

Artículo de reflexión

Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario

*Management clinic home care programs**Gestão clinic casa programas da care***Miguel Antonio Sánchez Cárdenas¹ ✉, Genny Paola Fuentes Bermúdez²****Fecha correspondencia:**

Recibido: febrero 17 de 2016.

Revisado: abril 11 de 2016.

Aceptado: mayo 27 de 2016.

Forma de citar:

Sánchez M, Fuentes G. Gestión clínica de programas de cuidado domiciliario. Rev CES Salud Pública. 2016; 7 (2)

Open access

© Copyright

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

ISSN: 2145-9932

Sobre los autores:

1. Doctorando en Bioética Director de Investigación y proyección Social Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Bogotá D.C. Colombia.

2. Maestranda en Administración de Servicios de Salud, Universidad del Rosario. Chía, Colombia.

Comparte

**Resumen**

El cuidado domiciliario constituye hoy una modalidad de atención que permite solventar las dificultades derivadas de la sobreocupación hospitalaria y la cronicidad, los cuales constituyen un problema de interés en salud pública en los países desarrollados y que pueden ser manejados en el domicilio del paciente como una opción costoefectiva y segura. Para lo cual es necesario buscar estrategias que permitan su desarrollo, gestión de riesgos y modelos de atención, logrando mejorar las condiciones de salud de la población.

Palabras clave: Hospitalización, Servicios de Atención de Salud a Domicilio, gestión clínica, calidad de vida.

Abstract

Home care today is a form of care that can overcome the difficulties arising from hospital overcrowding and chronicity, which constitute a problem of public health interest in developed countries and that can be handled in the patient's home as an option costoeffective and safe. For which you need to seek strategies to their development, risk management and models of care, managing to improve the health conditions of the population.

Keywords: Hospitalization, Home Care Services, Clinical Governance, Quality of Life.

Resumo

Home care hoje é uma forma de tratamento que possa superar as dificuldades decorrentes da superlotação do hospital e cronicidade, que constituem um problema de interesse da saúde pública em países desenvolvidos e que podem ser tratadas em casa do paciente como uma opção costoefectiva e segura. Por que você precisa procurar estratégias para o seu desenvolvimento, gestão de risco e modelos de atenção, conseguindo melhorar as condições de saúde da população.

Palavras-chave: Hospitalização, Serviços de Assistência Domiciliar, Governança Clínica, Qualidade de Vida.

Introducción

El modelo de cuidado domiciliario es un concepto que ha cobrado fuerza en los últimos tiempos, pese a que el desarrollo histórico de las ciencias de la salud ha estado ligado a las instituciones hospitalarias; la atención de los enfermeros hasta hace pocos siglos era realizada de forma domiciliaria y solo eran llevados a los nosocomios los pacientes abandonados, con enfermedades mentales o infectocontagiosas.

El retorno de la asistencia sanitaria al domicilio del paciente está influenciado en gran medida a dos fenómenos que influyen fuertemente en el actual sistema de salud y que condicionan las modalidades de cuidado domiciliario, los cuales se exponen a continuación.

La sobreocupación de camas hospitalarias, la cual depende de diversos factores pero en gran medida esta denotada por el modelo de atención hospitalaria, la capacidad de respuesta para establecer diagnóstico, tratamiento y la eficacia de los mismos, así como, la demanda de servicios de salud hacia los grandes hospitales, los cuales están concentrados en zonas urbanas, dejando a las áreas rurales con pobre capacidad de respuesta requiriendo derivación de los usuarios para la prestación adecuada de servicios. Un ejemplo de esto, se evidencia en la reducción dramática de camas hospitalarias en Europa, en donde se pasó de contar con 7.5 camas por 1000 habitantes a mediados de los años 90 a 2.5- 3 camas por 1000 habitantes en mediciones realizadas en el 2005 (1), con el agravante de la prolongación en los tiempos de estancia hospitalaria por requerir soporte médico, diagnóstico o terapéutico (2), llevando a disminuir con esto la posibilidad de prestar servicios programados que requieran manejo intrahospitalario, colapsando las salas de urgencias y la remisión de usuarios a instituciones de mayor nivel de complejidad para la resolución de patologías por profesionales especializados.

Aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas: La carga mundial de enfermedades crónicas ha aumentado de manera importante desde mediados del siglo XX, durante los últimos años se están produciendo importantes cambios demográficos en todo el mundo, en la Unión Europea como ejemplo, el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16,1 % en 2000 a un 27,5% en 2050 (3), lo que constituye un problema de salud pública que se ha intentado abordar desde la medicina preventiva con grandes logros. La demanda de servicios de salud de usuarios con enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, osteoarticulares, metabólicas y degenerativas continua en aumento; se calcula que las enfermedades no transmisibles causaron la muerte de 35 millones de defunciones en 2005 (4) y que su impacto económico no solo afecta hoy a los países desarrollados si no que constituyen un factor de riesgo importante para la económica de los países en vía de desarrollo, en términos de mortalidad, morbilidad y años de vida ajustados por discapacidad (5), no solo por sus implicaciones para el control y prevención, sino por el modelo de atención que se ha instaurado para su manejo basado en soporte intrahospitalario con lo que se disminuye el giro cama de las instituciones y aumenta el costo médico del sistema de salud de manera importante, aun cuando solo se realicen terapias de mantenimiento de calidad de vida.

En la actualidad los programas de cuidado domiciliario se encuentran fuertemente desarrollados en países como España, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, en donde se han implementado modelos de atención basados en la hospitalización domiciliaria, sistemas de atención primaria y servicios de apoyo al enfermo en casa con excelentes resultados (6), constituyendo estándares de atención para países en

donde se están formando este tipo de programas y donde no se ha realizado modelos de atención adecuados a las condiciones locales.

En esta medida se crea la necesidad de diferenciar la hospitalización domiciliaria derivada de la extensión del hospital al domicilio (Acute Hospital Home Care) de los programas de atención en casa (chronic home care) que tienen una influencia más orientada a la atención primaria en salud. De acuerdo con Ferrer Arnedo (7) en su exposición sobre los modelos de organización del cuidado domiciliario; la diferencia entre hospitalización a domicilio y atención domiciliaria se enmarca en las siguientes variables: procedencia de los profesionales, procedencia de los pacientes, nivel de tecnificación, actividades a ejecutar y tiempo de seguimiento, demostrando con esto la diferencia objetiva que tiene la atención domiciliaria en prevenir la hospitalización del paciente, versus, la hospitalización a domicilio que intenta mantenerla en el hogar del paciente logrando el alta temprana de las Instituciones de gran complejidad.

Muchos autores no realizan este tipo de diferenciaciones entre las modalidades de atención, aun la Organización Mundial de la Salud en su publicación regional numero 40 (Comprehensive Community-and Home-based Health Care Model) presenta una segregación de los programas de cuidado domiciliario basada en niveles de complejidad; en el cual el primer nivel se encarga de educación y promoción en salud, prevención de la enfermedad, atención prenatal, consulta de VIH/SIDA, el Segundo nivel de complejidad realiza tramientos médicos "simples" como cuidado de heridas, administración de medicamentos, cuidados con la materna y el recién nacido y remisión de usuarios, dejando el tercer nivel de atención domiciliaria para el manejo de pacientes con cuidado paliativo, rehabilitación domiciliaria, manejo de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial y VIH/SIDA.

Desarrollo histórico de los programas de atención domiciliaria

El desarrollo histórico de los programas de cuidado domiciliario inicia en la ciudad de Nueva York con el Hospital de Montefiore en 1940, donde intentaron la extensión al hogar del paciente con el objetivo de desocupar las camas hospitalarias y brindar un ambiente más humano y favorable para la recuperación de los enfermos en el marco de la creciente influencia que tenía en ese momento la medicina social, desarrollando el concepto de "hospital sin muros" constituyendo con esto el primero programa de atención domiciliaria.

Posterior a esto, en diferentes latitudes, organizaciones como el Hospital Tenon en Paris, Hospital Provincial de Madrid, Hospital de Cruces de Baracaldo, Hospital de Montreal, iniciaron la atención de los enfermos en el domicilio una vez superaban la fase aguda de atención en sus salas hospitalarias, manteniendo la supervisión de sus pacientes de forma directa. En sus inicios, la atención hospitalaria en casa estaba reservada para los pacientes con secuelas de enfermedad crónicas, tales como, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, síndrome coronario, cuya recuperación a niveles aceptables prolongaría su estancia en el hospital y dependía fundamentalmente de la intervención de enfermería y el grupo de rehabilitación, así como, manejo medico en prevención secundaria.

En los Estados Unidos se iniciaron los primeros egresos del hospital de usuarios que debían continuar infusiones parenterales de antimicrobianos, los cuales constituían una nueva alternativa terapéutica denominada Home Intravenous Antibiotic Therapy (HIVAT), la cual establecía una práctica segura dado los aportes realizados por la

Clínica Mayo de Rochester con la implantación de catéteres venosos de material elaborados a base de poliuretano que remplazaban las antiguas agujas metálicas y disminuían la iatrogenia en la intervención, logrando desarrollar esta modalidad de atención de forma rápida con excelentes resultados para el paciente, el hospital y el asegurador.

Teniendo en cuenta estos avances, se extendió este manejo a otro tipo de medicamentos, logrando manejo seguro de pacientes en domicilio. Apareciendo resultados exitosos de usuarios con infusión electrolitos y nutrición parenteral. Asociándose al desarrollo de medicamentos de vida media prolongada, catéteres, apósitos, llaves de seguridad y tecnología para el manejo del paciente en casa, con buena acogida en países como Italia, Holanda, Canadá, España y Francia, los cuales hoy lideran el desarrollo de unidades de hospitalización en casa para alta temprana (8), logrado reducir hasta 8 días promedio de internación en centros de alta complejidad (9).

Los programas de cuidado domiciliario abarcan diferentes niveles de complejidad, los cuales realizan intervenciones asociadas atención primaria en salud (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, estrategias de atención en cronicidad), e intervencionismo (ventilación mecánica, cuidado paliativo, heridas de gran complejidad) con desarrollos tecnológicos y conceptuales específicos para este campo, logrando un "nuevo campo disciplinar" que ha llevado a la formación de asociaciones académicas y gremiales entre las que se podrían destacar la Asociación Española de Hospitalización a domicilio y la National Association for Home Care and Hospice de Estados Unidos, los cuales tienen como objetivo el desarrollo de los cuidado paliativos domiciliarios, la antibióticoterapia parenteral domiciliaria, la nutrición artificial domiciliaria, la enfermería en domicilio, la innovación de tecnologías, las estrategias de atención y la medición de la calidad.

Atención médica domiciliaria en Colombia

En Colombia los programas de cuidado domiciliario surgen como una estrategia para la atención de los usuarios crónicos afiliados al Instituto Nacional de Seguros Sociales y se desarrollan con base en necesidades de atención derivadas de fallos judiciales en las que se obligaba a las empresas aseguradoras a garantizar la atención del enfermo en su hogar con prestación permanente de cuidados médicos, de enfermería y rehabilitación.

La atención médica domiciliaria en Colombia ha estado descrita como posibilidad desde la Resolución 5261 de 1994 (Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud), en donde se realiza la primera definición normativa de este tipo de servicios y con base en la cual se genera la descripción que se hace en las modificaciones del Plan Obligatorio de Salud, estando vigente la mencionada en el Acuerdo 029 de 2011, en la cual se menciona la atención domiciliaria como "atención extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud desde el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud con participación de la familia".

Con las modificaciones en la legislación y el aseguramiento que sufrió el país posterior a la Ley 100 de 1994, son muchas las reglamentaciones creadas para modular la prestación de servicios de salud, sin embargo, el campo de la atención médica domiciliaria carece hoy de una reglamentación específica que norme de forma particular su operación. Aun cuando en los estándares mínimos de habilitación de servicios

de salud existentes en la actualidad, mencionan de manera directa las unidades de atención domiciliaria, será necesario reglamentar de forma más puntual su operación, tal y como se nombrara más adelante.

El desarrollo de programas de cuidado domiciliario ha estado caracterizado por la creación de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud dedicadas a esta modalidad de atención (exceptuando programas como el instaurado por el Instituto Nacional de Cancerología, el cual busca garantizar la continuidad en la atención con el respaldo de la estructura hospitalaria disponible para la atención de usuarios con cáncer). Así por ejemplo, en la ciudad de Bogotá D.C. existen hoy registradas veinte y ocho instituciones dedicadas al cuidado domiciliario, registradas en el Sistema Único de Inscripción de prestadores de la Secretaría Distrital de Salud, las cuales realizan convenios específicos con aseguradores del Régimen Contributivo, Subsidiado y sistemas de Medicina Prepagada para la atención en programas de atención al usuario crónico y Hospitalización Domiciliaria.

Para los aseguradores de servicios de salud el cuidado domiciliario se convirtió en un campo atractivo por su capacidad de descongestionar las instituciones hospitalarias de gran complejidad, su costo-efectividad en las intervenciones y el nivel de cronicidad y dependencia funcional de la población afiliada. Aun no se observa un desarrollo importante de este campo en el país, si se analiza el potencial desarrollo que se describe en países donde el modelo de prestación de servicios domiciliarios ha evolucionado, con capacidad de asistir de forma integral al usuario en su hogar (describiendo el uso seguro de terapia intravenosa, infusión de hemoderivados y apoyo por telemedicina de forma continua y especializada) ([10](#)).

Aun cuando ya existen servicios de cuidado domiciliario, se debe trabajar en Colombia por potenciar el desarrollo de estos, garantizar el manejo seguro de los usuarios, adherencia a guías y prácticas basadas en evidencias científicas específicas para manejo en casa. Existen trabajos destacados en este campo sobre los cuales se deben iniciar modelos operativos de atención médica de enfermería y rehabilitación en casa, entre los cuales se destacan los publicados por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y su programa de cuidado a cuidadores de personas con enfermedad crónica; los publicados por la Universidad de la Sabana y su grupo de trabajo en cuidado Paliativo y los desarrollados por el Postgrado en Enfermería en Atención Domiciliaria de la Universidad de Ciencias aplicadas y Ambientales.

Modelo de atención domiciliaria: desarrollo de circuitos asistenciales

Los programas de cuidado domiciliario constituyen una alternativa eficiente para la atención de enfermos que por sus condiciones de salud no pueden acudir de forma ambulatoria (discapacidad o cronicidad) o mantenerse en servicios de hospitalización (por su poca disponibilidad de camas comparada con el nivel de ingresos a hospitales agudos). Por lo que egresan a su domicilio, una vez cumplan con las condiciones mínimas de atención, entre las que se encuentran:

- Voluntariedad de ser atendido en domicilio.
- Disponibilidad de comunicación telefónica y servicios públicos básicos.
- Residencia dentro del área cobertura de la unidad de atención domiciliaria.
- Disponibilidad de un cuidador en el domicilio.
- Condiciones higiénicas y sociofamiliares adecuadas.
- Certeza diagnóstica y estabilidad clínica del paciente.

El cumplimiento de las mismas permite establecer de forma segura la prestación de servicios, acordes a la organización del programa y las necesidades específicas para cada usuario. Los modelos de atención en salud, están clásicamente relacionados con la atención por personal médico y de enfermería, constituyendo estos profesionales, la base de atención hospitalaria, por lo menos en la percepción del usuario; aumentado la participación en el domicilio de profesionales en el área de rehabilitación (física, ocupacional, del lenguaje y respiratoria), terapia enterostomal y clínica de heridas, nutrición, psicología, trabajo social y especialidades médicas como la fisioterapia y el cuidado paliativo que en conjunto logran la articular planes de manejo ajustados a la práctica domiciliaria.

De acuerdo con la Sociedad Española de Hospitalización Domiciliaria (SEHAD) (10) en los programas de cuidado domiciliario se desarrolla gestión del proceso asistencial, docente e investigador, en donde se considera como parte del proceso asistencial la intervención clínica (generalmente por médico, enfermería y rehabilitación) la intervención social y el trabajo con los cuidadores familiares. De acuerdo con este modelo en el proceso asistencial de las unidades de cuidado domiciliario se encuentran el esquema de atención de enfermedades, el cual constituye un conjunto de actividades llevadas a cabo por los profesionales en salud en una red integrada de atención que realizan las siguientes actividades como parte del circuito asistencial del proceso de atención:

- Comprobar criterios de inclusión.
- Información del paciente y/o cuidador sobre el programa.
- Realizar valoración clínica inicial.
- Elaboración de un plan individualizado de tratamiento y cuidados.
- Derivación a los gestores de casos.
- Registro del paciente.
- Seguimiento programado mediante atención telefónica.
- Telemonitorización, televisita, actividades de retroalimentación y plan de visitas domiciliarias.
- Información y apoyo al cuidador principal.
- Evaluación periódica para el ajuste del tratamiento y plan de cuidados.
- Atención de la demanda urgente en los casos necesarios.
- Dotación de la medicación y suministros sanitarios.
- Coordinación con otros niveles asistenciales.

Con lo anterior se considera factible, gestionar la atención integral de pacientes que por sus condiciones crónicas requieren un control especializado desde lo terapéutico y lo psicosocial con el fin de asegurar las necesidades del paciente y el cuidador, enlazando los servicios del sistema general de salud con los requerimientos clínicos e individualizados de cada persona.

Un circuito asistencial domiciliario se relaciona con la posibilidad que cada disciplina tiene de prestar servicios al paciente para lograr su recuperación y/o mantenimiento de calidad de vida. La articulación de esfuerzos para la atención del paciente está coordinada por una unidad central que garantiza el cumplimiento del objetivo terapéutico y gestiona la integralidad de atención en el hogar, de acuerdo a las siguientes características:

Equipos multidisciplinares: analizan las condiciones clínicas, sociales, familiares del paciente y su impacto en el estado de salud como base de atención en el paciente

con secuelas de enfermedad neurológica, paciente oncológico con enfermedad terminal y condiciones de dependencia severa, abordando desde una perspectiva biopsicosocial, que este influenciada por un paradigma medico social y de rehabilitación comunitaria.

Estructuras de apoyo en atención domiciliaria: como soporte en la atención, posibilitan el manejo en caso de deterioro clínico y estados de urgencia. Entre estas se encuentran las unidades de referencia y contrareferencia, los servicios de traslado asistencial de pacientes, los sistemas de aporte de oxígeno domiciliario, sistema de toma y transporte de muestras biológicas, entre otros.

Sistema de georeferenciación: a pesar que hoy no deberían existir limitaciones geográficas para la atención de usuarios en el domicilio, las condiciones sociales impiden en algunas zonas la prestación segura, debido a las pobres vías de acceso, limitación en servicios públicos y condiciones higiénicas. Por lo que hay que en la actualidad existen sistemas de referenciación geográfica que describen condiciones de acceso, rutas óptimas de atención, malla vial, usuarios cercanos, los cuales tienen utilidad en procesos de referencia, calculo en la oportunidad en la atención y tiempo de respuesta.

Gestión de riesgos en salud: Una de las principales preocupaciones en la práctica médica actual, está relacionada con la gestión de eventos adversos derivados de la atención en salud, lo cual aplica de forma importante para la atención domiciliaria dado el nivel de intervención con el que hoy se manejan los pacientes en su hogar. La gestión de riesgos asociada a la salud de un paciente en su hogar incluye incidentes (near miss) relacionados con la medicación parenteral, con los cuidados de enfermería, con los procesos de comunicación entre el programa y el paciente (o su cuidador), con la gestión, alcanzando incidencia hasta del 6.8% de acuerdo a lo descrito por el informe APEAS (11), el cual documenta diferentes tipos de eventos adversos en España, desde leves hasta severos, relacionándose con reingreso hospitalario e incluso la muerte.

Los principales incidentes y eventos reportados en la atención al domicilio se encuentran relacionados con la administración incorrecta de medicamentos, ulcera por decúbito, caída del paciente bajo cuidado de enfermería, quemaduras por termoterapia, protrusión de sondas y dispositivos médicos (prótesis y prótesis), retrasos en la remisión del usuario a niveles superiores de complejidad (12), los cuales de acuerdo con el estudio de Coleman (13) no solo están determinados por la organización de la práctica domiciliaria, sino además con factores asociados con el aseguramiento, la disponibilidad del cuidador, las características arquitectónicas la vivienda, la escala funcional del paciente, entre otras, haciendo necesario su evaluación antes del ingreso al programa para disminuir su incidencia y sus potenciales efectos.

Entrenamiento y evaluación del cuidador: el número de usuarios en cuidados domiciliarios ha aumentado de forma exponencial desde que los primeros programas se instauraron, así mismo, el número de profesionales de la salud y personal técnico en este campo ha aumentado, a pesar que en Colombia existen muy pocos programas de formación con enfoque a las condiciones particulares de la medicina domiciliaria. Los requerimientos de los pacientes (en especial aquellos con situaciones de cronicidad) hacen necesario la enseñanza del cuidador para que este se encuentre entrenado en los procedimientos básicos de exijan la cotidianidad de su cuidado. Un ejemplo de esto lo mencionan los protocolos de tratamiento antimicrobiano domici-

liario endovenoso de la Sociedad Española de Medicina Interna, los cuales describen como opciones para la administración de medicamentos parenterales la forma presencial, si el personal de salud se hace cargo de todo el proceso de administración, la Mixta, si se desplaza para administrar el tratamiento pero delega a la familia la supervisión o retirada de los equipos y No presencial si el cuidador se hace cargo de la administración del medicamento sin presencia del personal de salud, pero con previo entrenamiento de este.

Así mismo en condiciones de dependencia funcional, el cuidador deberá pasar por ciclos de entrenamiento en el manejo del paciente en actividades de la vida diaria (baño, alimentación, prevención de complicaciones) y condiciones especiales (gastrostomía, traqueostomía, sondas y drenes), reservando la atención permanente del personal de enfermería para condiciones como ventilación mecánica, la cual eleva el costo del programa a cerca de UD3000 dólares mensuales percapita.

De acuerdo con Jordan y Osborne, la educación al cuidador constituye la estrategia con mayor costoefectividad en programas domiciliarios, por lo que en algunos países del mundo han calculado ahorros para el sistema de salud hasta de UD515 millones de Dólares, logrando mantener la calidad del vida sin complicaciones para el paciente (14). Pese a esto, en muchos programas de atención domiciliaria no se contempla el entrenamiento al cuidador como un aspecto importante del modelo de atención o lo realizan de forma artesanal y sin criterios objetivos de medición, orientados hacia el "auto-cuidado" y que derive de un modelo de compensación total al cuidador desescalonado a Compensación parcial y sistema de apoyo educativo.

Sistema de Gestión de Calidad: De acuerdo con la SEHAD el sistema de gestión de calidad de las unidades de atención domiciliaria tienen el objeto de garantizar la prestación del servicio en condiciones óptimas y efectivas, que permitan la recuperación y el mantenimiento de las condiciones de salud y/o calidad de vida de los pacientes en su domicilio. Aunque hoy aún no existe una definición estándar para la práctica asistencial en el domicilio, el sistema de gestión de calidad busca garantizar la continuidad, la seguridad en el manejo, siendo de especial importancia el sistema de información con el que la unidad de atención medica domiciliaria busca agrupar la información clínico administrativa de los pacientes, las cuales describen en el mayor número de oportunidades los resultados del proceso de atención. Para el análisis de resultados se dispone de tres fuentes básicas de información: datos obtenidos directamente de los pacientes en entrevistas o durante el proceso de atención.

Las bases de datos clínicos-administrativas constituyen una fuente muy importante para los estudios de efectividad ya que contienen cantidad de información clínica relevante, dado que cuentan con una buena estandarización de las variables, lo que permite el seguimiento de los pacientes de forma objetiva y concreta, siendo útil para realizar ajustes en el proceso de atención con miras a potenciar sus resultados.

Evaluación de resultados de un programa de cuidado domiciliario

Una vez definido los elementos que integran el circuito asistencial de un programa de atención domiciliario y las características necesarias para su gestión, es necesario enunciar los resultados esperados a nivel macro, meso y micro del programa. Debido a la fuerte influencia que hoy tiene la medición de resultados en salud, la evaluación de la calidad asistencial ha adquirido gran relevancia en los últimos años con la finalidad de garantizar una mejor práctica, sin embargo, por el reciente

desarrollo de los programas de atención médica en casa, aun no se ha consolidado de una forma seria y conceptual los niveles de medición. Aunque ya está definida la importancia de la gestión del riesgo y las implicaciones sociales de este tipo de programas, no hay en Colombia una definición de resultados de atención domiciliaria en términos de eficacia, efectividad, utilidad y beneficio, por lo que se continua utilizando medidas de tipo hospitalario para su análisis y patrones de habilitación, las cuales difieren al contrastar los modelos de atención.

A nivel macro se deberá trabajar en la creación de una normatividad acorde a la práctica de la atención medica en el domicilio del paciente; en la actualidad la única regulación existente está dada por la Resolución 5261 de 1994 (Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud) en la cual enuncian la asistencia domiciliaria como “aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin” permitiendo a las Instituciones prestadoras de servicios de salud la definición de los modelos de atención, niveles de intervención y control de riesgos.

Así mismo, debe trabajarse en la adopción de mecanismos básicos de habilitación específicos de programas de asistencia médica en casa, dado que la Resolución 1043 de 2006 y sus anexos mantienen los ocho estándares mínimos de habilitación utilizados para instituciones Hospitalarias (talento humano, infraestructura, dotación y mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos, procesos asistenciales prioritarios, historia clínica y registros asistenciales, referencia y contrareferencia, seguimiento a riesgos) desconociendo la dinámica y operatividad de los modelos de atención existentes en Colombia, las condiciones conceptuales para el funcionamiento de un circuito asistencial y los estándares internacionales de cuidado domiciliario.

La mesogestión del programa domiciliario deberá acercarse a la medición del costo sanitario de los usuarios que se encuentran recibiendo atención; llevando fundamentalmente a la evaluación del gasto en salud evitado por hospitalización de usuarios crónicos, la disminución de días de estancia por infecciones manejadas de forma temprana en el domicilio, el aumento en el giro-cama de las instituciones de alto nivel de complejidad y la comparación económica de la tecnología médica (humana, insumos, suministros, etc.) utilizada en la prestación del servicio (15).

El riesgo social implícito en la asistencia domiciliaria derivada de la atención del enfermo en un medio no hospitalario, inmerso en las problemáticas del contexto social del individuo, hace necesario evaluar en conjunto con el asegurador del servicio (entidades promotoras de salud, empresas de medicina prepagada), los potenciales riesgos de la atención que no obedecen a las características de salud del paciente si no de su situación social, como por ejemplo, el síndrome de cansancio del cuidador, el abandono social los cuales son potenciales generadores de acciones judiciales que conllevan a la prestación de servicios sin pertinencia clínica, que elevan el costo total de la atención en casa (Ej. Cuidado de enfermería 24 horas de forma permanente, rehabilitación intensiva sin pronóstico funcional, entre otros).

La microgestión domiciliaria deberá enfocarse a la evaluación objetiva del paciente y los resultados de su atención, con escalas específicas y adecuadas para tal fin, las cuales ya se encuentran disponibles en la actualidad y entre las que se destacan la escala funcional de Barthel, la Escala de Ulceras por Decúbito de Northon, la esca-

la de Karnofsky, el índice de cansancio al cuidador de Zarit, el riesgo de caídas de Downton, entre otras, y con las cuales se pueden obtener indicadores derivados de las intervenciones domiciliarias, su impacto y utilidad. La medición de reingresos hospitalarios, indicios de atención insegura, eventos adversos, deben hacer parte de la evaluación del resultado en la atención.

Un indicador importante en este sentido es la satisfacción del paciente, dado que en ambientes domiciliarios, en situaciones de dependencia funcional, la satisfacción está fuertemente influenciada por la percepción del grupo familiar, sesgando su resultado. Existen instrumentos de evaluación, tales como Home Care Satisfaction Instrument, Home Care Satisfaction Questionnaire, los cuales se encuentran disponibles para su validación (16) y contienen dominios específicos de medición de la calidad percibida en el contexto domiciliario.

Ejes de desarrollo en atención domiciliaria

En Colombia la hospitalización a domicilio y la atención médica domiciliaria tiene ejes potenciales de desarrollo, ya que se ha conocido su costoefectividad y seguridad en el manejo no solo de enfermos crónicos si no agudos, para lo cual, es necesario aumentar los esfuerzos para trabajar en las siguientes áreas:

Desarrollo conceptual de la hospitalización a domicilio, incluyendo entrenamiento del recurso humano en salud.

- Modelo de atención y circuito asistencial.
- Tecnología sanitarias para la atención del enfermo en casa
- Programas de telemedicina.
- Guías de práctica Clínica y niveles de evidencia de las intervenciones en salud desde el hogar del paciente.

En el contexto mundial hay países que lideran la atención domiciliaria, por lo que este tema deberá ser parte de la Agenda Nacional de ciencia y tecnología para garantizar alcanzar altos estándares de calidad en Colombia, que conlleven a constituir el modelo de atención del siglo XXI.

Bibliografía

1. Government of Ireland. Acute Hospital Bed Capacity. A National Review. Government Publications. Ireland: Minister For Health and Children, Department of health and children; 2002. <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/04/Acute-Hospital-Bed-Capacity.pdf>
2. McKee M. Reducing hospital beds, what are the lessons to be learned? Netherlands: European Observatory on Health Systems and Policies; 2004. Report No.: 6. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/reducing-hospital-beds-what-are-the-lessons-to-be-learned>
3. Sociedad Española de Medicina Interna. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Documento de consenso. Sevilla: SEMI, Medicina de Familia y Comunitaria; 2011. <http://www.samfyc.es/pdf/boletín/2011%20semFYC%20SEMI%20DocConsenso%20AtencionPacienteEnfCronicas.pdf>

4. Organización Mundial De La Salud. 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. Ginebra: OMS; 2008. Report No.: wha61/2008/rec/3. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf
5. Marc S. Chronic disease: an economic perspective. Cost-of-illness studies. London: Oxford Health Alliance; 2006.
6. Harris R. The effectiveness, acceptability and costs of hospital-at-home service compared with acute hospital care: a randomized controlled trial. Journal of Health Services Research and Policy. 2005 Jul; 10(3): p. 158. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16053592>
7. Ferrer A. Modelos de organización de la atención domiciliaria. Atención Primaria Doyma. 2006 Julio; 03(01): p. 36.
8. Rubio M, Corvas T. Protocolo de Tratamiento antimicrobiano domiciliario Endovenoso (TADE). 1st ed. Barcelona: Sociedad Española de medicina Interna; 2008. <https://www.fesemi.org/publicaciones/semi/protocolos/protocolos-tratamiento-antimicrobiano-endovenoso-tade>
9. Esposito S. International OPAT Registry. Outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) in different countries: a comparison. International J Antimicrob Agents. 2004; p. 17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15519480>
10. Sociedad española de atención domiciliaria. Hospitalización Domiciliaria: Recomendaciones clínicas y procedimientos domiciliaria Seda, editor. Madrid: SEHAD; 2011. <http://www.sehad.org/descargas.htm>
11. Gobierno de España. Estudio APEAS, sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Calidad en Salud. Madrid: Ministerio de la Sanidad y Consumo., Informes, estudios e investigación; 2008.
12. Thomas E, Sameer, L. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent care in Utah and Colorado. Medical Care. 2000 Jul; 38: p. 61. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10718351>
13. Coleman K. Implications for Reassigning Patients for the Medical Home: A Case Study. Annals of Family Medicine. 2010 Aug; 05: p. 98.
14. Jordan M, Osborne J. Chronic disease self-management education programs: challenges ahead. MJA. 2007 Jan; 186(2): p. 4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17223770>
15. Talza Z. Cost of home palliative care compared with conventional hospital care for patients with haematological cancers in Greece. Eur journal Health Economics. 2005 Jun; 6(2): p. 102. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19787846>
16. Antonio M. Design and validation of a home care satisfaction questionnaire: SATISFAD. Gac Sanit. 2007 Mar-Apr; 21(2): p. 106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17419926>