

26

Organización y gestión de la atención domiciliaria en las Américas

*Elaborado en diciembre de 2002
Impreso en enero de 2003*

**Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud
(HSO)**

División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
(HSP)



Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2003

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual se reserva todos los derechos. No obstante, el documento puede ser examinado, resumido, reproducido y traducido, total o parcialmente, a condición de que se reconozca la fuente y el texto no sea utilizado con fines comerciales.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. PRINCIPIOS Y VALORES.....	7
3. CONCEPTOS Y DEFINICIONES.....	9
4. MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	13
5. ORGANIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	17
6. CUESTIONES RELATIVAS A LOS PRESTADORES DE ATENCIÓN.....	27
7. FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	31
8. CALIDAD Y COSTO.....	35
9. DESAFÍOS QUE ENFRENTA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA...	37
10. CONCLUSIONES.....	39
11. RECOMENDACIONES PARA LOS PAÍSES.....	41
12. REFERENCIAS.....	45
13. LECTURAS ADICIONALES.....	49
ANEXO I: AGENDA.....	53
ANEXO II: LISTA DE PARTICIPANTES.....	55

PRESENTACIÓN

El trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el ámbito de la atención domiciliaria empezó en 1998 como una actividad interprogramática entre los Programas Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO) y Enfermedades No Transmisibles (HCN) para ofrecer cuidados paliativos a usuarios con cáncer. A medida que el trabajo avanzaba, quedó claramente establecido que la necesidad de brindar atención domiciliaria tanto a las personas como a sus familias también constituía un reto. De allí que hayamos tomado la iniciativa de explorar la atención domiciliaria en la Región de las Américas y concentrarnos, en un principio, en la viabilidad de instituir servicios de atención domiciliaria en países que no cuentan con ella y perfeccionar los servicios en aquellas zonas donde ya existen tales programas.

Con algunas excepciones, la información anecdótica con que se cuenta indica que en líneas generales, en los países en desarrollo no operan sistemas organizados de atención domiciliaria. Hay varias excepciones notables, entre las que se encuentran los programas elaborados para cuidar a usuarios con un diagnóstico particular (generalmente cáncer o SIDA) los que se valen de voluntarios en lugar de personal asalariado, principalmente a través de una organización no gubernamental (ONG). Una segunda excepción son los programas vinculados a los planes de seguro pagados por anticipado o a la atención regulada como el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Es de hacer notar que varias pruebas para establecer esquemas de atención domiciliaria han fracasado debido a problemas financieros.

Todos los programas de atención domiciliaria deben experimentar su propio desarrollo en respuesta a las necesidades de las personas y comunidades y dentro de un contexto sanitario y político. La diversidad de los programas de atención domiciliaria es un factor tanto positivo como negativo en el desarrollo de este sector (1). Si bien determinados programas permiten brindar respuestas específicas y locales a las necesidades existentes, la falta de una terminología común, de normas para la prestación de servicios y de recopilación de información, ha impedido que estos programas se beneficien del emprendimiento de iniciativas colectivas, incluidas las actividades de investigación, análisis de la eficacia de las intervenciones en función de los costos y el desarrollo de sistemas de información en apoyo al mejoramiento de la gestión y la formulación de políticas (1).

Existe una variación considerable en los programas de atención domiciliaria entre los distintos países y las diferentes regiones de un mismo país (por ejemplo, entre las zonas rurales y urbanas de los países desarrollados). Es mucho lo que puede aprenderse de las experiencias de los países desarrollados, especialmente ahora, cuando se registra un período de aumento relativo de la demanda,

crecimiento y reforma en esta área en comparación con otros sectores del sistema de salud. Con lo que no se cuenta es con sistemas que apoyen la recopilación y difusión de la información para sustentar la toma de decisiones sobre una base empírica a nivel local, regional, nacional e internacional.

La finalidad de este documento reside en presentar un panorama general de los elementos relacionados con la organización y la gestión de los servicios de atención domiciliaria que podrían luego utilizarse para ayudar a establecer o perfeccionar la prestación de servicios de atención domiciliaria específicos a las necesidades y demandas de cada población. Los temas que se abordan en el documento son tendencias que sustentan la necesidad de contar con servicios de atención domiciliaria, principios y valores inherentes a la provisión de servicios de atención domiciliaria, conceptos y definiciones de atención domiciliaria, modelos de prestación de servicios, organización de los programas de atención domiciliaria, cuestiones relacionadas con los proveedores de atención, financiamiento y asuntos relativos a la calidad y los desafíos existentes.

Un examen de las bases de datos en lengua española y la celebración de consultas con fuentes de información claves de países latinoamericanos permitieron recaudar información preliminar acerca de los programas existentes en estos países. El presente documento se basa en un análisis de la bibliografía pertinente, la información aportada por las fuentes referidas y los esfuerzos colectivos de un grupo especial que se reunió en noviembre de 1999, así mismo, en un examen de la bibliografía más reciente en el otoño de 2002. En el trabajo se abordan algunos de los problemas relacionados con las definiciones de atención domiciliaria y se propone un modelo conceptual que parte del principio de que la atención domiciliaria debe constituir el centro de una red de servicios de salud a todos los niveles de atención: primario, secundario y terciario.

1. INTRODUCCIÓN

La Región de las Américas, con una población de aproximadamente 800 millones, lo que representa el 13,5% de la población del mundo, ha avanzado mucho en el mejoramiento del nivel de salud de sus pueblos. A medida que ha aumentado la conciencia sobre la influencia de los factores generales determinantes de la salud, la atención sanitaria ha ido más allá del reconocimiento de las causas biológicas y conductuales de las enfermedades. La OPS ha aprovechado la oportunidad para abordar el tema de los servicios de salud en entornos diferentes de las instituciones de atención sanitaria. La OPS también recomienda que la atención domiciliaria, como una modalidad de atención de la salud, se considere una alternativa equivalente a la atención institucional o un complemento de ésta. Habida cuenta del proceso de reforma que tiene lugar actualmente en el sector de la salud, el momento es oportuno para incorporar la atención domiciliaria como parte integral del sistema de atención sanitaria de cada país. Las bases para considerar la atención domiciliaria una opción viable son principalmente de índole epidemiológica, demográfica, tecnológica, económica y social. Cada país de la Región debe tomar en cuenta estos factores a la hora de planificar y desarrollar sus servicios de salud.

1.1 TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS

Los patrones de las enfermedades están cambiando. Mientras los países están todavía luchando con las enfermedades transmisibles, se ha hecho evidente el efecto de la incidencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas. Un número considerable de enfermedades transmisibles son enfermedades crónicas que requerirán una atención a largo plazo. Entre estas enfermedades destacan la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

1.2 TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS

Las principales tendencias demográficas, incluidos los cambios de morbilidad y mortalidad en toda la Región, revelan una población que está envejeciendo y que registra aumentos concomitantes de las enfermedades crónicas y complicaciones asociadas al final de la vida. Se calcula que un 10% de la población de la Región tendrá 60 o más años para el año 2000, lo que se atribuye principalmente a un aumento de la esperanza de vida. Esto indica que las autoridades nacionales de todos los países deben diseñar programas para un número considerablemente mayor de ancianos en los próximos decenios. En vista de los cambios que están dándose en la estructura familiar y la consiguiente disminución del apoyo familiar disponible para los ancianos en muchos países de la Región, es fundamental explorar la disponibilidad de servicios

formales e informales para asegurar una atención adecuada en el hogar. Existen argumentos en favor de un sistema de atención a largo plazo que se base en las comunidades de todos los países de las Américas.

Cada país en la Región enfrenta problemas derivados de:

- El aumento constante de la esperanza de vida a un promedio de más de 60 años.
- Los retos continuos que representan algunas enfermedades transmisibles crónicas, como la infección por el VIH/SIDA y la tuberculosis
- Una prevalencia cada vez mayor de enfermedades crónicas como cardiopatías, cáncer, insuficiencia renal, deficiencias cerebrovasculares y diabetes
- La prevalencia de las demencias en los países desarrollados
- Un aumento de los traumatismos y las lesiones (intencionales y no intencionales), que dan lugar con frecuencia a hospitalizaciones prolongadas y rehabilitación.
- La atención maternoinfantil: mantenimiento y mejoramiento de los logros alcanzados en materia de morbilidad y mortalidad maternoinfantil
- Los retos de desarrollo de la niñez que dan lugar a la necesidad de brindar una atención continua a largo plazo.

1.3 TENDENCIAS TECNOLÓGICAS

En algunos países, los adelantos tecnológicos permiten transferir algunos procedimientos del medio hospitalario al hogar. Como ejemplos cabría mencionar la diálisis peritoneal, la rehidratación oral, la terapia intravenosa y la ventilación mecánica. Incluso en los países donde no existen tales tecnologías, sí existe la necesidad y la posibilidad de que las intervenciones de atención domiciliaria asuman algunas de las modalidades anteriormente restringidas a la atención institucional y hospitalaria.

1.4 TENDENCIAS ECONÓMICAS

Desde el punto de vista económico, la necesidad de controlar los costos siempre en aumento de la atención sanitaria, unido a los recortes actuales de los presupuestos de salud, genera la necesidad de considerar seriamente la atención domiciliaria como una modalidad importante y viable de atención de la salud. Los egresos tempranos y las cirugías ambulatorias han venido utilizándose como medio para controlar los gastos de hospital. Esto ya se ha aplicado en el caso de los partos en el domicilio o en el egreso temprano de

las madres y sus recién nacidos del hospital, a quienes luego se brinda atención mediante un sistema de seguimiento en sus hogares. La promoción de la salud y la prevención primaria en el hogar ya ha demostrado su eficacia en muchos países en desarrollo, donde las visitas domiciliarias forman parte del sistema de atención primaria de salud.

1.5 TENDENCIAS SOCIALES

Por último, en muchos casos, y siempre que se cuente con la instrucción adecuada, el entorno familiar sigue siendo el lugar más apropiado y eficaz para la recuperación y el mantenimiento de la salud, o llegado el caso, para una muerte digna. Los aspectos sociológicos, socioculturales y espirituales de la atención administrada en un entorno familiar constituyen grandes ventajas para la recuperación, el mantenimiento de la salud o una muerte digna. Diversos estudios conducidos en el mundo desarrollado han demostrado que, en casi todos los casos, la atención domiciliaria aumenta considerablemente la satisfacción de los usuarios, las familias y los proveedores de servicios de salud. Pero en los países del mundo en desarrollo, los hospitales pueden ser vistos como lugares de refugio cuando se presentan enfermedades o se producen lesiones. Los hospitales proporcionan albergue, alimentos y proveedores de atención sanitaria, todo lo cual puede no estar fácilmente a disposición de quienes viven en zonas indigentes o remotas.

Conceptualmente, desde una perspectiva de proceso continuo de atención, algunos aspectos de cualquier enfermedad o afección pueden tratarse en el entorno domiciliario; ninguna enfermedad o condición excluye la prestación de servicios en el hogar en algún momento de la trayectoria de la atención sanitaria.

Es evidente, que a medida que avanzamos en el tercer milenio, la meta de Salud Para Todos sigue siendo un objetivo distante, pero no por ello menos digno. El desafío consiste en reconocer y afrontar las repercusiones de los diversos factores determinantes de la salud. En lo que se refiere al sistema de atención sanitaria, los cambios deben dirigirse a aumentar la accesibilidad y la equidad en toda la Región. Existe la oportunidad para que los proveedores de atención sanitaria desarrollen nuevos modelos de atención que generen estos cambios.

En virtud de lo anterior, el presente informe se propone plantear aquellos aspectos, que empezando en el siglo XXI, deben abordarse como los paradigmas de cambio en la prestación de servicios de atención de la salud y lograr una mezcla de lo tradicional con las nuevas tecnologías.

2. PRINCIPIOS Y VALORES

Los valores que sustentan el desarrollo y la provisión de atención domiciliaria son congruentes con los del sistema más global de atención de la salud. Al mismo tiempo, estos valores reflejan las características únicas de la atención domiciliaria.

Los principios relacionados con el desarrollo y la práctica de la atención domiciliaria podrían ser los siguientes:

- Brindar atención a todo aquel que lo requiera, sin discriminación; respetar y valorar las diferencias culturales.
- La atención se debe centrar en las necesidades de las personas y sus familias. En los casos que así lo permitan, habrá cierta flexibilidad para proporcionar una variedad de opciones en respuesta a las distintas necesidades, condiciones de vida y compromisos de las familias y los proveedores de la atención sanitaria.
- La atención domiciliaria tendría lugar dentro de un contexto (social) sanitario y comunitario más amplio. Ello permitiría promover y apoyar un enfoque integrado para la prestación de servicios, maximizando así los recursos limitados, pero al mismo tiempo respetando las normas y principios éticos que rigen la prestación de servicios de atención de la salud.
- Los objetivos del programa de atención domiciliaria y los resultados previstos estarían bien definidos y serían debidamente comunicados a las partes interesadas y al público en general.
- Los familiares a cargo de brindar la atención domiciliaria recibirían reconocimiento, respeto y apoyo. Los servicios de atención domiciliaria no pretenden reemplazar este nivel normal de atención ni imponer una carga injusta sobre los familiares.
- La contribución de los proveedores de atención sanitaria sería valorada, respetada y reconocida con el apoyo, los recursos y la educación y capacitación apropiados.
- Se apoyaría la vida independiente. El lugar más natural para las personas y sus familias sería su hogar en su comunidad.
- Existiría un sistema centralizado bien identificado que estaría a cargo de establecer las pautas generales de política para la prestación de servicios, con un mecanismo que fijaría las normas de calidad.

3. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Debido a la diversidad, variedad y orientación de los servicios en los programas, existen diferencias en y entre los países. Los programas de atención domiciliaria con una orientación hacia la atención de casos agudos tienen una definición distinta de los que incorporan una gama más amplia de servicios para atender afecciones crónicas y discapacidades. El alcance y la definición de la atención domiciliaria deben ampliarse para reconocer que la atención domiciliaria necesita fundamentarse en enfoques innovadores que tomen en cuenta los contextos sociopolíticos de cada país. Al tiempo que se reconoce la diversidad y la variedad de los programas, es también esencial estandarizar la definición de los términos en aras de lograr una comprensión común y desarrollar una estructura capaz de proporcionar atención domiciliaria como componente del sistema de atención sanitaria. Una presentación claramente definida de tales términos proporciona un lenguaje común.

Hay muchas razones por las que los profesionales de la salud realizan visitas domiciliarias. Un marco de referencia valioso es dado por los niveles primario, secundario y terciario de atención utilizados en la bibliografía de salud pública. El nivel primario de atención se ocupa de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, el secundario comprende la fase aguda de una enfermedad o lesión, mientras que el nivel terciario tiene que ver con la recuperación o rehabilitación de la enfermedad, obsérvese que esto es distinto de los niveles primario, secundario y terciario de prevención que se producen al interior de cada uno de los tres niveles de atención. Seguidamente se dan ejemplos de Gobiernos Miembros de la OPS:

Nivel primario de atención: En Chile, las visitas a domicilio están a cargo de enfermeras de salud comunitaria o asistentes de salud comunitaria encargadas de dar seguimiento a los lactantes que no han regresado para las inmunizaciones al consultorio para la atención del niño sano. La enfermera o asistente informa al usuario acerca de la importancia de la inmunización y hace la cita de seguimiento.

Nivel secundario de atención: En Jamaica, las visitas a domicilio son hechas a usuarios con diabetes insulino dependiente por enfermeras contratadas por una ONG para la administración de la insulina. Las visitas domiciliarias de atención primaria están a cargo de personal de la administración pública.

Nivel terciario de atención: En Estados Unidos, se recurre a un equipo multidisciplinario (enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, foniatras y auxiliares de atención domiciliaria)

para proporcionar atención domiciliaria a los usuarios que han tenido un accidente cerebrovascular con hemiplejía y afasia.

Algunos países pueden combinar más de un nivel de atención: En Canadá, el programa público de atención domiciliaria responde por igual al secundario (atención de casos agudos) y terciario (atención a largo plazo/casos crónicos).

Existen además otras definiciones que podrían resultar útiles para explicar las similitudes y diferencias existentes entre las definiciones de atención domiciliaria. Tres de ellas que pueden ser de utilidad son la atención domiciliaria, las visitas a domicilio y los procedimientos domiciliarios. En el proceso de preparación de este documento, nos dimos cuenta de que nuestras propias definiciones de atención domiciliaria no nos ayudaban a comprender cómo otros tipos de atención domiciliaria eran realmente “atención domiciliaria”. De allí que nos fijásemos como meta incluir los diversos tipos de atención domiciliaria que se proporcionan en la Región de la OPS.

3.1 ATENCIÓN DOMICILIARIA

Para fines de este documento, la atención domiciliaria se define, en su sentido más amplio, como la prestación de servicios de atención de salud en el hogar. Esto podría implicar un programa holístico e integral de atención coordinada por parte de un equipo multidisciplinario, o bien podría tratarse simplemente de una única visita a domicilio para llevar a cabo un procedimiento específico.

La atención domiciliaria integral es la provisión coordinada de atención de salud en el hogar que brinda presta un cierto número de servicios de distinta duración y complejidad, que permiten al beneficiario de la atención permanecer en el entorno familiar en las mejores condiciones posibles (2). Otra definición describe la atención domiciliaria como una red de apoyo formal. Estos servicios incluyen tanto a profesionales de la salud como a otras redes de apoyo comunitarias (públicas, privadas y voluntarias). La atención domiciliaria integral implica la prestación de atención médica, que puede incluir atención física, tratamiento y procedimientos clínicos, atención personal, capacitación de los prestadores de atención sanitaria (familiares o vecinos), apoyo social y psicológico al usuario y su familia, orientación con respecto a los beneficios sociales y financieros, y remisión a otros servicios y profesionales, según la necesidad (2).

Los objetivos de la atención domiciliaria son:

1. Prevención de los problemas de salud, siempre que sea posible.
2. Gestión e intervención de problemas agudos existentes.
3. Gestión e intervención de problemas crónicos de salud.

3.2 VISITAS A DOMICILIO

Las visitas a domicilio podrían incluir las visitas al hogar del usuario por parte de uno o más miembros del equipo de salud. Esto es aparte y diferente del programa integral de atención domiciliaria descrito anteriormente. Estas visitas generalmente parten de las prioridades programáticas de los servicios sanitarios al nivel de atención primaria y son también un componente de la atención y evaluación socioeconómica y demográfica de una familia u hogar. En otras palabras, aunque un programa integral de atención domiciliaria contempla visitas al hogar por parte de los proveedores de atención sanitaria, las visitas a domicilio tratadas en esta sección incluyen solo las visitas a domicilio aisladas hechas con una finalidad distinta de la atención domiciliaria integral.

En algunos países (Canadá y probablemente otros), este tipo de visita tiene lugar en el contexto de los programas de salud pública, o puede haber una transferencia de servicios desde la atención pública hacia la atención domiciliaria si tales programas dejan de ofrecerse. Por ejemplo, las enfermeras del servicio de salud pública visitan en sus domicilios a los usuarios con tuberculosis para asegurarse de que éstos estén tomando su medicamento.

3.3 PROCEDIMIENTOS DOMICILIARIOS

Los procedimientos domiciliarios pretenden responder al diagnóstico específico de un problema de salud. En otras palabras, son intervenciones sanitarias conducidas en el marco del énfasis que da la atención domiciliaria a la solución de problemas de salud específicos, mediante actividades o intervenciones sanitarias específicas, comúnmente llevadas a cabo por un miembro del equipo de salud. Por lo general, la atención domiciliaria se describe como una atención “intermitente” prestada en el hogar. Si esta atención forma parte de un programa de atención domiciliaria o plan que se coordina con otras intervenciones domiciliarias y emplea un enfoque holístico, la atención domiciliaria integral y los procedimientos domiciliarios pueden definirse como términos equivalentes, y por lo tanto, intercambiables.

Estos tres conceptos han sido seleccionados como los términos mencionados con mayor frecuencia en la bibliografía. En consecuencia, esta muestra no pretende menospreciar otras definiciones o términos en uso, ni limitar la aparición de nuevos conceptos y definiciones que podrían dar lugar a un mayor desarrollo de esta clase de atención.

4. MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Los servicios de atención sanitaria en muchas partes de las Américas se encuentran actualmente en proceso de desarrollo, reforma y reorganización (Para más detalles, el lector puede consultar la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe).

En algunos países, los programas de atención domiciliaria podrían ser una manera de desarrollar aún más o modernizar el sistema de atención sanitaria. Los programas de atención domiciliaria podrían convertirse en sistemas coordinados para brindar servicios domiciliarios y comunitarios de salud que permitan a las personas vivir en su entorno doméstico y alcanzar su capacidad funcional óptima. Debe mejorarse y fortalecerse la comunicación y la coordinación de los servicios con otras partes del sistema de atención sanitaria con el fin de establecer vínculos eficaces con la atención domiciliaria en aquellos países donde existen programas de atención domiciliaria. Una transición armoniosa del hospital hacia la comunidad y la atención domiciliaria y viceversa, solo puede tener lugar en un sistema integrado de prestación de estos servicios (1,3-6).

Las diferencias de los entornos culturales, físicos y socioeconómicos hacen imposible el promover un único enfoque para la prestación de servicios de atención domiciliaria, en su lugar, es importante identificar una variedad de modelos eficaces en lugar de concentrarse en un solo modelo de prestación de servicios (5,7). La meta de la atención domiciliaria es promover las capacidades de autocuidado en el hogar del usuario, y al mismo tiempo, asegurar una atención eficaz en función de los costos, que resulte apropiada para la condición del usuario. Los elementos de un modelo integral de atención domiciliaria son: conceptos de prestación de servicios de salud y normas de atención sobre las cuales concentrar la práctica, los que guiarán el desarrollo de intervenciones de los proveedores de atención que resulten eficientes y eficaces en función de los costos (5-6, 8, 9). El modelo debe incluir también la capacidad para medir la calidad de los servicios prestados en el hogar y los resultados de esta atención. Específicamente, cada programa debe esforzarse para documentar las respuestas de los usuarios como resultado de los servicios de atención domiciliaria y recopilar información sobre qué nivel de proveedor se traduce en mejores resultados, qué mezcla de servicios es necesaria y para qué grupo vulnerable, y qué servicios son los más eficaces en función de los costos. Estos datos podrían usarse para comparar programas y servicios y para definir modelos basados en las mejores prácticas.

Los servicios de atención domiciliaria pueden dividirse entre intermitentes o continuos. Los servicios continuos ofrecen a los

usuarios cierto nivel de atención por hora, generalmente no menos de 8 horas diarias de atención todos los días, y hasta 24 horas de atención. Este costoso modelo se utiliza bajo ciertas circunstancias tanto en los países en desarrollo como en las naciones desarrolladas. Los servicios prestados pueden variar desde la atención primaria a la atención terciaria, aunque el énfasis recae principalmente en los niveles secundario y terciario de atención. Los modelos intermitentes son los modelos más comunes en todo el mundo (10).

En Canadá, se utiliza un modelo de equipo de respuesta rápida para los usuarios con enfermedades agudas o lesiones que pueden atenderse en el hogar. Un asistente domiciliario permanece en servicio 24 horas al día, hasta siete días consecutivos, en apoyo al cuidado intermitente brindado por personal capacitado como enfermeras, fisioterapeutas y otros especialistas.

Los servicios intermitentes pueden contar exclusivamente con personal capacitado, como enfermeras, o bien equipos de enfermeras y doctores o una mezcla de profesionales (enfermeras) y no profesionales (asistentes domiciliarios). En ambos casos, en los programas de atención domiciliaria bien establecidos, generalmente se tiene acceso a trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas que proporcionan atención consultiva o atención directa. Existen también algunos modelos que incluyen ambas categorías.

En Canadá, todos los programas de atención domiciliaria incluyen un complemento de servicios de apoyo domiciliario y gestión de casos. Existe además un sistema de llamadas asociado a algunos programas urbanos de atención domiciliaria por medio de los cuales pueden realizarse visitas no programadas en caso de una crisis de salud urgente.

En Estados Unidos, el enfoque multidisciplinario es el más común, aunque predomina la atención de enfermería.

Otro aspecto de la atención domiciliaria que debe tenerse presente reside en determinar si solo se hacen visitas regulares previamente programadas, o si se cuenta con la capacidad para responder a una crisis de salud urgente, como por ejemplo, un usuario con SIDA abandonado por sus familiares y que requiere de servicios de atención domiciliaria para que se le administren antibióticos o líquidos intravenosos, o para cumplir algún requerimiento nutricional.

Pueden y deben diseñarse servicios integrales dirigidos a satisfacer las necesidades y condiciones locales. Los servicios primarios de atención de la salud y otros servicios sanitarios deben colaborar en la planificación de los servicios integrales. Sin suficiente planificación, se tiende a la duplicación de servicios.

En Ontario, Canadá, un estudio de pacientes que reciben atención de enfermería a domicilio por úlceras vasculares de LOS miembros inferiores, permitió determinar que las enfermeras pasaban un 40% de su tiempo viajando de un hogar a otro, y que solo un 15% de los pacientes que recibían atención estaba realmente confinado a la casa. Por lo tanto, el 85% de los pacientes habría podido recibir atención de enfermería en un consultorio en lugar de haberse valido de la costosa modalidad de la visita a domicilio (Frieberg, E. H., Harrison, M.B., & Graham, I. D. (2002) *Current home care expenditures for persons with leg ulcers*. J WOCN, 29, 4, pp. 186-192.

5. ORGANIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Existen al menos cinco pasos que deben seguirse para elaborar un programa de atención domiciliaria:

- Primero, es menester determinar la forma en que ha evolucionado la prestación de servicios de atención de la salud en cada país y su dirección estratégica.
- Segundo, debe contarse con un enfoque integral que abarque la colaboración con las partes pertinentes del marco o la estructura de atención sanitaria existente en el país para planificar, desarrollar y ejecutar los servicios de atención domiciliaria.
- Tercero, deben identificarse los diversos participantes, entre quienes podrían figurar todos los niveles de gobierno, los proveedores de servicios, ONG, grupos eclesiásticos, universidades, planes de seguros de salud, consumidores y otros.
- Cuarto, deben considerarse los métodos de financiamiento.
- Por último, debe tenerse presente el recurso humano con que se cuenta actualmente en el ámbito de la atención de la salud (disponibilidad de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores comunitarios de la salud, etc.).

Los servicios existentes de atención domiciliaria a menudo se fragmentan entre organizaciones que prestan atención aguda y atención comunitaria, así como entre organismos sanitarios y entes sociales. En razón de ello, la responsabilidad de los servicios brindados a los usuarios se distribuye entre muchos organismos, por lo que no existe una sola entidad que sea realmente responsable o que tenga la autoridad para trascender los organismos (1,3,4). Se ha alentado a los gobiernos a que financien y faciliten la atención domiciliaria de la salud. Sin embargo, existen diferencias filosóficas profundas entre las instituciones de atención aguda y los organismos comunitarios de salud en cuanto al énfasis y la finalidad de la atención. Por consiguiente, es importante comprender claramente la misión y los objetivos de todos los organismos participantes. También es importante establecer quién es responsable ante las autoridades de la asignación de fondos y la prestación de servicios. Por último, es importante definir qué autoridades son responsables de las decisiones relacionadas con la atención domiciliaria. A medida que los programas evolucionen, sería de utilidad considerar los beneficios que arrojaría realizar una evaluación integral de las necesidades, contar con un único

punto de entrada para todos los programas y servicios en una región y realizar la gestión de casos.

La transición de la atención institucional a la atención domiciliaria debe planificarse, administrarse y formar parte de un sistema integral de atención de la salud. Más aún, debido a que la atención domiciliaria es multifacética, la planificación debe adaptarse a los parámetros particulares del programa, así como a las circunstancias de cada usuario. De allí la importancia de decidir quién administrará los programas de atención domiciliaria, quién referirá a los usuarios a los servicios de atención domiciliaria (8) y cómo se reunirán a todos los actores involucrados para formar una red ordenada de apoyo a la atención domiciliaria.

Es menester contar con principios y normas como los que se han esbozado anteriormente para promover la equidad de acceso a este nivel de atención. Todos los sistemas públicos de atención sanitaria deben confirmar quién fija las pautas de política y las normas generales para la prestación de servicios, la presentación de información y el seguimiento de los resultados. Debe considerarse la formulación de políticas que rijan la prestación de servicios de atención domiciliaria (8). Por último, debe darse seguimiento y evaluar la calidad, el costo y la eficacia de los servicios para determinar las estrategias futuras para el mejoramiento continuo de todo el sistema (11-12).

Deben considerarse y comunicarse los requisitos básicos de admisibilidad para los diversos componentes de los servicios de atención domiciliaria. Todos los grupos, y en particular las personas vulnerables, deben tener acceso a la atención domiciliaria. Entre los grupos vulnerables, dependiendo del país, figurarían los adultos de edad avanzada, los usuarios que dependen de tecnologías especiales, los grupos discapacitados, los grupos minoritarios e indígenas, ciertos lactantes de alto riesgo y niños con problemas médicos complejos, los pobres, los excluidos y aquellos sin alguien que pueda brindarles atención. Todos estos grupos deberían poder optar o tener derecho a recibir servicios de atención domiciliaria asequibles. Los requisitos de admisión serían: prueba de residencia; evaluación de necesidades realizada antes de prestar algún servicio; atención como respuesta a necesidades no satisfechas; hogar seguro y apropiado para la prestación de servicios; y consentimiento del usuario o su representante legal (8). No obstante, quizás no todos los miembros de estos grupos necesiten todos los servicios, o el mismo nivel de intensidad y duración, o los servicios del mismo tipo de proveedor. Por consiguiente, la duración del servicio debe variar de acuerdo con las necesidades específicas del usuario o el grupo de usuarios. También es importante considerar si hay equidad entre los programas ofrecidos en las instalaciones hospitalarias y aquellos brindados en el hogar. Si suponemos que el hogar es el sitio de atención

apropiado, es importante determinar si los medicamentos, los suministros y las necesidades de equipo serán cubiertos en un entorno institucional, pero no si el usuario está recibiendo atención en casa (13-14). El principio de la cobertura universal debe ampliarse en la medida de lo posible, para abarcar la atención domiciliaria, y debe ser adoptado por los organismos de financiamiento públicos y privados y las empresas de seguros de salud. Por último, además de los criterios de admisibilidad y las condiciones de selección, es fundamental que el usuario sea tratado al nivel o en el medio de atención más apropiado para su condición o enfermedad.

5.1 ESTRUCTURA ORGÁNICA

La estructura orgánica de los programas de atención domiciliaria puede clasificarse según el origen o la institución desde la cual se prestan los servicios, o según la clase de servicios que se proporcionan. Los siguientes modelos se encuentran comúnmente en la Región de la OPS:

- Programas multisectoriales comunitarios. Las organizaciones interrelacionadas en este caso conforman un amplio espectro que va desde instituciones sanitarias gubernamentales y privadas, a aseguradores privados, incluido el sector informal o tradicional, todos ellos coordinados central o localmente o de forma ad hoc. La inclusión de los recursos sanitarios alternativos o indígenas representa tanto una necesidad como un reto para la prestación de la atención domiciliaria (2).
- La iglesia católica en Chile ha elaborado un programa de atención domiciliaria, Hogar de Cristo, para aquellos que no pueden costear los servicios de atención domiciliaria. El programa brinda atención por parte de enfermeras y médicos, e incluye la atención de voluntarios de la comunidad. Existe cierto grado de coordinación con el sistema de atención sanitaria, especialmente con el sector hospitalario, aunque de una manera informal.
- En el Uruguay, el CASMU, programa capitado sin fines de lucro, contempla la atención domiciliaria a 260.000 residentes del Uruguay entre sus servicios. La atención domiciliaria complementa los servicios ambulatorios y la atención hospitalaria. La atención domiciliaria es proporcionada predominantemente por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, nutricionistas, estudiantes de medicina, farmacéuticos y personal administrativo. La atención domiciliaria es brindada en los niveles secundario y terciario de atención principalmente para los ancianos. Hay cuatro tipos de programas: medicina interna, cuidado pediátrico, psiquiátrico y paliativo. En un estudio reciente, los usuarios

con un diagnóstico de neumonía representaron más de la mitad de los usuarios atendidos en atención domiciliaria.

- En muchos países existen programas que son ofrecidos por medio de la iglesia y que proporcionan atención domiciliaria a los miembros de la comunidad. Estos programas son informales, no mantienen coordinación con el sistema general de atención de la salud y existen de manera ad hoc.
- Programas vinculados a un hospital o a una institución sanitaria que reciben fondos públicos: Estos programas son una respuesta a una necesidad percibida tanto por la comunidad como por los profesionales adscritos a un servicio de una institución más grande. Se limitan a brindar atención específica y especializada en una zona geográfica determinada. Se tratan generalmente de iniciativas sin fines de lucro y sus servicios están disponibles para todos aquellos que los requieran dentro de las limitaciones del programa (15).
- En Estados Unidos, una proporción relativamente grande de los programas de atención domiciliaria (más de un tercio) se basa en los hospitales (es decir, forma parte del sistema hospitalario). Si bien las organizaciones están adscritas a los hospitales, el financiamiento para la atención domiciliaria proviene en gran parte de los sistemas del Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales. La atención va dirigida principalmente a los adultos de edad avanzada con requerimientos específicos en cuanto a su estado de salud y su capacidad para salir del hogar. La atención se concentra principalmente en los niveles secundario y terciario de atención.
- Programas privados: Se tratan de instituciones con fines de lucro que prestan servicios de atención sanitaria a domicilio, generalmente asequibles solo para los sectores de mayores ingresos. Pueden estar asociados administrativamente a una institución de salud grande (hospital), también privada, o bien operan de forma independiente. Esas instituciones generalmente cubren un espectro más amplio de atención que los programas descritos anteriormente.
- En muchos países de las Américas, existe un sector sanitario aparte para aquellos que pueden pagar montos adicionales más allá de la cobertura financiada por el Estado o por el seguro de salud patrocinado por el empleador. Este sistema permite la contratación privada de ayuda domiciliaria o acceso a programas privados de atención domiciliaria.
- En la Argentina, un grupo de pediatras dio inicio a un programa de atención domiciliaria pediátrica para recién nacidos, cuyas familias y médicos estuvieron de acuerdo en que

la atención apropiada era la atención domiciliaria. La familia corre con los costos de la atención (Álvarez y Gril).

Es importante hacer notar, sin embargo, que estas estructuras orgánicas no son exhaustivas o mutuamente excluyentes. Por ejemplo, en Canadá existen tres modelos de atención domiciliaria que proporcionan los gobiernos provinciales: el modelo de mantenimiento y prevención, el modelo de sustitución de la atención a largo plazo, y el modelo de sustitución de la atención de casos agudos. Cada provincia adapta servicios adicionales en respuesta a las necesidades regionales (Sorochan, M. (1997). *Home care in Canada*, International Journal of Health Care Quality Assurance, 10, 4, pp. v-x..

5.2 UBICACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS Y NIVELES DE ATENCIÓN:

El logro del acceso universal a la atención domiciliaria depende actualmente de que las instituciones públicas de atención sanitaria tomen conciencia de ello e instituyan estrategias de apoyo firme a este tipo de atención. De igual manera, los beneficios reconocidos de un sistema de atención domiciliaria, como son la reducción general de los costos de atención de la salud, una mayor satisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales del área y una mayor eficacia en la atención proporcionada, solo pueden lograrse mediante la integración apropiada de la atención domiciliaria a los sistemas de salud, lo que en todos los casos, implica coordinación y colaboración entre los diversos componentes de la atención de la salud que forman parte de los servicios sanitarios y los sistemas de atención domiciliaria.

El modelo de la figura 1 es una representación gráfica de los diversos sistemas y relaciones que subyacen en la atención domiciliaria. Este modelo se basa en las siguientes suposiciones y conceptos:

- 1) Los tres niveles de atención que constituyen los sistemas de servicios de salud están relacionados entre sí por medio de un sistema de referencia y retroalimentación. Estos niveles difieren no solo en su grado de especialización y cobertura, sino también en las diversas formas en que se relacionan con la comunidad, así como en la fuerza de estas relaciones. Debe observarse que la mayoría de las intervenciones de atención sanitaria, por muy simples que sean, ocurren en el hogar.
- 2) La coordinación, colaboración e interacción es esencial tanto entre los diversos niveles de atención sanitaria como entre estos y una organización de atención domiciliaria a fin de alcanzar los objetivos y resultados deseados en un programa de atención domiciliaria. Este tipo de relaciones deben expresarse con el fin de asegurar que:

- Se tomen medidas preventivas en el hogar (por ejemplo, investigación y educación de miembros de la familia con respecto a los casos índice de enfermedades transmisibles.
 - La remisión de usuarios a los sistemas de atención domiciliaria disponibles sea adecuada, apropiada y oportuna.
 - La educación de los usuarios y sus familias sea oportuna y adecuada y constituya una prioridad de la institución o el profesional que refiere a un usuario a un sistema de atención domiciliaria. En condiciones ideales, debe existir alguna forma de coordinación entre las dos entidades
 - Exista una atención inmediata disponible tanto en el sistema institucional como en el sistema de atención domiciliaria si un usuario necesita trasladarse rápidamente de un sistema al otro.
- 3) Un programa de atención domiciliaria debe ser eficaz en cuanto a sus funciones y sus costos. El sistema de cobertura debe permitir que los usuarios y sus familias reciban atención domiciliaria sin incurrir en gastos personales indebidos.
- 4) La comunidad es el entorno en el cual se desarrollan los programas de atención domiciliaria, por lo que su apoyo y participación activa en la prestación de estos servicios es esencial para alcanzar los objetivos sanitarios. La comunidad está conformada por los familiares (como el principal grupo más cercano al usuario), otras personas importantes, grupos de voluntarios organizados y servicios de apoyo a las necesidades generales, como la higiene, la nutrición, el transporte y la interacción social.

La aplicación de los principios de atención primaria facilitará la utilización eficaz de todos los recursos comunitarios disponibles y necesarios en cada caso, optimizando así la atención prestada directamente por el equipo de salud e incorporando a ella un enfoque integral.

CUADRO 1. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL Y LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Características	Atención institucional	Atención domiciliaria
Lugar donde se presta la atención	Consultorio, hospital, casa de salud, policlínica general, o consultorio del médico general o especialista	Entorno doméstico. Puede incluir las casa de pensión, hogares colectivos y residencias de ancianos
Personas que prestan la atención	Principalmente profesionales de la salud	Usuarios (autocuidado), principalmente los miembros de la familia Personal de salud (incluido personal profesional y no profesional), personal de

		salud de la comunidad, trabajadores de salud voluntarios, servicios de apoyo
Influencia sobre la toma de decisiones	Proveedores (equipo de salud)	Usuarios y miembros de la familia (principalmente)
Énfasis de la atención	Usuarios y sus problemas de salud específicos, uso de la tecnología	Problemas específicos de salud de usuarios y familiares Cuidado integral

CUADRO 2. ELEMENTOS QUE HAN DE CONSIDERARSE PARA INICIAR Y DESARROLLAR SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Preguntas básicas necesarias	Respuestas y resultados	
	Sí	No
¿Existe colaboración, comunicación, interacción y coordinación entre los diversos proveedores de los servicios de salud y los servicios y programas de atención domiciliaria?	Prestación de una atención apropiada y de alta calidad y valor a los usuarios.	Desorientación de usuarios, familiares y profesionales. Brechas en la atención de la salud a diversos niveles, incluida la atención domiciliaria.
¿La educación de los usuarios y sus familias es oportuna, pertinente y adecuada?	Toma de decisiones adecuada y eficaz, aceptación y participación de usuarios, familias y comunidad.	Reduce la participación y aceptación de la familia en la atención directa y la toma de decisiones, lo que repercute negativamente sobre resultados de salud
¿Se ha tomado en cuenta la situación sociocultural, económica y psicológica de los usuarios y sus familias, además de sus condiciones ambientales, a la hora de proponer la atención domiciliaria como una opción viable?	Objetivos realistas determinados conjuntamente con los usuarios y sus familias. Se obtiene una mayor cooperación y compromiso con los resultados y se promueve el autocuidado.	Usuarios y familiares expresan sensación de fracaso y frustración. Pueden surgir o aumentar complicaciones en la salud de los usuarios.
¿Existe una atención formal adecuada (clínica y personal) y apoyo tecnológico y financiero para los tipos de usuarios que se remitirán a la atención domiciliaria?	Es posible tomar decisiones apropiadas con respecto a los que deben y no deben ser remitidos a la atención domiciliaria. Se aseguran resultados mínimos en cuanto a salud y satisfacción de los usuarios.	Usuarios y familiares renuentes a participar en programa de atención domiciliaria pues sienten una falta de apoyo. Usuarios podrían tener que recurrir innecesariamente a un nivel más alto de atención (hospital u casa de salud)
¿Se ha llevado a cabo una evaluación adecuada del proceso de toma de decisiones en el seno de la familia? ¿Se ha hecho una evaluación adecuada de la capacidad de los profesionales de la salud con respecto a cumplir una función diferente en la toma de decisiones sobre la atención domiciliaria?	Distribución adecuada de responsabilidades y prioridades en la toma de decisiones y promoción de la congruencia entre las decisiones y las funciones.	Conflictos de poder y en la toma de decisiones en la familia y con los profesionales de la salud.
¿Se cuenta con trabajadores de la salud debidamente capacitados para prestar atención domiciliaria?	La atención domiciliaria es una opción viable para la prestación de servicios de atención de la salud. Desarrollo apropiado de	Alta tasa de hospitalizaciones prolongadas y rehospitalizaciones e insatisfacción de usuarios y familiares.

Preguntas básicas necesarias	Respuestas y resultados	
	Sí	No
	profesionales capacitados.	Nivel de intervenciones inapropiado. Deficiente calidad de la atención.

6. CUESTIONES RELATIVAS A LOS PRESTADORES DE ATENCIÓN

Con respecto a los prestadores de atención, existen aspectos que deben tratarse tanto en el caso de los cuidadores que son familiares o amigos, y a quienes se denomina los prestadores de atención informales, como de los prestadores de atención formales, quienes son miembros del equipo de atención sanitaria.

6.1 PRESTADORES DE ATENCIÓN INFORMALES

Los prestadores de atención informales (amigos o familiares) son una parte fundamental del equipo multidisciplinario de atención de la salud, sobre todo cuando se trata de atención domiciliaria. Son una parte sumamente importante del entorno natural del usuario que contribuye directamente a su calidad de vida. Se calcula que los familiares proporcionan hasta un 75% u 80% de la atención informal a aquellas personas con problemas de salud a largo plazo o con discapacidades (16-17). El cuidado prestado por familiares y amigos abarca una variedad de tareas como el aseo personal, la preparación de alimentos, asistencia en tareas domésticas como compras y transporte, así como la complementación de las labores de los trabajadores de la salud formales (asalariados).

Los prestadores de atención informales también tienen sus limitaciones y preferencias que repercuten sobre el tipo y grado de atención que pueden brindar. Estas personas tienen necesidades que surgen directamente de sus labores de cuidado; quizás deban hacer sacrificios personales y financieros para cuidar de una persona. Su propia salud y bienestar pueden sufrir a consecuencia del tipo y tiempo de atención que brindan.

Los familiares que prestan cuidados pueden necesitar apoyo en estas funciones, tanto de ayuda para atender las necesidades de la persona que requiere de atención como de asistencia en la satisfacción de sus propias necesidades de atención personal o en sus requerimientos familiares durante el tiempo que se desempeñen como prestadores de atención. La prestación de atención puede constituir simultáneamente una carga y una recompensa.

Los programas de atención domiciliaria pueden brindar apoyo a los prestadores de atención informales en la forma de: información, asesoramiento, adiestramiento, coordinación de servicios y asistencia de relevo.

6.2 PRESTADORES DE ATENCIÓN FORMALES

Existe una variedad de prestadores de atención formales. En algunos países, como Canadá y Estados Unidos, la enfermería es el servicio profesional predominante en la atención domiciliaria. En

Los países donde existe una proporción relativamente más grande de médicos (por ejemplo, el Uruguay), son éstos los principales proveedores de la atención domiciliaria. En los países que enfatizan la atención primaria, los trabajadores comunitarios de salud son los proveedores más comunes. Pero todos los prestadores de atención formales comparten problemas comunes los que resultan de trabajar sin un apoyo físico inmediato de otros trabajadores de atención sanitaria y de laborar aisladamente. En algunos países los trabajadores de atención sanitaria se adaptan bien en razón de su capacitación y experiencia al trabajo en el hogar y la comunidad, mientras que en otros países necesitan orientación y capacitación. Algunas de estas diferencias podrían atribuirse a una fuerte dependencia de la tecnología hospitalaria o de la experiencia adquirida con esta.

Los programas educacionales varían ampliamente en cuanto a la preparación de los prestadores de atención formales para la provisión de servicios de atención domiciliaria. En algunas áreas donde hay un desplazamiento de un nivel primario de atención domiciliaria (servicios de prevención y promoción de la salud) hacia una mayor atención tecnológica a nivel secundario y terciario, los esfuerzos de educación formal deben dirigirse hacia la recapacitación de los trabajadores de atención de la salud con énfasis en la atención domiciliaria.

6.3 CUESTIONES RELATIVAS A LA DOTACIÓN DE PERSONAL

Las configuraciones de personal son propias de cada país y se fundamentan en el número y los tipos de trabajadores de atención sanitaria disponibles. Según el enfoque que adopte la atención domiciliaria en el país, podría ser necesario modificar los tipos y las cantidades de cuidadores requeridos. Además, los cambios en la oferta de trabajadores de atención sanitaria requieren de un compromiso en cuanto a los recursos, incluidos los recursos financieros, y una planificación a largo plazo para la capacitación continua de estos trabajadores de la salud. Para los países que se han centrado en el nivel primario de atención, un cambio hacia los niveles secundario y terciario de atención puede requerir que se pase de trabajadores comunitarios de salud a enfermeras. La cuestión de si debe ser un equipo multidisciplinario de trabajadores de la salud o una categoría de trabajador de la salud debería ser una de las primeras en resolverse con relación a la prestación de atención domiciliaria, y tendrá que abordarse teniendo en cuenta el contexto local.

En Brasil, la atención domiciliaria es un programa interdisciplinario conducido por médicos e integrado por enfermeras, asistentes sociales, dietistas y fisioterapeutas (Ribeiri, C. A. y Predrosa da Cruz, L., 1998). *The role of physicians in Brazil's home care system, Caring 17, 12, pp. 40-41*).

6.4 VOLUNTARIOS

En algunas localidades de ciertos países han surgido voluntarios de ONG y grupos relacionados con la iglesia para trabajar con tipos específicos de usuarios o en determinadas localidades específicas. Es importante coordinar las actividades de los voluntarios, prevenir la duplicación de servicios y asegurar que exista un alcance adecuado de atención de acuerdo con cierta norma mínima, o al menos para asegurar que no se infiera algún daño.

En Costa Rica y Nicaragua, los brigadistas son trabajadores locales de atención sanitaria que actúan como voluntarios de la comunidad y que educan a los miembros de la comunidad en materia de salud. Estas personas enfatizan en la educación de autocuidado.

6.5 DESAFÍOS CULTURALES

Tener conciencia de los aspectos y creencias culturales es sumamente importante en la prestación de la atención domiciliaria. Esta sensibilidad ante los elementos culturales puede determinar la forma de promover y publicitar los servicios de atención domiciliaria, la manera de comenzar los servicios con un determinado usuario o comunidad y la forma de prestar esta asistencia. Igualmente, un familiar del usuario o una persona influyente en la vida de este puede tomar decisiones relacionadas con la atención que ha de brindarse.

7. FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

La atención domiciliaria puede ser una alternativa estratégica o complemento viable de los servicios existentes, e igualmente puede ayudar a controlar los costos sanitarios en muchos países de la Región. Además de las consideraciones financieras, la atención domiciliaria puede proporcionar un medio de cuidado más apropiado o una opción conveniente para los usuarios y sus familias. Sin embargo, hay que considerar que para aquellas personas que viven en zonas muy pobres, los entornos institucionales prestan servicios básicos que no están disponibles en el medio domiciliario, por lo que estos entornos podrían ser la opción preferida. Existen además cuestiones culturales que tienen que ver con el lugar que ocupan los hospitales en la sociedad, en la cual conservan una estatus especial, incluso entre los proveedores de atención sanitaria (Alvarez, A. & Gril, D. 1999). *Is home care feasible in a developing country?* Caring, 18, 2, pp. 22-23.).

La diversidad de realidades económicas y retos financieros que se presentan en los sistemas de salud hace que las diversas alternativas de reembolso sean una empresa compleja que requiere de un análisis específico de cada zona de las Américas. Esencialmente, el tema del pago por concepto de servicios de atención domiciliaria implica definir la organización y sistematización de reembolsos en aquellos casos en los cuales existe un seguro de salud. En muchos países con sistemas establecidos de atención domiciliaria, existe una mezcla de servicios pagados con fondos públicos y servicios cubiertos con recursos privados. Entre las opciones actualmente vigentes o en estudio figuran las alternativas de pago basadas en visitas profesionales, episodios o exacerbación de la enfermedad, o bien en procedimientos. Una opción de financiamiento que ha de estudiarse para esta clase de atención es el pago anticipado basado en episodios o visitas. El pago anticipado para la atención domiciliaria, aunque sumamente complejo, es una opción de financiamiento que se utiliza actualmente en Estados Unidos (18).

Como ejemplo de las complejidades del financiamiento, se observa que aun dentro del sistema público, el pago por concepto de atención hospitalaria se proporciona a través del ministerio de salud, mientras que la atención primaria es a través del municipio o la región. La determinación de dónde se origina la atención domiciliaria, quién controla el sistema y cómo se paga por este servicio son temas difíciles que quedan por resolver.

La atención domiciliaria es relativamente económica de instituir debido a que los gastos de capital que se requiere realizar son relativamente bajos. A diferencia de los hospitales y los sitios de atención institucional, los requisitos en cuanto a edificios y equipos son menores. La mayor parte del gasto se relaciona con

sueldos y gastos de viaje. Dependiendo de los antecedentes de los prestadores de la atención sanitaria, quizás se necesite una capacitación adicional para trabajar en la comunidad y fuera del entorno institucional.

7.1 EFICACIA EN FUNCIÓN DE LOS COSTOS

Se ha evaluado entre distintas poblaciones con diversas necesidades de atención la eficacia de la atención domiciliaria, tanto desde la perspectiva de una estrategia eficaz en función de los costos como de una estrategia de costo-beneficio. De allí que no sea posible formular un enunciado general sobre la eficacia de la atención domiciliaria. Sin embargo, se ha comprobado científicamente que la atención domiciliaria es eficaz para determinados grupos de usuarios—madres y lactantes, bebés con bajo peso al nacer, mujeres con embarazos de alto riesgo, niños dependientes de la tecnología y usuarios que han sido sometidos a cirugía de reemplazo de articulaciones (19-21), aunque las pruebas recogidas no son uniformes (22). Para otros grupos de usuarios, como los ancianos frágiles con altos niveles de dependencia funcional, la atención domiciliaria puede ser más costosa que la atención brindada en las casa de salud debido a las necesidades de tales usuarios (23). En el caso de los ancianos con enfermedades crónicas, específicamente la insuficiencia cardiaca, hay indicios de que las enfermeras con una preparación avanzada que proporcionan atención domiciliaria pueden reducir la rehospitalización y conducir a la obtención de mejores resultados generales (24). Por último, no existen pruebas científicas suficientes que permitan determinar la eficacia en función de los costos, o conducir un análisis de costo-beneficios para muchos grupos de usuarios de la atención domiciliaria. Por lo tanto, debe tenerse el cuidado de no suponer una falta de eficacia o beneficio para otras poblaciones específicas.

En el Uruguay, el CASMU, un plan capitado de salud, realizó un estudio que reveló que la atención domiciliaria representaba un tercio del costo de la atención hospitalaria. La distribución de los costos de atención domiciliaria fue la siguiente: 48% medicamentos y suministros, 26% salarios, 18% otras intervenciones como oxígeno y transfusiones de sangre, y 8% estudios de laboratorio.

En un examen sistemático de la bibliografía de investigación de Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido, se determinó que las visitas a domicilio a cargo de enfermeras del servicio de salud pública tenían una influencia positiva sobre la salud física y mental, los hábitos de salud y la utilización de servicios (Ciliska, D., Hayward, S., Thomas, H., Mitchell, A., Dobbins, M., Underwood, J., Rafael, A. y Martin, E., 1996). *A systematic overview of the effectiveness of home visiting as a delivery*

strategy for public health nursing interventions. Canadian Journal of Public Health, 87, 3, 193-198.)

Para los países donde el hacinamiento en los hospitales se ha convertido en un problema, la atención domiciliaria puede proporcionar una opción a las costosas hospitalizaciones de determinados usuarios. Entre los usuarios para quienes la atención domiciliaria podría ser una alternativa viable figuran los usuarios que se encuentran en fase de recuperación de una enfermedad o lesión aguda o de la exacerbación de una enfermedad crónica (tercer nivel de atención). Por ejemplo, un usuario que se recupera de una fractura de la cadera y que no tiene complicaciones adicionales o morbilidad podría ser dado de alta y enviado a su casa para seguir la terapia de rehabilitación bajo la orientación de un fisioterapeuta o una enfermera especialmente adiestrada en este tipo de cuidados. Para los usuarios con exacerbación de una enfermedad crónica, como una insuficiencia cardíaca, una vez que se ha decidido que el usuario se encuentra médicamente estable, podría ser enviado a su casa con atención domiciliaria a cargo de una enfermera para dar seguimiento a las instrucciones impartidas al usuario y su familia sobre la administración de las medicaciones y el reconocimiento de síntomas. Con ayuda suficiente de los prestadores de atención informales, estos usuarios podrían ser dados de alta y enviados a casa con un seguimiento de atención domiciliaria, con lo cual se libera una cama de hospital para un usuario que esté más agudamente enfermo.

Además de los países donde el hacinamiento en hospitales es un problema, la atención domiciliaria también puede proporcionar beneficios a los países donde se ha determinado que la estancia en el hospital es excesiva. Si bien la reducción de la estadía en el hospital es un fenómeno mundial, existe la inquietud de que los egresos hospitalarios están ocurriendo sin que se realice un seguimiento en el hogar por parte de un profesional de la salud. Al mismo tiempo, es importante que el egreso hospitalario y la referencia a la atención domiciliaria se emprendan de una manera sistemática, quizás utilizando algoritmos de atención para determinar qué pacientes deben remitirse a la atención domiciliaria.

La atención domiciliaria también puede ayudar a reducir las tasas de rehospitalización o a disminuir la duración de las rehospitalizaciones, porque se realiza una detección más temprana de síntomas y problemas que pueden abordarse en el momento adecuado. La determinación de los indicadores de rehospitalización resulta compleja para los usuarios de atención domiciliaria. Datos recientes indican que la principal razón de la rehospitalización de usuarios con insuficiencia cardíaca es la aparición de un nuevo problema (25). Finalmente, un aspecto importante de la eficacia de la atención domiciliaria reside en otros beneficios importantes como la reducción de algunos aspectos de la carga de los

prestadores de atención y una mejor calidad de vida para los usuarios y sus familias (23, 26). Estos beneficios son menos tangibles y más difíciles de cuantificar, pero son sin duda importantes indicadores de éxito para cualquier servicio de salud. Además, la atención domiciliaria ayuda a mantener a las familias juntas y constituye una vía para facultar a la familia a participar en el sistema de atención de la salud.

8. CALIDAD Y COSTO

Los proveedores de atención domiciliaria de todo el mundo intentan resolver los problemas financieros y están preocupados por mantener una atención de alta calidad en entornos dinámicos. El logro de un equilibrio entre el mantenimiento de la calidad de los servicios y la prevención del incremento de los costos es un dilema mundial.

Seguidamente se hacen algunas sugerencias para crear o preservar servicios de atención domiciliaria de calidad a un costo razonable:

- Establecer los objetivos programáticos generales que la atención domiciliaria se propone alcanzar
- Fijar metas para cada usuario en colaboración con sus familiares, teniendo en cuenta la calidad y la eficacia en función de los costos
- Desarrollar métodos para medir la calidad
- Crear pautas y normas
- Integrar los sistemas de información existentes y crear nuevos sistemas de información
- Establecer un mecanismo para evaluar la calidad (a veces denominado acreditación), cuya aplicación sea universal y cuyo costo sea asequible para todos los proveedores de atención domiciliaria
- Establecer la forma de medir la satisfacción de usuarios y proveedores
- Informar y rendir cuentas a las autoridades y al público

El Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud, este último con sede en Estados Unidos, son dos órganos de acreditación bien conocidos.

Se espera que un número cada vez mayor de personas, gobiernos y compañías aseguradoras recurra a la atención domiciliaria y comunitaria porque puede ser menos costosa y ganar la preferencia de los consumidores de los servicios de atención de la salud frente a la atención institucional.

Cuando se aborda el tema de la calidad y el costo, parecería que existen dos tendencias principales: en primer lugar, una demanda cada vez mayor de atención domiciliaria y comunitaria y, en segundo lugar, una presión para reducir el costo y los pagos por concepto de atención sanitaria en muchos países (11). En Canadá, donde se ha ensayado el sistema de "hospital en casa", se han evitado las hospitalizaciones, lo que dio lugar a un ahorro sustancial de

costos (Brasil, K., Bolton, C., Ulrichsen, D. y Knott, C., 1998). *Substituting home care for hospitalization: The role of a quick response service for the elderly*. Journal of Community Health, 23, 1, pp. 29-43).

9. DESAFÍOS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Si bien es cierto que la puesta en práctica de un programa de atención domiciliaria puede ofrecer muchos beneficios para los servicios de salud, los usuarios y sus familias, no es menos cierto que la implementación de programas de esta naturaleza también puede plantear grandes retos.

Entre tales desafíos cabría mencionar los siguientes:

- 1) La gran variabilidad de las normas de remisión, producto de las dificultades de comunicación y cooperación entre los equipos de trabajo dentro de una institución o entre los diferentes niveles de atención es un factor fundamental en la operación de un programa de atención domiciliaria. Por lo tanto, es fundamental diseñar sistemas que aseguren una coordinación adecuada entre los diferentes niveles institucionales y profesionales.
- 2) Los recursos necesarios para iniciar un programa de atención domiciliaria pueden plantear una grave amenaza a la implementación de este tipo de programas, a menos que se tenga presente que los programas de esta índole no generarán ahorros inmediatos a los sistemas de salud, sino que éstos serán a mediano y largo plazo.
- 3) El aislamiento geográfico, que es un obstáculo para la remisión y la supervisión de la calidad de la atención y los gastos conexos.
- 4) La no disponibilidad de medicamentos y falta de tecnología en el entorno de atención domiciliaria, en particular en las zonas aisladas o rurales.
- 5) Los gastos familiares y las cargas emocionales aumentan con frecuencia, el tiempo libre disminuye y las ausencias al trabajo aumentan.
- 6) La carga de trabajo y la responsabilidad de las familias de los usuarios que reciben atención domiciliaria aumentan, y buena parte de esta tarea recae sobre las mujeres.
- 7) Son raros los casos en que se cuenta con políticas bien concebidas y fundamentadas para el establecimiento y la continuación de los servicios de atención domiciliaria.

Estar conscientes de estos retos potenciales permitirá mantener una actitud de prevención y dar a estas iniciativas una mejor opción de éxito.

10. CONCLUSIONES

Una de las metas de la Organización Panamericana de la Salud es ofrecer, mediante la cooperación técnica, orientación sobre la organización y la gestión de los sistemas y servicios de atención domiciliaria en América Latina y el Caribe, y al mismo tiempo promover la integración de la atención domiciliaria al sistema de atención de la salud.

Para que la OPS/OMS se ubique a la vanguardia de la reforma de los sistemas de prestación de atención sanitaria, debemos ayudar a los países a examinar todo lo relativo a los sistemas de atención domiciliaria y a identificar los desafíos que los prestadores de atención, los consumidores, el sector de la salud y los responsables de la formulación de las políticas deben enfrentar en un contexto de reforma.

Los objetivos futuros de la OPS para proporcionar cooperación técnica en la organización y gestión de la atención domiciliaria como una parte integral del sistema de atención de la salud son:

- Proporcionar un foro internacional para el intercambio de criterios entre las autoridades sanitarias, los prestadores de atención y los usuarios sobre los medios y formas de afrontar los problemas fundamentales relacionados con la atención domiciliaria.
- Incorporar la información sobre atención domiciliaria en un marco de factores que pudieran utilizarse para una comparación descriptiva.
- Facilitar una mayor participación en apoyo a las actividades presentes y futuras de la OPS y las contrapartes nacionales vinculadas a los sistemas y servicios de atención domiciliaria. En otras palabras, servir de centro de información.
- Finalmente, formular pautas estándar con los países a fin de mejorar y desarrollar servicios de atención domiciliaria.

Los países necesitan establecer redes de información sanitaria para facilitar la recopilación y transmisión de información oportuna y precisa para la atención domiciliaria y otros sectores de la salud. También es necesario elaborar un marco de responsabilidades para el sistema de salud que incluya la atención domiciliaria e intente aplicar los mecanismos de rendición de cuentas a este sector mediante el establecimiento de mediciones de desempeño y evaluación de resultados. Finalmente, deben fijarse normas y pautas para los servicios prestados por medio de los programas de atención domiciliaria y para una nueva clasificación de los trabajadores encargados de prestar estos servicios. Los

enfoques variarán de acuerdo a las necesidades y los recursos de cada país.

La atención domiciliaria es un componente viable del sistema de atención de la salud que ha producido resultados alentadores en cuanto al mejoramiento de la calidad de vida y una mayor satisfacción de los usuarios y sus familias y el logro de resultados mejores o iguales para ciertos tipos de usuarios de la atención domiciliaria por oposición a usuarios hospitalizados (13-14.19-20 22). También se ha comprobado que la atención domiciliaria es eficaz en la atención preventiva de la salud. Para determinados usuarios y sus familiares, la atención domiciliaria es una alternativa viable frente a otros sitios de atención.

No obstante, la gestión eficaz de los costos en los programas de atención domiciliaria depende de la apropiada selección de los usuarios y una decisión oportuna para su admisión en los programas de atención domiciliaria. La estructuración de los programas de atención domiciliaria, en la misma medida que la coordinación de estos programas con los diferentes niveles de atención sanitaria y la comunidad, es un elemento clave para el éxito de estas iniciativas en cuanto a los resultados que de ellas se obtengan en materia de salud y gestión eficaz de los costos.

La atención domiciliaria es una de muchas modalidades basadas en las comunidades que los países pueden considerar en una futura reforma del sector salud. Existen otras modalidades basadas en las comunidades, como los hogares de cuidado diario para adultos, los hogares colectivos, enfermerías para ancianos pobres, hospicios (institucionales o en el hogar) y otros medios de apoyo. En algunos casos puede haber atención en un proceso continuo de servicios en el cual los usuarios pasan de un nivel a otro a medida que cambian sus necesidades. Igualmente, los servicios comunitarios promueven el contacto y la interacción continua de los usuarios con sus familias y comunidades. La integración de los servicios comunitarios al sistema general de atención de la salud es vital para evitar la fragmentación de la atención o la alienación del usuario de su familia y su comunidad.

La unión de experiencias y recursos de los diversos países aporta una fuerza y una visión que no se obtienen a partir del examen de cada país por separado. El presente informe es un primer paso, y hay una variedad de otros pasos que sería apropiado tomar. En la siguiente sección hacemos recomendaciones, tanto para Estados Miembros como para la OPS, que describen las direcciones futuras en materia de atención domiciliaria.

11. RECOMENDACIONES PARA LOS PAÍSES

El grupo de trabajo formula una serie de recomendaciones a todos los países de la Región, consciente de que los contextos sociopolíticos, económicos y culturales específicos de cada país tendrán una gran influencia sobre las decisiones que éstos tomen. Las principales recomendaciones son:

- Considerar el desarrollo y perfeccionamiento de los programas de atención domiciliaria a medida que se emprenden las actividades de reforma del sector salud.
- Alentar a los países en los cuales los programas de atención domiciliaria son pequeños o inexistentes a considerar la ampliación de estos programas.
- Alentar a los países que tienen programas de atención domiciliaria bien establecidos a evaluar continuamente las repercusiones de las medidas de reforma sobre el acceso a la atención y sus efectos sobre los usuarios y sus familias, y no tan solo sobre el sistema financiero.

Las siguientes recomendaciones no siguen ningún orden de prioridad:

- A medida que avanza la reforma del sector de la salud, los países deben fomentar la definición de esquemas de financiamiento, tanto público como privado, que abarquen los servicios de atención domiciliaria como parte del paquete básico de servicios.
- Las actividades de evaluación de la calidad deben ir más allá de la mera evaluación de la estructura de la organización y el proceso de atención, para concentrarse en los resultados obtenidos con los usuarios como el baremo de evaluación más importante.
- Debe alentarse la integración de las actividades en los tres niveles de atención de la salud, poniendo énfasis en la atención primaria.
- Cada país debe esforzarse en crear y mantener una lista de proveedores de atención domiciliaria y organizaciones de atención domiciliaria profesional.
- En algunos países donde los proveedores de atención sanitaria no conocen la atención comunitaria, es menester establecer programas educativos para recapacitar y reorientar a los proveedores. De igual manera, en el caso de aquellos países donde los programas de atención domiciliaria están ampliándose del nivel primario hacia los niveles secundario y terciario de atención, podría necesitarse adiestramiento adicional. Debe considerarse el desarrollo de definición de funciones y normas

de competencia para todos los proveedores de atención domiciliaria.

Los ministerios de salud de algunas zonas tienen ahora menos responsabilidad directa en la provisión propiamente dicha de los servicios de atención de la salud, pero continúan desempeñando la función crucial de dirección de los servicios sanitarios. Los ministerios de salud tienen una función central que cumplir en la formulación de las políticas, el desarrollo del mejoramiento o la evaluación de la calidad y la integración de la atención domiciliaria al sistema de salud. En los países donde las decisiones relacionadas con el sistema de salud se toman a nivel provincial, regional o local, la participación del nivel federal en las decisiones sobre reglamentos y actividades relativas a la calidad ayudaría a proporcionar una estructura general para la organización y gestión de la atención domiciliaria. Los ministerios de salud también pueden brindar orientación mientras el sector privado, ya sea desde el punto de vista organizativo o a través de la provisión de planes de seguro de salud, comienza el proceso de establecer programas de atención domiciliaria.

11.1 RECOMENDACIONES PARA LOS CENTROS COLABORADORES DE LA OMS

Los centros colaboradores de la OMS pueden desempeñar una función valiosa como fuentes de asistencia técnica y orientación en la elaboración de programas de atención domiciliaria. Estos centros pueden contribuir con el desarrollo de redes, es decir, poner a los expertos en contacto con los países que solicitan asistencia. Más específicamente, los centros colaboradores pueden impartir capacitación, dar a conocer metodologías para la formulación de políticas y aportar herramientas de apoyo al desarrollo de la atención domiciliaria.

11.2 RECOMENDACIONES PARA LA OPS

Como resultado de nuestro trabajo sobre atención domiciliaria, formulamos las siguientes recomendaciones a la OPS:

- Promover los modelos creativos de organización y financiamiento de la atención domiciliaria y desplegar esfuerzos para dar a conocer logros ejemplares en los países que cuentan con poblaciones y sistemas de atención sanitaria similares. Cada sistema de atención domiciliaria examinado y discutido reveló puntos fuertes y deficiencias— no existe un patrón exacto para la atención domiciliaria.
- Formular un enunciado sobre atención domiciliaria que oriente a los Gobiernos Miembros en esta área a nivel regional a medida que éstos consideran la reforma del sector de la salud.

- Promover y apoyar la ejecución de análisis situacionales y evaluación de necesidades con el fin de determinar lo que existe y lo que se requiere en los países que están desarrollando programas de atención domiciliaria.
- Seguir apoyando el diálogo y los grupos de trabajo con expertos, especialistas, responsables de la formulación de políticas y encargados de adoptar las decisiones de cada país para continuar avanzando en esta área.
- Elaborar y difundir metodologías, instrumentos y otras herramientas de apoyo a los programas de atención domiciliaria en proceso de desarrollo y ejecución.
- Incluir una sección sobre atención domiciliaria en la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe y otras publicaciones pertinentes.
- En el transcurso de los próximos 12 meses, a partir del formato de estudio piloto utilizado anteriormente por la OPS para otros proyectos, desarrollar tres o cuatro proyectos piloto para aplicar, perfeccionar y probar modelos de atención domiciliaria.
- Convocar foros para compartir entre los países las experiencias adquiridas en materia de desarrollo de la atención domiciliaria y las enseñanzas extraídas de estos esfuerzos.
- Promover el uso de métodos sistemáticos de medición de resultados para determinados indicadores o para un conjunto mínimo de indicadores para evaluar la atención domiciliaria.
- Alentar la colaboración con partes interesadas, organizaciones nacionales e internacionales vinculadas a la atención domiciliaria (enfermeras, médicos, asociaciones de atención domiciliaria y organizaciones profesionales).
- En el plazo de tres años, conformar un grupo de trabajo para evaluar los avances alcanzados en el desarrollo de la atención domiciliaria en las Américas y hacer sugerencias sobre un futuro curso de acción.
- Esforzarse por generar y mantener una base de datos sobre atención domiciliaria que describa la organización y la gestión de la atención domiciliaria en los países de la Región; la base de datos debe estar disponible en Internet e incluir los nombres de las personas que servirían de contacto.

11.3 COLABORACIÓN CON DIVISIONES DE LA OPS

Recomendamos que haya colaboración con otras divisiones de la OPS. Existen varias divisiones de la OPS cuya participación

consideramos fundamental porque los temas se traslapan entre las divisiones: enfermedades no transmisibles, salud de la mujer, SIDA, adultos de edad avanzada, recursos humanos y la salud mental.

12. REFERENCIAS

1. Health Canada. (1990) Report on Home Care (elaborado por el Grupo de Trabajo Federal/Provincial/Territorial sobre Atención Domiciliaria, grupo de trabajo adscrito al Subcomité Federal/Provincial/Territorial sobre Atención a Largo Plazo).
2. Modly, D., Zanotti, R., Poletti, P., y Fitzpatrick, J. Editores. Home care nursing services. Springer Publishing Co., New York, N.Y. 1997.
3. Albrecht MN. (1990) The Albrecht nursing model for home health care: implications for research, practice and education. Public Health Nurs 1990 Jun;7(2):118-26.
4. Bask F. (1993) Home care; responsibilities and importance's present situation and future prospects. Zentralbl Hyg Umweltmed. Feb;1943(1-2):12-21.
5. Portrait of Canada: An overview of Public Home Care Programs. Background information prepared for the National Conference on Home Care. February, 1998.
6. The Third International Home Care Nursing Conference 1998. Beyond hospitals: new frontiers in nursing. Nov. 1-20, 1998.
 - a. Home care nursing and family caregivers in Thailand. T. Bootong. 82-84.
 - b. Home care/hospice care. I.M. Martinson. 107-109.
 - c. Home health care: practice and research in Korea. H. Young Kim. 53-59.
 - d. Hospital at home: a transdisciplinary approach to assessment and intervention. E. A. Madigan 113-117
7. Wasem J. (1995) Realization and financing of different models of home care Zentralbl Hyg Umweltmed. Abr;197(1-3):95-110.
8. Aina Sadek, M. y cols. (1986). Suporte nutricional for a do meio hospitalar. Rev. Bras. Med 13(1/2): 17-21
9. Wen Gorp Jan. (1997). How information technology will change home care. Caring. Dic 1997:18-19.
10. International Hospice Institute and College. IHIC Fact Sheet Services. Home Care Service. <http://www.hospice.com/FactSheets/FSHomeCare.htm>
11. Caring (1997) A global perspective: quality versus cost. Caring. Abr;16(4):16-8,20,22.
12. VI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Riberão Preto, Brazil, 1998.

13. De Freitas, M.C., Cavalcante, M.V., De Fatima, L., y Almeida, T. Presencia de una enfermedad crónica: apoyo familiar. (pp. 327)
14. De Souza, B y De Alencar Ieda. La práctica de la "visita domiciliaria" en el contexto de enfermería en salud pública. (pp. 154)
15. El rol del cuidador informal en el ambiente familiar. Pereira, C., Estevam, D., y Guimaraes, O. (pp. 156)
16. Guimaraes, O. y Partezani, R. El cuidado familiar del adulto mayor con secuela de accidente vascular encefálico. (pp. 381)
17. Rímoli, M.L. y Fortuna, M. Implementación y desarrollo de la atención domiciliaria en el Servicio de Salud Pública de Riberáo Preto: una experiencia en curso. (pp. 327)
18. Shepperd, S., Harwood, D., et al. (1998). Randomized controlled trial comparing hospital to home care. I: three months follow up of health care outcomes. *BMJ*, 316, pp. 1786-1791.
19. Shepperd, S., Harwood, D., Vessey, M. & Morgan, P. (1998). Randomized controlled trial comparing hospital to home care. II: cost minimization analysis. *BMJ*, 317, pp. 1791-1796.
20. Cassorla, E. et al (1977) Experiencia de una Unidad de Atención Domiciliaria en Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
21. Chappell, N. L. (1993). Implications of shifting health care policy for caregiving in Canada. *J Aging Soc Policy*, 5(1-2):39-55
22. Fast J. et al, Contributions and Needs of Informal Elder Care Providers in Canada: Evidence from Statistics Canada's 1996 General Social Survey on Social Supports, financiado por el Ministerio de Salud de Canadá, Marzo 1999.
23. McNeal GJ. (1998) Diversity issues in the home care setting. *Crit Care Nurs Clin North Am.* Sep;10(3):357-68.
24. Brooten D, Naylor M, Brown L, York R, Hollingsworth A, Cohen S, Roncoli M, Jacobsen B. (1996). Profile of postdischarge rehospitalizations and acute care visits for seven patient groups. *Public Health Nurs*, Abr;13(2):128-34.
25. Aday, LA, Aitken, M. & Wegener, DH (1988). Pediatric home care: Results of a national evaluation of programs for ventilator assisted children. Chicago: Pluribus Press.
26. Worland, RL, Arrendo, J., Angles, F., Lopez-Jimenez, F, & Jessup, DE (1998). Home continuous passive motion machine versus professional physical therapy following total knee replacement. *J Athroplasty*, Oct; 13(7), 784-787.

27. Soderstrom, L., Tousignant, P., & Kaufman, T. (1999). The health and cost effects of substituting home care for inpatient acute care: A review of the evidence. *CMAJ*, Abr 20, 160(8), 1151-1155.
28. Weissert WG (1991) A new policy agenda for home care. *Health Aff (Millwood)*, Summer;10(2):67-77.
29. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* Feb17;281(7):613-20.
30. Madigan EA (1998). Rehospitalization among Home Healthcare Patients with Heart Failure. Midwest Nursing Research Society, Annual Meeting. Presentation: Indianapolis, IN: Abril 12, 1999
31. Leonard, BJ, Brust, JD, & Nelson, RP (1993). Parental distress: Caring for medically fragile children at home. *Journal of Pediatric Nursing*, Feb, 8(1), 22-30.

13. LECTURAS ADICIONALES

- Al Watban H, Smith PG, Smith-Gordon A, Esteen PA. (1997) A global perspective: traditional and nontraditional care. *Caring*. Oct; 16(10):16-8.
- Armbruster, C. & Vetter, N. Home care of AIDS patients from the medical and nursing viewpoint: a project in Vienna. *Acta Médica Austríaca*. 21(1):14-6, 1994.
- Barros, F. et al. (1991). Management of childhood diarrhea at the home level: a population-based survey in north-east Brazil. *Bull. WHO*, 69(1):59-65.
- Benefield LE. (1997) Research in home health care. *Home Health Nurse*. Dic: 15(12);871.
- Burns, L.R., Lamb, G.S., & Wholey, D.R. Impact of integrated community nursing services on hospital utilization and costs in a Medicare risk plan. *Inquiry*. 33(1):30-41, primavera de 1996.
- Corso, JJ., Cop, A. Levine, et al. (1987) Home Health Aide Services for Medicare Patients (borrador). Washington, DC: Department of Health and Human Services, Office of Inspector General, Office of Analysis and Inspections.
- Ehrenfeld, M. (1998). Nursing and home care in Europe. *Int. Nursing Review*, 45(2). Pp. 61-64
- Freeman, E.A. Community-based rehabilitation of the person with a severe brain injury. *Brain Injury*. 11(2):143-53, Feb. 1997.
- Gribble, J. & Preston, S (editors) (1993). *The Epidemiological Transition*. National Academy Press, Washington D.C
- Hall, J. Feldstein, M. & Fretwell, M. (1990). Older patients' health status and satisfaction with medical care in an HMO population. *Med Care*, 28 pp. 216-270
- Harrow BS, Tenstedt SL, McKinlay JB (1995) How costly is it to care for disabled elders in a community setting? *The Gerontologist* 35:803-813.
- HCFA Press Release. Medicare home health moratorium is lifted: new rules and procedures established to stop fraud and abuse. Ene. 13, 1998.
- Hermanova, H. New challenges in aging: home care. *Disability & Rehabilitation*, 19(4):142-6, Abr. 1997.
- Inova VNA Home Health. Your Guide to Home Care.
- International Compendium of Home Health Care. (1995)
<http://www.nahc.org/WHHO/WHHOcomptext.html>

- Kirisits, H. & Reisecker, F. Ambulatory intensive therapy in the bulbar form of amyotrophic lateral sclerosis. Wiener Medizinische Wochenschrift. 146(9-10):202-3, 1996.
- Land, Sandra. (1998) Community nursing in Latin America and the Caribbean. Home Health Care Management & Practice. International Community Health. The Official Journal of the Home Health Management Institute. Volumen 11 Número 1.
- Malnory, M (1997). Mother-infant home care drives quality in managed care environment. Journal of Nursing Care Quality, 11(4),9-26
- McClung RL. (1995) Considerations for the use of a conceptual model in home health nursing. Pediatr Nurs. Ene-Feb:21(1):68-70.
- Meyer, H. (1995). Prospective payment: one way to limit home care costs. American Medical News. 38(36), pp 45
- Moore, Florence M. (1990) What about the quality of care? Care. Abril;9(4):16-24.
- Mst. Delgado, J. Atención domiciliaria: familia-salud-enfermero.
- National Association for Home Care. 1999 NAHC Legislative Blueprint for Action. <http://www.nahc.org/NAHC/LegReg/99bp/legblue7.html>
- Older women in nonindustrial cultures: consequence of power and privilege. In L. Grau and I. Susser, eds., Women in later years: social and cultural perspectives. New York: Harrington Park Press.
- Olivari, F., Duffau, G. & Hormazabal, J. (1985). Preparación de solución hidratante en el hogar. Revista Chilena de pediatría, 56(2):83-86.
- OPS/OMS HCP/HCN (1997). Informe Reunión: Enfermería en cuidados paliativos del paciente con cáncer.
- Rensch, Stanley E. (1997) Home care in the Republic of Suriname: A work progress. Caring. Oct;(16)10:26-27.
- Rose MA. (1989) Home care nursing practice: the new frontier. Holist Nurs. Pract Feb;3(2):1-8.
- Ross MM, Crook J. (1998) Elderly recipient of home nursing services: pain, disability and functional competence. J Adv Nurs. Jun;27(6):1117-26.
- Schroeder, C. (1993) Nurses' response to the crisis of access, costs, and quality in health care. Advances in Nursing Sciences. 16(1):1-20, Sept. 1993.
- Sennott-Miller, L. 1989. "The health and socioeconomic situation of midlife and older women in Latin America and the

- Caribbean." In *Midlife and Older Women in Latin America and the Caribbean*.
- Shaughnessy, Peter W. Baumn, Marjorie K, Kramer Andrew M. (1990). Measuring the quality of home health care: some important considerations. *Care*. Feb;9(2):4-6.
 - Sorochoam, M., & Beattie, B.L. (1994) Home care in an aging world. *World Health* 47(4),3.
 - Steel K, Leff B, Vaitovas B. (1998) A home care annotated bibliography. *J Am Geriatr Soc*. Jul:46(7):898-909.
 - Steele R.G., Fitch M.I. (1996) Needs of family caregivers of patients receiving home hospice care for cancer. *Oncol Nur Forum*. Vol.23, No5:823-826.
 - Ushikubo M, Kawamura S, Hoshi T, Hasegawa M. *Nippon Kosu Eisei Zasshi* (1995) Educational needs of home health care nurses. Nov;42(11):962-74.
 - Verhey MP. (1996) Quality management in home care: models for today's practice. *Home Care Providers*. Jul-Ago;1(4):180-5; 211.
 - Wen Gorp Jan. (1997). How information technology will change home care. *Caring*. Dic 1997:18-19.

ANEXO I: AGENDA

GRUPO DE TRABAJO SOBRE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DOMICILIARIA EN LAS AMÉRICAS

**WASHINGTON, DC.
17-19 DE NOVIEMBRE DE 1999**

Miércoles, 17 de noviembre de 1999

Mañana

- Presentaciones
- Respuesta general al borrador de documento de trabajo
- Discusión inicial de los perfiles de países, determinar si se incluyen y cómo hacerlo
- Temas principales que han de agregarse
- Asignación de los temas principales que se agregarían

Tarde

- Examen y discusión de cada sección
- Asignación de las secciones que necesitan ampliación, aclaración o explicación

Jueves, 18 de noviembre de 1999

Mañana

- Escribir las secciones nuevas o revisadas
- Discusión del formato para los perfiles de países

Tarde

- Revisión de los perfiles de países
- Continuación del trabajo sobre el borrador de documento

Viernes, 19 de noviembre de 1999

Mañana

- Recomendaciones para:
 - Colaboración de la OPS
 - Trabajo al interior de cada país y entre países
 - Inclusión de otros grupos y organizaciones
- Definición de las necesidades más urgentes y las posibles soluciones a esas necesidades
- Próximos pasos y responsabilidades en la finalización del documento.

ANEXO II: LISTA DE PARTICIPANTES

GRUPO DE TRABAJO SOBRE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LAS AMÉRICAS

WASHINGTON, DC.
17-19 DE NOVIEMBRE DE 1999

María Isabel Aldunce
Universidad Católica, Santiago
P.O. Box 915
La Serena
Chile
Tel/Fax (56-51) 294431
e-mail marisaldunce@yahoo.com

Pauline Chartrand
Health Canada
7th Floor 275 Slater Street
Postal locator 3807A
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Tel (613) 941-9854
Fax (613) 957-3233
e-mail pauline_chartrand@hc-sc.gc.ca

Eva Lewis Fuller
Ministry of Health
Health Cooperation
Oceana Building
2-4 King Street
Kingston, Jamaica WI
Tel (876) 967-1100-12
e-mail Fullere@moh.gov.jm

Liz Madigan
WHO Collaborating Center
Case Western Reserve University
10900 Euclid Avenue
Cleveland, Ohio 44106-4904
Tel (216) 368-8532
Fax (216) 368-3542
e-mail eam13@po.cwru.edu

Dra. Dora Masetti
Ministerio de Salud
CASMU

P. O. Box 11400
Montevideo
Uruguay
Tel/Fax (598-2) 508-9880
e-mail masetti@adinet.com.uy

Carolyn Smith
4524 Bucktail Dr.
Allison Park, PA 15101
Tel (412) 492-9145
Fax (412) 492-0561
e-mail
carolynsmithusa@netscape.net

Sandra Land
Asesora Regional en Enfermería
División de Desarrollo de
Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la
Salud
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel (202) 974-3214 W
Tel (703) 532-4997 H
Fax (202) 974-3641
e-mail landsand@paho.org