

FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Perfil del personal que brinda cuidados de enfermería
en Atención Domiciliaria

Autores:

Fernández C., Lorena
Tous, Martín
Yvorra, Carolina M.

Pilar, 2011

INDICE

INDICE	1
JUSTIFICACIÓN	3
MARCO TEÓRICO	7
Factores que influyen en el surgimiento de la atención domiciliaria.....	7
La atención domiciliaria.....	8
Las enfermedades prevalentes en atención domiciliaria.....	11
Empresas de atención domiciliaria	13
Recurso humano de la atención domiciliaria.....	15
Perfil del personal que brinda cuidados de enfermería	21
DISEÑO METODOLÓGICO	29
Problema.....	29
Objetivo general.....	29
Objetivos específicos	29
Tipo de estudio.....	29
Población.....	29
Criterios de inclusión	29
Criterios de exclusión.....	30
Criterios de eliminación	30
Criterios témporoespaciales.....	30
Variables	31
Definición de la variable en estudio.....	31
Operacionalización de las variables.....	31
Variables Sociodemográficas.....	31
Variables en estudio, de desempeño y capacitación	31

Recolección de datos.....	36
Análisis de datos	36
Resultados obtenidos en estudio piloto	37
Consideraciones para el estudio definitivo.....	40
ANEXO I Carta de solicitud de autorización.....	41
ANEXO II Instrumento de estudio piloto	42
ANEXO III Instrumento para estudio final.....	52
ANEXO IV Codificación de variables	52
ANEXO V Planilla para carga de resultados	63
BIBLIOGRAFÍA	64

PROBLEMA

¿Cuál es el perfil del personal que realiza cuidados de enfermería en atención domiciliaria?

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad, en las diferentes etapas de la vida de cualquier persona, es uno de los acontecimientos en los que se hace evidente la necesidad de un entorno que proteja y acoja. Estas etapas, pueden considerarse como aquellos momentos finales ante la presencia de una enfermedad terminal, la recuperación luego de una internación sanatorial importante, los cuidados ante algún evento agudo y cuando se presenta alguna enfermedad crónica.

La confluencia de diversos factores como el avance de la medicina, el envejecimiento poblacional, el consecuente aumento de enfermedades crónico – degenerativas, los factores socioeconómicos, el limitado número de camas en sanatorios y hospitales, el aumento de los costos de salud, el mejoramiento de la tecnología, la difusión de la telemedicina, son todas tendencias en el mercado de la salud en la Argentina y otros países que están generando la necesidad de nuevos modelos de asistencia a los pacientes.¹⁻⁶

La atención domiciliaria (AD) es una opción que se ha ido desarrollando, como una respuesta concreta a las necesidades de atención de los pacientes y del financiamiento del sistema de salud. El Ministerio de Salud de Argentina define internación domiciliaria como *“una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana”*. Es una alternativa asistencial integral, vinculada a valores como convivencia y contención familiar, humanización de la atención y actitud para el cambio de hábitos y costumbres.^{2,4,7-9}

Estudios realizados en España y Brasil, afirman que el hogar bajo ciertas condiciones, es el mejor lugar para cuidarse y ser cuidado. Proporciona seguridad, comodidad, privacidad y afecto, para potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida.^{2,4,8} Según un estudio descriptivo realizado a 634 pacientes en Argentina, los pacientes crónicos domiciliarios son muy variados y su espectro patológico, muy diverso. Es por esto que el hogar y la familia se han convertido en un pilar básico en la provisión de cuidados al paciente crónico. Por otro lado se manifiesta imprescindible la participación activa del paciente a lo largo del proceso de enfermedad para cumplir con todos los objetivos, ya sean curativos, de rehabilitación o paliativos.¹⁰

Actualmente la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (Cadeid), agrupa a 23 empresas que brindan cuidados domiciliarios a unas 80.000 personas en el país. En la Argentina, para ofrecer esta prestación a obras sociales y prepagas, las empresas que brindan este servicio deben estar inscriptas en la Superintendencia de Servicios de Salud, aunque los especialistas advierten que existe un vacío legal en la regulación de esta prestación.

Las empresas que se especializan en atención domiciliaria incluyen los servicios de asistencia domiciliaria, englobando la atención y la internación domiciliaria, la vigilancia y seguimiento de enfermedades crónicas, los cuidados paliativos y la promoción de la salud.^{2,4} En la Argentina, el Ministerio de Salud, a través de la resolución 704/00 promulgó las normas de organización y funcionamiento de servicios de internación domiciliaria. Para asegurar la calidad de las prestaciones de estos servicios, las empresas de AD deberán contar con un equipo multiprofesional e interdisciplinario, con procesos definidos, y con acceso a tecnología, que permita asistir y vigilar pacientes que requieren cuidados de baja, mediana o alta complejidad, enmarcado dentro de las Políticas del Ministerio de Salud que desarrolla el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.^{9,11}

La calidad de atención en los servicios de AD, el trabajo de enfermería y de cuidadores adquiere una importancia fundamental.⁹ Se ha reconocido el papel protagónico del enfermero/a en cuidados domiciliarios y la calidad de atención está estrechamente relacionada con una elevada capacidad científico-técnica y experiencia profesional de enfermería, que se ve reflejada en la eficiencia, eficacia y efectividad en el cuidado.^{4,12,13}

Por lo tanto el perfil del equipo de enfermería debe contar con capacidad de interactuar, calificación adecuada a cada caso y cierto grado de autonomía, entendiéndose como perfil profesional al conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para asumir en condiciones óptimas las responsabilidades propias del desarrollo de funciones y tareas de una determinada profesión.^{2,4,14}

Diversos estudios han descripto el perfil del personal que se desempeñan en AD. En España, se realizó un estudio descriptivo transversal a 348 profesionales de enfermería de equipos de atención primaria de salud de Andalucía que realizaban AD. De los 203 enfermeros/as que respondieron la encuesta, el 65,5% eran mujeres y la edad media era de 40 años. Los profesionales de enfermería contaban con 10 años de experiencia en atención primaria y un 23% afirmó que no se realizaban tareas de formación continua en sus empleos mientras que un 15% respondió que por lo menos una vez al mes lo hacían. El 60% de la muestra dijo no haber utilizado ningún protocolo en AD. Con respecto al tiempo dedicado a consulta de enfermería, el 40,7% de los enfermeros/as dijo dedicarle entre 2 y 3 h diarias. En este estudio se concluyó que las actividades desarrolladas con mayor frecuencia eran la aplicación de tratamientos, curas, vendajes, control de signos vitales y valoración de las necesidades fisiológicas.¹⁵

Puntualmente, en Canarias, el servicio de atención primaria describió el perfil de sus enfermeros/as comunitarios/as de enlace y su rol profesional en cuanto a sus conocimientos, habilidades y formación necesaria para el desarrollo en el área; contemplando los roles como educador, investigador, administrador y proveedor del cuidado individual, familiar o colectivo. Por ello, la necesidad de capacitar algunos profesionales de enfermería en esta área de atención domiciliaria como gestores de casos, cuidado a las personas mayores dependientes y sus cuidadoras, y en la coordinación de recursos.¹⁶

En Brasil se realizó un estudio cualitativo en 14 centros de Atención Psicosocial, con el objetivo de caracterizar el perfil profesional del enfermero/a que se desempeña en salud mental. Los resultados obtenidos fueron a través de entrevistas donde se observó la prevalencia del sexo femenino (78,54%) con una edad promedio de 40 años; un 92,82% tenía más de 10 años de graduación; el 57,12% manifestaron haber ingresado a esta área sólo por falta de mejores opciones y por la proximidad del servicio con el domicilio del

profesional; y un 21,42% realizaron cursos de posgrado en la especialidad. A su vez se mencionaban los bajos salarios, la infraestructura deficiente y la falta de reconocimiento que producían insatisfacción en el trabajo.¹⁷

En Argentina se encontró un ensayo de la Universidad de Córdoba, que describe los fundamentos (liderazgo proactivo e identidad propia) en los cuales se debe basar la práctica y el desarrollo profesional de la enfermería comunitaria en atención primaria y AD, pero no describe el perfil de quienes brindan los cuidados domiciliarios.¹⁸

Observando la importancia y la estrecha relación que existe entre calidad de atención con el perfil de aquellas personas que brindan cuidados de enfermería en atención domiciliaria, y no habiéndose encontrado evidencia científica local sobre el tema, se ha planteado como objetivo caracterizar el perfil de esta población. Este estudio pretende aportar información que sirva para hacer mejoras en la atención domiciliaria, en relación con la gestión de las prácticas profesionales y con la formación del personal que brinda cuidados especializados. También servirá para orientar nuevos estudios.

MARCO TEÓRICO

Factores que influyen en el surgimiento de la atención domiciliaria

Según una revisión bibliográfica y diversos estudios descriptivos se ha remarcado la importancia del aumento de la esperanza de vida (73.77 años según estadística nacional para ambos sexos, INDEC 2000-2001), el rápido envejecimiento de la población (35 adultos mayores de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años, según estadística nacional para ambos sexos, INDEC 2001) y la prevalencia de enfermedades invalidantes (prevalencia de discapacidad de 7.1 personas para ambos sexos en todo el país por cada 100 habitantes, según datos del INDEC 2003) que impacta notablemente en la sociedad y en el ámbito de la salud creando una necesidad de nuevos recursos y estructuras.^{1,2,10} El envejecimiento aumenta el riesgo de adquirir enfermedades incapacitantes, y con ellos la necesidad de implementar políticas para mantener condiciones de vida y de asistencia socio-sanitarias adecuadas para las personas ancianas.^{2,10}

En muchos países se vio la necesidad de transformar y reorganizar los sistemas y servicios de salud y se realizaron cambios en el tipo de demanda de servicios médicos y sociales, para garantizar el acceso oportuno, adecuado y de calidad a toda la población. Se han desarrollado diferentes alternativas institucionales en atención primaria, ambulatoria (hospital de día) y AD, encaminadas a mejorar la cobertura de salud de la población estableciendo prioridades.^{2,10}

Los avances en la medicina han llevado a que enfermedades que hace años eran de alta mortalidad, hoy en día se cronifiquen y hagan que los cuidados del paciente se extiendan. Esto produce un impacto en la disponibilidad de camas hospitalarias y un aumento de costos en salud.¹⁰

De este modo, en Estados Unidos y Francia se ha necesitado aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias por el aumento de pacientes crónicos que necesitan internación. En España también se ha llegado a la saturación de los hospitales y por el intento de racionalizar el gasto sanitario se comenzó a trabajar en el proceso de alta temprana y la hospitalización domiciliaria.^{2,19}

En países de Europa, como el Reino Unido, Irlanda, Alemania y Suiza así como en Estados Unidos y Canadá las altas hospitalarias son cada vez más precoces y el

seguimiento de las mismas es hecho por enfermeros/as cualificados/as a través de la AD.²⁰

En Argentina también se observan estas tendencias; muestra de ello es el estudio que se realizó en el país con pacientes en recuperación cardiovascular que fueron ingresados a un programa de alta temprana. El objetivo del estudio era acortar el tiempo de internación de algunos pacientes sometidos a cirugía cardiovascular con el propósito de minimizar la posibilidad de complicaciones, mejorar la distribución de recursos y reducir costos. De 326 cirugías realizadas entre mayo y septiembre de 1995, 152 pacientes fueron incluidos en el programa de alta precoz de los cuáles el 62% tenían los criterios necesarios y fueron dados de alta antes del quinto día con una muy buena evolución. De estos pacientes uno falleció (0,6%), hubo un muy bajo porcentaje de readmisiones (3,2%) donde la condición fue resuelta favorablemente en el término de 2 a 5 días, y hubo ausencia de reinternación entre los 60 y 90 días. Previo al quinto día de internación, se observaron muy bajos costos hospitalarios en insumos y prácticas en aquellos pacientes que ingresarían al programa de alta temprana en comparación con los demás pacientes operados que permanecerían internados.²¹

El Presidente de la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID) opina que un hospital puede ahorrar casi 1/3 de los costos y evitar un alto porcentaje de infecciones intrahospitalarias. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan en hospitales en los países desarrollados, contraen infecciones que algunas veces termina con la vida del enfermo. Por esto dicho, menciona que esta modalidad de alta temprana y atención médica en el hogar se aplica desde hace años en Gran Bretaña y en Estados Unidos.¹⁹

La atención domiciliaria

La Atención Domiciliaria surge en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Se define este sistema como “*un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja*”.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la AD como “*una asistencia proporcionada a las personas en su domicilio. Esa asistencia domiciliaria debe ser apropiada, de alta calidad y con una relación costo beneficio compatible para los individuos que deben mantener su independencia y la mejor calidad de vida posible*”.²²

La AD surge como una nueva filosofía asistencial que busca modernizar los sistemas sanitarios, poniéndola como puente entre el hospital y la atención primaria de la salud, posibilitando el establecimiento de labores compartidas y permitiendo una interacción progresiva entre los dos principales niveles de atención.²

Myers y Beare mencionan que a través de estudios realizados en la OMS, la AD esta asociada a una mejor calidad de vida y que la relación costo beneficio es más favorable en los casos que sustituirían largas permanencias hospitalarias.²² Dadas las tendencias actuales descritas anteriormente, y de acuerdo a varios estudios y opiniones de autores analizadas, la AD pareciera ser una herramienta eficiente a la hora de brindar servicios. La misma facilita el seguimiento del paciente crónico, permite un adecuado registro tanto de la evolución como de las actividades que se realizan a domicilio, se observa una mejor atención, mayor satisfacción y participación por parte del paciente y sus familiares durante el tratamiento. En algunos países se observó una mejor evolución clínica y una asistencia más personalizada. A la vez, permite un uso más adecuado y racional de los recursos, que tiende a disminuir el gasto en salud, aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internación en los hospitales.^{2,10,15,23}

En Colombia se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal que tomó todos los pacientes pertenecientes a una compañía de seguros de salud vinculada al servicio de hospitalización domiciliaria entre los meses de enero a diciembre del 2007. El objetivo del estudio era valorar los costos de hospitalización domiciliaria en comparación a la institucional y se concluyó que el costo de la hospitalización domiciliaria fue un 18% del total del costo de la hospitalización institucional.⁶

La American Nurses Association (ANA) establece que “*el objetivo de la AD es iniciar, administrar y evaluar los recursos necesarios para facilitar al paciente el máximo nivel de bienestar posible*”.²²

En Argentina, a través de la resolución 704/00 del Ministerio de Salud de la Nación, se han propuesto varios objetivos para la AD como el de brindar asistencia en el domicilio

del paciente favoreciendo la reincorporación a su entorno natural, evitando la institucionalización de éste y su familia previniendo los múltiples efectos negativos que esto conlleva, como el aislamiento psico-físico, la desestabilización económica y la desintegración familiar y del entorno comunitario. Otros objetivos que establece, son acompañar y asistir a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución; facilitar la participación activa de la familia o responsable a cargo del paciente a través de su capacitación adecuada; y optimizar la eficiencia del servicio domiciliario. Esto contribuye a disminuir el promedio de días de internación aumentando así la disponibilidad de camas, disminuir las infecciones intrahospitalarias contribuyendo al mejoramiento de la calidad de la asistencia sanitaria tanto en equidad como en eficacia, eficiencia, efectividad y accesibilidad a los servicios de salud.^{2,4,5,9}

Es posible categorizar a la AD como una alternativa válida y enriquecedora, que ofrece una atención más completa al paciente y su entorno. Las ventajas de la AD no se reflejan solo en el paciente y su cuidado sino que influyen notablemente en el bienestar de toda la familia. Dentro de las ventajas que favorecen al paciente se menciona el de permitirle a éste mantener el contacto con la familia y la sociedad, sin restricción de horarios; permitirle mantener su actividad ocupacional aunque sea mínima, según su estado de salud; permanecer en un ambiente conocido, fundamental cuando se trata de pacientes ancianos; poder brindarle una mayor dedicación y reconocimiento del equipo de salud a aspectos psicosociales relacionados o no con la enfermedad.^{23,24}

Por otro lado, dentro de las ventajas para la familia está la posibilidad de mantener los roles familiares y laborales del grupo; disponer del tiempo necesario para organizar el cuidado del paciente; que la familia pueda, en la medida de sus posibilidades, participar activamente de los cuidados, punto fundamental y excluyente en el sistema de AD; y facilitarles, en su hogar y cerca de su ser querido, el proceso de aceptación y duelo.^{2,23}

Según concluyen tales autores, la AD es un sistema factible, y su eficiencia es comparable a la del hospital; de relativa alta complejidad y bajo costo, que enfoca al paciente en su totalidad bio-psico-social; y que exige un mayor compromiso y responsabilidad por parte de todos los involucrados, incluidos gerentes de centros de salud, los médicos y otros profesionales sanitarios, pacientes, familiares y la comunidad;

partícipes necesarios de ésta coalición y alianza estratégica en el campo de la salud pública y de la administración sanitaria.^{2,23}

Las enfermedades prevalentes en atención domiciliaria

La cantidad de patologías posibles de ser atendidas en el domicilio es muy amplia. Se debe tener en cuenta que, salvo para los cuidados paliativos (atención de pacientes con enfermedades terminales), el paciente debe estar clínicamente estable, y debe contar con una contención familiar. Todos los pacientes pueden beneficiarse con esta modalidad de atención en algún momento de su padecimiento, sea éste agudo, subagudo o crónico. Pero, cabe destacar que hay un criterio de selección que es crucial para el uso apropiado del recurso, con la finalidad de elegir racionalmente que pacientes realmente se beneficiarán o no de la AD.^{2,10,14}

Los requisitos para la inclusión de pacientes al programa de AD son la aceptación del paciente y la familia al recibir la información adecuada sobre el tipo de atención que recibirá en el domicilio, la existencia de una estructura familiar que pueda asumir la responsabilidad del cuidado del paciente en el domicilio, las enfermedades susceptibles de atención domiciliaria (excepto los pacientes con enfermedades crónicas en fase avanzada y terminales), ya que tienen que ser transitorias y limitadas en el tiempo; deben existir momentos de ingreso y de alta. La vivienda debe poseer ciertos requisitos mínimos en su estructura física, de modo que no se convierta en un factor de riesgo de complicaciones. Se deben proporcionar además, los recursos técnicos y de otro tipo de manera que los pacientes reciban cuidados de calidad. Por último, el servicio de AD debe estar bien coordinado e integrado con los otros servicios sanitarios como el hospital, servicio de urgencias, sociales y de atención primaria.^{2,10,14}

Las enfermedades más comunes de ser tratadas en AD son las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, neuro-musculares, de la piel, digestivas, nutricionales y patologías terminales; pueden observarse en proceso crónico, crónico reagudizado y post-quirúrgico.²

Dentro de los pacientes con procesos crónicos reagudizados, encontramos aquellos que padecen EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), aquellos con cardiopatías o hepatopatías crónicas, sida, cirrosis hepática, neoplasias y enfermedades terminales; y dentro de los que han sufrido un proceso quirúrgico encontramos postoperatorio

inmediato de cirugía menor y media, postoperatorio tardío y complicaciones de cirugía mayor, postoperatorio de cirugía traumatológica y ortopédica, y el tratamiento de grandes escaras y úlceras cutáneas.^{2,23,24}

En cuanto a las características de los pacientes, en un estudio descriptivo, retrospectivo realizado en España, donde se estudiaron 799 ingresos en AD entre abril y diciembre de 1999, se concluyó que el 50,7% eran mujeres y el 49,3% hombres con una media de $73 \pm 14,6$ años y una mediana de 76 años. Un 28% ingresaron por procesos agudos y un 47% por procesos crónicos. El 25% restante se incluyó en la categoría de “otros cuidados paliativos”. Además del diagnóstico principal un 67% presentaron un diagnóstico secundario (neoplasias 27%, enfermedades circulatorias 14,6%, enfermedades endocrinas 9,9%, trastornos mentales 9,5%, enfermedades genitourinarias 3,5% y otros grupos patológicos no especificados 35,4%).⁵

Los programas de AD se ven incrementados en proporción con el envejecimiento de la población, resaltando que los pacientes en edad avanzada, portadores de síndromes geriátricos u otros problemas clínicos, son importantes factores de riesgo de ingreso hospitalario, y cuya atención y tratamiento es altamente factible en AD. Los ancianos han representado una fracción muy importante de la población perteneciente al informe anteriormente citado, factor que influye de manera fundamental en la asignación de recursos socio sanitarios, ya que por su importante morbilidad (predominio de enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones), los ancianos corren un alto riesgo de ingreso hospitalario y consumen de 5 a 10 veces más recursos sanitarios que los de menor edad.⁵

En un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en una empresa de internación domiciliaria en Argentina, se estudiaron 50 pacientes que ingresaron entre enero y julio del 2007. El promedio de edad de los pacientes fue de 75,13 años. El 26% presentaban patologías del sistema circulatorio, el 20% traumatismos, muchos de los cuales incluyeron fracturas de cabeza de fémur por caídas de su propia altura típicas de la población añosa, y un 14% presentaban patologías de tipo oncológico. En menores porcentajes se observaron pacientes con trastornos del sistema nervioso, otros con sintomatología y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, enfermedades del sistema

osteomuscular y del tejido conjuntivo, trastornos mentales y del comportamiento y por último enfermedades del sistema genitourinario.¹⁴

Bajo la tutoría del Programa de Atención Domiciliaria de Medicina Familiar de Córdoba, Argentina, se realizó un estudio descriptivo de seguimiento, realizado a 634 pacientes crónicos que fueron atendidos durante dos años. Se observó que el 65,3% mujeres y la mediana de edad fue de 85 años. El 51,8% de los pacientes vivían con sus familiares, el 37,5% en residencias geriátricas, y el 10,6% con otras personas (cuidadores y/o enfermeros/as). Un 38,6% ingresaron por problemas neurológicos, 35,9% por patologías osteo-articulares, 9,3% cáncer terminal y 6,94% de los pacientes ingresaron por patologías cardiovasculares. Las patologías crónicas diagnosticadas fueron hipertensión arterial en un 57,1% de los pacientes, artrosis en el 51,4%, demencia en el 39,3%, accidente cardiovascular un 28,5%, insuficiencia cardíaca el 27,3% y cáncer el 17,4%. En este mismo estudio se detectó que según el índice de Lawton y Brody realizado a 506 pacientes, el 69,6% eran totalmente dependientes para las actividades de la vida diaria. Se concluyó que el perfil general de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria muestra un predominio de mujeres, con alto grado de dependencia y marcado deterioro cognitivo, con pluripatologías, polimedicados y que predominantemente viven con sus familiares.¹⁰

Empresas de atención domiciliaria

El primer objetivo de AD fue, en sus inicios, reducir los costos del tratamiento de pacientes internados en instituciones sanatoriales. Claramente con el tiempo se ha demostrado que la AD también es un sistema que tiene alto impacto en la calidad asistencial al reinsertar a los pacientes más rápidamente en su entorno habitual y, por supuesto, reduce drásticamente las infecciones intrahospitalarias entre otras ventajas mencionadas anteriormente. Hoy en día existen empresas del ámbito privado que se dedican a brindar AD al mercado local satisfaciendo las demandas actuales que genera esta alternativa de tratamiento de pacientes con necesidades de atención especializada pero sin llegar a ser criterio para la institucionalización de los mismos.^{6,19,21,25}

En 1999, se creó en Argentina, la “Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria” (CADEID). La única organización a nivel Nacional sin fines de lucro, con el objeto de divulgar, promover, difundir la actividad y además, fomentar y coordinar

tareas de asistencia, docencia e investigación en internación domiciliaria para consolidar la AD como un sector prestacional dentro del sistema de salud y transformar a la cámara en un interlocutor válido dentro del sistema de salud. En la CADEID hoy se nuclean 23 de las principales empresas que brindan servicios de AD en el ámbito privado de la salud. El objetivo principal de la misma es la formación y capacitación de profesionales especializados para la actividad domiciliaria, complementar estándares de calidad en la prestación de AD como así también, asesorar a los asociados en lo que hace a normativas vigentes y metodología de contratación comerciales en el mercado.¹⁹ Su fin también es el de elaborar y unificar guías y procedimientos, que recategoricen a las empresas asociadas y ayuden a lograr estándares comunes de calidad. La institución está adherida como socio activo al Centro Especializado para la Normalización y Acreditaciones en Salud, C.E.N.A.S.²⁶

La resolución N° 704/2000 del Ministerio de Salud aprueba las “Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria”. En cuanto a las normativas que deben seguir las empresas, se clasifica a los servicios de AD en tres niveles de acuerdo a la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano. En el primer nivel se encontrarían aquellos servicios que cubren la mayoría de los casos y se dedican a promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano, e internación de pacientes de bajo riesgo; los servicios brindados por el de nivel II realizan las mismas actividades que el nivel I, pero atienden pacientes más complejos; y el nivel III está formado por el mayor nivel de resolución por lo tanto deben contar con un recurso humano capacitado y recurso tecnológico disponible para tal fin. En base a estos niveles se definirán los requerimientos mínimos que deben cumplir las empresas de AD en cuanto a planta física, recurso humano, equipamiento y marco normativo de funcionamiento.⁹ En la resolución N° 194 del Ministerio de Salud, se extienden los derechos y obligaciones a través del programa de *Garantía de Calidad de la Atención Médica*.¹¹

En la actualidad el concepto de internación domiciliaria esta ocupando un espacio importante en los planes de las obras sociales y prepagas, sobre todo a partir de la implementación desde el Ministerio de Salud del “Programa Médico Obligatorio” (PMO) en el año 1998 (actualizado en el año 2004). El PMO es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones

médico asistenciales de forma obligatoria. Las obras sociales y/o prepagas deben brindar las prestaciones contenidas en el PMO como así también otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión de ningún tipo. Esta resolución impulsó a las empresas prestadoras de servicios de AD a un crecimiento exponencial ya que están contemplados sus servicios dentro del PMO.^{27, 28}

Un artículo publicado en Colombia sobre servicios médicos domiciliarios, explica que todas las personas, sin importar su edad, tienen necesidades de atención médica únicas, que con el tiempo se vuelven más complejas e involucran procedimientos especiales. Al detectar estas necesidades, los servicios deben brindarse acorde a los requerimientos específicos surgentes. El servicio de AD se presta a los pacientes en sus domicilios estabilizándolos y manejando situaciones, a veces muy complejas, como así también situaciones de atención rutinaria o de baja complejidad. Basado en esta dinámica de atención las empresas, hoy en día, afrontan diariamente nuevos desafíos en el servicio que brindan, obligándolas a reorganizar herramientas y estructuras que soporten las demandas actuales para que los pacientes, los financiadores y las propias empresas de AD, no sientan el impacto negativo que esta dinámica pudiese generar.²⁹

Recurso humano de la atención domiciliaria

El equipo de AD debe estar compuesto por un plantel multidisciplinario de médicos, enfermeros/as, kinesiólogos/as, asistentes sociales, nutricionistas y psicólogos/as. Según la resolución 704/2000, las empresas de AD deberán contar con un director médico responsable del área asistencial, administrativa y legal; una coordinación asistencial a cargo de un médico con experiencia clínica, responsable del funcionamiento, la coordinación y el control de los profesionales intervinientes; un coordinador de enfermería que deberá ser un enfermero/a profesional a cargo de la coordinación asistencial y la asistencia de enfermería directa, controlando el cumplimiento de las normas administrativas y de procedimientos.⁹

El médico asistencial o de visita, podrá ser un clínico, pediatra o especialista responsable de la admisión, evaluación, diagnóstico, tratamiento, indicaciones médicas, control de la evolución del paciente, contención del paciente-familia y alta domiciliaria.⁹

El enfermero/a domiciliario deberá evaluar al paciente, cumplir con el tratamiento médico prescripto, evolucionar al paciente en cada visita, coordinar con las otras

disciplinas y servicios complementarios (Rx, laboratorio, oxigenoterapia, farmacia, ortopedia) para que éstos se realicen en tiempo y forma, registrar en la historia clínica y brindar información, educación pertinente y contención al paciente y la familia.⁹⁻²²

Dentro del equipo de AD, también se debe contar con un kinesiólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo y asistente social cuyas funciones serán las de evaluación del paciente, cumplimiento del tratamiento médico descripto, registro en la historia clínica, información y contención del paciente y su familia e intercomunicación con el equipo de salud.⁹

Los acompañantes domiciliarios (también llamados cuidadores domiciliarios o ayudantes sanitarios), pueden formar parte del equipo asistencial ya que son personas capacitadas para brindar servicios de cuidado y acompañamiento en el hogar, cuyo objetivo primordial es el de brindar ayuda al paciente y a sus familiares en cuanto a tareas de alimentación, higiene, control de la toma de medicamentos y actividades recreativas; supervisado por un referente formador reconocido por la autoridad sanitaria.⁹

Un revisión bibliográfica sobre la atención domiciliaria, realizada sobre artículos publicados entre 1995 y 2000, detalla la importancia de invertir en una buena formación de recursos humanos, a fin de lograr una real implicación de los profesionales sanitarios en la prestación de servicios; afirmando que la formación de éstos recursos humanos debe ser amplia y abarcar desde el pregrado. Adicionalmente, se deben ofrecer programas de educación continua, los cuales constituyen instrumentos útiles no sólo para el desarrollo profesional sino también para el establecimiento de vínculos entre profesionales. Es importante impulsar las funciones docentes e investigadoras, las cuales deberían coexistir permanentemente creando un hábito en los centros de salud y hospitales, tratándose de un componente clave en la formación de recursos humanos de calidad. Para ello es preciso estimular la participación creando polos de capacitación, formación y educación continuada y colaborando en la formulación y aplicación de protocolos de actuación. Igualmente importante resulta la construcción de una alianza estratégicas entre las partes del equipo de salud, ya que están estrechamente ligados con los resultados en la calidad de atención.²

La asistencia de enfermería domiciliaria estimula la participación del paciente y de su familia en las actividades asistenciales. La colaboración con la familia y con el paciente

durante la AD puede reducir la perturbación de las actividades domiciliarias habituales. Se debe respetar el ambiente domiciliario de una forma diferente a como se hace con el ambiente en las instituciones de salud. El ser consciente de este aspecto estimula la aceptación de la visita profesional y por ende de la AD en general.²²

En Argentina, en 1991 se sanciona la ley 24004, que regula las normas para el ejercicio profesional de los enfermeros/as. Establece que la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de su competencia derivados de las incumbencias de los títulos habilitantes. Asimismo dicha ley dice que será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, la investigación y el asesoramiento sobre temas de su incumbencia.³⁰

Esta ley reconoce dos niveles para el ejercicio de la enfermería: el profesional y el auxiliar, y determina las competencias específicas de cada uno de los dos niveles. Al primero le refiere la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de situaciones de salud enfermedad en el ámbito de su incumbencia; mientras que al auxiliar, le adjudica la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificado y dispuesto por el nivel profesional y ejecutado bajo su supervisión.³⁰

Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida dentro de la misma a participar en las actividades o realizar acciones propias de enfermería; y los que actúen fuera de los niveles a los que hace referencia, serán pasibles de sanciones impuestas por el Código Penal. Asimismo serán sancionadas aquellas instituciones que contraten para realizar las tareas de enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos en la presente ley.
30

El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales ó privadas, reconocidas por autoridad competente; título de enfermero/a otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidas por autoridad competente; título, diploma o certificado equivalente expedido por países

extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.³⁰

El nivel auxiliar está reservado para aquellas personas que posean el certificado de auxiliar de enfermería otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas por autoridad competente. Establece además que podrán ejercer como auxiliares de enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros, el que deberá ser reconocido ó revalidado de conformidad con la Legislación vigente en la materia.³⁰

La ley 24.004 establece además los derechos y obligaciones de los profesionales y auxiliares de enfermería. Son sus derechos ejercer la profesión conforme a lo establecido en la ley y su reglamentación; asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida; negarse a colaborar con prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales ó éticas, y por último contar con garantías adecuadas que aseguren y faciliten el cumplimiento de la obligación de actualización permanente.³⁰

Por otro lado, son sus obligaciones respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza; respetar en las personas el derecho a la vida y su integridad desde la concepción hasta la muerte; prestar colaboración requerida por autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias; ejercer la enfermería dentro de los límites de competencia determinados en la ley; mantener la idoneidad mediante la capacitación permanente y mantener el secreto profesional.³⁰

Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de enfermería someter a las personas a procedimientos ó técnicas que entrañen peligro para la salud; realizar ó inducir directa ó indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo para la dignidad humana; delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad; ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infecto-contagiosas ó cualquier otra inhabilitante; publicar anuncios que induzcan a engaño del público y particularmente les está prohibido a los profesionales de enfermería actuar bajo relación de dependencia de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.³⁰

Sobre el registro y matriculación profesional la ley establece que para el ejercicio de la enfermería, tanto el nivel profesional como el auxiliar, deberán inscribir previamente los títulos, diplomas ó certificados habilitantes en la Subsecretaría del Ministerio de Salud y Acción Social, la que autoriza el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial. Ésta Subsecretaría deberá vigilar y controlar que la enfermería, tanto en el nivel profesional como auxiliar, no sea ejercida por personas carentes de títulos, diplomas ó certificados habilitantes, o no se encuentren matriculados.³⁰

Además existe la reglamentación 12.245 que regula el ejercicio profesional de los enfermeros/as licenciados/as, profesionales y los auxiliares de enfermería que ejerzan sus actividades en la Provincia de Buenos Aires.³¹

Para el caso del licenciado o profesional estas acciones incluyen valorar el estado de salud de su paciente y diagnosticar sus necesidades o problemas de enfermería implementando acciones que puedan satisfacerlas; supervisar las condiciones del medio ambiente de acuerdo a lo requerido por el paciente por su condición; controlar los recursos materiales y equipos necesarios para la prestación del cuidado; colocar sondas y controlar su funcionamiento; colocar drenajes; realizar control de signos vitales; observar, evaluar y registrar signos y síntomas de pacientes y actuar acorde; colaborar en procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento; planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos por vía enteral, parenteral, mucosa, cutánea y respiratoria (natural y artificial), de acuerdo con la indicación medica escrita y firmada.³¹

También es función de profesionales o licenciados de enfermería realizar curaciones simples y complejas, realizar punciones venosas periféricas, controlar a los pacientes con respiración y alimentación asistida y catéteres centrales. Participarán de tratamientos quimioterápicos, diálisis peritoneal y hemodiálisis. Brindarán cuidados de enfermería en pacientes en estado crítico con o sin aislamiento, y realizarán actividades en control de infecciones; controlarán ingresos y egresos de pacientes; participarán en la planificación, organización, y ejecución de acciones en situaciones de emergencia y catástrofes. Podrán participar junto a un médico en el traslado de pacientes; y registrarán evoluciones y prestaciones de enfermería del individuo y de la familia.³¹

Las competencias del nivel auxiliar de enfermería descritas por la misma ley son las de realizar procedimientos básicos en la internación y egresos de los pacientes, preparar y acondicionar los materiales y equipos para su uso habitual, y realizar cuidados de higiene y confort. Podrán asistir en las actividades de nutrición, eliminación vesical e intestinal espontánea, y administrar enemas evacuantes según prescripción médica. Un auxiliar puede a su vez realizar controles de signos vitales, informar al enfermero/a o médico sobre la condición del paciente, y colaborar con procedimientos especiales. Así mismo, podrá aplicar inmunizaciones previa capacitación; podrá preparar al paciente para examen de diagnóstico y tratamiento; colaborará en la rehabilitación del paciente; participará en programas de salud comunitaria, y podrá realizar curaciones simples.³¹

La Resolución 194_95, *Normas de Organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica*, define las funciones de enfermería relacionadas a distintas áreas programáticas. La norma establece la asignación de un enfermero/a licenciado/a, o en su defecto profesional, con cargo de conducción, para programar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar las actividades de enfermería en el área especificada.³²

Con respecto a la planificación del plantel de enfermería, la resolución 194 recomienda para el ámbito hospitalario, que un plantel esté compuesto por un mínimo del 40% de enfermeros/as profesionales y un 60% auxiliares de enfermería. La modificación de estos porcentajes correspondientes redundará en una variación de la calidad de la prestación de enfermería que la resolución clasifica como de muy deficiente a muy buena.³²

En la misma resolución se establece que si en una institución el equipo cuenta con un 100% entre auxiliares de enfermería y empíricos será un plantel de enfermería muy deficiente para cumplir con sus funciones en cuanto a eficiencia, eficacia y calidad de atención. El plantel será deficiente si cuenta con el 5% de enfermeros/as profesionales, 75% auxiliares de enfermería y 20% de personal empírico. Se lo clasifica como regular cuando un 10% son enfermeros/as profesionales y un 90% auxiliares de enfermería.³²

Cuando el plantel ya cuenta con por lo menos un 25% de enfermeros/as profesionales y el resto auxiliares, el plantel se considera aceptable. Cuando los profesionales aumentan a un 40% sobre un 60% de auxiliares el plantel es bueno; y es muy bueno cuando contamos con 70% de enfermeros/as profesionales, 15% de licenciados en enfermería, 15% son

enfermeros/as especialistas, 40% son enfermeros/as generalistas y sólo un 30% son auxiliares de enfermería.³²

En internación domiciliaria, la enfermería desempeña un rol central ya que es el grupo profesional que más horas suele estar con el paciente, uno a uno. Debe tener conocimiento de la condición médica del paciente, y estar capacitado para realizar todas las prestaciones necesarias para su cuidado y cumplimiento del tratamiento indicado.

A diferencia de lo que ocurre en la atención ambulatoria, el/la enfermero/a en un domicilio, trabaja solo y funciona como una pieza fundamental sobre el que giran los demás profesionales. Son quienes conocen los detalles de la evolución de los pacientes, el impacto de la enfermedad sobre ellos y su grupo familiar, y son responsables de comunicarlo. Por esto dicho, se observa una necesidad de abordar el perfil de quienes brindan estos cuidados en el domicilio.

Perfil del personal que brinda cuidados de enfermería

En la Argentina, la Resolución 704/00 hace referencia al perfil de los miembros del equipo de AD en su actitud y aptitud para reconocer la importancia de la asistencia integral del paciente, para evaluar los cuidados delegados a la familia o al tutor responsable, y para planificar y coordinar las visitas domiciliarias en función de la situación paciente-familia y patología.⁹

Deberán tener la capacidad de integrar un equipo multiprofesional e interdisciplinario, evaluando información relevante en la interacción del tratamiento, debiendo además ser observadores de los aspectos negativos de la situación imperante. Deberán poder trabajar en equipo para darle solución a la problemática que se presenta en la interacción de la tríada paciente – familia - equipo.⁹

Los miembros del equipo sabrán adaptarse a las situaciones particulares de cada familia en cuanto a lo socioeconómico, cultural y espiritual, siendo fieles escuchas de las personas y teniendo en cuenta el secreto profesional. Finalmente, el personal deberá actuar con el respeto que se espera de ellos, comprendiendo que es el paciente y su familia los que consienten su ayuda, en situación de enfermedad, en su propio hogar y brindando toda su confianza.⁹

Un estudio realizado por la Sub-Secretaria de Salud de México propone una definición respecto del perfil profesional. La misma entiende como perfil al conjunto de cualidades y características que de acuerdo a los conocimientos adquiridos, habilidades y aptitudes le permiten a una persona asumir las responsabilidades, actitudes y competencias necesarias para una tarea específica y definida.³³

El perfil laboral, describe las características, aptitudes necesarias y requeridas por el mercado en el cual se desarrollarán las actividades, dando respuestas a las diferentes formas de organización y funcionamiento de las instituciones que forman parte del mismo. En este estudio, María De Lourdes Rojas Armadillo, manifestó que muchas veces el profesional no encuentra cubiertas sus expectativas de formación y educación adquiridas, pues el perfil pedido por las instituciones laborales lo deja en desventaja con otros profesionales de niveles académicos o bien se lo sustituye a menudo por personal no profesional.³³

En atención primaria de la salud, un estudio cualitativo realizado en España, menciona que la enfermería ha sido la profesión que mas sustancialmente ha desarrollado su perfil involucrándose en los equipos de atención primaria (AP) remodelados a las necesidades actuales de la población, consiguiendo más protagonismo y autonomía en el desempeño de sus tareas. Estas mejoras del desarrollo profesional están íntimamente ligadas a la gran importancia que se le dio a la AP dentro de las reformas sanitarias mencionadas en el área. Por otro lado la aparición de la consulta de enfermería dio un impulso extra a la profesión. Esto permitió al enfermero/a a salir de la consulta del médico y poseer un espacio propio de atención a la población acorde al nuevo modelo de AP, el cuál en España, incluye la AD. La enfermería ha tenido desde ventajas laborales hasta autonomía y desarrollo profesional específico en ese ámbito de atención.³⁴

Agregando conceptos a lo expresado, también en España se desarrolló un trabajo de campo sobre el rol de enfermería en AP, estrechamente relacionadas con el perfil del mismo. En este artículo se menciona la necesidad de que los profesionales de enfermería asuman más responsabilidades en el binomio salud-enfermedad de la población. A medida que la profesión enfermera se constituye autónoma e independiente, desarrolla su propia forma de trabajo y abordaje de la salud, lógicamente implica también que debe asumir plena responsabilidad en las decisiones adoptadas en el ejercicio de su actividad.

Los servicios ofrecidos por enfermería a la población deben estar orientados al autocuidado y a la auto responsabilidad de la propia persona asistida, siendo necesario para esto formar una metodología de trabajo propia.³⁵

El objetivo de otro estudio, esta vez cualitativo, realizado en Mallorca (España), fue analizar logros obtenidos por enfermería e identificar problemas actuales que presentaban la AP y la AD. Se propusieron puntos de mejora y revisión de la situación actual; se explicaron conceptos referidos al perfil de enfermería cómo su rol, necesidades, oferta de servicios, virtudes y debilidades de la AD, y profesionales participantes.³⁶

En cuanto al rol de enfermería, se destacó una ampliación de las competencias. De realizar funciones primarias técnicas y burocráticas se pasó a trabajar con programas y protocolos específicos estandarizados. A pesar de ello, se encontraron expectativas no cumplidas sobre todo en el área de promoción y educación para la salud y en el servicio de AD.³⁶

Dentro de los participantes del estudio los profesionales médicos consideraron que la profesión de enfermería es la que tiene menos definido su perfil, atribuyéndolo a un vacío normativo existente.³⁶

Con respecto a la oferta de servicios, los profesionales participantes percibieron que los usuarios del sistema confiaban más en las enfermeros/as de perfil bien definidos como las de pediatría, matronas y aquellas con experiencia en pacientes crónicos.³⁶

Respecto de los programas y protocolos, la mayoría de los profesionales reclaman que estos aumentan sin tener en cuenta la nómina de personal, la formación de los mismos, ni haber realizado estudios de necesidades poblacionales.³⁶

En Argentina, en la Universidad Nacional de Santiago del Estero, se realizó una investigación con el objetivo de evaluar el grado de pertinencia de la formación universitaria de grado en relación a las demandas específicas que surgen en el desempeño profesional. El relevamiento de datos se realizó a través de una encuesta formulada a 254 egresados de la carrera de Enfermería y Licenciatura en Enfermería, de los cuales 158 respondieron la encuesta, lo que representó un porcentaje de respuesta del 62%. Las dimensiones que se tuvieron en cuenta para el análisis de los datos revelados fueron la dinámica de la inserción laboral, las expectativas referidas al rol profesional, y la valoración de la formación universitaria recibida.³⁷

De los resultados obtenidos se desprendió que el 70% de quienes trabajaban en el sector de salud eran mujeres; tanto en el nivel nacional como en el provincial.³⁷ En el caso específico de la Universidad de Santiago del Estero, durante el período 1975 a 1991, el 100 % de los egresados fueron de sexo femenino (total de egresados 50); aún cuando en los últimos años aumentara la inscripción de varones en un 22,6%, se mantenían las características de la profesión femenina.³⁷

Se informó además que la población femenina enfermera era en la Argentina, en términos generales, de mayor edad que la población económicamente activa total. La explicación de ello era el escaso interés que despertaba ésta profesión en los jóvenes en condiciones de incorporarse al mercado de trabajo, por las duras condiciones que éste implicaba.³⁷

En el mismo estudio también se hacía referencia al carácter subalterno de la Enfermería respecto al profesional médico, la cual se reflejaba en la parcialización del campo profesional.³⁷

En cuanto a la inserción laboral, mencionaba, que la mayoría de los graduados enfermeros/as, el 86% y el 100% de los Licenciados en Enfermería, habían logrado una inserción en el mercado del trabajo profesional, en relación de dependencia, ya sea en el ámbito privado o estatal, sólo un 4% permanecía en la categoría de desocupado, categoría que corresponde a las personas que no tienen ocupación pero que buscan activamente conseguirla. El 10% correspondía a subocupados invisibles, categoría que incluía operativamente a los egresados que desempeñan actividades no vinculadas con el título.³⁷

En cuanto al ámbito de trabajo estatal ó privado, se advirtió que el 100% de los Licenciados en Enfermería y el 83% de los Enfermeros/as, se desempeñaban en el sector estatal, mientras que un 17% lo hacía en el ámbito privado.³⁷

El estudio reveló además que los egresados que tenían una sola ocupación, el mayor porcentaje (30%) correspondía a los que cumplían funciones técnicas. Del 50% que desempeñaba más de una función, el 35 % correspondía a los que estaban vinculados con funciones técnicas y docentes, el 10% a los que cumplían funciones técnicas, docentes y de investigación, y el 5% restante a los que desempeñaban funciones de docencia e investigación.³⁷

Sobre la remuneración percibida, el estudio afirmaba que la actividad laboral realizada por los profesionales de enfermería, tenía un valor económico en el mercado de acuerdo a los estudios completados. Sostenían que el nivel de formación no sólo influía en la probabilidad que tienen los trabajadores de estar insertos en los sectores más estructurados de la economía, sino también incidía en la posibilidad de acceder a salarios más elevados respecto de los menos educados.³⁷

El estudio continuaba diciendo que la remuneración no es diferente entre el sector estatal y el sector privado, pero sí en el caso de los auxiliares de enfermería quienes percibían salarios menores respecto de los profesionales ó universitarios a quienes se les reconocía la titulación de grado.³⁷

En la actualidad, según el Convenio Colectivo de Trabajo (CCT/FATSA), el salario promedio de un auxiliar de enfermería es \$3.209,23; el de enfermero/a profesional (tomando referencia el de piso o consultorios externos) es de \$3.540,18; y el de un licenciado en enfermería es un 15% más del valor de un enfermero/a profesional.³⁸

En cuanto al ejercicio profesional, se hace referencia a que los egresados ocupados en vinculación con su título, lo hacían en relación de dependencia, cualquiera sea el ámbito en que se desempeñasen. Los que se desempeñaban en el ámbito estatal (83% enfermeros/as, 100% licenciados), con predominio de funciones técnicas (30% para aquellos que tenían una ocupación, 75% para aquellos que tenían más de una ocupación), cumplían su actividad en ámbitos hospitalarios y centros de salud pública; aquellos que cumplían funciones docentes y de investigación se desempeñaban en la Universidad Nacional. Con relación al ámbito privado, el desempeño se cumplía en clínicas y sanatorios particulares del medio (17% de los egresados).³⁷

Por último y en cuanto al grado de satisfacción profesional, el 66% de las licenciadas en enfermería y el 42% de los/las enfermeros/as, estaban satisfechas con su profesión; el resto medianamente satisfechas. Las que se han manifestado medianamente satisfechas han expuesto razones como la falta de política sanitaria en la provincia, campo de acción limitado, bajos salarios que no compensan la carga horaria ni la actividad estresante, ni el contacto permanente con el dolor y la muerte. Del total de los encuestados, el 75% manifestó percibir que su título está escasamente reconocido y el 25% juzga que no es

reconocido. La valoración que hacen los graduados en enfermería fue que trabajen o no en su profesión, su título es poco reconocido.³⁷

Un estudio descriptivo transversal realizado en España a 348 profesionales de enfermería de equipos de atención primaria que a su vez abarca la atención domiciliaria, describió las características sociodemográficas y laborales, la actividad enfermera en el domicilio, el tipo y frecuencia de las actividades realizadas en el cuidado de cada patología estudiada y la utilización de protocolos de cuidados. De los 203 enfermeros/as que respondieron la encuesta, el 65,5% eran mujeres cuya edad media era de 40 años. Dichos profesionales contaban con 10 años de experiencia en atención primaria. Con respecto a las actividades de formación continua que recibían en el centro de salud del que dependían, un 23,6% afirmó que no se realizaban tareas de éste tipo en sus empleos, el 24,6% afirmó realizarlas una vez al mes; el 15,3%, dos a tres veces al mes mientras que un 15,8% dijo hacerlo una vez por semana. Un 8,4% no respondió ésta pregunta. El 60% de la muestra dijo no haber utilizado ningún protocolo para el cuidado de los pacientes, lo que puso de manifiesto que el uso de estas guías de práctica clínica en AD resultó ser francamente escaso.¹⁵

En Brasil, tras un aumento en la necesidad de cuidadores domiciliarios, también llamados cuidadores formales, se encuestaron 41 anunciantes que ofrecían sus servicios en dos periódicos de mayor circulación en la ciudad de San Pablo. El estudio exploratorio se desarrolló con el objetivo de caracterizar a estos cuidadores y de verificar las actividades ofrecidas para el cuidado de los ancianos. En el presente trabajo se describieron las características de los cuidadores como la edad, el sexo, nivel de formación, cursos de capacitación, lugar donde ofrecían sus servicios, experiencia previa en el cuidado de ancianos, tiempo disponible para el trabajo, otros empleos realizados, y su relación con la agencia de enfermería.³⁹

Los estudios mostraron que un 48,8 % de los anunciantes se encontraban dentro de una franja etárea entre los 31 y 40 años, seguido de 41 a 50 años (21,9%), 51 a 60 (17,1%) y de 21 a 30 años (12,2%). Solo 2 de los cuidadores formales eran hombres y los 39 restantes eran mujeres.³⁹

El estudio presentó un predominio de individuos de bajo nivel de estudio donde un 53,6 % eran acompañantes, un 24,3% auxiliares de enfermería, un 12,2 % asistentes geriátricos, un 7,35 % enfermeros/as y un 2,4 % técnicos de enfermería.³⁹

Se observó muy baja especialización en los cuidadores; de los 41 anunciantes, sólo 4 refirieron tener un curso completado en cuidados domiciliarios de ancianos. El resto de los anunciantes tenían estudios como enfermeros/as, auxiliares, técnicos de enfermería y asistentes geriátricos; caso contrario eran considerados acompañantes. Treinta y un (31) cuidadores afirmaron tener experiencia previa con pacientes ancianos especialmente cuidando a un familiar. Según estos autores, la relación afectiva observada en el cuidado a un familiar es un factor de fundamental importancia a la hora de brindar cuidados integrales, pero no garantiza competencia en el cuidado como experiencia previa y se debe exigir un mínimo de formación básica.³⁹

Con respecto a la disponibilidad para el trabajo, se observó un predominio de las personas que solicitaron un día de descanso semanal (65,8%) seguido por las personas que no solicitaron tiempo libre (26,8%) y los que pidieron dos días de descanso por semana (7,3%).³⁹

La mayoría de los anunciantes (75,6 %) estaban desempleados y ésta era una de las razones por las que se ofrecían como cuidadores domiciliarios. El porcentaje restante se dividía en: 12,1% tenía un trabajo estable en el hospital; 2,4% eran empleadas domésticas; 2,4% eran empleadas de limpieza; 2,4% eran niñeras y 4,8% cuidadores de ancianos.³⁹

En España, se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal, donde los sujetos estudiados eran cuidadores de pacientes incluidos en un Programa de Incapacitados atendidos en domicilio. El período de estudio fue de dos años, 2003 y 2004. El objetivo de este estudio fue describir las características sociodemográficas y de salud de los cuidadores de pacientes ancianos incapacitados atendidos en su domicilio, y establecer los factores determinantes del estado de salud y de la utilización de recursos sanitarios de estos cuidadores. Las variables sociodemográficas estudiadas fueron la edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, ocupación y parentesco; las variables clínicas, diagnóstico médico y tratamiento; también se estudió la capacitación y la necesidad de formación para el cuidado.⁴⁰

Un 95,5% de los cuidadores (128) contestaron las encuestas. 91% eran mujeres y 9% eran hombres. La media de edad del cuidador fue de $56,67 \pm 13,69$ años. El 73,8% eran menores de 65 años, 13,1% tenían de 65 a 74 años y 13,1% tenían más de 75 años. El

72,1% de los cuidadores eran casados, 18% solteros o separados y 9,8% viudos. Con respecto al nivel de estudio, un 29,2% eran analfabetos o sólo leían y escribían, 47,5% tenían estudios primarios y 23,3% tenían estudios secundarios o universitarios. Con respecto a su manejo con pacientes domiciliarios, el 76,6% referían sentirse capacitados para llevar a cabo el cuidado y el 23,4% referían sentirse poco o nada capacitados. El 30,6% de los cuidadores creían necesario recibir información y capacitación en el cuidado de pacientes, y de estos, un 50% manifestaron necesitar mayor capacitación en alimentación, 56,7% en higiene, 60% en movilidad, 43,3% en cambios posturales y 35% en cuidados especiales (sondas, curaciones y otros). El 69,4% de los cuidadores entrevistados no creían necesario recibir información adicional.⁴⁰

DISEÑO METODOLÓGICO

Problema

Perfil del personal que realiza cuidados de enfermería en atención domiciliaria.

Objetivo general

Caracterizar el perfil del personal que brinda cuidados de enfermería en atención domiciliaria.

Objetivos específicos

Conocer las necesidades de formación del personal que brinda cuidados de enfermería en AD.

Conocer el nivel de satisfacción del personal que brinda cuidados de enfermería en AD.

Conocer los motivos principales de ingreso del personal que brinda cuidados de enfermería en AD.

Conocer los beneficios que brindan las empresas de AD al personal que realiza cuidados de enfermería domiciliarios.

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo y transversal.

Población

Personal que se desempeña en atención domiciliaria brindando cuidados de enfermería.

Criterios de inclusión

- Personal contratado por empresas domiciliarias para brindar cuidados de enfermería.
- Personal que atienda pacientes que residan en el conurbano de la provincia de Buenos Aires.
- Personal listado en la última liquidación de pagos.

Criterios de exclusión

- Personal que no haya podido ser contactado.
- Personal que no desea participar del estudio.

Criterios de eliminación

- Personal que no haya respondido preguntas 6, 8, 10, 11, 15, 18, 19, 21, 23, 25, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 44.
- Personal que haya respondido más de un ítem en las preguntas que requieren de una sola respuesta.

Criterios témporoespaciales

- Personal que se encuentra realizando cuidados de enfermería para las empresas seleccionadas, durante el período comprendido entre el 2 y el 9 de noviembre del 2011 para prueba piloto.
- Personal que se encuentra realizando cuidados de enfermería para las empresas de AD seleccionadas, durante el período comprendido entre marzo y junio del 2012 para el estudio completo de investigación.

Muestra

Se incluirá el personal, de tres empresas seleccionadas, que cumpla con los criterios mencionados al momento de la recolección de datos. Del listado de la última liquidación de cada empresa, se utilizará una técnica de muestreo probabilístico estratificado donde se clasificará el personal por forma de pago (cheque, efectivo y transferencia). A cada estrato se le aplicará la técnica aleatoria simple. El tamaño de la población total es de 271 prestadores tomados de tres empresas de AD. La muestra, con un 95% de nivel de confianza, una varianza de 0,25 y un margen de error del 5%, es de 159 prestadores.

Para el estudio piloto la muestra corresponderá a 30 prestadores que cumplan con los requisitos mencionados, tomándose un mínimo de 10 de cada empresa utilizando la misma técnica estratificada y aleatoria simple.

Variables

Definición de la variable en estudio

“Perfil del personal que realiza cuidados de enfermería en atención domiciliaria”: conjunto de rasgos que caracterizan la esfera personal y del trabajo de quienes realizan cuidados de enfermería en AD.

Operacionalización de las variables

Variables Sociodemográficas:

1. Edad: en años.
2. Sexo: femenino / masculino.
3. Nacionalidad: especificar.
4. Estado civil: casado / en pareja / separado / viudo / soltero / divorciado
5. Cantidad de hijos: en número.
6. Máximo nivel de estudio alcanzado en forma completa: primario, secundario, terciario, universitario, ninguno.
7. Nivel de instrucción en el ámbito de la enfermería: auxiliar / enfermero / licenciado / especialista / magíster / estudiante
8. Matrícula de enfermería: Si / No
9. Tipo de matrícula: nacional / provincial / ambas

Variables en estudio, de desempeño y capacitación:

10. Cantidad de empresas de AD en las que se desempeña actualmente: en número.
11. Pacientes a cargo en la última semana trabajada: en número
12. Meses trabajados en atención domiciliaria: en meses.
13. Realización de cursos en cuidado de pacientes: SI / NO
14. Cursos de capacitación realizados en cuidado cuidados específicos:

- 14.1. Curso RCP: SI / NO
- 14.2. Capacitación con kinesiología: aspiración traqueotomía – apneas – arm:
SI / NO
- 14.3. Cuidados RN – Neonatología: SI / NO
- 14.4. Cuidados de Anciano: SI / NO
- 14.5. Cuidados Paliativos: SI / NO
- 14.6. Bombas de Infusión: SI / NO
- 14.7. Curaciones: SI / NO
- 14.8. UTI: SI / NO
- 14.9. Dolor: SI / NO
- 14.10. Paciente Diabético: SI / NO
- 14.11. Anestesia: SI / NO
- 14.12. Colocación vía periférica – Cuidados de suero: SI / NO
- 14.13. Otro: mencionar.
- 15. Modalidad de trabajo habitual (mencionar la que realiza más frecuentemente):
guardias diurnas / guardias nocturnas / prestaciones.
- 16. Edad de pacientes atendidos en la última semana (puede marcar más de una
opción): adulto mayor / adulto / pediátrico/ adulto y pediátrico.
- 17. Tipo de pacientes atendidos en la última semana: neuromusculares /
cardiorrespiratorios / paliativos / posquirúrgicos / otro.
- 18. Prácticas realizadas para empresas de AD en la última semana:
 - 18.1 Colocación de vía periférica: SI / NO
 - 18.2 Rehabilitación y curación de vía central: SI / NO
 - 18.3 Administración de medicación endovenosa: SI / NO
 - 18.4 Administración de medicación oral: SI / NO
 - 18.5 Administración de medicación subcutánea: SI / NO

- 18.6 Administración de medicación intramuscular: SI / NO
- 18.7 Curaciones simples: SI / NO
- 18.8 Curaciones complejas: SI/ NO
- 18.9 Higiene y confort: SI / NO
- 18.10 Colocación de sonda nasogástrica y/o vesical: SI / NO
- 18.11 Asistencia en alimentación por sonda: SI / NO
- 18.12 Asistencia en alimentación por botón gástrico: SI / NO
- 18.13 Curación y cambio de traqueotomía: SI / NO
- 18.14 Aspiración nasogástrica o por traqueotomía: SI / NO
- 18.15 Movilización de paciente postrado: SI / NO
- 18.16 Asistencia kinésica: SI / NO
- 18.17 Control de signos vitales: SI / NO
- 18.18 Control de ingresos y egresos: SI / NO
- 18.19 Cuidado de la piel: SI / NO
- 18.20 Asistencia a pacientes en respirador: SI / NO
- 18.21 Otro: mencionar
- 19. Capacitación recibida para las practicas realizadas: SI / NO
- 20. Modo de la capacitación recibida (puede elegir mas de una opción): durante estudios en la carrera / brindada por empresa de AD / por curso realizado / por enfermera o cuidadora que trabaja en el mismo domicilio / aprendió solo / otro
- 21. Equipamiento utilizado en AD en la última semana:
 - 21.1 Bolsa de resucitación : SI / NO
 - 21.2 Nebulizador: SI / NO
 - 21.3 Respirador artificial: SI / NO
 - 21.4 Bomba de infusión parenteral: SI / NO
 - 21.5 Aspirador: SI / NO

- 21.6 Saturómetro: SI / NO
- 21.7 Tensiómetro: SI / NO
- 21.8 Bomba de alimentación: SI / NO
- 21.9 Equipo de oxígeno: SI / NO
- 21.10 Otro: mencionar
- 22. Capacitación recibida para el manejo de equipos: SI / NO
- 23. Utilización de guías ó protocolos de actuación: SI / NO / NO SABE
- 24. Otros trabajos realizados actualmente que no sean para empresa de AD: en salud / otro / no realiza otro trabajo

La variable 25 a 31 se responderá teniendo en cuenta la última semana o último día de trabajo en cuidado de pacientes, para una o más de una empresa de AD para la que Ud. trabaja:

- 25. Cantidad de horas totales trabajadas la última semana (de lunes a domingo): en número.
- 26. Cantidad de horas extras trabajadas la última semana: en número.
- 27. Cantidad de horas totales trabajadas el último día: en número.
- 28. Cantidad de pacientes totales atendidos en AD la última semana: en número.
- 29. Medio de movilidad utilizado para acceder a los domicilios (puede marcar más de uno):
 - 29.1 Tren: SI / NO
 - 29.2 Colectivo: SI / NO
 - 29.3 Remisse: SI / NO
 - 29.4 Auto: SI / NO
 - 29.5 Caminata: SI / NO
 - 29.6 Bicicleta: SI / NO

29.7 Moto: SI / NO

30. Tiempo de viaje total desde que salió de su domicilio hasta que regresó al mismo (tomar el paciente que se encuentra más alejado): en horas / minutos

31. Total de gasto diario aproximado de viático: en número

Variables ocupacionales de satisfacción laboral: Se responderá teniendo en cuenta la empresa de AD de mayor antigüedad donde actualmente trabaja:

32. Antigüedad en la empresa: en meses.

33. Tipo de contrato actual: relación de dependencia / monotributo / otro.

34. Capacitación o cursos recibidos por empresa en el último año: Si / No

35. Visita de supervisor o coordinador de AD el último mes: Sí / No

36. Utilización de uniforme: de la empresa / propio /no utiliza, usa ropa particular.

37. Viáticos cubiertos por la empresa: Si / No / Sólo en circunstancias especiales.

38. Solicitud de insumos disponibles para trabajar: Siempre disponibles / muchas veces disponibles / en ocasiones disponibles / raramente disponibles / nunca están disponibles

39. Forma de Salario percibido: por prestación o visita / por hora / mensual.

40. Diferencial recibido por horas extras: Sí / No

41. Monto percibido el último mes: <500 pesos, 501 a 1000 pesos, 1001 a 2000 pesos, 2001 a 3000 pesos, 3001 a 4000 pesos, > 4000 pesos.

42. Motivo por el que elige realizar cuidados domiciliarios (puede elegir más de una opción): le gusta lo que hace / puede hacer cuidados domiciliarios combinado con otros trabajos / no consigue otro empleo / es donde se siente más cómodo / lo perfecciona en sus estudios / otro

43. Grado de motivación en su trabajo de AD: totalmente motivado, muy motivado, motivado, poco motivado, nada motivado

44. Grado de satisfacción: totalmente satisfecho, muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho, nada satisfecho

Recolección de datos

El protocolo se presentará a los directivos de las tres empresas prestadoras de AD seleccionadas para nuestro estudio, y se les solicitará autorización para aplicar el instrumento y poder realizar en consecuencia la recolección de datos.

Un vez obtenido el listado de liquidación de pagos, y habiendo realizado las técnicas de muestreo especificadas, se contactará telefónicamente a los empleados que cumplan con los criterios de selección.

El entrevistador realizará la encuesta vía telefónica siguiendo el instrumento y completando cada respuesta en la grilla correspondiente. Para todos los casos se solicitará inicialmente el consentimiento para participar y se ofrecerá la posibilidad de realizar la encuesta telefónica en ese mismo momento o se ofrecerá otro día u horario para nuevo contacto.

El instrumento está compuesto por 46 ítems estructurados de la siguiente manera:

- Ítems del 1 al 9, hacen referencia a variables sociodemográficas.
- Ítems del 10 al 31, corresponden a variables de desempeño y capacitación.
- Ítems del 32 al 44, se refieren a variables ocupacionales de satisfacción laboral.

Análisis de datos

Los datos se analizarán a través de una planilla de cálculo Excel.

Para las variables sociodemográficas *edad* y *número de hijos* se determinará la media y la desviación estándar. Las variables *sexo*, *estado civil*, *máximo nivel de estudio alcanzado*, *título* y *matrícula* se analizarán calculando frecuencia y porcentajes, representándolas con gráficos circulares para sexo y de columnas para las demás variables.

Para las variables en estudio 10, 11 y 12, se calculará media, moda y desvío estándar.

Para las variables 13 a 24 y la pregunta 29, de desempeño y capacitación, se determinará la frecuencia y el porcentaje, y serán representados en gráficos de barra. Las variables 25 a 28 inclusive se les calculará media, mediana, moda y desvío.

En *tiempo de viaje aproximado diario*, variable 30, se obtendrá un promedio en horas y la desviación estándar. Así como para la variable 31, *gasto de viáticos*, y la 32, *años de antigüedad en empresa de AD*, se medirá media, moda y desvío estándar.

Las variables en estudio 33 a 44, de satisfacción laboral, se analizará frecuencia y porcentaje y se representarán en gráficos de barra.

Se establecerán lecturas cruzadas según se considere necesario entre las distintas variables.

Resultados obtenidos en estudio piloto

Este proyecto aporta información para orientar las estrategias de cambio y mejora en la atención domiciliaria en relación con los cuidados brindados por el personal que se desempeña en el hogar del paciente. El objetivo general fue caracterizar el perfil de dicho personal, conociendo las variables sociodemográficas de la población estudiada, nivel de formación del mismo, nivel de satisfacción, los principales motivos de ingreso del personal a los servicios de atención domiciliaria, y finalmente conocer los beneficios que brinda esta actividad y que le brindan las mismas empresas de AD a sus prestadores.

Para ello, se ha realizado un estudio piloto, de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal, utilizando un cuestionario administrado por vía telefónica, específicamente diseñado para este estudio. El mismo constó de 44 preguntas clasificadas en 4 bloques diferentes.

La muestra correspondió a 30 prestadores que se desempeñan en AD brindando cuidados de enfermería en el conurbano de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Los sujetos fueron entrevistados con los permisos pertinentes de tres empresas de AD seleccionadas. Se utilizó una técnica de muestreo probabilístico estratificado y de cada estrato se seleccionaron prestadores de forma aleatoria simple, tomándose un mínimo de 10 personas de cada empresa.

El estudio piloto arrojó los siguientes resultados sociodemográficos: de las 30 personas que respondieron el cuestionario un 23% (7) eran hombres, mientras que un 77% (23) correspondían a mujeres, y la edad media fue de 36 ± 12 años. (Ver gráfico 1).

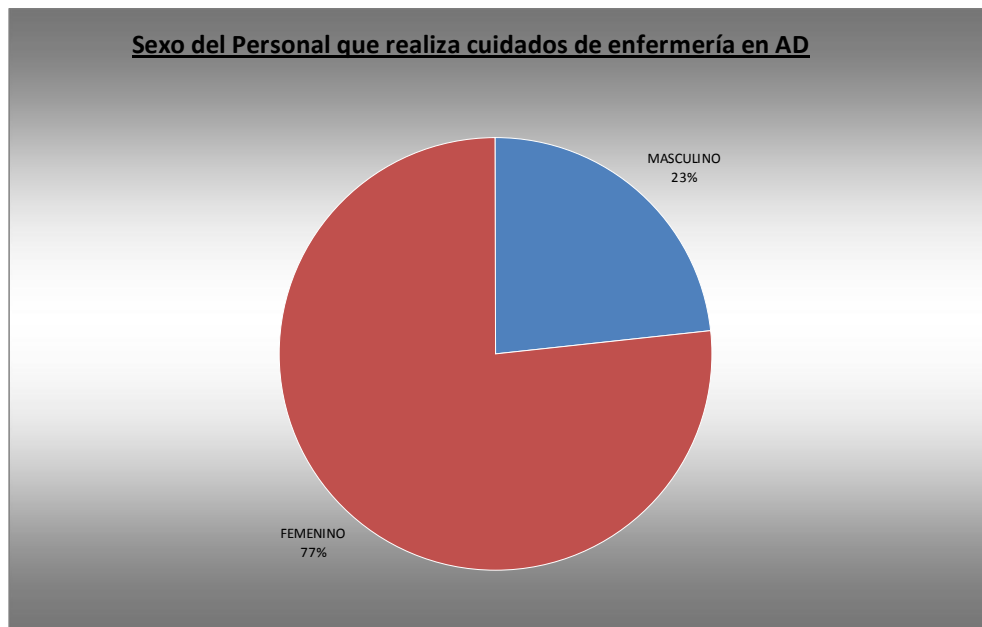


Gráfico 1-

De las 29 personas que respondieron tener instrucción en enfermería (ver Tabla 1), un 24% (7) eran enfermeros profesionales, un 65,5% (19) eran auxiliares de enfermería, y un 10% (3) eran estudiantes de la carrera de enfermería. De estos, un 76 % (22) estaban matriculados por los organismos pertinentes, (32% con matrícula nacional, 14% provincial, y 55% ambas matrículas correspondientes), mientras que el 24 % (7) de los encuestados restante, no contaban con matrícula aún (3 de ellos por ser estudiantes).

INSTRUCCIÓN ENFERMERÍA	frecuencia	porcentaje
1-AUXILIAR	19	65,52
2-ENFERMERO	7	24,14
3-LICENCIADO	0	0,00
4-ESPECIALISTA	0	0,00
5-MAGISTER	0	0,00
6-ESTUDIANTE	3	10,34
TOTAL	29	100,00

Tabla 1- Prestadores que trabajan en AD y poseen instrucción en enfermería.

Con respecto al estudio, desempeño y capacitación, los prestadores llevan trabajando en AD un promedio de 3 años, en un promedio de dos empresas de AD cada uno.

En lo que se refiere a capacitación específica para el área de cuidados domiciliarios, un 57% (17) dijo haberla recibido, mientras que el 43% (13) restante no realizó capacitación alguna.

La media de horas trabajadas en la última semana fue 43,43 hs con un desvío estándar de 22,92. De los 30 encuestados, sólo 4 realizaron horas extras; 2 horas extras cada uno con un desvío de 0.

Sobre la cantidad de pacientes atendidos, la media fue de 2 pacientes atendidos por semana, en su última semana de trabajo.

Con respecto al salario percibido, un 3 % (1) de los prestadores encuestados respondió haber recibido en su último mes de trabajo menos de \$500.-; un 30 % (9) recibió de \$1001 a \$2000.-, un 40 % (12) recibió entre \$2001 y \$3000.-, un 17 % (5) dijo haber recibido entre \$3001 a \$4000 y un 10% (3) dijo percibir más de \$4000.- (Ver Gráfico 2).

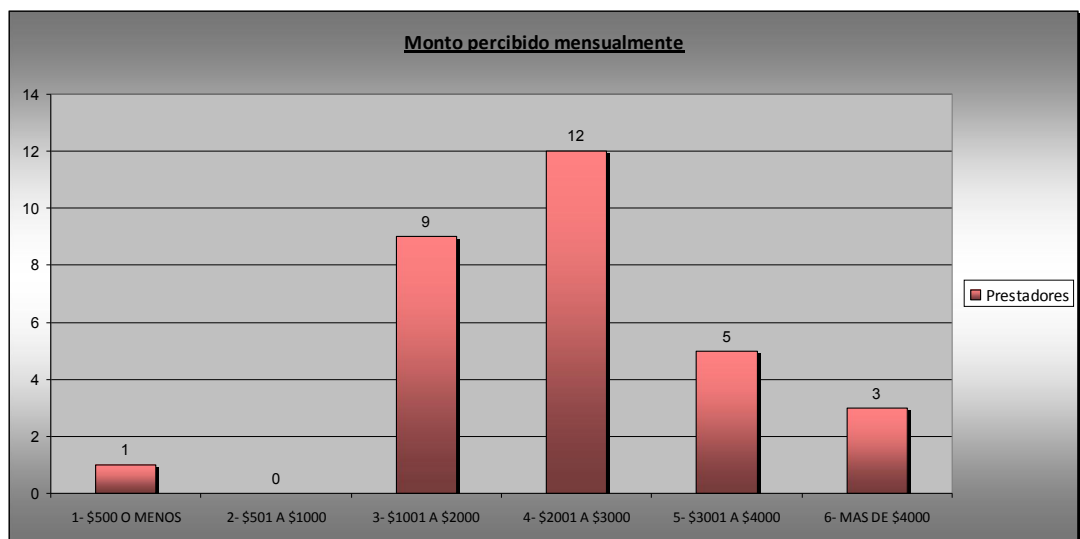


Gráfico 2 -

Respecto a la motivación que tienen los prestadores encuestados sobre brindar cuidados de enfermería en AD, sólo un 7% (2) dijo estar “totalmente motivado”. Un 40% (12) afirmó estar “muy motivado”, otro 40% (12) mencionó estar “motivado”, mientras que un 13% (4) manifestó estar “poco motivado”. Ninguno de los encuestados respondió “nada motivado”.

En cuanto a la satisfacción laboral sobre el trabajo en AD, un 30% (9) dijo estar “muy satisfecho”, un 57% (17) manifestó estar “satisfecho”, y un 13% (4) afirmó estar “poco

satisfecho” con su trabajo en AD. Ningún prestador respondió que no está satisfecho con este empleo.

Al indagar el porqué eligieron trabajar en servicios de AD los prestadores pudieron seleccionar varias respuestas. De 60 respuestas obtenidas, “porque le gusta lo que hace” fue seleccionada en un 33% (20); 11 respuestas, el 18% fueron para “otro”; un 17% (10) de las respuestas fueron para “dónde se siente más cómodo”; 13% (8) seleccionaron “que lo perfecciona en sus estudios”; 12% (7) “puede combinarlo con otros trabajos” y sólo 7% (4) optaron también por “porque no consigue otro trabajo”.

Consideraciones para el estudio definitivo

Con el estudio piloto se concluye que las respuestas obtenidas no pretendieron mostrar resultados reales sobre la población que hoy brinda cuidados de enfermería en AD, ya que la muestra es muy chica, pero ha servido para detectar aquellos inconvenientes en el cuestionario, y rever algunas preguntas del mismo que han sido difíciles de volcar en la planilla de recolección de datos y a su vez de obtener resultados cuantitativos sobre los mismos.

Es por esto que a las preguntas que contenían más de una respuesta se las transformó en preguntas con respuesta dicotómicas SI/NO, como “tipo de movilidad”, “prácticas realizadas”, y “equipos utilizados”. Por otro lado, las respuestas obtenidas en el piloto, en “cursos realizados” fueron utilizadas como opciones de respuesta en el instrumento que se utilizará para el estudio final (ver anexo III).

A su vez se observó que las encuestas hubiesen sido más enriquecedoras y sujetas a menos sesgo, si se hubiesen realizado en una entrevista personal y no vía telefónica. Se observó un cierto temor por parte del personal encuestado quién a pesar de habersele informado el tipo de estudio, la completa confidencialidad de los datos, y el motivo académico por el cual se realizaban las encuestas, igualmente creyó que esto podría traerles problemas futuros en sus actuales empleos.

ANEXO I

Carta de solicitud de autorización para la realización del estudio

Lugar y fecha

Empresa

Estimado Sr. /Dr.....,

De nuestra mayor consideración,

Los abajo firmantes, estudiantes de quinto año de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, nos dirigimos a Ud. para presentarle nuestro proyecto de investigación titulado “Perfil del personal que realiza cuidados de enfermería en atención domiciliaria”, con el fin de solicitar su autorización para llevar a cabo una prueba piloto con los prestadores de su dependencia.

El mismo es de carácter estrictamente académico y responde a los requerimientos institucionales para obtener el título de Licenciado/a en Enfermería en la Universidad Austral.

El objetivo del estudio es caracterizar el perfil del personal que brinda cuidados en atención domiciliaria, a la vez que pretende aportar información que sirva para hacer mejoras en la atención domiciliaria, en relación con la gestión de las prácticas profesionales. Además contribuirá a la formación del personal que brinda dichos cuidados especializados.

Nuestra intención es lograr esta experiencia piloto con una muestra de diez (10) empleados que hayan brindado cuidados para (empresa)....., para lo cual necesitamos su autorización para obtener la nómina de los prestadores que realiza cuidados domiciliarios, sus contactos telefónicos y su correo electrónico. Se mantendrá el carácter estrictamente confidencial y anónimo de la información obtenida.

Sin otro particular, agradeciendo su atención y en espera de una respuesta favorable a nuestro pedido, lo saludan atte,

Enf. Prof. Fernández C, Lorena

Enf. Prof. Yvorra, Carolina

Enf. Prof. Tous, Martín

ANEXO II

Instrumento piloto

Lo siguiente se leerá a los encuestados en el momento del contacto telefónico.

Esta encuesta está orientada a caracterizar el personal que trabaja en atención de pacientes domiciliarios brindando cuidados de enfermería, para empresas dedicadas a dicha gestión.

El carácter de la misma es académico. Su participación es anónima y voluntaria.

Los encuestadores no tienen vinculación alguna con las empresas de AD seleccionadas, siendo los mismos alumnos de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Austral.

La encuesta tomará unos 20 minutos de su tiempo donde deberá contestar la opción que lo identifique mejor. En algunos casos que lo mencione deberá escribir la respuesta o contestar más de una opción.

Agradecemos su tiempo.

1. Cuántos años tiene? _____

2. ¿Cuál es su sexo?

☐ femenino ☐ masculino.

3. ¿Cuál es su nacionalidad? Especificar _____

4. ¿Cuál es su estado civil?

☐ casado ☐ en pareja ☐ separado ☐ viudo ☐ soltero ☐ divorciado

5. ¿Cuántos hijos tiene? Número: _____

6. ¿Cuál es su máximo nivel de estudio alcanzado y completado?

☐ primario ☐ secundario ☐ terciario ☐ universitario ☐ ninguno

7. Si tiene estudios de enfermería, ¿Qué nivel de instrucción ha alcanzado?

☐ auxiliar ☐ enfermero ☐ licenciado ☐ especialista ☐ magíster ☐ estudiante

8. ¿Tiene matrícula de enfermería?

☐ Sí ☐ No

9. Tipo de matrícula otorgada:

☐ Nacional ☐ Provincial ☐ Ambas

Según su desempeño y su capacitación:

10. ¿En cuántas empresas de atención domiciliaria (AD) trabaja actualmente?

En número _____

11. ¿Cuántos pacientes tuvo a su cargo en su última semana de trabajo?

Número: _____

Si no tiene actualmente pacientes a cargo, cuándo fue la última vez que tuvo un paciente a su cargo?

Mes / Año _____

12. ¿Cuántos años/meses hace que trabaja en atención domiciliaria?

13. ¿Realizó cursos de capacitación en cuidados específicos?

☐ Si ☐ No

14. Si la respuesta es sí, nombrarlos:

-
-
-
-

15. ¿Cuál es su modalidad de trabajo habitual? (la que realiza más frecuentemente)

☐ guardias diurnas ☐ guardias nocturnas ☐ prestaciones

16. ¿A cuál de estos grupos prestó cuidado en la última semana? (puede marcar más de una opción)

☐ adulto mayor ☐ adulto ☐ pediátrico

17. ¿Qué tipo de pacientes atendió en la última semana? (puede marcar más de una opción)

☐ neuromusculares ☐ cardiorrespiratorios ☐ paliativos ☐ posquirúrgicos ☐ otro

18.

¿Qué prácticas de enfermería ha realizado en	sí	no
--	----	----

domicilio para empresas de AD en la última semana?		
colocación de vía periférica		
habilitación y curación de vía central		
administración de medicación endovenosa		
nutrición parenteral		
administración de medicación oral		
administración de medicación subcutánea		
administración de medicación intramuscular		
curaciones simples		
curaciones complejas		
higiene y confort		
colocación de sondas nasogástricas y/o vesicales /		
asistencia en alimentación por sonda		
asistencia en alimentación por botón gástrico		
curación y cambio de traqueotomía		
aspiración nasogástrica o por traqueotomía		
movilización de paciente postrado		
asistencia kinésica		
control de signos vitales		
control de ingresos y egresos		

cuidados de la piel		
Asistencia a pacientes en ARM		
Otro:		

19. ¿Ha recibido capacitación para las prácticas que realiza?

☐ Sí ☐ No

20. ¿Cómo recibió dicha capacitación?

- ☐ A través de sus estudios en la carrera de enfermería
- ☐ A través de la empresa de AD
- ☐ A través de un curso realizado
- ☐ Por el enfermero o cuidador que trabaja en el mismo domicilio que le asignaron
- ☐ Aprendió sólo
- ☐ Otro

21.

¿Qué equipamiento ha utilizado en atención domiciliaria en la última semana?	SI	NO
Ambú		
Nebulizador		

Respirador artificial		
Bomba de infusión parenteral		
Aspirador		
Saturómetro		
Tensiómetro		
Bomba de alimentación		
Equipo de oxígeno		
Otro:		

22. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación para el manejo de estos equipos?

☐ Sí ☐ No

23. ¿Ha utilizado guías ó protocolos de actuación para estos cuidados?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe que son guías o protocolos

24. Si realiza otros trabajos actualmente que no sean en atención domiciliaria, nombrar:

-
-
-

Teniendo en cuenta su última semana de trabajo en cuidado de pacientes para una o más de una empresa de AD:

25. ¿Cuántas horas en total trabajó esa semana? (de lunes a domingo) _____ hs
26. ¿Cuántas horas extras trabajó esa semana si lo hizo? _____ hs
27. ¿Cuántas horas en total trabajó en su último día? _____ hs
28. ¿Cuántos pacientes atendió en esa semana? _____ pacientes.
29. ¿Qué medio de movilidad utilizó para acceder al/los domicilio/s? (puede marcar más de uno):
- ☐ tren ☐ colectivo ☐ remise ☐ auto ☐ caminata ☐ bicicleta ☐ moto ☐ otro
30. ¿Cuál fue su tiempo de viaje total, de ida y vuelta, desde que salió de **su hogar** hasta que regresó al mismo? (tomar el paciente más alejado).
- _____ horas _____ minutos
31. ¿Cuánto es su gasto diario de viáticos total? (gasto de pasaje o combustible)
- ☐ < 10 pesos ☐ 10 a 20 pesos ☐ 21 a 30 pesos ☐ > 31 pesos ☐ pagó la empresa

Satisfacción Laboral: Teniendo en cuenta la empresa de AD de mayor antigüedad donde actualmente trabaja:

32. ¿Cuanto tiempo hace que trabaja en dicha empresa? En años _____
33. ¿Qué tipo de contrato tiene actualmente con la empresa de AD?
- ☐ en relación de dependencia ☐ como monotributista ☐ otro
34. ¿Recibió por parte de ésta empresa alguna capacitación o cursos en el último año?

☐ Sí ☐ No

35. ¿Recibió visitas de supervisión de algún jefe o coordinador de atención domiciliaria en el último mes?

☐ Sí ☐ No

36. ¿Utiliza uniforme para trabajar? (puede marcar más de una opción)

☐ de la empresa ☐ propio ☐ no utiliza, lleva ropa civil

37. ¿Sus viáticos están cubiertos por la empresa?

☐ Sí ☐ No ☐ Sólo en circunstancias especiales

38. ¿Tiene a su disposición los insumos solicitados para trabajar cada vez que llega al domicilio?

- ☐ Siempre disponibles
- ☐ Muchas veces disponibles
- ☐ En ocasiones disponibles
- ☐ Raramente disponibles
- ☐ Nunca están disponibles

39. ¿Cómo percibe su salario?

☐ prestación/visita ☐ hora ☐ mes

40. ¿Recibe un diferencial por las horas extras trabajadas?

☐ Sí ☐ No

41. ¿Cuál fue el monto percibido en el último mes recibido por la empresa de AD de mayor antigüedad?

- ☐ ≤ 500 pesos
- ☐ 501 a 1000 pesos
- ☐ 1001 a 2000 pesos
- ☐ 2001 a 3000 pesos
- ☐ 3001 a 4000 pesos
- ☐ > 4000 pesos

42. ¿Cuál es el motivo por el que elige trabajar en cuidados domiciliarios? (puede elegir más de una opción):

- ☐ le gusta lo que hace
- ☐ puede hacer cuidados domiciliarios combinado con otros trabajos (le brinda un ingreso extra)
- ☐ no consigue otro empleo
- ☐ porque es donde se siente mas cómodo
- ☐ lo perfecciona en sus estudios
- ☐ otro

43. ¿Está motivado en el trabajo que realiza en atención domiciliaria?

- ☐ Totalmente motivado
- ☐ Muy motivado
- ☐ Motivado
- ☐ Poco motivado
- ☐ Nada motivado

44. Está satisfecho con el trabajo que realiza en atención domiciliaria?

☐ Totalmente satisfecho

☐ Muy satisfecho

☐ Satisfecho

☐ Poco satisfecho

☐ Nada satisfecho

ANEXO III

Instrumento para estudio final

Lo siguiente se les leerá a los encuestados en el momento de la entrevista:

Esta encuesta está orientada a caracterizar el personal que trabaja en atención de pacientes domiciliarios brindando cuidados de enfermería, para empresas dedicadas a dicha gestión.

El carácter de la misma es académico, su participación es anónima y voluntaria. Los autores del estudio son alumnos de la licenciatura de enfermería y no tienen vinculación con la empresa de atención domiciliaria.

La encuesta tomará unos 20 minutos de su tiempo donde deberá contestar la opción que lo identifique mejor. En algunos casos que lo mencione deberá escribir la respuesta o contestar más de una opción.

Agradecemos su tiempo.

1. Cuántos años tiene? _____
2. ¿Cuál es su sexo?
☐ femenino ☐ masculino.
3. ¿Cuál es su nacionalidad? Especificar _____
4. ¿Cuál es su estado civil?
☐ casado ☐ en pareja ☐ separado ☐ viudo ☐ soltero ☐ divorciado
5. ¿Cuántos hijos tiene? Número: _____

6. ¿Cuál es su máximo nivel de estudio alcanzado y completado?

☐ primario ☐ secundario ☐ terciario ☐ universitario ☐ ninguno

7. ¿Tiene estudios realizados en enfermería? SI / NO

7.1 ¿Qué nivel de instrucción ha alcanzado?

☐ auxiliar ☐ enfermero ☐ licenciado ☐ especialista ☐ magíster ☐ estudiante

8. ¿Tiene matrícula de enfermería?

☐ Sí ☐ No

9. Tipo de matrícula otorgada:

☐ Nacional ☐ Provincial ☐ Ambas

Según su desempeño y su capacitación:

10. ¿En cuántas empresas de atención domiciliaria (AD) trabaja actualmente?

En número _____

11. ¿Cuántos pacientes tuvo a su cargo en su última semana de trabajo?

Número: _____

Si no tiene actualmente pacientes a cargo, cuándo fue la última vez que tuvo un paciente a su cargo?

Mes / Año _____

12. ¿Cuántos años/meses hace que trabaja en atención domiciliaria?

13. ¿Realizó cursos de capacitación en cuidados específicos?

☐ Si ☐ No

14. Marcar si realizó alguno de estos cursos:

14.1	Curso RCP	SI	NO
14.2	Capacitación con kinesiología: aspiración traqueotomía – apneas – ARM	SI	NO
14.3	Cuidados RN – Neonatología	SI	NO
14.4	Cuidados de Anciano	SI	NO
14.5	Cuidados Paliativos	SI	NO
14.6	Bombas de Infusión	SI	NO
14.7	Curaciones	SI	NO
14.8	UTI	SI	NO
14.9	Dolor	SI	NO
14.10	Paciente Diabético	SI	NO
14.11	Anestesia	SI	NO
14.12	Colocación vía periférica – Cuidados de suero	SI	NO
14.13	Otro: especificar		

15. ¿Cuál es su modalidad de trabajo habitual? (la que realiza más frecuentemente)

☐ guardias diurnas ☐ guardias nocturnas ☐ prestaciones

16. ¿A cuál de estos grupos prestó cuidado en la última semana? (marcar una opción)

- ☐ adulto mayor ☐ adulto ☐ pediátrico ☐ adulto y pediátrico

17. ¿Qué tipo de pacientes atendió en la última semana?

- ☐ neuromusculares ☐ cardiorrespiratorios ☐ paliativos ☐ posquirúrgicos
- ☐ otro

18. ¿Qué prácticas de enfermería ha realizado en domicilio para empresas de AD en la última semana? (MARCAR EL QUE CORRESPONDA)

18.1	colocación de vía periférica	SI	NO
18.2	habilitación y curación de vía central	SI	NO
18.3	administración de medicación endovenosa	SI	NO
18.4	administración de medicación oral	SI	NO
18.5	administración de medicación subcutánea	SI	NO
18.6	administración de medicación intramuscular	SI	NO
18.7	curaciones simples	SI	NO
18.8	curaciones complejas	SI	NO
18.9	Higiene y confort	SI	NO
18.10	colocación de sondas nasogástricas y/o vesicales /	SI	NO
18.11	asistencia en alimentación por sonda	SI	NO

18.12	asistencia en alimentación por botón gástrico	SI	NO
18.13	curación y cambio de traqueotomía	SI	NO
18.14	aspiración nasogástrica o por traqueotomía	SI	NO
18.15	movilización de paciente postrado	SI	NO
18.16	asistencia kinésica	SI	NO
18.17	Control de signos vitales	SI	NO
18.18	Control de ingresos y egresos	SI	NO
18.19	cuidados de la piel	SI	NO
18.20	Asistencia a pacientes en ARM	SI	NO
18.21	Nutrición Parenteral	SI	NO
18.22	Otro	SI	NO

19. ¿Ha recibido capacitación para las prácticas que realiza?

☐ Sí ☐ No

20. ¿Cómo recibió dicha capacitación? (Puede elegir más de una opción)

- ☐ A través de sus estudios en la carrera de enfermería
- ☐ A través de la empresa de AD
- ☐ A través de un curso realizado
- ☐ Por el enfermero o cuidador que trabaja en el mismo domicilio que le asignaron
- ☐ Aprendió sólo
- ☐ Otro

21. ¿Qué equipamiento ha utilizado en atención domiciliaria en la última semana?
(MARCAR LA QUE CORRESPONDE)

21.1	Bolsa de resucitación	SI	NO
21.2	Nebulizador	SI	NO
21.3	Respirador artificial	SI	NO
21.4	Bomba de infusión parenteral	SI	NO
21.5	Aspirador	SI	NO
21.6	Saturómetro	SI	NO
21.7	Tensiómetro	SI	NO
21.8	Bomba de alimentación	SI	NO
21.9	Equipo de oxígeno	SI	NO
21.10	Otro:	SI	NO

22. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación para el manejo de estos equipos?

☐ Sí ☐ No

23. ¿Ha utilizado guías ó protocolos de actuación para estos cuidados?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe que son guías o protocolos

24. ¿Realiza otros trabajos actualmente que no sean en atención domiciliaria?

- ☐ En salud
- ☐ Otro

- ☐ No realiza

Teniendo en cuenta su última semana de trabajo en cuidado de pacientes para una o más de una empresa de AD:

25. ¿Cuántas horas en total trabajó esa semana? (de lunes a domingo) _____ hs
26. ¿Cuántas horas extras trabajó esa semana si lo hizo? _____ hs
27. ¿Cuántas horas en total trabajó en su último día? _____ hs
28. ¿Cuántos pacientes atendió en esa semana? _____ pacientes.
29. ¿Qué medio de movilidad utilizó para acceder al/los domicilio/s? (MARCAR AQUELLOS QUE CORRESPONDAN)

29.1	Tren	SI	NO
29.2	colectivo	SI	NO
29.3	Remise	SI	NO
29.4	Auto	SI	NO
29.5	Caminata	SI	NO
29.6	Bicicleta	SI	NO
29.7	Moto	SI	NO

30. ¿Cuál es el tiempo de viaje desde su domicilio hasta la casa del paciente? (tomar al paciente que se encuentra más alejado)

_____ horas _____ minutos

31. ¿Cuánto gastó de viáticos aproximadamente, en su último día de trabajo?

Gasto aproximado: \$ _____

Satisfacción Laboral: Teniendo en cuenta la empresa de AD de mayor antigüedad donde actualmente trabaja:

32. ¿Cuanto tiempo hace que trabaja en dicha empresa? En meses _____

33. ¿Qué tipo de contrato tiene actualmente con la empresa de AD?

☐ en relación de dependencia ☐ como monotributista ☐ otro

34. ¿Recibió por parte de ésta empresa alguna capacitación o cursos en el último año?

☐ Si ☐ No

35. ¿Recibió visitas de supervisión de algún jefe o coordinador de atención domiciliaria en el último mes?

☐ Sí ☐ No

36. ¿Utiliza uniforme para trabajar?

☐ de la empresa ☐ propio ☐ ropa de calle

37. ¿Sus viáticos están cubiertos por la empresa?

☐ Si ☐ No ☐ Sólo en circunstancias especiales

38. ¿Tienen los insumos solicitados a su disposición para trabajar cada vez que llega al domicilio?

- ☐ Siempre disponibles
- ☐ Muchas veces disponibles
- ☐ En ocasiones disponibles
- ☐ Raramente disponibles
- ☐ Nunca están disponibles

39. ¿Cómo percibe su salario?

- ☐ prestación/visita ☐ hora ☐ mes

40. ¿Recibe un diferencial por las horas extras trabajadas?

- ☐ Sí ☐ No

41. ¿Cuál fue el monto percibido en el último mes recibido por la empresa de AD de mayor antigüedad?

- ☐ ≤ 500 pesos
- ☐ 501 a 1000 pesos
- ☐ 1001 a 2000 pesos
- ☐ 2001 a 3000 pesos
- ☐ 3001 a 4000 pesos
- ☐ > 4000 pesos

42. ¿Cuál es el motivo por el que elige trabajar en cuidados domiciliarios? (puede elegir más de una opción):

- ☐ le gusta lo que hace

- ☐ puede hacer cuidados domiciliarios combinado con otros trabajos (le brinda un ingreso extra)
- ☐ no consigue otro empleo
- ☐ es dónde se siente más cómodo
- ☐ lo perfecciona en sus estudios
- ☐ otro

43. ¿Está motivado en el trabajo que realiza en atención domiciliaria?

- ☐ Totalmente motivado
- ☐ Muy motivado
- ☐ Motivado
- ☐ Poco motivado
- ☐ Nada motivado

44. Está satisfecho con el trabajo que realiza en atención domiciliaria?

- ☐ Totalmente satisfecho
- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Satisfecho
- ☐ Poco satisfecho
- ☐ Nada satisfecho

BIBLIOGRAFÍA

1. Indicadores básicos Argentina 2010. Ministerio de Salud de la Nación (Sala virtual). Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/htm/site/sala_situacion/pdf/demografia-centro.pdf
2. Minardi Mitre Cotta R, Morales Suárez-Varela M, Llopis Gonzalez A, Sette Cotta Filho J, Real J, Días Ricós, J. La Hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de la Salud. 2001; 10(1): 45-54. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dbi/es/v10n1-cotta.pdf>
3. Contel JC, Gene J, Peya M. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. Revista Atención Primaria 2006; 38(1): 47-50.
4. Cegri Lombardo F, Aranzana Martínez A. Atención domiciliaria: caminando hacia la excelencia. Revista Atención Primaria 2007; 39: 3-4.
5. Minardi Mitre Cota R, Suárez Varela M, Sette Cotta J, Llopis González A, Días Ricós JA, Real E. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. Revista Panamericana de Salud Pública/ Pan Am J Public Health 2002; 11(4).
6. Restrepo Trujillo C, Echavarría Estrada JC, Villegas Restrepo N, Bedoya Ramirez L. Costo del servicio de hospitalización domiciliaria en Medellín como alternativa de la hospitalización institucional (tesis). Medellín, Colombia: Universidad CES; 2009.
7. Depiane S. El mejor Hospital: en casa. Revista Médicos; (15): 65. Disponible en: www.revistamedicos.com.ar/numero15/pagina65.htm

8. Oguisso T. El ejercicio de la enfermería domiciliaria en Brasil y en el mundo: una visión histórica y ética. Cultura de los cuidados. 2008 (24): 15-25. ISSN 1138-1728.
9. Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria; Resolución 704/2000. Ministerio de Salud de la Nación (06 de Septiembre del 2000). Disponible en: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres704_2000.pdf
10. Boggio S, Colica D, Wainberg G. Atención domiciliaria: análisis de dos años de experiencia. Revista del hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata. 2002; 5(2).
11. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; RL 109.05.00.01. Dirección de Información Parlamentaria del Congreso de la Nación. Disponible en: <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos/RL109.05.00.01.pdf>
12. Guías de Procedimientos de Enfermería, Kinesiología y Fisiatría en un Servicio de Internación Domiciliaria; Resolución 374/2002. Ministerio de Salud de la Nación (01 de julio del 2002).
13. Trincado Agudo MT, Fernández Caballero E. Calidad en Enfermería. Revista Cubana Enfermería (Internet). 1995; 11(1): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191995000100001&lng=es
14. Carbajal C, Márquez M. Categorización de pacientes y asignación de recursos en Internación Domiciliaria [PDF]. Disponible en: www.internaciondomiciliaria.org/pdf/trabajo_congreso1.pdf

15. Frías Osuna A, Prieto Rodríguez M, Heierle Valero C, Aceijas Hernández C, Calzada Gomez M, Alcalde Palacios A, et al. La practica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. Atención Primaria. 2002; 29(8): 495-501.
16. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Perfil de la Enfermera Comunitaria de Enlace. Servicio Canario de Salud.
17. Bergues Días C, Aranha e Silva A. El perfil y la actuación profesional del enfermero/a en el centro de atención psicosocial. 2009. Disponible en: www.scielo.br/reeusp
18. Villalba R. Desarrollo de la enfermería comunitaria en la Republica Argentina. Enfermería Global. 2008; 7(13): 1-10. ISSN 16956141. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/16111>
19. Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria. CABA. Disponible en: <http://www.cadeid.com.ar/index1.html>
20. Carvalho C, Feuerwerker L, Merphy E. Disputas en torno a los planes de cuidados en la internación domiciliaria: una reflexion necesaria. Salud Colectiva. 2007; 3(3): 259-269.
21. Pensa C, Russo N, Guimaraez M, Campos M, Abuin G, Bortman G, et al. Alta precoz en cirugía cardiovascular bajo circulación extracorpórea. Revista Argentina de Cardiología (Argentina). 1997; 65(2): 163-174.
22. Beare P, Myers J. El Tratado de Enfermería. Editorial Oriente S.A. Mosby. 1995; 1. Edición en español.

23. Roubicek J, Salvatore A, Kavka G, Ferreras P, Wiersba C. La internación domiciliaria diferenciada de agudos. Ensayo. Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata (Argentina).
24. Young H. Challenges and solutions for care of frail older adults. Online Journal of Issues in Nursing. 2003; 8(2). Disponible en: www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume82003/No2May2003/OlderAdultsCareSolutions.aspx
25. Altolaguirre D, Quirós R. La internación domiciliaria en Argentina. Revista Médicos. (10): 8. Disponible en: <http://www.revistamedicos.com.ar/numero10/pagina08.htm>
26. Centro especializado para la normatización y acreditación en salud. Argentina. <http://www.cenas.org.ar/>
27. Programa Médico Obligatorio. Ministerio de Salud de la nación. Resolución 310/2004. Disponible en: <http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/000595.pdf>
28. Fuentes J, Montiel G, Venesio C. Para que los pacientes puedan estar cómo en su casa. Revista Médicos. (24): 32. Disponible en: <http://www.revistamedicos.com.ar/numero24/pagina32.htm>
29. Correa Gómez MC, Ríos Bobadilla JP. Dinámica de sistemas en empresas de servicios médicos domiciliarios. II Encuentro colombiano de dinámica de sistemas. Colombia. (9): 139-158.
30. Enfermería – Normas para su ejercicio; Ley 24004. Poder Legislativo Nacional (P.L.N.). (23 de Octubre de 1991). Disponible en: <http://leg.msal.gov.ar/index2.htm>.

31. Reglamento de Ley 12.245. Ejercicio de Enfermería de la Provincia de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires. 2001; decreto numero 2225.
32. Normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica; Resolución 194_95. Ministerio de Salud de la Nac (3 de noviembre de 1991).
33. Mora Frenk J, Barajas Enrique R, Arroyo de Cordero G, De Leon May E, Bustamante Contreras R. Perfiles de Enfermería. Secretaria de Salud. México. 2005.
34. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Revista Atención Primaria. 2000; 24(4): 34-47. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/el-debate-organizacion-las-funciones-eficiencia-enfermeria-11146-originales-2000>
35. Calvo Mayordomo MJ, Villarrubia CS, Corchero PS, Infantes Rodríguez JA, Maldonado JL. Desarrollo del rol enfermero en atención primaria área 1 de Madrid. 2005; 23-26
36. Salvadora SV, Vidal CT, Pons RC, Pinilla MJ, Reixach JC, Montserrat MR. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Pública. 2002; 76: 531-543.
37. Saber G. Enfermería profesión de mujeres. Un estudio de caso. Universidad Nacional de Santiago del Estero, Republica Argentina. 1997

38. Convenio Colectivo de Trabajo 122/11. Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (FATSA)
39. [Kawasaki K](#), [Diogo MJ](#). Asistencia domiciliar al anciano: perfil del cuidador formal - parte I. [Rev Esc Enferm USP](#). 2001; 35(3): 257-64. PMID: 12432606
40. González Valentín A, Gálvez Romero C. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. Gerokomos. 2009; 20 (1): 15-21.