Revista Latinoamericana de Bioética 2019 Vol. 37(2)
julio-diciembre 2019 ■ ISSN: 1657-4702 · ISSN-e: 2462-859X ■ pp. 11-20
Editorial Neogranadina

DOI: https://doi.org/10.18359/rlbi.3619

CC BY NC ND

Atención de la salud en domicilio: aportes desde la bioética*

Paola Buedo[a] ■ Manuela Salas[b]

Fecha de recepción: 25 de agosto de 2018 **Fecha de evaluación:** 15 de marzo de 2019

Fecha de aceptación: 31 de mayo de 2019

Resumen: El objetivo de este artículo es considerar los posibles desafíos éticos que implica la atención de la salud en domicilio desde la perspectiva bioética. Para esto se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos Lilacs, un trabajo descriptivo y un análisis conceptual. Los principales resultados arrojan que tras una distinción analítica de tres categorías éticas diferenciales: intimidad del hogar, intimidad personal (en relación al hogar) e intimidad compartida. La última, en la que el profesional de la salud se involucra activamente, es en aquella en la que se debe actuar con responsabilidad ética, dado que se pueden generar conflictos de intereses, sobre todo en el ámbito afectivo-emocional del paciente o familia. Las diferencias pueden traducirse en tres enunciaciones normativas particulares a la atención domiciliaria: el reconocimiento a la particularidad de cada hogar, el trabajo sobre la autonomía relacional y la estrategia de cooperación y de ayuda mutua. Si entendemos a la bioética como una disciplina que consiste en el análisis crítico y la reflexión sistemática de las prácticas en torno a la salud, este artículo es de gran interés, pues reflexiona y analiza las particularidades de la atención de la salud en el contexto del hogar, una modalidad que se está extendiendo en la región y el mundo por sus virtudes para el paciente y el sistema de salud.

Palabras clave: ética médica; bioética; salud; enfermedad; autonomía; tratamiento médico; casa

Cómo citar: Buedo P, Salas M. Atención de la salud en domicilio: desafíos éticos. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 2 de marzo de 2020 [citado 1 de abril de 2020];19(37-2). Disponible en: https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/3619 DOI: https://doi.org/10.18359/rlbi.3619

* Artículo de revisión.

a Médica especialista en Bioética. Correo electrónico: paola.buedo@uns.edu.ar. Docente del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

b Médica especialista en medicina familiar. Correo electrónico: manuela.salas@uns.edu.ar. Docente del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

Healthcare at Home: Contributions from Bioethics

Abstract: The objective of this article is to consider the possible ethical challenges involved in the delivery of healthcare at home from the bioethics perspective. In order to do so a bibliographic review of the Lilacs database, a descriptive work, and a conceptual analysis were carried out. The main results after an analytical distinction show that three ethical categories can be differentiated: home intimacy, personal intimacy (with regards to home) and shared intimacy. The latter, in which the health professional gets actively involved, is the one which requires acting with ethical responsibility since conflicts of interests may arise, particularly in the patients' or their families' affective-emotional realm. The differences may translate into three normative assertions particular to healthcare at home: recognition of the particularity of each home, work on the relational autonomy and the mutual help and cooperation strategy. This article turns of particular interest if we understand bioethics as a discipline that involves critical analysis and systematic reflection of healthcare related practices, since it reflects upon and analyzes the home healthcare practices, a modality that is growing in the region and in the world due to its virtues both for the patient and for the health systems.

Keywords: medical ethics; bioethics; health; disease; autonomy; medical treatment; home

Assistência médica domiciliar: contribuições da bioética

Resumo: O objetivo deste artigo é considerar os possíveis desafios éticos envolvidos na assistência médica domiciliar a partir de uma perspectiva bioética. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica na base de dados Lilacs, um trabalho descritivo e uma análise conceitual. Os principais resultados mostram que, após uma distinção analítica de três categorias éticas diferenciais: intimidade do lar, intimidade pessoal (em relação ao lar) e intimidade compartilhada. Na última, em que o profissional de saúde está envolvido ativamente, é onde é necessário agir com responsabilidade ética, uma vez que podem ser gerados conflitos de interesse, principalmente no âmbito afetivo-emocional do paciente ou da família. As diferenças podem ser traduzidas em três declarações normativas específicas para o atendimento domiciliar: o reconhecimento da particularidade de cada domicílio, o trabalho sobre a autonomia relacional e a estratégia de cooperação e ajuda mútua. Se entendemos a bioética como uma disciplina que consiste em uma análise crítica e uma reflexão sistemática das práticas em torno da saúde, este artigo é de grande interesse, pois reflete e analisa as particularidades da assistência à saúde no contexto do lar, uma modalidade que está se espalhando na região e no mundo por suas virtudes para o paciente e o sistema de saúde.

Palavras-chave: ética médica; bioética; saúde; doença; autonomia; tratamento médico; casa

Introducción

Como Atención de la Salud en Domicilio (ASD) se definen aquellos servicios de salud en los que las acciones del equipo profesional son realizadas en el domicilio del paciente. Entre sus objetivos pueden mencionarse la promoción y mantenimiento de la salud, así como su recuperación o restauración (1, 2).

Desde su surgimiento, la ASD se ha expandido a cada vez más países y su funcionamiento se ha extendido a diversas organizaciones, tanto del sector público como del privado, siempre con la intención de encontrar el mejor lugar para brindar cuidados de salud a cada paciente (3). Su surgimiento responde a diversos motivos. Por un lado, la búsqueda de estrategias que permitan un uso más eficiente y racional de los recursos, así como la disminución de la demanda hospitalaria y la reducción de los tiempos de internación (3). Otro de los motivos está relacionado con las críticas al modelo hospitalario, cuyas prácticas suelen ser tecnicistas y descontextualizadas, a diferencia de lo que postula la ASD respecto a una atención más singularizada. De este modo, la ASD, que ha recibido múltiples denominaciones, se presenta como una modalidad de uso creciente de asistencia y cuidado de la salud (4).

El principal beneficio de la ASD es la construcción de una atención integral, en el sentido de que permite reconocer la singularidad del otro como sujeto. En este caso, el ingreso al hogar les permite a los trabajadores de la salud acercarse a los modos de pensar y vivir, así como a los deseos del sujeto y su familia. En ese sentido, la relación que se construye es más simétrica. Los trabajadores de la salud deben negociar sus conocimientos con los que poseen los otros, no obstante, en las instituciones los saberes no técnicos muchas veces no son reconocidos como saberes válidos (5, 6).

Actualmente, la ASD está destinada a la atención de personas mayores con algún grado de dependencia, pacientes con cáncer, enfermedades degenerativas, así como a brindar cuidados paliativos. Este hecho, asociado al envejecimiento poblacional, permite suponer que los servicios de ASD seguirán creciendo, pues se presentan como la mejor opción para brindar cuidados de calidad: mantienen al sujeto en su contexto, al mismo tiempo que garantizan un uso más eficiente de los recursos (3, 7, 8, 9, 10).

La bioética es una disciplina que consiste en el análisis crítico y la reflexión sistemática de las prácticas en torno a la salud, sean de índole político, ecológico, clínico-asistencial o de investigación. Por esto, es importante que en la bioética se revisen los estamentos éticos clásicos que normativizan la atención de la salud, de tal manera que puedan ser contextualizados a esta forma de atención que contempla un escenario diferente al habitual para los profesionales. En este artículo se consideran los posibles desafíos éticos desde una perspectiva bioética que implica la ASD y cómo abordarlos.

Método

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos Llilacs, un trabajo descriptivo y, posteriormente, un análisis conceptual. La revisión consistió en utilizar los tesauros DeCS[1]: "servicios de atención de salud a domicilio", "visita domiciliaria" y "ética profesional", en diversas combinaciones, durante el período 2000-2018. Se definieron como criterios de inclusión: la bibliografía disponible de manera gratuita; y como criterios de exclusión: la bibliografía sin claridad conceptual o analítica. Así, se seleccionaron 50 fuentes bibliográficas. El trabajo descriptivo se centró en definir el contexto histórico y los fundamentos clínicos de la atención domiciliaria. El análisis conceptual consistió en agrupar lo encontrado, en torno a cuestiones éticas de la atención domiciliaria, en categorías conceptuales y trabajarlas a modo de enunciaciones normativas particulares a la temática.

1 Descriptores en ciencias de la salud: vocabulario estructurado y trilingüe, creado por Bireme y utilizado por la base de datos Lilacs para la indexación, búsqueda y recuperación de material bibliográfico. Tiene como finalidad principal servir como un lenguaje estándar en el ámbito académico, motivo por el cual se utilizaron sus definiciones para este proyecto.

Resultados

Contexto histórico

La modalidad de atención domiciliaria surgió formalmente en Estados Unidos en el año 1947, con el objetivo de disminuir la sobrecarga de los hospitales y brindar a los pacientes y sus familias una atención en un ambiente más favorable. En los años sesenta, Canadá pone en funcionamiento servicios de asistencia domiciliaria orientados, en un primer momento, a lograr el alta precoz de pacientes quirúrgicos. En 1987, se implementó un servicio a modo de experiencia piloto para la atención de pacientes clínicos agudos, sobre todo para la administración de antibióticos parenterales en el domicilio (4,7,11,12).

En Europa, la primera experiencia de internación domiciliaria fue en el Hospital de Tenon, en París, en 1951. Más tarde, en la misma ciudad, en el año 1957, se estableció una organización no gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia sociosanitaria en domicilio a personas con padecimientos crónicos y terminales. En España, la primera unidad de asistencia domiciliaria fue creada en 1981 (3,7). En el Reino Unido, las primeras experiencias en esta modalidad de atención datan de 1965, y fueron llamadas Atención Hospitalaria en el Hogar. En Alemania y en Suecia, aparecieron durante los años setenta, y, en Italia, recién a comienzos de los años ochenta (3,11).

En Brasil, la asistencia domiciliaria fue desarrollada inicialmente en 1949 por iniciativa del Ministerio de Trabajo, el cual creó el Servicio de Asistencia Médica Domiciliar de Urgencia, que luego fue incorporado al sector estatal de salud. Más adelante, desde 1963, comenzó a desarrollarse en el Hospital Público de San Pablo. Finalmente, la expansión de estos servicios ocurrió principalmente a través de empresas de sector privado (4). En Brasil, se utiliza el nombre de atención domiciliaria para referirse tanto a la visita como a la internación domiciliaria, y forma parte de las prácticas incluidas en el Programa de Salud Familiar (4). En Cuba, las visitas domiciliarias forman parte del trabajo del médico general integral y de la enfermera de familia, quienes realizan visitas domiciliarias de manera programada. El trabajo contempla también la posibilidad de internación domiciliaria, que consiste en brindar atención médica domiciliaria continua a personas que por su condición de salud requieren seguimiento de su enfermedad en reposo en el hogar, pero que no necesitan el ingreso al hospital para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Las actividades se programan desde el enfoque familiar, o sea con la familia como unidad básica, teniendo en cuenta la singularidad del sujeto que requiere la asistencia y con acciones particulares a sus características y necesidades; estas acciones deben ser, además, de carácter integral y con perspectiva comunitaria, dado que la permanencia en su contexto es uno de los aspectos beneficiosos de la asistencia en el hogar. Este abordaje integral tiene como pilar las relaciones interpersonales, es decir, la construcción de vínculo entre el profesional y el paciente-familia (4,13,14,15). En Argentina, las instancias de atención domiciliaria son iniciativas en su mayoría privadas, aunque sostenidas por los servicios de seguro social.

Debido a la heterogeneidad de los servicios de asistencia domiciliaria, en el año 1996, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud propone y coordina el programa "Del hospital a la atención de salud en el hogar", orientado a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial.

Fundamentos clínicos de la atención de la salud en domicilio

Son conocidas las críticas al sistema de atención hospitalario, fundamentalmente a la necesaria separación del sujeto de su hogar, su contexto y sus redes. La asistencia domiciliaria es fundamental para lograr la continuidad en el cuidado de la salud y la adecuación a las necesidades de cada persona (16,17), en un entorno conocido y cotidiano (18).

Por otro lado, las rutinas hospitalarias con sus horarios implican una desorganización de las rutinas o costumbres de las personas, que en ocasiones resultan incluso agresivas (19). Están basadas en criterios tecnicistas que pocas veces toman en cuenta las singularidades de cada persona enferma, y en consecuencia se suele brindar una atención deshumanizada (4,18).

La ASD aparece entonces como un dispositivo de atención que permite dar respuesta a muchas de esas limitaciones o desventajas de la internación hospitalaria. En primer lugar, le permite a la persona recuperar su autonomía, ya que en el hogar puede volver a disponer de su tiempo y gestionar sus necesidades en función de sus costumbres y deseos, desde aspectos tan simples como decidir a qué hora prefiere levantarse o tomar el desayuno, hasta cuestiones más inusuales como su participación en el plan terapéutico. Esto es posible dado que la asistencia en el hogar se basa en la construcción de vínculos entre la persona asistida, la familia y el equipo terapéutico, con la que se construye una relación de confianza que permite una mayor simetría entre todos los actores involucrados. Para ello, los trabajadores de la salud deben reconocer que existen otros saberes y negociar sus conocimientos y propuestas terapéuticas con los otros. En esta negociación se construye un plan terapéutico consensuado, en el que la familia y quienes oficien de cuidadores asumen también responsabilidad en su cumplimiento. La familia se convierte en un actor central del cuidado diario, así como un pilar fundamental para el respeto de la autonomía de la persona en internación domiciliaria (20, 21). Todos los actores involucrados se constituyen como un grupo en interacción que, a través del aprendizaje mutuo y la comunicación, se orienta a la resolución de tareas (5, 22, 23, 24, 25, 26). La ASD suele ser valorada por quienes la reciben como un cuidado que se brinda en un ambiente favorable y familiar (27, 28).

La negociación del plan terapéutico no siempre es una tarea sencilla, sobre todo si se tiene en cuenta que el proceso de trabajo en salud implica una relación sujeto-sujeto, en donde "el objeto" de trabajo –paciente o usuario– interactúa, pone en juego sus creencias, conocimientos, deseos y rutinas, así como su propio hogar, e incluso cuestiona, se resiste y discute muchas veces las propuestas de tratamientos. En este caso, pueden surgir disputas entre distintos puntos de vista, expectativas y proyectos que no tienen por qué implicar necesariamente un conflicto. Para lograr acuerdos es necesario que los profesionales de salud tengan capacidad de escucha, así como aceptar y valorar otros conocimientos, generalmente subestimados (29, 30, 31).

La ASD permite que la persona permanezca en su ambiente y en su contexto familiar y social. Demanda la elaboración de un plan de cuidados individualizado, acorde con las necesidades de la persona y la realidad en la que está inserto. Dicho plan debe estar centrado en el o la paciente, en cuanto sujeto de derechos (12, 32, 33). La visita al hogar permite al equipo terapéutico adquirir información sobre la familia y sus dinámicas de funcionamiento, observar la interacción de sus miembros y las relaciones que se construyen entre ellos. También es posible observar el rol que solía tener el paciente en la familia y cómo se ve modificado a partir de su estatus. Toda esta información es difícil de adquirir en un consultorio y prácticamente imposible en el ámbito hospitalario. Asimismo, a través de la visita es posible conocer las características estructurales del hogar, las cuales pueden favorecer o dificultar la rehabilitación y recuperación de la salud; además, en ella se pueden acordar en conjunto las adaptaciones necesarias, teniendo en cuenta las posibilidades de cada familia. Por ejemplo, las personas mayores requieren una serie de modificaciones menores en las características del hogar para evitar caídas, que deben ser sugeridas por el equipo y consensuadas con la familia. En las sucesivas visitas se podrá detectar quien cumple la tarea de cuidador principal y las redes de apoyo con la que cuentan (1, 22, 34). En tal sentido, esta modalidad de asistencia, además de la comprensión del sujeto y su contexto, implica un compromiso de los profesionales con el paciente y su familia (8).

Todas estas cuestiones se traducen en aspectos beneficiosos en torno al desempeño clínico de la persona, en tanto se ha demostrado que el ASD se asocia con una mejor evolución clínica de algunas enfermedades y, fundamentalmente, con la disminución de algunas complicaciones relacionadas con la internación hospitalaria prolongada, las patologías infecciosas o las lesiones resultantes de la inmovilización prolongada (3, 23). Estudios de cohorte prospectivos mostraron que una continuidad de cuidados individualizados en el hogar: 1) reduce considerablemente los reingresos al hospital, entre

otras cosas, por aumentar la adherencia; 2) las recaídas moderadas no requieren hospitalización; 3) reduce costos; 4) provee una mejor adaptación al hogar frente a la familia/entorno, y 5) genera una mayor satisfacción en la persona, dado que mejoran la independencia y la calidad de vida (35, 36, 37).

Desafíos éticos de la ASD

Las consideraciones realizadas a continuación apoyan la función ética de mejorar la calidad de la atención y el cuidado de la salud, así como de fortalecer la agencia moral de pacientes en situación de atención y cuidado domiciliario. Hay cuestiones éticas que son comunes a la atención domiciliaria y hospitalaria, mientras que también se reconocen ciertas diferencias según el ámbito de asistencia del que se trate (38, 39, 40). Una de las principales diferencias que se puede establecer es en torno a la intimidad personal y del hogar. La intimidad es uno de los aspectos que define a la persona; por eso, resguardar la intimidad del paciente implica reconocerlo como sujeto, sin reducirlo a la condición de enfermo o a la de su enfermedad (41, 42). Es necesario lograr la construcción de un vínculo de confianza entre el personal del equipo y el paciente-familia, pero sin que esto vulnere la intimidad personal y del hogar (43, 44, 45, 46).

Se pueden establecer tres categorías diferenciales y principales de la ASD respecto a la atención hospitalaria: intimidad del hogar, intimidad personal en relación al hogar e intimidad compartida en el hogar. Es en esta última donde el profesional de la salud se involucra activamente, modificando la intimidad compartida instituida (39). Estas tres categorías pueden traducirse en tres enunciados normativos particulares a la ASD: el reconocimiento de la particularidad de cada hogar, el trabajo sobre la autonomía relacional y la estrategia de cooperación y ayuda mutua. En la Tabla 1 se puede ver la relación en torno a los ámbitos de asistencia, el tipo de intimidad y los conceptos y enunciados normativos.

Tabla 1. Relación entre el ámbito de asistencia, la intimidad y las categorías éticas.

Ámbito de asistencia	Tipo de intimidad	Principios comunes	Enunciados normativos particulares
Hospitalaria; ASD	Intimidad personal	Confidencialidad Beneficencia No-maleficencia Justicia Respeto	Preservación de la privacidad.
Propia de ASD	Intimidad del hogar		Reconocimiento de la particularidad de cada hogar.
Propia de ASD	Intimidad personal en relación al hogar.		Autonomía relacional
Propia de ASD; pueden replicarse ciertas rutinas del hogar en el nivel hospitalario.	Intimidad compartida en el hogar.		Cooperación y de ayuda mutua.

Fuente: elaboración propia.

El reconocimiento de la particularidad de cada hogar es el que hace posible la ASD, en tanto la elaboración de un plan de cuidados individualizado se realiza acorde con las necesidades de la persona y la realidad en la que está inserto (16, 43, 45, 46). Es a través de este reconocimiento que se pueden conocer las características funcionales y estructurales del hogar, las cuales pueden favorecer o dificultar la rehabilitación y recuperación de la salud, y permiten acordar con la familia estrategias de ayuda y cooperación con el paciente y el equipo de salud (43, 45, 46). Es en este contexto que el paciente puede ejercer su autonomía. El concepto de autonomía relacional es central en este caso, dado que las relaciones sociales son condición de posibilidad de la autonomía. Considerar la autonomía de una persona desde la perspectiva relacional permite su genuino ejercicio, en la medida en que haya un contexto social concreto que esté dispuesto a cooperar (47, 48). Este enfoque está estrechamente vinculado con el reconocimiento de las singularidades que conforman un hogar y, sobre todo, con la necesidad de establecer la ayuda mutua y las estrategias de cooperación. De hecho,

el concepto de autonomía relacional traslada el foco de la clásica "protección de un sujeto" hacia la construcción de relaciones que fomenten la autonomía (49), mediante la ayuda mutua. Por otro lado, la autonomía relacional permite señalar qué circunstancias hacen que una persona pueda ejercer acciones autónomas o cuales las limitarían (50).

Los tres enunciados normativos particulares de la ASD –el reconocimiento a la particularidad de cada hogar, el trabajo sobre la autonomía relacional y la estrategia de cooperación y de ayuda mutua– están estrechamente relacionados, y dicha relación es dialéctica. Cada uno de estos elementos otorga valor a nuestra constitución social, lo que resulta clave en el contexto de la ASD, porque permite considerar la ayuda de otros en la toma de decisiones, insta a reflexionar sobre aquellas condiciones que podrían mejorar el ejercicio de la autonomía (y sobre aquellas que la lesionan) y pone en juego a todos los miembros del equipo de salud y de la familia, así como a otros actores del círculo social del paciente.

Discusión

El recorrido histórico muestra que la ASD es una práctica con antecedentes de larga data en todo el mundo, que ha respondido a diferentes demandas políticas o culturales concretas, pero que se ha arraigado social e institucionalmente. Muestra de ello es que organismos internacionales, prestadores públicos y privados, así como profesionales de la salud la han incorporado en el status oficial de atención de la salud. Sumado a ello, y gracias a estos antecedentes, se ha podido dar cuenta de la importancia en términos clínicos que representa la ASD. Esto implica revisar los estamentos clásicos de la bioética en torno a la atención y el cuidado de la salud, en tanto están referenciados con la atención institucional, y hay diferencias notables con la ASD.

El hecho de que la atención de la salud se ejerza en el hogar lleva implícita la participación activa del paciente y de su familia, en tanto son los responsables, en alguna medida, de poner en práctica lo acordado con el equipo de salud. Además, estos acuerdos deben contemplar las características del hogar, de las personas que lo habitan y, fundamentalmente, del paciente (la ASD favorece una atención singularizada y contextualizada). La participación activa del paciente y la singularización de prácticas en salud, junto con la autonomía que el paciente obtiene al estar en su casa, como se explicó en los resultados, se traduce en un mejor desempeño clínico, lo cual ha sido bien documentado a lo largo de los años. El hecho de que una práctica en salud brinde mejores resultados clínicos solo por ser realizada en un lugar diferente al institucional, con todas las diferencias que mencionamos en términos de la propia atención, debe hacer reflexionar también sobre la posición ética de los profesionales de la salud y los tomadores de decisiones ante dicha información. Es decir, tomar una decisión sobre atender a una persona en una institución o en su domicilio[2] pone en juego el desempeño clínico de una persona y, por tanto, su salud y calidad de vida.

En términos de ética profesional, los actores del campo de la salud siempre deben respetar, *a priori*, los principios clásicos que enmarcan una buena práctica profesional, tales como la confidencialidad, la no maleficencia, la beneficencia y la autonomía. Esta afirmación puede tener un alto grado de consenso entre profesionales de la salud, y entre bioeticistas también (38). Y, si bien esto es cierto, no quiere decir que sea suficiente. El análisis de la bibliografía sobre el tema da cuenta de que las obligaciones éticas en salud no se agotan en estos principios. Es claro que esto no constituye ninguna novedad, pero es debido aclararlo debido a la aceptación automática y aislada que tienen estos principios, sobre todo en el campo médico. En este caso, la ASD requiere singularizar estos principios y, sobre todo, incorporar enfoques éticos de corte relacional. La confidencialidad, por ejemplo, se extiende no solo al acto médico, sino a todo el contexto e incluso a las acciones de otras personas. La autonomía, en este marco, es ejercida por el paciente de modo relacional, por lo que se toma en

2 Siempre se considera la condición de salud de base, así como las características del hogar y los servicios que allí se puedan brindar. Si es una persona que necesita cuidados intensivos, esta oración no tiene valor. Como ha sido aclarado al inicio, la ASD es pertinente en casos de personas con padecimientos crónicos que necesitan cuidados de leve o moderada complejidad.

consideración su opinión en relación a la de otras personas, o del paciente en el contexto. Asimismo, el equipo de salud debe procurar actuar conforme a la singularidad del hogar para optimizar la no-maleficencia, así como compartir el cuidado con miembros de la familia del paciente para fomentar la beneficencia. Este aporte no solo enmarca la ASD conforme a principios éticos, sino que incorpora otro enfoque, que colabora con una mayor calidad de atención y satisfacción del paciente.

Sería necesario profundizar la investigación en este tema y realizar un abordaje ético más acabado, en contextos de ASD, de modo que esta pueda ayudar a los profesionales de la salud a guiar su desempeño, así como a sostener o fortalecer la agencia moral de los pacientes y sus familias en sus respectivos hogares. Además, sería ventajoso que las cuestiones éticas en torno a la atención y cuidado en entornos no institucionales se incluyera en la formación de grado y posgrado, entendiendo que esta modalidad de abordaje será cada vez más frecuente.

Referencias bibliográficas

1. Suarez Cuba MA. Atención Integral a domicilio. Rev. Med [Internet]. 2012 [revisión 2018 may. 28];18(2):52-58. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es
2. Ferrer AC. Modelos de organización de la atención domiciliaria. Jano. 2006; 1612, 47-48.
3. Minardi-Mitre CR, Morales Suárez-Varela M, Llopis-González A, Sette-Cotta Filho J, Real ER y Días-Ricós JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. [revisión 2018 may. 25];10(1):45-55. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/pdf/rpsp/v10n1/5850.pdf
4. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 [revisión 2018 may. 30];10(Suppl), 231-242. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500024.
5. Terenzi-Seixas C, Merhy EE, Staevie-Baduy R, Slomp-Junior, H. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. Salud Colectiva [Internet]. 2016 [revisión 2018 may. 2018];12(1):113-123. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73144643009
6. Rivas-Flores FJ, Rivas-Gallo B. Bioética y asistencia sanitaria. Rev. Ibero. Bioética [Internet]. 2016 [revisión 2019 Feb 9];2:1-15.DOI: 10.14422/rib.i02.y2016.008
7. Minardi Mitre Cotta R, Morales Suárez-Varela M, Sette Cotta Filho J, Llopis-González A, Días-Ricós JA, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002 [revisión 2018 may. 24];11(4):253-260. Disponible en: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n4/253-261/es
8. Neves D, Petra I, Azevedo R, Petra S. La atención domiciliaria: una reflexión sobre la capacitación profesional desde las perspectivas de las políticas dirigidas hacia los ancianos. R. pesq.: cuid. Fundam [Internet]. 2010 [revisión 2018 may. 26];2(3):1165-1180. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3651935
9. Fajardo Villarroel A. Caracterización del ingreso en el hogar en un área de salud del Municipio Marianao. Enferm. Glob [Internet]. 2011 [revisión 2018 jun. 18]:10(23):53-60. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300005.
10. Senillosa M. El papel de la internación domiciliaria en el cuidado del enfermo. Salud(i)Ciencia [Internet]. 2016 [revisión may. 26];21:863-866. Disponible en: https://www.siicsalud.com/dato/sic/218/142476.pdf
11. Alonso G, Escudero JM. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. An. Sist. Sanit [Internet]. 2010 [revisión 2019 feb. 8];33(Supl.1):97-106. Disponible en: https://recyt.fecyt.es//index.php/ASSN/article/viewFile/9400/7018.
12. Puchi C, Jara P. Enfermagem e o cuidado domiciliar dos idosos na era da globalização. Enferm. Univ [Internet]. 2015 [revisión 2019 feb. 10];12(4):219-225. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.002.
13. Álvarez-Sintes R. Medicina General Integral en Cuba. En: Álvarez Sintes R, Hernández Cabrera G, Baster Moro J y García Núñez R. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. 742 p.
14. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Home care and family care in tackling the chronic illnesses of the elderly. Aten Primaria [Internet]. 2003 [revisión 2019 feb. 8];31(9):587-91. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/81925805.pdf
15. Gamboa-Bernal GA. Atención domiciliaria de la persona anciana: una perspectiva bioética. Aquichan [Internet]. 2009 [revisión 2018 dic 10];9(2):171-184. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112142006

16. Pibernat A, Vidal J, Pibernat E, Rodríguez F, Colomer G, Cid M. An ethical analysis of a home visit case study. Nurs Ethics [Internet]. 2017 [revisión 2018 dic. 23];24(8):962-966. Disponible en: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27162134

17. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe Sespas 2012. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2012 [revisión 2018 Dic 18]; 26(Supl. 1): 63-68. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.032

18. Filgueira Lima, E. La internación domiciliaria y la APS. O mundo da Saúde [Internet]. 2006 [revisión 2018 may. 24];30(2):336-339. Disponible en: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/la_internacion.pdf

19. Del Pino S. Internación domiciliaria y vida cotidiana. Medpal, Interdisciplina y domicilio [Internet]. 2010 [revisión 2018 may. 30];2(3):20-21. Disponible en: http://hdl.handle.net/10915/8483

20. Santana-Soto C, Ricardo-Acuña BL, Castillo-Hechavarría E, Von Smith-Smith V. Aspectos bioéticos del ingreso domiciliario. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2002 [revisión 2019 feb 8];18(1):63-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100011&lng=es.

21. Naranjo-Ferregut JA, Delgado-Cruz A, Forcelledo-Llano CR, Camejo-Macías MR. Aspectos metodológicos del ingreso en el hogar. Revista Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2000 [revisión 2018 may. 30];16(6):606-608. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_6_00/mgi13600.pdf

22. Silva KL, Cardoso-Silva Y, Guimarães-Lage É, Alves-Paiva P y Veloso-Dias O. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. Cogitare Enferm [Internet]. 2017 [Revisión 2018 jun. 21];(22)4:e49660. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.49660

23. De la Torre IS, Hernández-Vergel LL, Rodríguez Brito ME. Ventajas del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1998 [revisión 2018 may. 20];14(5):494:498. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v14n5/mgi15598.pdf

24. Alves de Araújo-Püschel V, Costardi-Ide CA, Corrêa-Chaves E. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar - bases conceituais. Rev. Esc. Enferm. da USP [Internet]. 2006 [revisión 2018 may. 30];40(2):261-268. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/14.pdf

25. Hermida-Porto ML, Vidán-Martínez L. Hospitalización a domicilio: alternativa humana y con futuro. Galicia Clin [Internet]. 2015 [revisión 2018 jun. 17];76(1):5. Disponible en https://galiciaclinica.info/PDF/31/732.pdf

26. Soto-Fernández O, Barrios-Casas S. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2012 [revisión 2018 may. 28];18(3):61-72. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300007

27. Oliveira SG, Kruse MHL, Sartor SF, Echevarría-Guanilo ME. Enunciados sobre la atención domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa. Enfermería Global [Internet]. 2015 [revisión 2018 may. 27];14(3):360-374. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/3658/365841436017.pdf

28. De Sosa Silva JR, Heck RM, Schwartz E, Schwonke CRGB. El enfermero en el programa de internación domiciliaria: la visión del usuario y de la familia. Enfermería Global [Internet]. 2009 [revisión 2018 may. 30]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100014&lng=es&tlng=es

29. Spinelli H. Work in the Healthcare Field: Artisanal or Industrial Models? Invest Educ Enferm [Internet]. 2015 [revisión 2018 jun. 21];33(2):194-205. Disponible en: http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a02

30. Carvalho de LC, Camargo-Macruz Feuerwerker L, Merhy EE. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. Salud Colectiva. 2007;3(3):259-269.

31. Daichman Raskin LS. Controversias en los criterios éticos de los cuidados en geriatría. Acta bioeth [Internet]. 2001 [revisión 2018 jun. 21];7(1):121-127. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2001000100009&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2001000100009.

32. Arreghini M, Saldeña L. La asistencia de pacientes crónicos: el desafío del nuevo siglo. Rev. Med. Cient. [Internet]. 2011 [revisión 2018 jun. 10];2(1):10-14. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=325028222003

33. Godoy AC, Rodríguez V, Majluf P, Moraes V. Los cuidados en el hogar en la posta de salud domiciliaria. Rev Sal Púb. 2015; XIX(1), 70-79.

34. Díaz Novás J, Gallego Machado BR, León López R. La visita médica al hogar. Rev Cubana Med Gen Integr

[Internet]. 2007 [revisión 2018 may. 23];23(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100012&lng=es.

35. Rytter L, Jakobsen H, Rønholt F, Hammer A, Andreasen A, Nissen A, Kjelberg J. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. Scand J Prim Health Care 2010, 28(3), 146-53.
36. Shepperd S, McClaran J, Phillips C, Lannin N, Clemson L, McCluskey A. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD000313
37. Lim W, Lambert S, Gray L. Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. Med J Aust. 2003;178(6):262-266.
38. Santos LR, Leon C, Funghetto S. Princípios éticos como norteadores no cuidado domiciliar. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [revisión 2018 jun. 15]16(Suppl. 1):855-863. Disponible en: https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700017
39. Ferrer Arnedo C. Problemas éticos más frecuentes en la atención domiciliaria. Jano. 2007;1642: 35.
40. Ribas S, Aguado H, Tella M, Márquez I, Viñas P, Jiménez J, Asens G. Identificación de los conflictos éticos en la atención sociosanitaria. Un estudio exploratorio. Revista de Calidad Asistencial [Internet].2005;20(1): 30-34. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74715-8
41. Orellana-Peña C. Intimidad del paciente, pudor y educación médica. Persona y Bioética [Internet]. 2008 [revisión 2018 jun. 15];12(1):8-15. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000100002&lng=en&tlng=en
42. Martínez K. Medicina e intimidad. Una visión desde la bioética. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2004 [revisión 2018 jun. 17];19(6):361-430. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600006
43. Zuliani-Arango L, Villegas-Peña M, Galindo-Cárdenas L, Kambourova M. Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. Rev. Latin. Cienc. Soc. Niñez Juv [Internet]. 2015 [revisión 2018 sep. 30];13(2):851-863. Disponible en: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-769202
44. Campos Pavone Zoboli EL. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, São Paulo, Brasil. Atención Primaria [Internet]. 2010 [revisión 2018 jun. 20];42(8),406-412. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.01.018
45. García-Zapata H, Sardina-Solís R, Bess-Constantén S. Consideraciones socioéticas sobre el ingreso domiciliario en el sistema de salud cubano durante el 2007. Medisan [Internet]. 2008 [revisión 2018 nov. 12];12(2). Disponible en: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-532640
46. Lopes W, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. Ciênc. Cuid. Saúde [internet]. 2008 [revisión 2019 feb 01];7(2):241-247. Disponible en: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-527010
47. Ells C, Hunt M, Chambers-Evans J. Relational autonomy as an essential component of patient-centered care. International Journal of Feminist Approaches to Bioethics. 2011;4(2):79-101.
48. Sánchez Muñiz M, González Pérez C. Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el tratamiento del paciente en fase terminal. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 [revisión 2019 feb. 8];25(4):98-106. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400010&lng=es.
49. Nedelsky J. Reconceiving rights as relationship. Review of Constitutional Studies. 1993;1(1).
50. Butler J. Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética y responsabilidad. Buenos Aires: Amorrortu; 2009.