



Trabajo Original

Comportamiento de las Orientaciones Metodológicas del Ingreso en el Hogar.

Status of Methodological Orientations for Home Admission.

Dra. Yara Lidia Morgado Bode¹, Dra. Ángela Isabel Ramos Carménate¹, Dra. Yusdani Pérez Castellanos¹, Dr. Amaury Consuegra Valle², Dra. Marisel Hernández Díaz¹

1. Esp. de MGI. Prof. Asistente.
2. Esp. De Medicina Deportiva. Prof. Instructor.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo del comportamiento de las orientaciones metodológicas del ingreso en el hogar en el Policlínico Norte del municipio Sancti Spiritus durante el año 2003, donde se tomó una muestra de 150 ingresos a los cuales se les aplicó una encuesta y se le revisaron las historias clínicas pertinentes. Las patologías que constituyeron motivo de ingreso fueron las enfermedades respiratorias, el puerperio normal, patologías asociadas al embarazo entre otras. Se utilizan los antibióticos y analgésicos con mayor frecuencia; así como el laboratorio clínico y rayos X los medios diagnósticos más indicados por el equipo básico de salud. La estadía mayor del ingreso en el hogar está en las patologías agudas sobre todo entre 4 a 7 días y el mayor número de ingresos en el hogar proviene del consultorio médico, el resto de las vías a penas se utiliza. El Grupo Básico de Trabajo mostró insuficiencia en su desempeño y no es sistemático en la discusión de estos casos, el médico y enfermera de la familia tienen un funcionamiento estable con el ingreso en el hogar, pero al igual que el Grupo Básico de trabajo y el policlínico no establecen una coordinación adecuada con la comunidad, ni discuten el tema en el Consejo de Salud Local. A pesar de ello los pacientes y las familias están de forma general satisfechos con el ingreso.

DeCS: SERVICIOS DE ATENCIÓN A DOMICILIO PROVISTO POR HOSPITAL.

ABSTRACT

A descriptive-retrospective study was carried out of the status of methodological orientations for home admission in the North Polyclinic of the municipality of Sancti Spíritus during the year 2003, where a sample of 150 admissions was taken to which a survey was applied and their clinical histories were reviewed. The pathologies that indicated the reason for admission were respiratory illnesses, normal puerperium, and pathologies associated with pregnancy among others. The antibiotics and analgesics are the most frequently used drugs; as well as clinical laboratory and X rays the diagnostic means most ordered by the basic health team. The longest stay of home admission is mainly in acute diseases from 4 to 7 days and the greatest number of home admissions comes from the family doctor's home office, the rest of the origins is hardly ever used. The Basic Work Group showed inadequacy in its acting and it is not systematic in the discussion of these cases, the the family doctor and nurse have a stable performance in home admission, but like the Basic Work Group and the Polyclinic don't establish an appropriate coordination with the community, nor discuss the topic in the Local Health Council. In spite of this, patients and families are in a general way satisfied with the admission.

MeSH: HOME CARE SERVICES, HOSPITAL-BASED.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país se conoce el modelo de actuación domiciliaria desde la época de la colonia que fue realizada por médicos municipales y apoyados en casas de socorro creadas en 1871. En esta etapa existía un reglamento que entre sus indicaciones estaba evitar el envío de enfermos a los hospitales, debiendo realizarse solo en caso que el paciente careciera de familia o habitaciones y/o por deseo expreso del propio enfermo estableciéndose sanciones por negativas de servicio o quejas de la población¹. Con el triunfo de la revolución cubana en el año 1959, se establece la asistencia médica gratuita y de inmediato se inició la construcción de numerosos hospitales y policlínicos. En 1963 aparece el Programa de Medicina Rural, realizándose la atención domiciliaria en aquellos pacientes que necesitaban una asistencia médica sistemática y continua que por condiciones geográficas no se hospitalizaban. Esta práctica aunque no se conceptualizaba como tal constituyó una primera expresión del ingreso domiciliario². Por lo que el ingreso en el hogar no constituye una modalidad nueva en el quehacer médico, desde tiempos inmemorables se utilizó esta forma de atención³. La atención primaria de salud con la aplicación de distintos programas, ha estado en constante desarrollo y ha alcanzado logros indiscutibles en la salud de la población, no obstante fueron necesarias transformaciones que respondieran a las necesidades del desarrollo de la salud pública y de la propia atención primaria. El médico de la familia es el cambio más trascendental y al mismo tiempo el iniciador de una nueva y profunda etapa de desarrollo cualitativo dentro de la atención primaria⁴. El desarrollo y extensión del modelo de atención a lo largo de todo el país unido a las necesidades que surgían en los individuos y las familias de las comunidades contribuyeron a que muchas de estas técnicas se fueran sistematizando, como es el ingreso en el hogar, a este coadyuvó además el que apareciera el programa del médico, la enfermera, el policlínico y el hospital, haciéndose orientaciones referentes a su uso y a la necesidad de tener en cuenta las características del paciente, la enfermedad, la familia y la comunidad en el momento de decidir o no la pertinencia de su aplicación⁵. Con el desarrollo de la medicina familiar como especialidad, este tipo de práctica adquiere una nueva dimensión a partir del mes de febrero de 1985, prácticamente desde el propio surgimiento del programa del médico y la enfermera de la familia, se comenzó experimentalmente a llevar a cabo la iniciativa del ingreso en el hogar⁶. Pronto se generaliza en todo el país y se convierte en uno de los distintivos del accionar de este nuevo tipo de profesional que se inserta en nuestro sistema nacional de salud. Esta forma de atención no se aplicaba en toda su potencialidad social, económica y docente, teniendo como causa fundamental que no se conocían los lineamientos generales de su aplicación, no se comprendía la importancia, el valor y las ventajas que reporta tanto para el paciente, la familia y el equipo básico de salud⁸. A partir de este momento se establece un grupo de acciones metodológicas para su instrumentación y que definan qué funciones le corresponden al médico y la

enfermera de la familia, al grupo básico de trabajo y al policlínico para garantía de poder brindar esta forma de atención médica al paciente que así lo requiere, resultando (una mejora sostenida en la calidad de ingreso en el hogar, ya que ha impactado en el uso de camas hospitalarias, alrededor de 2500 ingresos se producen cada año en nuestra provincia, lo que representa satisfacción para la familia y se logra reducir en 2200 ingresos hospitalarios para una reducción de un 4 % casos en un año). Siendo así la forma impostergable, la capacitación y perfeccionamiento de nuestros recursos humanos, así como el desarrollo de investigaciones al servicio de la salud ¹⁰. En la práctica médica se observan que aún subsisten un grupo de deficiencias por parte de los médicos y enfermeras de la familia para la realización del ingreso en el hogar, lo que nos ha motivado a realizar este estudio para ver con claridad las causas que lo determinan. Con los siguientes objetivos: Determinar el cumplimiento de las orientaciones metodológicas del ingreso en el hogar en los Consultorios Médicos de la Familia del Policlínico Norte en el municipio Sancti Spíritus durante el año 2003, identificar las patologías que constituyen motivo de ingreso en el hogar, los medicamentos de uso más frecuente, así como los medios diagnósticos utilizados, determinar la estadía del ingreso en el hogar según patología así como la procedencia del mismo, determinar la satisfacción del paciente y la familia, medir el cumplimiento de los aspectos metodológicos que le corresponden al médico y enfermera de la familia, al Grupo Básico de Trabajo y al Policlínico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo, para evaluar el cumplimiento de las orientaciones metodológicas del ingreso en el hogar en el policlínico docente del área norte del municipio Sancti Spíritus donde el universo de trabajo lo constituyen los ingresos en el hogar del año 2003 que fueron 1521. Para tomar se escogieron al azar 15 consultorios del área urbana (3, 4, 5, 9, 13, 18, 23, 24, 25, 40, 42, 44, 45, 46, 47) teniendo en cuenta que la población estimada del área es de 19680 y que la frecuencia de ingreso sea de 10 por consultorio al año serían 150 la muestra para un índice de confiabilidad entre 95-99 %. En la recogida de los datos se utilizó la hoja de cargo del departamento de estadística, se revisaron las historias clínicas ambulatorias o de ingreso en el hogar y se aplicó una encuesta que incluye todas las orientaciones. La recogida de los datos se realizó por la autora del trabajo donde brindaron información además de los pacientes, los médicos y enfermeras de la familia, el Grupo Básico de Trabajo, así como el presidente del Consejo Popular. Los datos fueron procesados en una microcomputadora PENTIUM, utilizándose el paquete de programa EPINFO, los resultados se tabularon y expresaron en por cientos.

RESULTADOS

La atención primaria representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud y lleva lo más cerca posible la "salud" al hogar donde residen y trabajan las personas, constituyen por tanto un elemento permanente de asistencia sanitaria ⁶. El ingreso en el hogar varía a través de las épocas, culturas y grupos sociales. Después de procesar la información recopilada obtuvimos que exista un predominio de ingresos en el hogar a partir de los 16 años, lo que no sucede con los menores de 15 años. Además existe un predominio del sexo femenino para ambos grupos de edades. Las patologías más frecuentes ingresadas en el hogar son por enfermedades respiratorias, seguido por las púerperas y las ingresadas por patologías asociadas al embarazo, se ven otras patologías en las cuales se incluyen las neoplasias en estadio Terminal, las urosepsis, las enfermedades inflamatorias pélvicas agudas. Debemos señalar que las patologías agudas son las causas más frecuentes de ingreso por lo que la evolución de su estadía oscila entre 4 a 7 días. La utilización de los medicamentos en el ingreso en el hogar demostró que a pesar de que no se pueden asociar por patologías sino por prescripción del facultativo donde en el mismo paciente se pueden utilizar diferentes grupos farmacológicos predominó el uso de antibióticos y analgésicos (grupos farmacológicos más utilizados). Es de señalar que después de los anteriores el uso de la medicina verde fue otra de las más utilizadas lo que guarda relación con las patologías más frecuentes ingresadas (enfermedades respiratorias), siendo así para un 88,0 % la estabilidad del medicamento y un 94,0 % el acceso a la indicación del medicamento por el médico de familia. A través del ingreso

domiciliario también podemos utilizar medios diagnósticos. Sólo utilizaron rayos X 31 personas y no lo utilizaron 119. EKG fue utilizado por 15 personas y no lo utilizaron 135. Laboratorio se utilizaron sólo en 58 ingresos y no lo utilizaron 92. Podemos señalar que 24 ingresos domiciliarios no utilizaron medios diagnósticos para un 16,0 %. Valoramos además la procedencia del ingreso en el hogar. Según los resultados la mayor es de 123 casos procedentes de los médicos de familia el resto se comporta según orden de aparición de la siguiente manera : Como continuación del ingreso hospitalario 12 pacientes, cirugía ambulatoria 10 y tenemos que señalar que del subsistema de urgencia sólo hubo 5 ingresos domiciliarios, aparece en la hoja de cargo de 150 ingresos domiciliarios el 100 % reportado su ingreso y egreso, sólo el 2,0 % presentó una complicación a señalar, ocurriendo 5 remisiones para un 3,3 %. En la práctica médica se observa que aún persisten dificultades por parte de los médicos y enfermeras para la realización del ingreso en el hogar. A continuación se analizan los aspectos relacionados con el médico y enfermera de la familia, el Grupo Básico de Trabajo y con el Policlínico. Con respecto a los aspectos relacionados con el médico y enfermera de la familia realizan el pase de visita diario y se cumplimentan las indicaciones médicas por el personal de enfermería en el 100 % de los casos. De 150 ingresos que se encuestaron 138 familias estaban preparadas para el ingreso; pero 12 familias no, que representan el 8,0 %. Solo en 5 ingresos se estableció coordinación con la comunidad representando un 3,3 %, se solicitó la presencia del Grupo Básico de Trabajo en 18 ingresos para un 12 % y la presencia del subsistema de urgencias en 8 ingresos para un 5,3 %. Con respecto a lo relacionado con el Grupo Básico de Trabajo se realizaron ínter consultas en 113 pacientes para un 75,3 %, otras visitas al hogar durante el ingreso sólo 47 pacientes que representa un 31,3 % y un pase de visita docente para un 0,6 %. Se analizaron 15 ingresos en la reunión del Grupo Básico de Trabajo para un 10 % y debemos señalar que no se discutió ningún ingreso en el hogar en el intercambio semanal. Con respecto a los aspectos relacionados con el Policlínico el 100 % de los profesores del Grupo Básico de Trabajo así como el médico y la enfermera conocen las ventajas del ingreso en el hogar pero el tema no ha sido discutido en el consejo popular o municipal de salud. Sobre la curación del paciente podemos ver que 148 de los ingresos volvieron a la curación para un 98,6 % y sólo 2 pacientes no evolucionaron hacia la curación para un 1,3 %. El grado de satisfacción de pacientes y profesionales se relaciona con la definición de calidad, una sensación de satisfacción general puede favorecer el mejor manejo del profesional, la satisfacción del profesional como la del paciente, es también, en parte, un juicio acerca de la "bondad" "que atañe a los lugares y condiciones donde el médico trabaja, a la atención que proporcionan sus colegas y a la atención que el mismo provee", en general o en un caso particular. Hay que destacar que todos los pacientes encuestados, su grado de satisfacción en cuanto a la asistencia médica y en nivel económico fue satisfactorio

DISCUSIÓN

El ingreso en el hogar según los resultados obtenidos no se están aplicando en toda su potencialidad lo que puede deberse a factores subjetivos como: El personal de salud no ha interiorizado la importancia y las ventajas que representa tanto para el paciente y su familia como para la sociedad, que aún existen pacientes con criterio de ingreso no identificado por el equipo básico de salud, además la interrelación entre el grupo básico de salud, el subsistema de urgencia y hospitales con el médico y enfermera de la familia, sigue siendo deficiente como una vía de ingreso en el hogar. Con relación a las causas más frecuentes de ingreso, las enfermedades respiratorias constituyen la primera causa de morbilidad en nuestra área lo que coinciden con otros autores que refieren: "Son las enfermedades respiratorias la más frecuente de la humanidad"²⁰. Aunque no se encuentra entre las principales causas de ingreso en el hogar es importante señalar el incremento que ha tenido el ingreso en el postoperatorio en este estudio en comparación con otros realizados en el municipio; por ser una nueva modalidad que está cobrando auge en el mundo y en nuestro país. Paul White y otros plantean que en los Estados Unidos el 60 % de las intervenciones se realizan por el régimen ambulatorio, lo cual contribuyen a una disminución de los costos hospitalarios²⁵. Se comporta en nuestra provincia en un 46.5 %. Otro aspecto que consideramos importante señalar y que el equipo básico de salud debiera tener presente son los ingresos realizados a los pacientes con Neoplasia, debido al bienestar psicológico que producen al paciente en su fase terminal el hecho de encontrarse en su hogar rodeado de sus familiares. Con

respecto a los medios diagnósticos utilizados en el ingreso en el hogar es necesario señalar que solo el 16 % de los pacientes no usaron medio diagnóstico alguno y que de una forma u otra los restantes sí. A pesar que describir la positividad de los complementarios indicados no fue un objetivo nuestro, es necesario que el médico de familia profundice aún más en su verdadera arma complementaria que es la clínica y el trabajo con la familia, brinda una ayuda formidable en la solución de múltiples problemas de salud individual y colectiva debido a que los problemas familiares repercuten en el cuadro clínico y que solo con una buena anamnesis y examen físico queda al descubierto como se refieren en (Carta Ottawa para la promoción de la salud). El comportamiento de la estadía según patologías ingresadas en el hogar nos demostró que al igual que resto de los estudios revisados siguen siendo las patologías agudas las que son motivo del ingreso en el hogar y no las patologías crónicas; si tenemos presente que en el mundo moderno del cual no se excluye nuestro país las principales causa de muerte son los tumores y la enfermedades cerebro vasculares y que tiene en común factores de riesgos alimentarios por exceso y/o defecto (alrededor del 35 % de las personas son obesos y padecen de hipertensión, el 33 % fuma en nuestra provincia). Planteamos la necesidad de profundizar en el ingreso de enfermedades no transmisibles y de factores de riesgo que pueden debutar en una de éstas. El ingreso en el hogar estimula la relación médico paciente en término horizontales, ya no es el médico quien toma la mayoría de las decisiones de carácter diagnóstico y terapéutico, sino que ambos, el médico y el paciente con su familia tienen responsabilidades ^{21, 26, 27}. Contribuyen a reivindicar la profesionalidad médica. Estimula el desarrollo profesional de la enfermera: En el ingreso del hogar la enfermera no solo se cumplimenta a cumplir la orientaciones médica sino que tiene que tomar decisiones, realizar el proceso de enfermería educar a la familia entre otras acciones de prevención y promoción lo cual requiere una gran profesionalidad y superación constante ^{19, 20, 26, 28}. Hay que señalar que en nuestro estudio nos encontramos con familias que no estaban preparada para el ingreso, en estas familias fue a criterio nuestro donde se tuvo en cuenta la observación, comunicación y la empatía a la hora de realizar la encuesta. En los aspectos relacionados con el médico y enfermera de la familia específicamente para brindar apoyo al paciente, la familia y la coordinación con la comunidad ambos tan importantes no deben olvidarse por el Equipo Básico de Salud. Dentro de la causa de no curación encontramos las neoplasias que es lógico que predominen como principal causa de evolución no satisfactoria en los ingresos en el hogar por la alta letalidad que tienen estas enfermedades, además estos pacientes son enviados a las áreas de salud. Con las siguientes conclusiones: Las patologías constituyeron motivo de ingreso en el hogar fueron las enfermedades respiratorias, estado de puerperio normal, las patologías asociadas al embarazo, enfermedades diarreicas agudas, linfangitis, cirugía ambulatoria, asma bronquial, diabetes mellitus, y otras, los medicamentos de uso más frecuente son los antibióticos y los analgésicos, así como el Laboratorio Clínico y los Rayos X son los medios diagnósticos más indicados por el Equipo Básico de Salud, la estadía mayor del ingreso en el hogar está en las patologías agudas, sobre todo entre 4-7 días y el mayor número de ingresos en el hogar proviene de consultorios médicos, el resto de las vías apenas se utilizan, todos los pacientes encuestados estuvieron satisfechos con la atención del médico y la enfermera de la familia durante el ingreso en el hogar, el GBT mostró insuficiencia en su desempeño y no es sistemático en las discusiones de estos casos. El médico y enfermera tienen un funcionamiento estable con el ingreso en el hogar; pero al igual que el GBT y el policlínico no establecen una coordinación adecuada con la comunidad, ni discuten el tema en el Consejo de Salud Local.

Comportamiento de los aspectos que deben señalar en la hoja de cargo en el ingreso en el hogar.

Policlínico Norte. Municipio Sancti Spiritus. Enero – diciembre 2003

Aspectos a señalar	Ingresos en el Hogar				Total
	SI	%	NO	%	
Ingreso	150	100.0	0	-	150
Egreso	150	100.0	0	-	150
Complicaciones	3	2.0	147	98.0	150
Remisiones	5	3.3	145	96.6	150

Fuente: Hoja de Cargo del Médico y Enfermera de la Familia.

Comportamiento de los aspectos relacionados con el trabajo del médico y enfermera de la familia.

Policlínico Norte. Municipio Sancti Spiritus. Enero – diciembre 2003

Aspectos relacionados con el trabajo del médico y enfermera.	Ingreso en el Hogar				Total
	SI	%	NO	%	
Se realiza pase de visita diario	150	100.0	0	-	150
Se cumplimentan las indicaciones médicas por el personal de enfermería	150	100.0	0	-	150
La familia está preparada para dar apoyo a los pacientes.	138	92.0	12	8.0	150
Se estableció coordinación con la comunidad para el ingreso	5	3.3	145	96.6	150
Se solicitó la presencia del GBT en algún momento.	18	12.0	132	8.8	150
Se solicitó la presencia del Subsistema de Urgencia en algún momento	8	5.3	142	94.6	150

Fuente: Encuesta realizada e Historia Clínica del paciente ingresado.

Comportamiento de los aspectos relacionados con el Grupo Básico de Trabajo.

Policlínico Norte. Municipio Sancti Spíritus. Enero – diciembre 2003

Aspectos relacionados con el trabajo del GBT.	Ingreso en el Hogar				Total
	Si	%	NO	%	
Se realizó la interconsulta	113	75.3	37	24.6	150
Realizó otras visitas al hogar durante el ingreso	47	31.3	103	68.6	150
Realizó pase de visitas docentes	1	0.6	149	99.3	150
Se discutió el ingreso en la reunión del GBT	15	10.0	135	90.0	150
Se discutió el ingreso en el intercambio semanal	0	-	150	100.0	150

Fuente: Encuesta realizada e Historia Clínica del paciente ingresado

Comportamiento de los aspectos relacionados con el policlínico.

Policlínico Norte. Municipio Sancti Spiritus. Enero – diciembre 2003

Aspectos relacionados con el Policlínico	Ingreso en el Hogar				Total
	Si	%	NO	%	
Conoce el médico y la enfermera de la familia las ventajas del ingreso en el hogar	150	100.0	0	-	150
Conoce el GBT las ventajas del ingreso en el hogar	150	100.0	0	-	150
Se ha presentado el tema en el Consejo Popular o Municipal de Salud	0	-	150	100.0	150

Fuente: Encuesta realizada.

Curación del paciente ingresado en el hogar respecto a la edad.

Policlínico norte. Municipio Sancti Spíritus. Enero – diciembre 2003

Edad	Curación del paciente				Total
	Si	%	NO	%	
Menor de 15 años	15	10.1	0	-	15
Mayor de 15 años	133	89.8	2	1.48	135
Total	148	98.6	2	1.33	150

Fuente: Encuesta realizada e Historia Clínica del Paciente Ingresado

Grado de satisfacción del paciente y la familia con el ingreso en el hogar.

Policlínico Norte. Municipio. Sancti Spiritus. Enero-diciembre 2003

Patologías más frecuentes	Satisfacción				Total
	Asistencia Médica		Económico		
	n°.	%	n°.	%	
Puérperas	23	100.0	23	100.0	23
Recién nacidos	0	-	0	-	0
Enfermedades Resp.	38	100.0	38	100.0	38
E.D.A.	6	100.0	6	100.0	6
Patol. asoc al embarazo	10	100.0	10	100.0	10
Patol. Asoc. al SOMA	7	100.0	7	100.0	7
Linfangitis	11	100.0	11	100.0	11
HTA Descompensada	8	100.0	8	100.0	8
DM Descompensada	7	100.0	7	100.0	7
AB Descompensada	9	100.0	9	100.0	9
Cirugía ambulatoria	9	100.0	9	100.0	9
Otras	22	100.0	22	100.0	22
TOTAL	150	100.0	150	100.0	150

Fuente: Encuesta realizada

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Novas I. La Evolución de los programas de salud en la atención primaria. Rev Cubana de Med Gen Integr 1997;3 (2):65-67
2. MINSAP. Carpeta Metodologica. Ciudad de la Habana. MINSAP;1996.
3. Cueta Mejías J. El ingreso en el Hogar y el fortalecimiento de la atención primaria de salud. Rev Cubana de Med Genl Integr 1997May-Jun ; 3.
4. Sato-H, Nakajima-K. Utilization of information conserving home wel fare servicas for the elderly and degree of satisfaction. Nippon-Koshee-Fisee-Zasshe 1998 Mar; 45(3):240-250.
5. MINSAP. Carpeta Metodológica. Ciudad de la Habana :MINSAP ;1991-2001
6. Wendt-DA. Evaluation of medication management intervention for the elderly. Home-Health-Nurse 1998 Sep; 16(9):612-617
7. Jiménez Cagas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para la evolución de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública 1996; 22(1):37-43.
8. Prince JM, Mauley MS, Whiteneck GG. Self-managed versus agency-provided personal assistance care for individuals with high level tetraplegia. Arch Phys Med Rehabil 1995;76(10):919-23.
9. Daves JE. Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. Clin Med Norteam .1987;4:685-707.
10. .Abbott PJ,Quinn D, Knox L. Ambulatory medical detoxification for alcohol. Am J Drug Alcohol Abuse 1995;21(4):549-63.
11. Análisis del modelo de prestación de servicios de salud. Educ Med Salud. 1992; 26(3):298-423.
12. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. Acad Med. 1995;70(10):898-931.
13. Addington-Hall J, Mc Marthy M. From cancer. Results of a national population-based investigation. Palliat Med. 1995;9(4):295-305.
14. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral .2001. La Habana : Ciencias Médicas; 2001;5
15. Sánchez Santos L, Amaro como MC. La Salud Pública en Cuba. En: Álvarez Sintés R y otros. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001-p.1-6.
16. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G. La Medicina Familiar en Cuba Rev UDCA. Actualidad y Divulgación Científica 2000: 3(1)
17. Borroto Chao R. Participación Social y Comunitaria. Libro de resúmenes. Congreso ALAMES. La Habana, 2000.
18. Estrada I. Percepción del ingreso en el Hogar[Tesis]. Sancti-Spiritus : Policlínico Norte; año 2002-2003
19. MINSAP. Carpeta Metodológica. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2000
20. Vera CR. Comportamiento del Ingreso en el Hogar. Revi Cubana de Medicina General Integral. 2001;17(5): 429-434.
21. Naranjo J A. Aspectos Metodológicos del Ingreso en el Hogar. Revi Cubana de Medicina General Integral. 2000; 16(6): 606-608.
22. Santana CC,Ricardo BL, Castillo E, Smith VV. Aspectos Bioéticos del Ingreso Domiciliario. Revi Cubana de Enfermería. 2002; 18(1): 63-68.
23. Vera CR, Lima L, Alonso GL, Basarita L, Zuazaga G. Ictus cerebral e Ingreso en el Hogar. Revi Cubana de Medicina General Integral 2001;17(6): 520-525.
24. Márquez N. Grado de Satisfacción con el Ingreso en el Hogar. Revi Cubana de Medicina General Integral. 2002;(5)
25. Márquez N, Jiménez L, Torres J H . Costos y Beneficios del Ingreso en el Hogar . Rev Cubana de Med Gen Integr 1998; 14(5): 445-449
26. Saura I, Hernández L, Rodríguez ME. Ventajas del Ingreso en el Hogar como forma de atención ambulatoria: Rev Cubana de Med GenIntegr 1998; 14(5): 494-498
27. Sansó F. Una interrelación efectiva: El gran reto para funcionar como sistema. . Rev Cubana de Med Gen Integr.1999; 15(1): 5-6.

28. Alemañy EJ, Otero J, Borroto R, Díaz GM. Documentos rectores del proceso de formación y el Modelo del especialista en Medicina General Integral. *Rev Cubana Educ Med Super* 2002;16(2):
29. Fundación para la superación de la pobreza. Distribución de ingresos [en línea] 19/5/2003. Adobe Reader-[distribución de ingresos. pdf]
30. de Janvry A, Sadoulet E. Posiciones de los activos y estrategias de ingreso entre los hogares rurales de México : El Papel de la reducción de la pobreza [en línea] 2002. University of California en Berkely y BancoMundial. Adobe Reader –[documento 2.pdf].
31. El ingreso rural total por hogar indicador de seguimiento del impacto de las políticas públicas en el Sector rural [en línea] 19 mayo 2003. Adobe Reader –[documento 2.pdf].
32. Ageno W, Grimwood R, Limbiati S, Dentali F, Steidl L, Wells PS. Home-treatment of deep vein thrombosis in patients with cancer. *Haematologica*. 2005 Feb;90(2):220-4
33. Pereira MA, Bellizzoti RB. Considering family commitments in the process of psycho-social rehabilitation. *Rev Gaucha Enferm*. 2004 Dec;25(3):306-13
34. Ryu H, An J, Koabyashi M. Home health nursing care agenda based on health policy in Korea. *Nurs Health Sci*. 2005 Jun;7(2):92-8
35. Formiga F, Chivite D, Ortega C, Casas S, Ramon JM, Pujol R. End-of-life preferences in elderly patients admitted for heart failure. *QJM*. 2004 Dec;97(12):803-8.
36. Eron L, King P, Marineau M, Yonehara C. Treating acute infections by telemedicine in the home. *Clin Infect Dis*. 2004 Oct 15;39(8):1175-81. Epub 2004 Sep 14
37. Molinari G, Valbusa A, Terrizzano M, Bazzano M, Torelli L. Nine years' experience of telecardiology in primary care. *Telemed Telecare*. 2004;10(5):249-53
38. Takahashi T, Kanekami H, Saiki H, Mori A. The role of nurses in the introduction of home parenteral nutrition (HPN). *Gan To Kagaku Ryoho*. 2003 Dec;30(1 Suppl):84-7
39. Kolip P, Guse HG. Short-term care after hospitalization: influencing factors for discharge to the patient's own home environment. *Z Gerontol Geriatr*. 2004 Oct;37(5):411-2.
40. Quan H, Cujec B, Jin Y, Johnson D. Home care before and after hospitalization for acute myocardial infarction in Alberta, Canada. *Home Health Care Serv Q*. 2004;23(1):43-61
41. Matthams D. Diabetes management: hospital or home? *Paediatr Nurs*. 2003 Nov;15(9):34-7
42. Darbyshire P. Mothers' experiences of their child's recovery in hospital and at home: a qualitative investigation. *Child Health Care*. 2003 Dec;7(4):291-312