

Título

ADI: Atención Domiciliaria Integral para fortalecer la salud pública de México.

Introducción

En septiembre del año 2000—con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la humanidad—fueron trazados en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)¹. Éstos son:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
2. Lograr la enseñanza primaria universal
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
4. Reducir la mortalidad infantil
5. Mejorar la salud materna
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

México fue uno de los 189 países que se comprometieron a cumplir dichos objetivos para el año 2015¹. Sin embargo, en lo que a la Salud respecta,—objetivos 4,5 y 6—se mantienen retos importantes. México aún no consigue la meta en ninguno de estos objetivos, y solamente el 4to “Reducir la mortalidad infantil” se encuentra en vías de cumplirse en la totalidad de sus indicadores para el año 2015. Para el objetivo 5: “Mejorar la salud materna”, el progreso ha sido insuficiente en reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes (Indicador 5.1). Para el objetivo 6: “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades” la reducción en la incidencia de la tuberculosis muestra también un progreso insuficiente (Indicador 6.9.a)¹.

Ahora en 2015 se han trazado los Objetivos Mundiales para el Desarrollo Sostenible. El Objetivo 3: “Buena salud: Garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades” comprende las siguientes metas a cumplirse en el año 2030²:

- Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.

- Poner fin a las muertes evitables de los recién nacidos y de niños menores de 5 años en todos los países, con el objetivo de reducir la mortalidad neonatal por lo menos a 12 por 1,000 nacidos vivos y menores de 5 años por lo menos a 25 por 1,000 nacidos vivos.
- Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar general.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el abuso de estupefacientes y el uso nocivo del alcohol.
- Para el año 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico a nivel mundial.
- Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales.
- Lograr la cobertura universal de salud, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la contaminación y polución del aire, el agua y el suelo.
- Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- Apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan principalmente a los países en vías de desarrollo, proporcionar acceso a los medicamentos y vacunas esenciales a precios razonables, de conformidad con la Declaración de Doha sobre el Acuerdo ADPIC y la Salud Pública, que afirma el derecho de los países en vías de desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de

Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio en relación a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

- Aumentar sustancialmente el financiamiento para la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en vías de desarrollo, especialmente en los países menos desarrollados y las islas-nación pequeñas en vías de desarrollo.
- Fortalecer la capacidad de todos los países, en particular de los países en vías de desarrollo, en materia de detección temprana, reducción y gestión de riesgos para la salud nacional y mundial.

México enfrenta retos importantes en materia de salud, los cuales no será fácil vencer. Los esfuerzos realizados hasta el momento fueron insuficientes para cumplir los ODM y llevar los niveles de calidad de vida de los mexicanos a las metas internacionales. Se requiere de innovación y de un sistema de salud activo, justo e incluyente para lograr los nuevos objetivos planteados y obtener resultados que nos beneficien a todos los mexicanos.

Planteamiento

Existen cinco principales deficiencias en la prestación de los servicios de salud³, todas presentes actualmente en México⁴.

1. **Atención inversa:** Las poblaciones que más necesitan los servicios de salud son las que menos acceso tienen a ellos.
2. **Atención empobrecedora:** Los gastos de bolsillo para costear los servicios de salud hacen caer en la pobreza a más de 100 millones de personas al año.
3. **Atención fragmentada:** Los servicios de salud para las poblaciones vulnerables están fragmentados y sufren de falta de recursos.
4. **Atención peligrosa:** Falta de condiciones de seguridad e higiene que provocan infecciones nosocomiales y errores como la administración equivocada de medicamentos.
5. **Orientación inadecuada de la atención:** La asignación de recursos se concentra en los servicios curativos—altamente costosos—y pasa por alto los servicios de prevención primaria y promoción de la salud—los cuales previenen hasta el 70% de la morbilidad.

Inspirado en los principios de la Declaración de Alma-Ata⁵, el programa de Atención Domiciliaria Integral (ADI) consiste en hacer un cambio de visión de la atención de la salud en centros de tercer nivel hacia una atención comprensiva de primer nivel, gratuita y financiada por los contribuyentes. ADI consigue vencer las cinco deficiencias previamente mencionadas y fortalece al sistema de salud mediante la atención primaria en salud. Con la ayuda de trabajadores comunitarios de la salud (TCS), se busca brindar “a domicilio” numerosos servicios sanitarios a las poblaciones que más lo requieren, venciendo así la atención inversa. Dichos servicios tendrán cero costo de bolsillo y eliminarán los costos de traslado al centro de salud o unidad de referencia (generalmente cubiertos por el usuario), venciendo la atención empobrecedora. Se brindará el servicio por región geográfica, independientemente del tipo de derechohabencia de la población (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, etc.) para evitar la fragmentación del servicio. La atención peligrosa es atacada mediante la disminución de visitas hospitalarias e internamientos que se obtendrían gracias a ADI; además, se contará con adecuado entrenamiento y capacitación de los TCS, así como enfermeras y médicos generales para referencia al Centro de Salud de los casos que requieran atención médica. Por último, mediante la prevención, promoción y educación en salud, ADI logra reorientar adecuadamente la atención pues lograría reducir la gran carga humana, social y económica de las enfermedades prevenibles, detectables y tratables.

Además, dicha atención domiciliaria empodera a los habitantes de la comunidad al promover su participación, y crearía un lazo de compromiso entre la población, los TCS y el cuidado de su salud. También los empodera económicamente pues brindaría empleos y oportunidades a los TCS.

Se espera que este programa de Atención Domiciliaria Integral ayude al país no solo a conseguir los indicadores internacionales que ha fallado en alcanzar, sino también a combatir la desigualdad que sufren las poblaciones vulnerables en México debido a las condiciones actuales del Sistema de Salud.

Propuesta

El programa ADI funcionaría de la siguiente manera:

1. Equipos multidisciplinarios formados por un médico, una o dos enfermeras y tres a cinco TCS, dependiendo del tamaño de la población de la región.
2. El equipo se encargará de brindar atención primaria en salud a la población perteneciente a la región geográfica asignada al Centro de Salud.
3. Los TCS deben de ser originarios y residentes de la comunidad en la que trabajan. Deben de ser elegidos mediante un proceso bilateral entre los miembros de la comunidad y el resto del equipo multidisciplinario.
4. Los TCS recibirán un entrenamiento y capacitación inicial para la realización de sus actividades. Posteriormente se realizarán actualizaciones pertinentes.
5. Los TCS realizarán visitas domiciliarias a cada familia de la comunidad por lo menos una vez al mes.
6. Durante la visita domiciliaria, el TCS tendrá la capacidad de brindar los siguientes servicios, según se requieran:
 - a. Vacunación
 - b. Anticoncepción y Planificación Familiar
 - c. Vigilancia obstétrica
 - d. Capacitación y promoción de la lactancia materna exclusiva
 - e. Vigilancia del desarrollo y crecimiento del niño sano
 - f. Prevención, detección temprana y tratamiento de enfermedades no transmisibles como la diabetes y la hipertensión
 - g. Prevención, detección temprana, contención y tratamiento de enfermedades transmisibles como el VIH y la tuberculosis
 - h. Atención a adultos mayores y su rehabilitación
 - i. Promoción de estilos de vida saludable
 - j. Prevención y educación en salud
 - k. Recolección de datos y vigilancia epidemiológica
7. El médico y las dos enfermeras estarán encargados de atender a la población que requiera atención médica, ya sea que acuda al Centro de Salud o sea referida al mismo por algún TCS.

8. El médico, las enfermeras y los TCS deberán recibir un sueldo base que satisfaga sus necesidades. Además recibirán incentivos contexto-específicos—en base a productividad y resultados obtenidos—para promover la profesionalización y la retención del equipo a la comunidad asignada.
9. Mediante los mismos incentivos, se ofrecerá la integración al programa ADI y la retención a la comunidad asignada a los Médicos Pasantes del Servicio Social (MPSS) y a las Pasantes de la Licenciatura en Enfermería en Servicio Social (PLESS), con la intención de formar médicos y enfermeras comprometidos con la atención primaria y la comunidad.
10. Se plantea que la información epidemiológica recolectada pueda ser cargada en tiempo real a una plataforma como la de TICIOTL ⁶, mediante una aplicación móvil o una computadora en el Centro de Salud.
11. Se realizará una evaluación continua del funcionamiento del equipo y del programa en base a parámetros cuantitativos (indicadores) y cualitativos (satisfacción de la comunidad y el equipo con el programa).

Los programas de atención domiciliaria han sido exitosos en diferentes países, poblaciones y contextos. Por ejemplo en Brasil, a partir de 1994 se lanzó el "Programa Saúde da Família" (Programa de Salud Familiar) como parte del "Sistema Único de Saúde" (Sistema Único de Salud), un programa que ahora se ha hecho nacional, y provee cobertura al 95% de la población del país. Los TCS en este programa están integrados a un equipo de atención primaria. Su trabajo principal es la salud materna e infantil, pero además realizan tareas curativas, triage y refieren a la unidad de salud, realizan prevención de enfermedades crónicas y apoyan y promueven la participación comunitaria. Desde que Brasil implementó este programa, la mortalidad infantil ha caído de 48/1000 a 17/1000 nacidos vivos. Las admisiones hospitalarias debido a diabetes o enfermedad cardiovascular han disminuido más de 25% y la proporción de niños menores de 5 años con desnutrición se ha reducido en 67%. 75% de las mujeres ahora reciben 7 o más consultas prenatales, y la cobertura de vacunas de DPT en menores de 1 año es de más del 95% en la mayoría de los municipios. El costo del programa es de \$31-50 dólares estadounidenses per cápita al año ⁷.

Otro ejemplo es Nepal, donde se estableció en 1988, el Programa “Female Community Health Volunteer” (FCHV), que cuenta con 48000 TCS y cubre casi todo el país, con excepción de los municipios urbanos. Las TCS son mujeres locales, preferentemente seleccionadas por su comunidad; quienes reciben un entrenamiento inicial de 18 días, así como actividades de actualización relacionadas sobre todo con salud materna e infantil. Las TCS han contribuido importantemente a la cobertura de los programas de atención primaria del país y se han identificado como contribuyentes clave en la disminución en morbilidad y mortalidad infantil en las últimas dos décadas. Las TCS en Nepal no reciben salario, pero reciben incentivos del Ministerio de Salud de otras formas, y tienen una tasa de deserción de solo 5% anualmente. Un análisis profundo del programa concluye que para lograr ese nivel de éxito y alto rendimiento, los programas deben de asegurarse de satisfacer las expectativas contexto-específicas del TCS ⁸.

Una revisión Cochrane realizada en 2010, analizó 82 estudios de TCS y los resultados obtenidos específicamente en materia de salud materna e infantil y enfermedades infecciosas. Entre los estudios analizados se encontraban poblaciones muy diversas incluyendo minorías, y muestras de Australia, Canadá, Reino Unido, Estados Unidos, Brasil, India, China, México y otros 20 países. La revisión concluyó que el trabajo realizado por los TCS puede aumentar la tasa de inmunización en niños, disminuir la morbilidad infantil, la mortalidad neonatal y en menores de 5 años; así como aumentar la conducta de buscar atención, de iniciar la lactancia, y de continuarla hasta los 6 o 12 meses post-parto. Además de mejorar la tasa de curación de pacientes con tuberculosis ⁹.

Pertinencia

Acorde con el artículo 4 de la Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. El sistema de salud mexicano se encuentra estructurado de tal manera que las instituciones de salud benefician a tres grupos: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias; y la población con capacidad de pago¹⁰. ADI propone incorporar a toda la población al sistema de atención domiciliaria, unificando estos grupos

bajo un sistema igualitario sin distinción de pertinencia social, logrando una mejor cobertura de salud y haciendo posible el derecho a la protección de la salud.

Como se establece en la Agenda Ciudadana, uno de los retos en el tema de Salud Pública es el de “Conformar un sistema integral de salud de alta calidad para toda la población”¹¹. El reto consiste principalmente en “promover estilos de vida saludable entre la población y ofrecer una cobertura universal de servicios de salud, que permitan garantizar el bienestar individual y comunitario, y detectar oportunamente cualquier padecimiento, independientemente de la condición social o lugar de residencia”¹¹. Donde además menciona que “este esquema permitirá brindar una atención de calidad durante las distintas etapas de la vida, y reducir sustancialmente los costos de atención a la salud, el ausentismo laboral y el deterioro familiar”¹¹. La solución a estos retos debe estar “encaminada a privilegiar la medicina preventiva sobre la curativa y a disminuir la carga de la enfermedad en el sistema de salud, en el aparato productivo nacional y en la sociedad”¹¹. No cabe duda que ADI cumple cabalmente con los objetivos y los beneficios buscados por la Agenda Ciudadana.

En México contamos con escasos ejemplos de esquemas de atención domiciliaria. Como ejemplo tenemos el programa del gobierno del Distrito Federal a la población abierta y el Programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico (ADEC), lanzado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde el año 1991. Este último programa se basaba en darles seguimiento a los pacientes a partir del egreso hospitalario en el segundo nivel de atención. El Programa se enfoca a cubrir a la población de 18 años en adelante, siendo el 80% de los servicios otorgados a la atención de ancianos.

¿Cuál ha sido el impacto de estos programas de atención domiciliaria? En el año 2011 *Espinel-Bermúdez MC y col.* evaluaron el impacto del programa ADEC comparado con la atención habitual, encontrándose que se retrasó clínicamente el reingreso hospitalario, se disminuyó el tiempo de estancia de los pacientes y se mejoró la calidad de vida en la dimensión psicosocial¹².

Suriano de la Rosa realizó un análisis de los costos del programa ADEC, en el cual concluye que “la atención domiciliaria es indudablemente más económica para la institución que la atención hospitalaria; un peso gastado en un paciente atendido en su domicilio equivale

a \$176.20 erogados en el mismo paciente cuando es hospitalizado”. Además, el gasto que realizan pacientes y familiares por concepto de transporte disminuyó considerablemente gracias al programa¹³. Estudios de análisis de costos realizados en países como Canadá¹⁴, España¹⁵ y nuestro país¹⁶, coinciden en que el costo de la atención domiciliaria es mucho menor al compararse con el costo generado por la atención hospitalaria.

Si bien estos programas de atención domiciliaria han mostrado ser efectivos en la población mexicana, cabe resaltar que estos se han enfocado a un grupo específico de la población (adultos mayores), enfermedades (crónico-degenerativas) o a servicios curativos. No existe actualmente en México un programa como ADI, que englobe la totalidad de la población, brinde servicios de atención primaria, empodere a las comunidades vulnerables y a los trabajadores del sector salud, recolecte información epidemiológica y logre—mediante la promoción, prevención y educación en salud—reducir los inmensos costos generados por los servicios curativos en el país.

Conclusión

La evidencia actual sugiere que el programa de Atención Domiciliaria Integral (ADI) sería una forma costo-efectiva de vencer los principales problemas sanitarios de México. Reduce costos al sistema y al usuario, reduce morbilidad, mejora la calidad y esperanza de vida, ataca la inequidad sanitaria y empodera a las poblaciones vulnerables; fortalece al Sistema de Salud y ayudaría a conseguir los indicadores en los que el país se encuentra atrasado.

Proponemos que el programa arranque en las regiones geográficas del país con el mayor atraso en los indicadores sanitarios. Posteriormente evaluar los resultados obtenidos y los retos que deriven de la aplicación del programa; modificar los aspectos que ayuden a vencer dichos retos y expandir ADI a las siguientes regiones geográficas que lo requieran.

Bibliografía

1. Oficina de la Presidencia de la República. (2015). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2015*. México D.F.
2. *The Global Goals For Sustainable Development*. (25 de septiembre de 2015). Recuperado el 27 de septiembre de 2015, de The Global Goals For Sustainable Development: <http://www.globalgoals.org/es/>
3. Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra.
4. Frenk, J. (1994). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México, DF, México: Fondo de Cultura Económica.
5. Alma-Ata, D. d. (1978). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 27 de septiembre de 2015, de http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
6. González-Terán, H. D., & Mejía-Pedroza, R. A. (2014). *TICIOTL*. Recuperado el 20 de septiembre de 2015, de Agenda Ciudadana: http://www.agendaciudadana.mx/agenda3/images/video_pdf/salud_publica.pdf
7. Harris M, Haines A. *Brazil's Family Health Programme*. *BMJ* 2010;341:c4945
8. Glenton C, Pradhan S, Lewin S, Hodgins S, Shrestha V. *The female community health volunteer programme in Nepal: Decision makers' perceptions of volunteerism, payment and other incentives*. *Social Science & Medicine* 70 (2010) 1920e1927.
9. Lewin S, et. al. *Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3):CD004015
10. Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México* , 53 (supl. 2), S220-S232.
11. Agenda Ciudadana de ciencia, tecnología e innovación. (2015). *Agenda Ciudadana*. Recuperado el 10 de septiembre de 2015, de <http://www.agendaciudadana.mx/agenda3/index.php/2015-07-10-21-33-53/salud-publica>

12. Espinel-Bermúdez M.C., Sánchez-García S., Juárez-Cedillo T. (2011) Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud Pública de México*, 53, 17-25.
13. Suriano de la Rosa B. (2003) Análisis de costos de la atención domiciliaria. *Rev Enferm IMSS*; 11(2): 71-76.
14. Fenton F., Tessier L., Pierre C.A., Ngu-yen H., Struenig.(1982) A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: financial costs. *Canadian Journal of Psychiatry* ; 3: 177.8.
15. Otero F.C. (1997) Hospital at home and conventional hospitalization. An economic evaluation. *Med-clí-Barc*: 109-207.
16. Vásquez M.C. (1997) Programa de atención a domicilio del enfermo crónico e impacto en costos. *Memoria reunión nacional de investigación*.