la APS".¹³

Según datos reportados en España, alrededor de 800 profesionales, trabajan en unidades de hospitalización a domicilio en todo el país, como parte de la política sanitaria de la atención primaria de salud, para dar respuesta a los problemas de la población.^{12,14}

Los pacientes con mayores necesidades de atención en sus hogares son: los ancianos, portadores de VIH-sida, enfermos crónicos, y los que se encuentran en estado terminal; estos requieren cada día más, la atención a nivel comunitario, con una gran demanda de atención integral, cuidados de enfermería y sostén familiar.¹³

En cuatro hospitales comarcales y un centro ambulatorio de Osakidetza (España), se promueve el ingreso en el hogar, a los enfermos que necesitan cuidados paliativos de manera temprana, en el curso de la enfermedad terminal, y se ha logrado la satisfacción de las familias y una mayor participación de estas en los cuidados de los pacientes.¹⁴

En la actualidad, la utilización de equipamiento tecnológico para mantener la vida de los enfermos en sus hogares, no ha sido un razonamiento puramente médico, sino que se han tenido en cuenta la seguridad, eficiencia y consideraciones de efectividad, calidad de vida, preferencias del paciente y relación costo-beneficio para las familias.¹⁵

En Cuba y en las unidades de hospitalización a domicilio en otros países, se promueve la necesidad de brindar a los pacientes, tratamientos y cuidados sanitarios de intensidad y duración, comparables a los que recibiría en el hospital, también se identifican requisitos que deben tener los enfermos y sus hogares, en función de brindar atenciones de calidad con resultados satisfactorios.

La familia de los ingresados en el hogar en muchos países, asume los gastos de medicamentos, alimentos e insumos, además deben pagar las visitas de los profesionales, aspecto que es diferente en la realidad de Cuba.

El envejecimiento de la población, el elevado número de personas con enfermedades crónicas, oncológicas, discapacitantes e invalidantes, demandan de servicios cada vez más accesibles para las familias y los pacientes; se ha demostrado que el medio familiar social influye de manera positiva en la mejoría de los enfermos, además las familias asumen una actitud más tranquila ante la muerte, en los casos que se encuentran en estado terminal.

CONSIDERACIONES FINALES

Los aspectos conceptuales revisados sobre la atención primaria de salud, y el ingreso en el hogar, permiten afirmar que este último es una alternativa viable, que brinda satisfacción y beneficios para los enfermos, familiares e instituciones de salud.

Por otra parte, el envejecimiento de la población, así como el elevado número de personas con enfermedades crónicas, oncológicas, discapacitantes e invalidantes que están en sus hogares, demandan de atención diferenciada de los equipos de salud de la atención primaria, por lo que el ingreso en el hogar, es la forma de hospitalización más oportuna para estos enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Macinko J. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007;21(2):73-85.
2. Roses M. Renewing primary health care in the Americas: the Pan-American Health Organization proposal for twenty-first century. Pan American Journal of Public Health. 2007;21(2-3):69-72. [Consultado: septiembre de 2011]. Disponible en: http://revista.paho.org/?a_ID=890
3. Vuori V. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. España: Editorial Masson S.A.; 1989. p. 20-46.
4. Donabedian A. Evaluación de procesos y resultados, calidad de la atención de salud y control de la calidad. España: Editorial Michigan; 1980. p. 14-28.
5. Delgado G. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. Revista Cubana Salud Pública. [serie en Internet] 2005 [Consultado: septiembre de 2011];31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200010
6. Rojas F. La atención primaria de salud en Cuba, 1959-1984. Revista Cubana Salud Pública. [serie en Internet] 2005 [Consultado: septiembre de 2011];31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1988. p. 17.

8. Naranjo JA. Aspectos metodológicos del ingreso en el hogar. Rev Cubana de Med Gen Integr. 2000;16(6):606-08.
9. Ministerio de Salud Pública. Manual de Medicina Familiar; 1996. p. 21.
10. Bustamante N. La hospitalización a domicilio. Descripción y análisis del modelo de atención. Revista Electrónica Semestral de España. 2006(1):14-6.
11. Angélica O. Breve reseña de la enfermería domiciliaria: Una perspectiva de la atención privada. Universidad de Concepción. Revista Ciencia y Enfermería de Chile. 2005;10(1):9-15.
12. López-Benito I. Hospitalización a domicilio, una alternativa a la hospitalización convencional. Revista Electrónica Líneas del Futuro. 2005;1(1):4-6.
13. Gofin J. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Pública. 2007;21(2-3).
14. Ezkurra P. Alcance total en la certificación de procesos de una unidad de atención primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Revista de calidad asistencial. 2006;21(5):271-76.
15. Caminal J. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J Public Health. 2004;14(3):246-51.

Recibido: 5 de octubre de 2011.

Aprobado: 8 de enero de 2012.

Nidia Edenia Márquez Morales. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Calle 146 esquina 31, Cubanacán, municipio Playa. La Habana, Cuba. Correo electrónico: nidita@infomed.sld.cu