

# Gestión del ingreso en el hogar en Cuba durante la pandemia de la COVID-19

## Household Income Management in Cuba during the COVID-19 Pandemic

Otaño Arteaga, Auroly; Vialart Vidal, María Niurka; Jorna Calix, Ana Rosa



**Auroly Otaño Arteaga**  
Policlínico Vedado. La Habana, Cuba, Cuba  
**María Niurka Vialart Vidal**  
vialart@infomed.sld.cu  
Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba, Cuba  
**Ana Rosa Jorna Calix**  
Policlínico Vedado. La Habana, Cuba. 2Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba, Cuba

**Revista de Información científica para la Dirección en Salud. INFODIR**  
Editorial Ciencias Médicas, Cuba  
ISSN-e: 1996-3521  
Periodicidad: Cuatrimestral  
núm. 38, 2022  
[infodir@infomed.sld.cu](mailto:infodir@infomed.sld.cu)

Recepción: 27 Enero 2022  
Aprobación: 02 Febrero 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/445/4453347013/>

**Resumen: Introducción:** El ingreso en el hogar alcanzó su mayor auge en Cuba a partir del surgimiento del programa del médico y la enfermera de la familia. Es en la comunidad donde ocurre el primer contacto y la mayor parte de los sucesos que repercuten sobre la salud de los individuos; la familia y la población en general, donde el ingreso en el hogar forma parte de esa atención médica integral, domiciliaria y diaria, que brinda el equipo básico de salud. **Objetivo:** Analizar la gestión del ingreso en el hogar en Cuba durante la pandemia de la COVID-19.

**Desarrollo:** Las autoras consideran que el ingreso en el hogar es una alternativa para el aislamiento de pacientes con sintomatología leve y que no tuvieran comorbilidades asociadas. Además, con condiciones socioeconómicas que permitieran una evolución favorable, alivió en cierta medida el ingreso en centros de aislamiento y hospitales de segundo nivel, pero puso al descubierto, la insuficiente capacidad de gestión del ingreso en el hogar.

**Conclusiones:** Para el perfeccionamiento de la gestión del ingreso en el hogar, resulta imprescindible proponer nuevos métodos, técnicas y herramientas propias de la rama gerencial.

**Palabras clave:** atención primaria de salud, atención domiciliaria de salud, visita domiciliaria, salud pública, coronavirus, infecciones por coronavirus.

**Abstract: Introduction:** Home admission reached its greatest boom in Cuba from the emergence of the family doctor and nurse practitioner program. It is in the community where the first contact and most of the events that have an impact on the health of individuals, the family and the population in general, where home admission is part of the integral medical care, at home and daily, provided by the basic health team.

**Objective:** To analyze the management of home admission in Cuba during the COVID-19 pandemic.

**Development:** The authors consider that admission to the home is an alternative for the isolation of patients with mild symptomatology and without associated comorbidities. In addition, with socioeconomic conditions that allowed a favorable evolution, it alleviated to some extent the admission to isolation centers and second level hospitals, but exposed the insufficient management capacity of home admission.

**Conclusions:** For the improvement of home admission management, it is essential to propose new methods, techniques and tools specific to the management branch.

**Keywords:** primary health care, home health care, home visit, public health, coronavirus, coronavirus infections.

## INTRODUCCIÓN

arios países de la región de las Américas han implementado políticas y programas, encaminados al nivel de atención primaria de Salud (APS) y Cuba, es uno de ellos.(1,2) Antes del triunfo de la Revolución Cubana ocurrido en 1959, recibían atención casi exclusiva la clase adinerada

Varios países de la región de las Américas han implementado políticas y programas, encaminados al nivel de atención primaria de Salud (APS) y Cuba, es uno de ellos.(1,2) Antes del triunfo de la Revolución Cubana ocurrido en 1959, recibían atención casi exclusiva la clase adinerada que podía pagar los gastos de un médico de cabecera y las

visitas médicas en el hogar, además, los usuarios de algunas clínicas mutualistas, así como algunos pacientes pobres beneficiados con las llamadas Casas de Socorro.(3)

En enero de 1960 se crea el Servicio Médico Social Rural, primer programa de impacto en lo relativo a la atención primaria, con la intención de revertir el abandono que a lo largo de la historia colonial y republicana, se tenía a la población rural en muchos sentidos, pero sobre todo en salud.(4)

El ingreso en el hogar surgió en 1947 en Nueva York como una alternativa asistencial dirigida a brindar cuidados médicos y de enfermería de nivel hospitalario en los domicilios de los pacientes por parte del equipo hospitalario, Bluestone del Hospital Montefiori, se trasladaba a los domicilios de los enfermos para brindar atención médica similar a la que se realizaba en los hospitales.(5,6)

A finales del siglo XX y principios del XXI, se promueve la utilización del ingreso en el hogar u hospitalización a domicilio en diferentes países; lo cual se refuerza en el último decenio, sobre todo en Cuba, por las transformaciones acontecidas en el primer nivel de atención, encaminados a que los equipos de salud asuman los cuidados que se brindan en las salas de los hospitales.(7)

El ingreso en el hogar es conceptualizado como: la atención integral, integrada y continua que brinda el equipo básico de salud a los enfermos en su domicilio, siempre que las condiciones o evolución de su enfermedad no precisen de la infraestructura hospitalaria, ni asistencia compleja, pero sí de permanecer en cama, aislamiento o reposo.(8,9)

A partir del surgimiento del programa del médico y la enfermera de la familia en 1984 el ingreso en el hogar alcanza su mayor auge para el seguimiento de la atención de los pacientes en la comunidad. Los centros hospitalarios utilizan con mayor intencionalidad el egreso temprano de los pacientes para continuar tratamiento en su medio familiar, siempre que las condiciones de su enfermedad lo permitieran, lo cual conlleva una coordinación entre el médico de la asistencia en el nivel secundario y el médico de la familia, que no están exentas de dificultades para alcanzar la atención de salud con la calidad deseada.(9)

En la medida que se consolidaba la labor de los médicos y las enfermeras de familia, el número de pacientes que ingresaban en el hogar era mayor. Diversos autores reportan los beneficios para los pacientes y familias de este tipo de ingresos y estiman un promedio de tres pacientes ingresados por mes en los consultorios y una discreta reducción de los ingresos a nivel hospitalario.(10,11)

Es en la comunidad donde ocurre el primer contacto y la mayor parte de los sucesos que repercuten sobre la salud de los individuos, la familia y la población en general, donde el ingreso en el hogar forma parte de esa atención médica integral, domiciliaria y diaria, que brinda el equipo básico de salud constituyendo, un elemento del proceso permanente de aproximación a la asistencia sanitaria.

La atención de salud en los domicilios constituyen un gran desafío, las que implica incluso categorías éticas diferenciales, como bien plantea Buedo(12) que conlleva al resguardo de la intimidad del hogar, la personal (en relación con el hogar) y la intimidad compartida; es aquí donde se involucran los profesionales de la salud, los que deben interactuar con responsabilidad, para evitar conflictos, sobre todo en el ámbito afectivo-emocional del paciente o familiar, por lo que se debe tener en cuenta la particularidad de cada hogar, la autonomía relacional y la estrategia de cooperación y ayuda mutua que se establece en esta atención en el contexto del hogar.

La atención domiciliaria es una alternativa que favorece el bienestar del paciente y sus familiares, para afrontar los padecimientos en un ambiente que generalmente le resulta cómodo, al proporcionarle el confort del hogar al enfermo.(13,14) Sin embargo, ofrecer una buena gestión en el hogar y con la calidad requerida, en el transcurso de la pandemia de la COVID-19, puso al descubierto problemas que son necesarios resolver.

El objetivo del estudio fue analizar la gestión del ingreso en el hogar en Cuba, durante la pandemia de la COVID-19, a partir de la experiencia vivencial de las autoras.

## DESARROLLO

Al considerar que la gestión se sustenta fundamentalmente en la formulación de estrategias que deben ser implementadas, evaluadas y controladas, para lograr la transformación en aras de solucionar los problemas a partir del establecimiento de finalidades y misiones, así como la realización de un análisis interno y externo de las principales dificultades que se presentan.(15,16)

El Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) en el año 1996 realizó un análisis crítico de las principales estrategias sanitarias, donde se discutió ampliamente el ingreso en el hogar, proyectándola como prioritaria y se determinó introducir algunos requisitos y

acciones para homogenizar la atención y redirigir la gestión estratégica para el mejoramiento de la atención de salud.(17)

A partir del inicio de la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2, el normal desarrollo de la atención primaria de salud, se vio comprometida, por lo que también tuvo que reajustar sus actividades, como el resto del país y el mundo, sin dejar de atender los principales problemas de salud.

Al considerar la contingencia epidemiológica, las acciones fueron redirigidas en principio a la promoción y prevención de la enfermedad, mediante las pesquisas activas casa a casa, con el objetivo de detectar a tiempo las personas que pudieran estar infestadas, el aislamiento de las personas contagiadas y sus contactos, que se derivaban a centros destinados para este fin, entre otras.

El ingreso en el hogar como alternativa para el aislamiento de pacientes con sintomatología leve y que no tuvieran comorbilidades asociadas, además con condiciones socioeconómicas que permitieran una evolución favorable, disminuyó en cierta medida, el ingreso en centros de aislamiento y hospitales de segundo nivel, que se encontraban comprometidos, por la demanda ocasionada fundamentalmente ante la variante Delta, cepa altamente transmisible, que ocasionó el aumento exponencial del número de contagios.

Esta decisión puso al descubierto, la insuficiente capacidad de gestión del ingreso en el hogar por situaciones relacionadas con el déficit de recursos humanos, dificultad con la adquisición de medicamentos y otros insumos para el paciente, así como la poca responsabilidad y cooperación de la familia para atender al paciente en una situación muy compleja generada por la creciente epidemia.

Otros aspectos como las insatisfacciones por parte de los directivos, del equipo de salud y de los equipos básicos de trabajo en cuanto a la manera de gestionar el ingreso en el hogar, son parte del dificultoso escenario epidemiológico causado a raíz de la pandemia y el consecuente aumento de los enfermos, lo cual conllevó a modificaciones en el protocolo de atención a los pacientes confirmados de bajo riesgo y contactos de casos positivos que incluyó el ingreso domiciliario.

Se implementaron medidas organizativas con vistas al cumplimiento de este, sin embargo, no se lograron los resultados esperados y emergieron problemas prácticos en el quehacer diario en el primer nivel de atención y por otra parte, no se contaba con investigaciones científicas que detectaran los problemas emergidos, ni estudios gerenciales que realizaran propuestas de soluciones para minimizar oportunamente las afectaciones y en consecuencia

provocar cambios beneficiosos para los servicios primarios de salud y el seguimiento de los pacientes en sus hogares.

Lo anterior hizo que las autoras, identificaran la necesidad de realizar investigaciones que contribuyeran al fortalecimiento del seguimiento de los pacientes en sus domicilios a través del ingreso en el hogar, para una mejor gestión de sus acciones sanitarias desde las áreas de salud y en específico desde los consultorios médicos de la familia.

Preguntas tales como ¿Cuáles son los problemas que repercuten en la capacidad de gestionar el seguimiento de los pacientes ingresados en el hogar en el primer nivel de atención?, ¿Qué modificaciones serán necesarias realizar en el primer nivel de atención para fortalecer la capacidad de gestión del ingreso en el hogar?, ¿Cómo repercuten estas transformaciones en el cumplimiento de los objetivos del proceso de atención en el primer nivel de atención? motivaron este análisis, sobre la gestión del ingreso en el hogar.

Las respuestas a estas interrogantes conllevan a la necesidad de implementar una nueva estrategia que conduzca al perfeccionamiento de la gestión del ingreso en el hogar como principal objetivo a alcanzar, posible de lograr mediante la organización general y los flujos de trabajo vinculados a ello en el primer nivel de atención.

Resulta importante identificar las acciones, recorridos y actividades que afectan la gestión del ingreso en el hogar, y principalmente revertir las dificultades detectadas para contribuir así al perfeccionamiento de este proceso.

En una primera aproximación, y mediante entrevistas realizadas a los actores comprometidos en el ingreso en el hogar, se constató que los principales problemas a sortear, estuvieron relacionados fundamentalmente con:

1. 1. Insuficiente capacidad del equipo básico de salud para conseguir atender y gestionar la cantidad de pacientes ingresados en su domicilio.
2. Escasos recursos humanos que dificultan la visita diaria del médico y el cumplimiento del tratamiento por el personal de enfermería.
3. Exigua concientización de la familia, ante el proceso de ingreso en el hogar.
4. Escasez de insumos y medicamentos para sostener los tratamientos en los ingresos domiciliarios.
5. Limitadas patologías que tributan al ingreso en el hogar.
6. Dificultades en la gestión para la articulación entre los niveles de atención primario y secundario.
7. Como aspectos positivos se identificaron:
8. Aumento de la satisfacción de los pacientes dados por la resolutividad de la atención primaria, pues no se vieron privados del acompañamiento de su familia en el proceso de enfermedad de la COVID-19.
9. Se constató la disminución del estrés psicológico que generaba el estar enfermo y pensar en una hospitalización.
10. Se reforzó el vínculo entre los pacientes y el equipo básico de salud (EBS).
11. Los enfermos y sus familiares se sintieron más atendidos por su médico de familia y conducidos durante todo el proceso de enfermedad hasta su recuperación.
12. Se logró descongestionar el nivel de atención secundaria y así evitar el colapso de estas instituciones.
13. Disminuyeron los gastos que ocasiona el ingreso hospitalario por concepto de atención al enfermo.

14. Quedó evidenciado que se puede incrementar el número de pacientes con enfermedades que tributan al ingreso domiciliario, así como ampliar los grupos de edades y condición de riesgo siempre y cuando no constituya un peligro para la vida.

## CONSIDERACIONES FINALES

El MINSAP, en consonancia con sus objetivos de trabajo y los Lineamientos de la Política Económica y Social de Cuba, puso en vigor protocolos de atención para el fortalecimiento de las acciones sanitarias de seguimiento de los pacientes ingresados en el hogar con el propósito de mejorar los indicadores del estado de salud de la población.

La identificación de situaciones problemas, más el incremento de la demanda de los servicios hospitalarios a partir de enfermedades ya existentes, la aparición de algunas reemergentes y otras nuevas como la COVID-19, conduce a plantear que este proceso del ingreso en el hogar es susceptible de ser perfeccionado, para ello se debe realizar una mayor inversión de los recursos humanos, financieros, económicos y materiales en el sector de la salud que, actualmente y en ocasiones no son aprovechados, al no gestionar de forma adecuada el seguimiento de pacientes en el primer nivel de atención y en particular el ingreso en el hogar.

Con un enfoque crítico, se deben analizar las principales dificultades a resolver, para las transformaciones necesarias de la gestión del ingreso en el hogar, en aras de favorecer al perfeccionamiento del proceso. El uso de tecnologías gerenciales en la resolución de

problemas, enriquece el conocimiento a directivos y profesionales en general, lo cual contribuye a la efectividad de la gestión estratégica, la toma de decisiones oportunas y la sostenibilidad del sistema de salud, con la introducción de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) como uno de los componentes transformadores.

Para el perfeccionamiento de la gestión de los servicios de salud que se ofrecen en la atención primaria y en particular en el ingreso en el hogar, resulta imprescindible proponer nuevos métodos, técnicas y herramientas propias de la rama gerencial, que permita además, adquirir nuevos conocimientos acerca de la gestión estratégica, el fortalecimiento de la relación que se establece entre los niveles de atención primario y secundario, así como una mejor preparación del equipo básico de salud, los que deberán transformar como resultado, el modo de actuación del contexto actual a nuevos escenarios y diferentes.

El perfeccionamiento de la gestión del ingreso en el hogar, no solo tiene un aporte social, sino económico también, porque se hace un uso racional de los recursos y permite un mejor control de los costos de atención al paciente y la familia a nivel hospitalario, en coherencia con los esfuerzos que realiza el sector de la salud y el país para elevar la satisfacción de la población y sus trabajadores, así como mejorar la calidad de los servicios sanitarios, con un uso eficiente de los recursos y la eliminación de los gastos innecesarios que conlleva la gestión inoperante del ingreso en el hogar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Etienne CF. Cuba hacia la Salud Universal. Rev. Panam. Salud Pública. 2018;42:e64. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.64>
2. Di-Fabio J, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Rev. Cubana Salud Pública. 2020 [acceso 16/12/2021];46(2). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2193>
3. Campillo R. El ingreso en el hogar y la municipalización de la enseñanza de la medicina. Rev. Cubana Med Gen Integr. 2008 [acceso 16/12/2021];24(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200013&lng=es)

4. Rojas F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 2003 [acceso 16/12/2021];19(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100010&lng=es)
5. Bustamante N. La hospitalización a domicilio. Descripción y análisis del modelo de atención. *Rev. Semestral de España.* 2006 [acceso 16/12/2021];14(16). Disponible en: <https://revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/8>
6. López I. Hospitalización a Domicilio una alternativa a la hospitalización convencional. Alicante: *Rev. Electrónica líneas del Futuro.* 2005 [acceso 16/12/2021];1(1):4-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775302724883>
7. Caminal J. The role of primaria care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health.* 2004 [acceso 16/12/2021];14(3):246-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15369028/>
8. Sierra D, Muñiz AM, Gandul L, Pérez C, Barceló Z, Fernández BG, et al. Programa del médico y enfermera de la Familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
9. Bouza HP, Márquez PM, Soter JM, Montano G, Romero RG, Vergel M, et al. Costos, beneficios y satisfacción poblacional del ingreso domiciliario. *Medicentro Electrónica.* 2004 [acceso 16/12/2021];8(1). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1054>
10. Márquez NE. Metodología para evaluar la calidad asistencial a la atención de los ingresados en el hogar [Tesis doctoral]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2010 [acceso 16/12/2021]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/136/>
11. Lemus E, Pérez A. Desarrollo social a través del modelo de formación del especialista en Medicina General Integral en Cuba. *Educ Méd Sup.* 2013 [acceso 16/12/2021];27(3). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/229>
12. Buedo P, Salas M. Atención de la salud en domicilio: desafíos éticos. *Rev. Latinoam Bioet.* 2020 [acceso 01/04/2020];19(37-2). Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/3619>
13. Castilla Amaya LV. Revisión de los modelos de atención domiciliaria para paciente adulto mayor con enfermedades crónicas y terminales desde la adherencia al tratamiento y calidad de vida. Universidad EAN. 2020 [acceso 09/01/2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10882/10322>
14. Hernández E. Home Hospitalization and Primary Health Care: From Hospital to Home. *Rmef.* 2021 [acceso 09/01/2022];15(3):[aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/398>
15. Affonso A. Enfoques estratégicos: contenido y proceso. Brasil: Annibal Affonso; 2021 [acceso 16/12/2021] Disponible en: <https://professorannibal.com.br/2021/11/16/enfoques-estrategicos-contenido-y-proceso/>
15. Affonso A. Enfoques estratégicos: contenido y proceso. Brasil: Annibal Affonso; 2021 [acceso 16/12/2021] Disponible en: <https://professorannibal.com.br/2021/11/16/enfoques-estrategicos-contenido-y-proceso/>
16. Affonso A. Los tres niveles de la estrategia. Brasil: Annibal Affonso. 2021 [acceso 16/12/2021]. Disponible en: <https://professorannibal.com.br/2021/12/07/los-tres-niveles-de-la-estrategia/>
17. Ministerio de Salud Pública. Manual de Medicina Familiar. La Habana; 1996. p. 21.

## Apéndice

### *Conflicto de intereses*

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.