

REVISIÓN:

CONSIDERACIONES SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y COMUNITARIA EN EL CONTEXTO DEL COVID-19. MAYO DE 2020

RESUMEN EJECUTIVO

Consideraciones generales

- Numerosas pautas y recomendaciones de países de ingresos medianos y bajos (PIMB) que brindan apoyo en el contexto del COVID-19, reconocen la necesidad de promover la atención domiciliaria y comunitaria (la cual desde el punto de vista clínico, normalmente solo se recomienda en caso de una enfermedad "leve") por motivos que incluyen proteger la capacidad en los entornos de salud formales y reducir el riesgo de propagación de la infección dentro de los mismos.
- El acceso a los sistemas de salud puede verse dificultado por factores como el costo o la disponibilidad, y en estos casos, las personas dependerán principalmente de una mayor variedad de servicios como los ofrecidos por proveedores o vendedores informales de medicamentos. Las realidades y los recursos del sistema de salud local deberán tenerse en cuenta a fin de garantizar la relevancia en el contexto, identificar las brechas y brindar apoyo en la mayor medida posible. Las acciones de respuesta al COVID-19 no deben debilitar o perjudicar la atención médica a otras enfermedades prevalentes.
- Algunas personas pueden preferir la atención domiciliaria por diversos motivos. Por ejemplo, por desconfianza en los sistemas de salud formales derivada de las exclusiones históricas y/o malas experiencias. Es fundamental tomar medidas para generar un diálogo con las poblaciones dentro de los entornos locales y generar confianza.
- Las pautas sobre la atención domiciliaria deben evitar hacer suposiciones generales acerca de los recursos, capacidades y preferencias de las poblaciones, y considerar sus diversos contextos sociales, económicos, y de sus sistemas de salud. Se necesitan con urgencia consejos prácticos, adaptados al contexto, tanto como contar con materiales y apoyo de fácil acceso.

Información y comunicación sobre la atención domiciliaria como parte de la respuesta COVID-19

- En los materiales de comunicación pública sobre el COVID-19, se hace mucho énfasis en la información sobre las medidas básicas de prevención y control de infecciones (PCI). Sin embargo, las pautas de asesoramiento y los consejos específicos sobre la atención domiciliaria no son tan visibles ni de fácil

acceso. Es necesario disponer de diversos materiales de comunicación enfocados en la atención domiciliaria, tanto en formatos digitales como no digitales, y en variedad de idiomas.

- La comunicación bilateral en el ámbito local es fundamental para garantizar que los mensajes y la movilización de recursos y apoyo reflejen el conocimiento, las preferencias, y las necesidades de la población local. Los riesgos de contagio dificultan la implementación de estrategias de participación comunitaria en persona, por lo que se requieren estrategias alternativas para el diálogo.
- Se necesitan esfuerzos e iniciativas especiales para proveer a los grupos marginados como mujeres, personas analfabetas y discapacitadas, con información útil y apropiada sobre la atención domiciliaria.
- La información y las recomendaciones deben reflejar la comprensión local de la enfermedad, los síntomas, y la búsqueda de atención, e integrar las prácticas y enfoques útiles de los pueblos indígenas ante la prevención y el control de enfermedades.

Condiciones de vivienda, equipo de protección personal (EPP) y otros recursos para las medidas de prevención y control de infecciones (PCI)

- Una gran cantidad de recomendaciones sobre la atención domiciliaria del COVID-19, no tiene en cuenta ciertos tipos de vivienda, como albergues y hostales, ni condiciones que incluyen el uso compartido de un espacio doméstico limitado, la ausencia de sanitarios, o la escasez de agua potable. Contar con pautas de asesoramiento para la atención, la PCI, y medidas para abordar la falta de saneamiento en estos entornos, son absolutamente necesarios.
- Las pautas de asesoramiento también suelen omitir una guía viable para situaciones de vivienda fluida, multigeneracional, o unipersonal. En los primeros casos, se podrían sugerir opciones que incluyan "resguardarse" dentro del hogar, con la familia extendida o con los vecinos, y así proteger a los mayores y a otras personas en riesgo de contraer una enfermedad grave. Para viviendas unipersonales, también se pueden considerar modelos de "atención entre pares".
- En general las pautas de asesoramiento sobre atención domiciliaria establecen que los cuidadores usen EPP médico, incluida la ropa de protección, guantes y mascarillas desechables, y asumen disponibilidad de jabón, desinfectante y servicios de recolección de residuos, pero no brindan recomendaciones sobre soluciones alternativas. Existe la necesidad de ofrecer alternativas seguras, efectivas y de origen local para el EPP médico, recursos para PCI, así como alternativas para la gestión de residuos en los entornos donde no se cuente con los servicios adecuados.

Apoyar a la atención domiciliaria del COVID-19

- La comunicación entre los cuidadores en hogar y los profesionales médicos es esencial para controlar el estado de salud de los pacientes con COVID-19, dar recomendaciones y trasladar los pacientes a la unidad de cuidados intensivos si fuera necesario. En los lugares donde haya menor acceso a tecnologías

de comunicación, o donde las líneas de ayuda no funcionan de forma óptima, se deben analizar opciones alternativas. Por ejemplo, organizar teléfonos compartidos o visitas regulares del personal médico o de los agentes de salud comunitarios (ASC) (siempre respetando las medidas de PCI, como permanecer fuera del hogar, mantener una distancia prudente, y usar el EPP adecuado).

- Se necesitan pautas más detalladas sobre cómo reconocer los signos del deterioro de la salud en relación al COVID-19, cuándo y cómo comunicarse para obtener asistencia, y cómo cuidar en el hogar de pacientes gravemente enfermos (como último recurso). Esto incluye, de ser necesario, el tratamiento de los síntomas y los cuidados paliativos. Idealmente, deberían estar disponibles equipos locales de cuidados paliativos que tengan experiencia espiritual y médica, y protección adecuada para asistir a los cuidadores. En el caso de enfermos terminales, se debe permitir la visita, virtual o en persona (minimizando riesgos), de familiares o líderes espirituales.
- El personal médico o los ASC, así como otros prestadores locales de salud, necesitarán capacitación para apoyar la atención domiciliaria, especialmente si es necesaria para enfermedades moderadas y graves asociadas con COVID-19. La variedad de trabajadores de la salud puede desempeñar un papel fundamental no solo ofreciendo asesoramiento, sino también proporcionando y administrando oxígeno terapéutico en el hogar en casos en que la hospitalización no sea posible, y siempre que los servicios locales puedan brindar esta atención. De forma similar, los trabajadores de la salud pueden recibir apoyo para asistir de manera segura en la identificación de signos de deterioro, por ejemplo, midiendo niveles de oxígeno de los pacientes con pulsioxímetros para controlar la "hipoxia silenciosa", de difícil detección.
- Los cuidadores, pacientes y otros miembros del hogar pueden necesitar ayuda, como alimentos u otros elementos esenciales, como medicamentos básicos. Es necesario establecer mecanismos locales apropiados para proporcionar este tipo de elementos esenciales en las comunidades.

Atención brindada en centros comunitarios adaptados y transitorios

- Los centros de atención comunitaria en espacios ya existentes o adaptados, donde las personas con COVID-19 se encuentran aisladas para recibir cuidados, deben ser considerados si las condiciones locales dificultan que las poblaciones lleven a cabo la atención domiciliaria de manera segura. En los contextos en los que la cantidad de casos confirmados de COVID-19 sea baja y haya pruebas de detección disponibles, puede considerarse una "práctica recomendada" el aislamiento de las personas con COVID-19 y brindarles atención en estos centros.
- En contextos donde haya poca confianza en los sistemas de salud formales o en el gobierno, es posible que las personas eviten o "huyan" de los centros, más aun si están mal administrados y carecen de higiene. Se deben evitar las medidas coercitivas, y aplicar en su lugar iniciativas para trabajar con las formas de autoridad pública local que tengan la confianza de la población.

- Los centros deben operar con transparencia, en edificios bien equipados y cuidados, manteniendo una excelente higiene, y ofreciendo a los pacientes alimentos y atención de calidad, y garantizando seguridad, privacidad y posibilidades de comunicación con sus familiares.

Colaboración con actores locales e instituciones comunitarias de confianza

- La participación, capacitación y empoderamiento de los actores locales para facilitar y prestar una atención segura resulta crucial para el éxito de la atención comunitaria. Estos variarán según el entorno, pero pueden incluir ASC, curanderos informales y tradicionales, redes religiosas, ONG, y otros grupos comunitarios.
- Actores locales que "conocen" su entorno pueden ayudar a desarrollar y adaptar recomendaciones que reflejen la cultura, las condiciones, las capacidades locales, así como los recursos disponibles, y pueden garantizar que la información se divulgue a través de redes y canales formales e informales influyentes y de confianza.
- La población local puede ayudar a identificar las necesidades y proporcionar los recursos necesarios para la atención domiciliaria, como el PPE, agua y saneamiento, y teléfonos celulares a las comunidades y hogares que tengan mayor necesidad. Además, puede ayudar a establecer modalidades de "aislamiento", seleccionar, preparar y administrar centros comunitarios, y también apoyar la respuesta formal de otras maneras si se proporcionan apoyo y capacitación.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	1
CONSIDERACIONES GENERALES	1
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA COMO PARTE DE LA RESPUESTA COVID-19.....	1
CONDICIONES DE VIVIENDA, EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) Y OTROS RECURSOS PARA LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)	2
APOYAR A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL COVID-19.....	2
ATENCIÓN BRINDADA EN CENTROS COMUNITARIOS ADAPTADOS Y TRANSITORIOS	3
COLABORACIÓN CON ACTORES LOCALES E INSTITUCIONES COMUNITARIAS DE CONFIANZA	4
INTRODUCCIÓN	7
¿POR QUÉ LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y COMUNITARIA SON IMPORTANTES?.....	9
REVISIÓN DE LAS RECOMENDACIONES ACTUALES SOBRE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y COMUNITARIA PARA EL COVID-19 EN DIFERENTES CONTEXTOS	11
RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES EXISTENTES PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL COVID-19	11
COMUNICACIÓN DE PAUTAS DE ASESORAMIENTO Y RECOMENDACIONES	15
VISITAS DOMICILIARIAS DEL PERSONAL DE SALUD Y AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS (ASC)	16
ATENCIÓN COMUNITARIA EN CENTROS ADAPTADOS O MONTADOS TEMPORALMENTE	17
CUESTIONES Y RECOMENDACIONES CLAVE PARA ABORDAR LAS BRECHAS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y COMUNITARIA.....	18
1. ACCESIBILIDAD Y COMUNICACIÓN DE LAS PAUTAS DE ASESORAMIENTO SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	18
1.1 CONSIDERACIÓN DE OBSTÁCULOS PARA ACCEDER A RECOMENDACIONES Y AL APOYO	18
1.2 CONSIDERAR LAS LIMITACIONES DE ACCESO A LA TELEFONÍA U OTRA TECNOLOGÍA DE COMUNICACIÓN Y ABORDAR LAS EXCLUSIONES....	20
1.3 ABORDAR LA FALTA DE MATERIALES DE COMUNICACIÓN DE ACCESO PÚBLICO SOBRE LOS ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	21
1.4 FACILITAR EL DIÁLOGO PARA LOS FLUJOS DINÁMICOS DE INFORMACIÓN Y LA ADAPTACIÓN ADECUADA EN TORNO A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	22
2. CUESTIONES PRÁCTICAS EN TORNO A LAS DIVERSAS CONDICIONES SOCIALES Y MATERIALES Y MEDIDAS DE IPC EN LOS HOGARES EN ENTORNOS DE BAJOS RECURSOS	23
2.1 RECONOCER LOS ENTORNOS DE SANEAMIENTO Y VIVIENDA QUE PRESENTAN DESAFÍOS Y ADAPTAR LAS MEDIDAS DE PCI ADECUADAMENTE	24
2.2 ADAPTAR LAS PAUTAS DE ASESORAMIENTO PARA INCLUIR DIVERSAS FORMAS DE ESTRUCTURAS FAMILIARES Y SOCIALES	25
2.3 EVALUAR EL ACCESO AL EPP EN ENTORNOS DE BAJOS RECURSOS Y ABORDAR LAS CARENCIAS EN LA MAYOR MEDIDA POSIBLE	27
2.4 TRATAR LA ELIMINACIÓN DE DESECHOS PARA GARANTIZAR LAS MEDIDAS DE PCI EN ENTORNOS DE BAJOS RECURSOS.....	28
3. TENER EN CUENTA LAS REALIDADES Y LOS RECURSOS DEL SISTEMA SANITARIO LOCAL Y CONSIDERAR LA BÚSQUDA DE ATENCIÓN LOCAL	29
3.1 INVOLUCRAR A DIVERSOS ACTORES LOCALES, INCLUIDOS LOS ASC, VENEDORES DE MEDICAMENTOS, SANADORES INFORMALES Y LÍDERES RELIGIOSOS, Y ADAPTAR LAS RECOMENDACIONES Y LA APLICACIÓN PARA TENER EN CUENTA LOS SERVICIOS MÉDICOS DISPONIBLES EN EL ÁMBITO LOCAL	29
3.2 RECONOCER LOS MODELOS INDÍGENAS E HÍBRIDOS RESPECTO DE LA ENFERMEDAD Y LA BÚSQUDA DE ATENCIÓN	31

4. APOYAR A LOS CUIDADORES Y AMPLIAR EL ALCANCE DE LAS RECOMENDACIONES Y EL APOYO	32
4.1 OFRECER MECANISMOS REALISTAS Y APROPIADOS AL CONTEXTO PARA COMUNICARSE CON LOS CUIDADORES EN EL HOGAR Y ASISTIRLOS	32
4.2 DAR APOYO Y PAUTAS DE ASESORAMIENTO SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA LA ENFERMEDAD LEVE Y TAMBIÉN PARA LA ENFERMEDAD MODERADA Y GRAVE, Y PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS, YA QUE EN DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS, LOS CUIDADORES PUEDEN NECESITARLOS.....	33
4.3 DAR RECOMENDACIONES Y ASISTENCIA QUE RECONOZCAN QUE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA PODRÍA APLICARSE A ENFERMEDADES DISTINTAS AL COVID-19	35
4.4 OFRECER CLARIDAD Y SÓLIDO APOYO ACERCA DE LA AUTO-ASISTENCIA	36
4.5 ABORDAR EL ACCESO A ALIMENTOS Y OTRAS NECESIDADES MATERIALES Y PSICOSOCIALES DE CUIDADORES, MIEMBROS DEL HOGAR Y PACIENTES.....	37
4.6 RECONOCER QUE LOS CUIDADORES, ESPECIALMENTE LAS MUJERES, PUEDEN NECESITAR APOYO MULTIDIMENSIONAL	39
5. CALIDAD Y CONFIANZA EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN LOS CENTROS TRANSITORIOS Y ADAPTADOS	40
OTROS RECURSOS ÚTILES.....	43
PAUTAS DE ASESORAMIENTO RELEVANTES DE LA OMS	43
PAUTAS DE ASESORAMIENTO ACCESIBLES SOBRE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA EL PÚBLICO.....	43
RECURSOS PARA EL PERSONAL DE SALUD	43
MATERIAL ADICIONAL RELEVANTE	43
APÉNDICE	44
AGRADECIMIENTOS	45
CONTACTO.....	45
REFERENCIAS.....	47

INTRODUCCIÓN

Esta revisión expone consideraciones sobre la atención, la prevención y el control de infecciones (PCI) y medidas para combatir el COVID-19 en el ámbito de la atención domiciliaria y comunitaria. Por lo general, la atención comunitaria hace referencia a todo tipo de atención brindada fuera del entorno hospitalario, por ejemplo en residencias privadas o centros residenciales de asistencia.^a Durante un brote epidémico, esto también puede incluir la atención brindada en estructuras transitorias de pequeña escala o en edificios adaptados como, por ejemplo, hoteles. Dependiendo de los recursos disponibles del sistema de salud, es probable que la atención comunitaria sea proporcionada o respaldada por personas que trabajen en sectores públicos o privados, y por diversos trabajadores de la salud, profesionales, informales, remunerados y voluntarios, con al menos cierta experiencia y capacitación en el área de salud.¹ Pueden ser enfermeras, médicos, paramédicos, agentes de salud comunitarios (ASC) u otros. Concretamente, esta revisión entiende la atención domiciliaria en relación a los cuidados brindados en el hogar particular de una persona que tenga un caso probable o confirmado de COVID-19, al cuidado inmediato de una persona que no necesariamente tenga capacitación formal en atención médica, pero que puede ser asistido por personas que sí la tengan. Pueden ser los padres, un cónyuge u otros miembros del hogar, un amigo o colega del paciente. En algunos casos puede también que las personas residan solas en el hogar. Tanto los cuidadores como aquellos que se ocupan de la auto-asistencia pueden contar con diversos niveles de apoyo formal. Durante un brote, la atención domiciliaria puede ser importante también para quienes tengan necesidades médicas preexistentes o relacionadas con alguna discapacidad, o conviviendo con enfermedades subyacentes que los expongan a un mayor riesgo de contraer SARS-CoV-2 y padecer una enfermedad más grave. Esta revisión sólo analiza la atención domiciliaria y, en menor medida, la atención comunitaria en centros transitorios o adaptados para casos probables o confirmados de COVID-19.^b Inevitablemente, en aquellos contextos donde exista un acceso limitado a las pruebas diagnósticas de COVID-19, será difícil distinguir con certeza entre esta enfermedad y otros problemas de salud con síntomas similares que pueden ser comunes.

Explicamos por qué la atención domiciliaria es esencial y proporcionamos una descripción general de las pautas, recomendaciones, y modelos existentes sobre la atención domiciliaria y comunitaria como parte de la respuesta COVID-19, con un enfoque en países de ingresos medianos y bajos (PIMB). Las recomendaciones analizadas incluyen documentos gubernamentales, sitios web, e informes de políticas, así como información

^a Si bien la atención en los centros residenciales de asistencia ya existentes es un tipo destacado de atención comunitaria en el contexto de un brote, las necesidades y las circunstancias específicas de estos centros, y las personas de alto riesgo que residen allí, excluyen este escenario del análisis de esta revisión. Aclarado este punto, es fundamental que toda pauta sobre la atención en estos entornos sea específica del centro y del contexto.

^b Si bien las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre atención domiciliaria para personas con COVID-19 también incluyen detalles sobre el aislamiento de contactos, el análisis detallado de este tema está fuera del ámbito de esta revisión.

de acceso público proporcionada por ONG y organizaciones comunitarias.^c Sucesivamente, evaluamos las insuficiencias en estas pautas y sugerimos posibles maneras de abordarlas, destacamos ejemplos innovadores y recurrimos a los conocimientos generados en anteriores brotes de enfermedades infecto-contagiosas. Las recomendaciones están destinadas a los gobiernos, las ONG, y las organizaciones comunitarias que se están movilizando para ofrecer asesoramiento, orientación y apoyo para la atención domiciliaria.

Esta revisión fue desarrollada por Hayley MacGregor y Tabitha Hrynich para la plataforma *Social Science in Humanitarian Action Platform* (SSHAP) en el *Institute of Development Studies* (IDS) con el objetivo de ofrecer consideraciones prácticas para los gobiernos y los colaboradores que trabajan en la respuesta al COVID-19 en el contexto de los PIMB, y la responsabilidad inherente de esta revisión recae en SSHAP.

^c Si bien intentamos contemplar pautas y enfoques para una amplia variedad de contextos de LMIC actualmente afectados, o que se espera que se verán afectados por la pandemia de COVID-19, las restricciones lingüísticas y temporales sin dudas implican que se nos han escapado algunos ejemplos y detalles relevantes. Para realizar otra exploración útil de la atención domiciliaria con un mayor enfoque en los entornos de ingresos medios y altos, consulte *A review on implications of home care in a biological hazard: The case of SARS-CoV-2/COVID-19*.²

¿POR QUÉ LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y COMUNITARIA SON IMPORTANTES?

Las recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la atención domiciliaria reconocen que la atención hospitalaria, la atención en un centro adaptado, o el aislamiento podrían no ser posibles para todos los casos. La OMS aprueba la atención domiciliaria para las personas con síntomas leves de COVID-19 sin factores de riesgo de contraer una enfermedad grave.³ Existen diversos casos en los cuales los modelos de atención domiciliaria y comunitaria adquieren mayor relevancia, especialmente a medida que se observan niveles sostenidos de transmisión comunitaria del virus del SARS-CoV-2 en muchos entornos nacionales y un aumento en el número de casos.

ENFERMEDAD LEVE

Según investigaciones epidemiológicas, la mayoría de las personas que contraigan COVID-19 probablemente experimentarán la enfermedad de forma leve.⁴ En la mayoría de las situaciones, la enfermedad leve no requiere atención ni equipos especializados, y puede ser tratada de manera segura en el hogar siempre que las personas a cargo del cuidado y en contacto directo con el paciente tengan la asistencia y los recursos necesarios para protegerse, como por ejemplo el EPP apropiado.

CAPACIDAD LIMITADA DEL SISTEMA SANITARIO

Una preocupación para todos los países es la posibilidad de que el COVID-19 sature los sistemas de salud con un gran número de pacientes que requieran atención simultáneamente. La capacidad del área de cuidados intensivos de los hospitales en regiones de altos recursos, como China, Italia⁵ y los Estados Unidos, se ha visto sobrecargada ante la presión por el elevado número de pacientes infectados con COVID-19. Actualmente son los sistemas de salud en los PIMB, entre otros Irán⁶, Indonesia⁷, Brasil⁸, India⁹, los que se encuentran bajo presión. Priorizar la atención hospitalaria de las personas con enfermedades moderadas y graves, y promover modelos de atención domiciliaria y comunitaria puede ayudar a aliviar esta presión.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

La atención domiciliaria apropiada, como para las personas con enfermedades leves, puede ayudar a mitigar un posible brote dentro de los centros de salud entre los pacientes y el personal médico, personal de respuesta ante emergencias y de otro tipo. Especialmente en situaciones en las que sea difícil disponer de pabellones o centros de aislamiento específicos para COVID-19, o cuando existan dificultades con la clasificación al ingreso a los centros sanitarios o con la entrega de EPP para el personal médico. Un estudio en China reveló que el 44 % de los pacientes confirmados de COVID-19 había contraído la infección en los centros de salud.¹⁰ Más de una quinta parte de los médicos de cabecera se enfermó en Bérgamo, Italia¹¹, y se estima que 90 000 profesionales médicos se han infectado en todo el mundo.¹² Una atención bien gestionada de los casos probables o confirmados en los centros comunitarios transitorios o adaptados, también puede ayudar a minimizar el riesgo de propagación de la infección en las comunidades y hogares,

especialmente donde las condiciones de vivienda dificultan la práctica del aislamiento, el distanciamiento físico, y otras medidas de prevención de infecciones. En algunos contextos, estos centros deben tener prioridad sobre la atención domiciliaria.

FALTA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En algunos PIMB, el acceso a los servicios de salud formales puede verse regularmente limitado en tiempos normales, en especial para las poblaciones marginadas o para aquellos que no pueden costear el servicio allí donde no existe cobertura sanitaria universal. También pasa que estos servicios no logran llegar a determinados grupos, incluso en el contexto de respuestas masivas ante el COVID-19. El acceso puede verse aún más limitado a medida que las estructuras sanitarias cierran debido a la incapacidad de operar de forma segura, o que se vean obligadas a rechazar pacientes por falta de capacidad.¹³ Adicionalmente, la posibilidad de acceso se reduce en consecuencia de algunas respuestas nacionales ante el COVID-19. Medidas como el confinamiento, los toques de queda y las restricciones al transporte, reducen la movilidad necesaria para recurrir a la atención. Las restricciones impuestas a los mototaxi en Uganda, por ejemplo, significó que las personas que dependían de esta forma de transporte para llegar a los centros de salud (tanto profesionales como pacientes) no pudieran hacerlo.¹⁴ Sin dicho acceso, las personas no tendrán muchas más remedio que realizar el cuidado domiciliario. Antropólogos han documentado cómo comunidades que enfrentaron la crisis de Ébola en África Occidental desarrollaron sus propios protocolos para detectar la enfermedad entre sus miembros y realizar la atención domiciliaria. Esto incluyó el aislamiento de las personas enfermas y el suministro de alimentos nutritivos.^{15, 16}

PREFERENCIAS POR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Las experiencias de abandono al sistema de salud, agravadas por otras formas de exclusión económica y política, pueden afectar la confianza de la gente hacia las respuestas oficiales ante un brote y la atención médica relacionada, impulsando a que las personas decidan *no* buscar atención, incluso estando disponible. Las respuestas mal ideadas e implementadas también pueden intensificar esta desconfianza y profundizar la decisión de evitar la atención formal. Durante los brotes de Ébola en África Oriental y Occidental, la falla en los equipos de respuesta formal en no tratar a los fallecidos con respeto, e incluso no informar a las familias de la muerte de sus seres queridos, muy comprensiblemente desalentó la búsqueda de asistencia a través de vías formales.¹⁶⁻¹⁸ En al menos una comunidad de Sierra Leona, es probable que la tasa de supervivencia de los pacientes atendidos en el hogar haya sido más alta que de los pacientes admitidos en el Centro de Tratamiento para Ébola más cercano.¹⁶ La ética de la atención local puede influir en la decisión de las comunidades y las familias de como ocuparse de sus seres queridos de formas que se percibe que se brinda la máxima probabilidad de supervivencia. Preocupaciones respecto al estigma y el aislamiento social también son factores que pueden disuadir o postergar la decisión de recurrir a la atención formal, como se ha visto en algunos lugares con enfermedades como el VIH o la tuberculosis.^{19, 20} Actualmente resulta incierto hasta qué punto y de qué maneras el estigma asociado con el COVID-19 en diferentes contextos podría vincularse con la búsqueda de atención en los centros de salud. Se informó que algunas comunidades se negaron a enterrar a las personas que murieron de COVID-19 dentro de los límites de su municipio.²¹

REVISIÓN DE LAS RECOMENDACIONES ACTUALES SOBRE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y COMUNITARIA PARA EL COVID-19 EN DIFERENTES CONTEXTOS

En varios países se han establecido recomendaciones oficiales para la atención domiciliaria de personas con COVID-19. O bien, se han tomado partes de los principios y las directrices sobre atención domiciliaria y los han incorporado a los materiales de comunicación pública o a otros documentos de respuesta al COVID-19. Muchos países también han incluido en sus protocolos el uso de centros transitorios o adaptados para el aislamiento y tratamiento de los casos. En esta sección, se incluye una breve descripción de los enfoques dominantes de la atención domiciliaria en las recomendaciones oficiales existentes a las que hemos tenido acceso y hemos analizado, y destaca algunas variaciones dentro de estos enfoques. Además, se describen ejemplos e iniciativas más allá de las medidas oficiales. En el Apéndice se incluye información breve de los enfoques específicos de los países.

Resumen de las recomendaciones existentes para la atención domiciliaria del COVID-19

La mayoría de las guías oficiales parecen concordar con las recomendaciones para la atención domiciliaria originalmente establecidas por la OMS (adaptadas del coronavirus MERS).³ Estas pautas, consideradas como "prácticas recomendadas", aconsejan el aislamiento y tratamiento de todos los casos confirmados en centros de salud, aunque también reconocen que esto no siempre es posible. Por lo tanto, las pautas reconocen que las personas con enfermedades leves podrían recibir atención en su hogar o en un centro adaptado fuera del hogar.^d Los Centros estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) también desarrollaron directrices para la atención domiciliaria^{22, 23}, que han sido tomadas como referencia por otras directrices nacionales (p. ej., Kenia, Bangladesh). Si bien hay ciertas diferencias y nivel de detalle entre las guías nacionales, los requisitos necesarios para realizar la atención domiciliaria y lo que implica, las recomendaciones son relativamente consistentes.

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA ESTÁ DESTINADA PARA LOS CASOS LEVES

La OMS y muchos países que recomiendan la atención domiciliaria como una opción, indican que es apropiada para las personas con casos leves de COVID-19, a menos que sean personas mayores y que tengan otras complicaciones de salud, como enfermedad pulmonar o cardíaca, insuficiencia renal o enfermedades inmunodepresoras. Existen excepciones como Bangladesh, que específicamente incluye a las personas con enfermedad "moderada" (definida como la neumonía sin complicaciones y sin necesidad de oxígeno)²⁴, y

^d Algunos países, como Vietnam y Nigeria, sostienen que todas las personas con infecciones sospechosas o confirmadas de COVID-19 deben aislarse en centros sanitarios formales (incluidos los centros comunitarios en Nigeria) para evitar una mayor propagación de la infección. Este enfoque solo es viable cuando el brote esté contenido, haya pruebas y recursos a disposición, y no existan muchos casos.

Brasil, que sugiere que las personas mayores y las personas con comorbilidades (con enfermedad leve) también pueden recibir atención en el hogar, siempre y cuando estén en contacto diario con profesionales de salud.²⁵ El caso de Reino Unido puede ejemplificar cómo se toman las decisiones sobre quién puede o debe recibir atención domiciliaria. Una línea de ayuda para el COVID-19 del Servicio Nacional de Salud (NHS) permite evaluar la gravedad de los síntomas y brinda la el asesoramiento apropiado. Los médicos de cabecera y los servicios de emergencia también evalúan la gravedad y el caso para decidir la admisión en base a los protocolos, cuyo objetivo mantener a las personas fuera de los hospitales, a menos que tengan síntomas más graves.²⁶

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)

En las pautas de atención domiciliaria, se hace gran énfasis en las medidas de PCI en el entorno doméstico. Las disposiciones que más se mencionan en las diferentes directrices establecen que, idealmente, los pacientes infectados permanezcan en su propia habitación, con buena ventilación y alejados de otros miembros del hogar. Si esto no fuera posible, es recomendable mantener al menos un metro de distancia de la persona enferma, y evitar dormir en la misma cama, compartir la vajilla, toallas, ropa de cama y otros objetos personales. Algunas pautas también recomiendan que los pacientes usen otro baño, y de no ser posible que el cuidador lo desinfecte frecuentemente (en Brasil, se recomienda que los pacientes limpien el baño y laven su propia ropa). Las recomendaciones sudafricanas aconsejan que las personas que vivan en alojamientos compartidos, como residencias universitarias, solo salgan de su habitación si es necesario y usen una mascarilla quirúrgica cuando lo hagan.²⁷ Es recomendable desinfectar regularmente las superficies de mucho uso con cloro, hipoclorito de sodio, alcohol u otros "desinfectantes comunes". En el hogar, los desechos como pañuelos de papel, mascarillas y guantes usados se deben colocar en un recipiente cubierto. Las directrices de la OMS agregan que luego estos desechos deben ser recogidos por las autoridades sanitarias locales. Entre los países que tratan más específicamente la gestión de desechos se encuentra Kenia, que sugiere que los desechos deben ser recolectados por voluntarios de salud comunitarios y llevados al centro médico más cercano para su eliminación segura²⁸, y Bangladesh e India, que sugieren que los desechos deben quemarse o enterrarse a gran profundidad.^{29, 30}

EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

Para contener las secreciones, se les recomienda a los pacientes usar mascarillas médicas durante todo el tiempo posible, o adopten una "rigurosa higiene respiratoria" con pañuelos desechables o lavables. Algunos países, como Bangladesh y Uganda, sugieren que los pacientes pueden usar mascarillas de tela lavadas con regularidad o un "trozo de algodón limpio".^{29, 31} De hecho, algunos países, como Sudáfrica, promueven fuertemente el uso de mascarillas de tela entre el público como medida de prevención general de infecciones³², pero a los cuidadores se les recomienda casi universalmente usar mascarillas médicas desechables cuando realicen las actividades de atención domiciliaria. India, en particular, recomienda que los cuidadores usen "mascarillas médicas de triple capa"³⁰, y Kenia recomienda las mascarillas N95.²⁸ Incluso cuando se recomiendan "mascarillas simples", como en el caso de Perú³³, al igual que las mascarillas mencionadas anteriormente, deben descartarse y reemplazarse con frecuencia. Asimismo, se les aconseja a

los cuidadores usar guantes desechables (o guantes de látex desinfectados regularmente) cuando estén en contacto con el paciente y los objetos que este haya tocado. También se les aconseja usar "indumentaria de protección", como batas desechables o delantales de plástico lavables, especialmente al manipular la ropa o los desechos del paciente. A excepción de pañuelos lavables y mascarillas de tela para los pacientes, ninguna de las pautas evaluadas ofrece consejos sobre alternativas al EPP médico para los cuidadores en el probable escenario de que dichos materiales no estén disponibles. Las recomendaciones sudafricanas aconsejan que los pacientes con cuidados domiciliarios reciban un "paquete de atención", pero no queda claro lo esto que implica.³⁴

EVALUACIÓN DEL ENTORNO DOMÉSTICO Y DEL RIESGO PARA EL RESTO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Las directrices de la OMS indican que, si es posible, un profesional de salud capacitado realice una evaluación del lugar donde se encuentra el paciente, para garantizar que se pueda brindar la atención domiciliaria apropiada. Muchos países han establecido criterios básicos sobre esto, como la disponibilidad del espacio (capacidad de aislarse y mantener distancia del resto), el EPP, y contar con alimentos y otros elementos esenciales. También mencionan que todos los miembros del hogar deben poder cumplir las medidas de PCI necesarias, y no deben tener un mayor riesgo de sufrir complicaciones en el caso de infección por COVID-19. Muchas directrices también especifican que debe haber un cuidador designado, mientras que unas pocas implican que es posible adoptar la auto-asistencia (como Escocia).³⁵ Esa evaluación se puede realizar con una lista de verificación para garantizar que los hogares puedan cumplir con estas disposiciones. No siempre queda claro si las evaluaciones deben hacerse en persona o por teléfono, ni exactamente quién debe hacerlas. En algunos casos, como en Sudáfrica, se especifica una llamada o una visita.³⁶ Si los pacientes no poseen entornos domésticos adecuados, las directrices sugieren que de ser posible se deben alojar en centros formales.

ENLACE A SERVICIOS DE SALUD FORMALES

Las directrices de la OMS también recomiendan que, "en la medida de lo posible", se mantenga un enlace o comunicación entre el hogar del paciente y un profesional de salud durante todo el período de atención. Esto también se encuadra como una condición para la atención domiciliaria en muchas directrices nacionales, y el contacto debe tener lugar una vez al día (como en Filipinas, o en Brasil en el caso de los pacientes mayores).^{37, 38} Dicha comunicación se considera importante para el control del estado de salud de los pacientes y para ofrecerles recomendaciones constantes a los cuidadores y otros miembros del hogar sobre aspectos de PCI. En Sudáfrica, el énfasis no se hace necesariamente en el contacto regular, sino en ofrecerle al paciente o al cuidador información sobre con quién pueden comunicarse en caso de necesidad y que pueden acudir a un centro de salud si fuera necesario.²⁷

ATENCIÓN CLÍNICA

Las pautas de atención domiciliaria que incluyen recomendaciones clínicas o terapéuticas destacan las medidas no farmacológicas, lo que incluye que los pacientes con síntomas leves deben descansar, tomar mucho líquido y consumir alimentos nutritivos. Algunas medidas especifican que los pacientes domiciliarios

también pueden tomar paracetamol u otros medicamentos de venta libre para reducir la fiebre y el dolor. Las directrices de Bangladesh también recomiendan las inhalaciones de vapor y las gárgaras con agua tibia.²⁴ En India, un *chatbot* con el que las personas pueden interactuar y dialogar en diferentes plataformas digitales, como WhatsApp, ofrece una receta tradicional a base de hierbas locales para fortalecer el sistema inmunológico. Algunas pautas dan indicaciones acerca de los síntomas que deben ser motivo de preocupación para los cuidadores, como dificultad para respirar, desorientación, convulsiones, etc. De presentarse estos síntomas, los pacientes y/o cuidadores deben recibir instrucciones de comunicarse con el médico del paciente, con las líneas directas de respuesta COVID-19 u otro personal designado. Ninguna de las pautas revisadas (dirigidas a los cuidadores) aborda el desafío de diferenciar entre las distintas causas posibles de síntomas similares al COVID-19, como fiebre o tos, si no hay pruebas disponibles de SARS-CoV-2. En las pautas gubernamentales de atención domiciliaria, no se pudo encontrar ninguna recomendación sobre cómo tratar en el hogar los síntomas más graves, aunque algunos actores no estatales han elaborado algunos documentos al respecto. En el Reino Unido, por ejemplo, un grupo de profesionales de salud desarrolló una guía sobre cuidados paliativos y terminales relacionados con el COVID-19 dirigida directamente a los cuidadores.³⁹ En el mismo país, también se elaboró una guía para ayudar a las personas a controlar la dificultad respiratoria en el hogar durante la pandemia de COVID-19, si bien no es necesariamente para esta enfermedad (se recomienda a las personas llamar al NHS si creen que pueden tener COVID-19) (consulte la **Figura 1**).⁴⁰

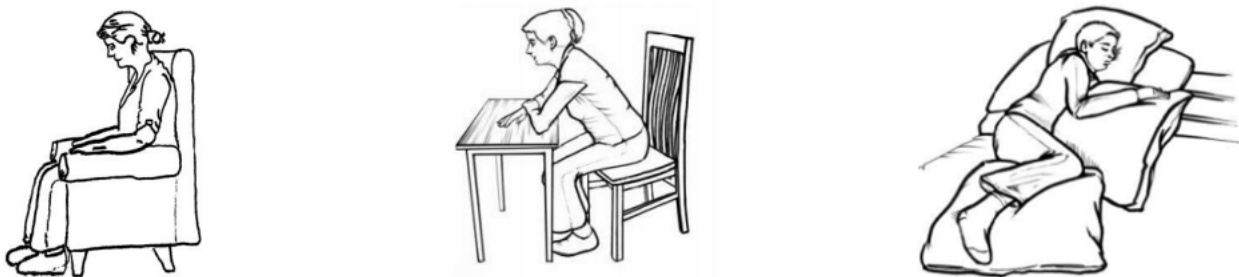


Figura 1 Las imágenes muestran las posiciones corporales que pueden adoptar las personas que experimentan dificultad respiratoria para aliviar los síntomas, de la guía para el control de la dificultad respiratoria. Fuente: Higginson et al., 2020 <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/khp-gp-breathlessness-resource.pdf>

FINALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Para "recibir el alta" de la atención domiciliaria, las directrices de la OMS recomiendan que las personas con COVID-19 confirmado mediante pruebas de laboratorio, den dos resultados negativos usando la prueba de PCR o permanezcan aisladas durante 14 días después de la desaparición de los síntomas. De manera similar, la mayoría de las pautas nacionales recomiendan que las personas permanezcan en el hogar durante 14 días

a partir de la desaparición de los síntomas, aunque algunas especifican 14 días a partir del comienzo de los síntomas. El Reino Unido estipula solo siete días a partir del comienzo de los síntomas.⁴¹ Las directrices de India especifican que el aislamiento domiciliario puede finalizar 17 días después del comienzo de los síntomas.⁴²

ASESORAMIENTO A OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, VISITANTES Y CONTACTOS DEL PACIENTE

La mayoría de las pautas asesoramiento especifican que las personas que no pertenecen al núcleo familiar no deben visitar el hogar de un paciente hasta que finalicen el aislamiento y la atención domiciliaria. En cuanto a los miembros del hogar y otros contactos de un paciente (incluido el personal de salud), las directrices de la OMS recomiendan que deben controlar su estado de salud durante 14 días a partir de la fecha del último contacto con el paciente y buscar asesoramiento y atención si presentan síntomas. En las pautas de atención domiciliaria de la OMS no se establecen explícitamente requisitos sobre el aislamiento de estas personas. En cambio, algunas directrices nacionales, como en Filipinas, Brasil, Sudáfrica y el Reino Unido, indican que los contactos y los miembros del hogar de una persona que recibe atención domiciliaria también deben aislarse en el hogar.^{38, 41, 43, 44} Además, las pautas del Reino Unido recomiendan que, si cualquier persona en el hogar del paciente corre el riesgo de padecer una enfermedad más grave en caso de infectarse con COVID-19, de ser posible deberá permanecer en otro lugar durante 14 días.⁴¹

Comunicación de pautas de asesoramiento y recomendaciones

En algunos países, las recomendaciones detalladas para la atención domiciliaria parecen estar únicamente integradas en documentos de respuesta más generales, como manuales de gestión clínica. Por lo tanto, están dirigidas a los administradores y profesionales de salud, en lugar de a los propios cuidadores domiciliarios (por ejemplo, Uganda, Filipinas). Otras pautas provienen de documentos independientes, por lo general publicados en sitios web gubernamentales, y están disponibles para consultación. Pero, una vez más, no son necesariamente dirigidas al público (por ejemplo, Kenia).²⁸ Si bien varían en detalle y accesibilidad, algunos países, como Sudáfrica y Perú, ofrecen pautas de asesoramiento más aptas para el público en sitios web específicos.³⁴ En algunos países, como Brasil y México^{45, 46}, los principales medios de comunicación

nacionales también han publicado versiones más accesibles de asesoramiento. En otros lugares, los elementos de la atención domiciliaria se incluyen en los materiales de comunicación pública como carteles

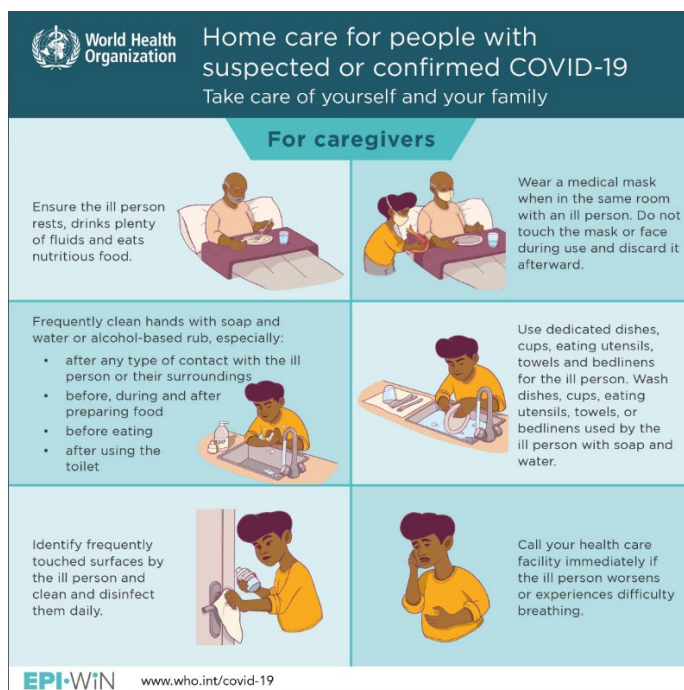


Figura 2 Póster sobre atención domiciliaria diseñado por la OMS. Fuente: OMS, 2020 <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

publicitarios y "mapas" en redes sociales que se pueden compartir. Sin embargo, la mayor parte de este material tiende a enfocarse en las medidas básicas de PCI en el hogar y la comunidad, y es relativamente básico. La **Figura 2** de la OMS muestra un ejemplo más integral, explícitamente centrado en la atención domiciliaria. La OMS adicionalmente ha creado un video animado que ilustra sus recomendaciones sobre la atención domiciliaria⁴⁷, al igual que el gobierno de la India.³⁰ Una organización benéfica con sede en el Reino Unido, Médicos del Mundo, publicó videos (y orientación escrita) comunicando información relacionada con COVID-19, incluidas las pautas de aislamiento del Reino Unido para las personas con síntomas, en 12 idiomas diferentes.⁴⁸ Un grupo de la sociedad civil de Indonesia también elaboró pautas simples sobre el aislamiento y la atención domiciliaria en forma de infografía que también fue lanzado en 12 idiomas.⁴⁹

APOYO REMOTO PARA CUIDADORES Y PACIENTES

Muchos países hacen énfasis en que los cuidadores y/o pacientes deben estar en contacto regular con los profesionales de salud para un seguimiento telefónico. Además de esto, ha habido intentos de establecer plataformas de telemedicina y otras formas más sofisticadas y ambiciosas de comunicación de salud digital. En los países más ricos, como los Estados Unidos y el Reino Unido, se han ampliado o adaptado las plataformas existentes para incluir la telemedicina por video para la atención domiciliaria del COVID-19, así como para otras enfermedades, a fin de limitar el contacto entre personas.⁵⁰ BMJ publicó una guía sobre "prácticas recomendadas" para consultas remotas⁵¹, incluida la atención primaria.⁵² Una empresa privada en India desarrolló una aplicación que brinda asesoramiento para la atención domiciliaria del COVID-19 y conecta a las personas con los equipos de profesionales de salud sin costo alguno. La empresa se asoció con varios hospitales y cuatro gobiernos estatales, y está buscando aprobaciones adicionales.^{53, 54} El gobierno de Argelia, en colaboración con una empresa privada, lanzó una plataforma para que las personas accedan a apoyo y consultas sin costo con los profesionales de salud;⁵⁵ mientras que un grupo de médicos en Egipto aprovechó Facebook para acompañar a los pacientes con COVID-19 en el hogar.⁵⁶ La OMS y algunos gobiernos nacionales, como India, Bangladesh, Sudáfrica y otros, también han establecido una serie de *chatbots* automatizados dirigidos al público que operan a través de SMS, WhatsApp, Facebook y otras plataformas⁵⁷. A través de estos, los usuarios pueden obtener información básica sobre el COVID-19 y su prevención. Si bien estas plataformas no parecen ofrecer recomendaciones para la atención domiciliaria, pueden dirigir a los usuarios a líneas de ayuda o sitios web donde esa información podría estar disponible.

Visitas domiciliarias del personal de salud y agentes de salud comunitarios (ASC)

Algunas directrices nacionales sugieren que el personal de salud puede visitar a los pacientes en sus hogares. Las pautas de Brasil, por ejemplo, indican que, si es necesario, el personal de salud debe prestar asistencia en persona, idealmente en el hogar.³⁷ Las directrices de Bangladesh también sugieren que los pacientes pueden recibir la visita del personal de salud en el hogar.²⁹ Existe evidencia de otros tipos de visitas a domicilio que no se especifican necesariamente en las directrices. En el norte de Italia, donde los servicios de salud fueron saturados por la cantidad de pacientes con COVID-19 que requirieron cuidados intensivos, los médicos y el personal de emergencia proporcionaron oxígeno y atención a los pacientes en el hogar. Esto

parece indicar que en este contexto, la atención domiciliaria también se aprobó para casos más graves.⁵⁸⁻⁶⁰ La ONG AMREF Health Africa y Avert reconocieron el valor de los ASC, quienes desempeñaron roles clave en el apoyo de la salud a las comunidades en PIMB, a menudo de puerta en puerta. Estas organizaciones desarrollaron materiales de capacitación sobre COVID-19 a los que se puede acceder mediante aplicaciones que funcionan con o sin conexión. Particularmente, AMREF incorporó a su plataforma Leap contenido alineado con la OMS a la que se puede acceder incluso desde teléfonos simples a través de una plataforma de SMS. Esta formación ya ha sido realizada por 54 000 ASC en Kenia, y también está activa en Etiopía.^{61, 62} Actualmente se están desarrollando planes para introducir la plataforma de AMREF a los ASC en Malawi y Sudáfrica. Hoy en día, las aplicaciones apoyan a los ASC a proporcionar información básica sobre el COVID-19, incluyendo recomendaciones para prevenir la infección y con quién comunicarse en caso de síntomas, pero también representan oportunidades para dar recomendaciones más específicas y adecuadas para la atención domiciliaria según el contexto y las condiciones locales.

Atención comunitaria en centros adaptados o montados temporalmente

Existen varios modelos de atención comunitaria para los casos sospechosos o confirmados de COVID-19, diferentes de la atención domiciliaria. Algunos países, como China, Vietnam, Malasia⁶³, Egipto⁶⁴ y Nigeria⁶⁵, parecen insinuar que todas las personas con infecciones probables o confirmadas de COVID-19, incluso las leves, de ser posible, deben recibir atención en centros de salud formales. Tales centros pueden incluir espacios comunitarios transitorios o adaptados, que varían desde los "hospitales de campaña Fangcang" montados rápidamente y a gran escala por el Estado chino⁶⁶, hasta espacios adaptados más pequeños y locales, como hoteles, escuelas, iglesias e incluso vagones de ferrocarril⁶⁷, y refugios construidos temporalmente. En los países donde la atención domiciliaria está autorizada para los casos leves, si resulta difícil que los pacientes y los miembros del hogar cumplan con todas las medidas necesarias en el hogar, también se puede ofrecer alojamiento en esos centros de atención comunitaria. A su vez, el Reino Unido ha usado hoteles para albergar temporalmente y atender a personas sin hogar con casos probables de COVID-19.⁶⁸ Los centros comunitarios pueden ser atendidos por personal de salud, así como por voluntarios capacitados y personal de seguridad y logística que desempeñan diferentes funciones. Uganda especifica que, por cada 100 pacientes, debe haber una enfermera y un asistente a disposición.³¹ En India, los centros de atención para el COVID-19 están a cargo de médicos matriculados por el Ministerio de Ayurveda, Yoga y Naturopatía, Unani, Siddha y Homeopatía (AYUSH), bajo la supervisión de médicos alópatas.⁶⁹ En Filipinas, el personal de los centros de atención para el COVID-19 debe incluir voluntarios de salud comunitarios con la supervisión de un médico, ya sea en persona o por telemedicina.³⁸ Las directrices de Uganda especifican que tales instalaciones deben estar "cerca" de un centro de salud formal y contar con transporte de emergencia para el traslado de pacientes. Además, los pacientes deben tener acceso a agua potable, baños y lavabos, alimentos, seguridad y apoyo psicosocial.³¹ Las directrices de Malasia y Filipinas recomiendan que sería ideal que los pacientes tuvieran habitaciones y baños privados, pero, de no ser posible, las camas deben estar como mínimo a uno (Malasia) o dos metros de distancia entre sí, y en el caso de Filipinas, con al menos un biombo o una cortina disponible por cuestiones de privacidad.^{38, 63}

CUESTIONES Y RECOMENDACIONES CLAVE PARA ABORDAR LAS BRECHAS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA Y COMUNITARIA

Se varias suposiciones las recomendaciones de atención domiciliaria. Si bien muchas de estas recomendaciones sí contienen salvedades sobre si un paciente tiene su propia habitación o baño, aún no se presta suficiente atención a las realidades materiales y sociopolíticas de muchas personas, especialmente en los PIMB y entornos de bajos recursos, pero también en los países de ingresos más altos. Tales brechas en orientación pueden afectar la capacidad de las personas para cuidar de forma segura y efectiva a sus seres queridos, y de limitar la propagación del COVID-19 dentro de sus hogares, comunidades y otros entornos. A través de cinco temas, en esta sección se detallan algunas de las brechas y otras cuestiones a considerar, y se ofrecen recomendaciones para tratarlas. Cuando corresponda, también se presentan experiencias específicas de anteriores brotes de enfermedades y de la actual pandemia de COVID-19.

1. ACCESIBILIDAD Y COMUNICACIÓN DE LAS PAUTAS DE ASESORAMIENTO SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

En los modelos y los enfoques actuales para comunicar las pautas de atención domiciliaria, hay diversas brechas e hipótesis. Saber qué hacer es crucial para los cuidadores en el hogar, quienes deben tener a su disposición apoyo y recomendaciones de fácil acceso.

1.1 Consideración de obstáculos para acceder a recomendaciones y al apoyo

CUESTIONES A CONSIDERAR

Existen **pocos materiales de comunicación pública accesibles que se enfoquen en la atención domiciliaria, tanto en línea como fuera de Internet**. En algunos países, las pautas detalladas sobre la atención domiciliaria solo se pueden encontrar en los protocolos sobre gestión clínica u otros documentos en sitios web gubernamentales, que no son necesariamente para el público. Esto presupone que las personas con un caso probable de COVID-19 se comuniquen con los equipos de respuesta formal que pueden proporcionarles la información que necesitan sobre la atención domiciliaria. De hecho, las directrices de algunos países, ajustadas a las pautas de la OMS, establecen que las personas deben ser evaluadas para determinar si cumplen los requisitos (o no) para la atención domiciliaria. Lo que implica que se proporcionarán pautas de orientación más detallada y una 'conexión' de apoyo continuo solo cuando un profesional de salud considera que la atención domiciliaria es apropiada. Quienes por diversos motivos no puedan o no deseen comunicarse con los equipos formales, no podrán acceder a asesoramiento y apoyo.

Para determinados grupos de personas, hay otras barreras de acceso. En contextos con grandes niveles de analfabetismo y donde la población sea lingüísticamente diversa, el diseño del material de comunicación apropiado y accesible puede ser particularmente complejo. Los grupos marginados, como mujeres,

inmigrantes, minorías étnicas y personas con discapacidades, están especialmente en riesgo de ser ignorados por estos mensajes.⁷⁰⁻⁷²

EXPERIENCIA

Las experiencias de la crisis de Ébola en África Occidental demostraron que las llamadas a las líneas directas de respuesta con frecuencia no eran atendidas o tenían tiempos de espera muy largos.^{73, 74} En Bangladesh y Nigeria, existen datos de que las personas ya están teniendo problemas para comunicarse con las líneas directas para COVID-19 o que no reciben la ayuda que necesitan cuando consiguen comunicarse.^{75, 76} Las iniciativas de organizaciones comunitarias, como Muungano en Kenia, están ayudando a identificar a las personas vulnerables y de difícil alcance en comunidades ya marginadas, y están usando este mapeo para dirigir los mensajes y recursos.⁷⁷ Las iniciativas comunitarias como esta pueden además ayudar a proporcionar información y apoyo para la atención domiciliaria, así como a identificar hogares donde la atención domiciliaria no sería posible. Entre las personas vulnerables, se podrían incluir las personas con otras afecciones que necesitan tratamiento.

En algunos contextos, se han desarrollado iniciativas para producir y ofrecer material de comunicación e información sobre el COVID-19 que refleje la diversidad lingüística. En el Reino Unido e Indonesia, por ejemplo, esto incluye la traducción de videos y pautas con recomendaciones básicas sobre atención domiciliaria^{48, 49}, mientras que en Tailandia, se lanzó una línea directa de información para el COVID-19 destinada a comunidades de inmigrantes que hablan distintos idiomas.⁷⁸ Grupos comunitarios de Malawi también produjeron materiales en braille.⁷⁹ No está claro hasta que punto se ofrecen recomendaciones sobre la atención domiciliaria en este material braille o a través de la línea directa, pero estos enfoques representan posibles vías a través de las cuales dichas recomendaciones puedan llegar a los grupos frecuentemente excluidos en los mensajes.

Durante emergencias pasadas, también se implementaron maneras creativas de comunicación hacia los grupos desconectados y de difícil acceso, como equipos de respuesta dedicados a realizar anuncios por radios locales y, desde bicicletas y vehículos motorizados, por medio de megáfonos y altavoces en espacios públicos como mercados. UNICEF adoptó algunas de estas estrategias en sus iniciativas de comunicación sobre el COVID-19 en Oriente Medio y África del Norte, y junto con proporcionar ayuda humanitaria, también insistió en la distribución de materiales impresos en farmacias y zonas comerciales.⁸⁰

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Garantizar que el apoyo y el asesoramiento sobre la atención domiciliaria estén disponibles en una amplia variedad de formatos y espacios, y no solo cuando las personas se comuniquen con los servicios de salud formales.
- **Recomendación:** Trabajar con las organizaciones y los actores locales para realizar ejercicios de mapeo comunitario que puedan ofrecer una descripción general de las condiciones locales, y así prever las

necesidades y dirigir el apoyo a las personas que no puedan o quieran comunicarse con las agencias formales de respuesta.

- **Recomendación:** Desarrollar materiales de comunicación impresos y digitales enfocados en la atención domiciliaria. Se recomiendan especialmente formatos visuales, gráficos, de audio y video, y ponerlos a disposición en diferentes lenguas locales e indígenas, incluso en lenguaje coloquial. Utilizar carteles, anuncios públicos, murales, televisión y redes sociales. Publicar y transmitirlos a través de canales locales accesibles y de confianza, en colaboración con actores locales y redes comunitarias.
- **Recomendación:** La radio es un medio clave para llegar a las personas cuando el acceso a otros medios de comunicación es limitado⁸¹. Los anuncios por altavoces y megáfonos en iglesias o mezquitas, o desde vehículos motorizados, bicicletas o a pie, también pueden brindar información a las personas con acceso limitado.
- **Recomendación:** Producir materiales de comunicación en formatos accesibles para las personas con discapacidades, incluidos videos en lenguaje de señas y materiales físicos en braille.

1.2 Considerar las limitaciones de acceso a la telefonía u otra tecnología de comunicación y abordar las exclusiones

CUESTIONES A CONSIDERAR

Otra dificultad de acceso a la información y el apoyo continuo para la atención domiciliaria, es el acceso limitado a las tecnologías de comunicación. Esto persiste en muchas comunidades pobres y marginadas, e incluso en el interior de los hogares. **Las mujeres, que es más probable que cuiden de amigos y familiares enfermos, a su vez tienen menos probabilidades de acceder a medios de comunicación tecnológicos.** En India, solo el 33 % de las mujeres tiene su propio teléfono celular; comparado con el 67 % de los hombres.⁸² El acceso limitado no solo se manifiesta en **falta de teléfonos, sino también en falta de acceso a wifi, datos y crédito para redes.** En los PIBM, menos de la mitad de los hogares tiene conexión a Internet, y en África subsahariana, un *gigabyte* de datos equivale al 40% del ingreso medio mensual.⁸³ A causa de estas exclusiones, quizás muchas personas no puedan realizar llamadas a los servicios de salud o las líneas directas, acceder a información en línea sobre la atención domiciliaria, ni comunicarse de forma constante con los profesionales de salud para recibir apoyo. Si bien es posible que las líneas directas sean gratuitas y las aplicaciones se descarguen gratis, los proveedores de servicios móviles pueden igualmente cobrar por el uso de las redes móviles y de banda ancha. Aunque en algunos países, como India y Nigeria, los proveedores han brindado acceso gratuito a sitios web verificados con información sobre el COVID-19, así como SMS y datos gratuitos, no queda claro su nivel de difusión.^{84, 85}

EXPERIENCIA

Un estudio reciente reveló que las mujeres mayores de los campos de refugiados Rohingya en Bangladesh, sin acceso a teléfonos ni radios, sabían mucho menos sobre el COVID-19 que los hombres mayores en los campos.⁸⁶ Desigualdades de género similares se han documentado en el acceso a la información durante

brotos de enfermedades, incluso durante brotes de Ébola y VIH/sida.⁸⁷ Sin embargo, las mujeres mismas pueden ser una fuente importante de información, y la comunicación entre ellas un importante medio de difusión. Durante la crisis de Ébola en África Occidental, las mujeres intercambiaron información y conocimientos sobre la atención en grupos de mujeres.¹⁵

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Si en un hogar no es posible tener comunicación telefónica o digital, quizás sea necesario que los profesionales de salud, como los ASC, visiten regularmente el hogar donde se recibe la atención.
- **Recomendación:** Es necesario implementar iniciativas especiales para llegar a las mujeres y otras personas que podrían quedar excluidas de las comunicaciones con información sobre atención domiciliaria. Se podría apuntar a los lugares que las mujeres frecuentan, como mercados y puntos de recolección de agua, con mensajes sobre la atención domiciliaria y las líneas directas para llamar. Las redes y los grupos de mujeres también pueden ser buenos puntos de partida para presentar información. Las líderes de los grupos de mujeres deben incluirse en los grupos operativos de salud locales, ya que es probable que tengan medios de comunicación con las mujeres de sus comunidades.
- **Recomendación:** Ampliar el material de comunicación pública a formatos no digitales y visuales para abordar las exclusiones tecnológicas y de alfabetización.

1.3 Abordar la falta de materiales de comunicación de acceso público sobre los aspectos prácticos de la atención domiciliaria

CUESTIONES A CONSIDERAR

Los materiales de comunicación relacionados con el COVID-19 tienden a destacar las medidas básicas de PCI en la comunidad y el hogar para reducir la propagación del virus (como usar mascarillas, cubrirse la nariz y la boca al toser, mantener la distancia física y lavarse las manos frecuentemente). También indican comunicarse con las autoridades correspondientes si aparecen síntomas. Las medidas básicas de PCI son aspectos importantes de la atención domiciliaria y en efecto requieren una amplia difusión. No comunicar otra información útil y más detallada sobre cómo proceder con la atención domiciliaria (incluso el alivio de los síntomas y los signos de deterioro, para lo cual consulte la **sección 4**) amenaza con dejar a las personas sin las herramientas esenciales para reconfortar y cuidar de sus seres queridos. Otro desafío para las comunicaciones proviene de la rápida evolución del conocimiento científico acerca del COVID-19, ya que dificulta la transmisión uniforme de información.

EXPERIENCIA

Durante la crisis de Ébola en África Occidental, las comunidades de la población urbana de Liberia se sintieron frustradas con los mensajes excesivamente enfocados en lo que era el Ébola y cómo se propagaba, y estaban desesperadas por obtener información más práctica y uniforme sobre cómo cuidar, aislar y trasladar a los enfermos, y sobre cómo protegerse y limpiar sus hogares con los materiales disponibles. Muchas también

encontraron confusos los mensajes que recibían en torno a tocar o no a las personas infectadas con Ébola, y cómo hacerlo.⁷³

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Prestar atención al diseño de una amplia gama de pautas de asesoramiento sobre la atención domiciliaria, que incluyan los aspectos prácticos del apoyo, como las medidas de PCI, el alivio de los síntomas, los signos de deterioro, y las vías locales para buscar más asistencia. Esto puede incluir, por ejemplo, recomendaciones para ayudar a las personas débiles a comer y moverse en la cama, y a usar el baño (como facilitarles una silla). Además, deben incluir pautas sobre el momento en que las personas ya no se consideran infectadas con SARS-CoV-2 y las disposiciones nacionales sobre los períodos de aislamiento para los pacientes y otros miembros del hogar o contactos.
- **Recomendación:** Garantizar que los mensajes sobre la atención domiciliaria sean lo más precisos y uniformes ante un escenario de conocimiento científico que evoluciona rápidamente, y que los cambios en las recomendaciones y su justificación se comuniquen con claridad.

1.4 Facilitar el diálogo para los flujos dinámicos de información y la adaptación adecuada en torno a la atención domiciliaria

CUESTIONES A CONSIDERAR

Los materiales de comunicación pública en formato escrito, visual y de audio con pautas de asesoramiento sobre la atención domiciliaria son importantes. Sin embargo, estos mecanismos más tradicionales de comunicación de recomendaciones aun así pueden no reflejar las diversas realidades, circunstancias, recursos y prioridades de las personas. Para lograr una respuesta exitosa frente a los brotes de enfermedades, incluso para el COVID-19, se ha reconocido la importancia de modalidades de participación comunitaria más dinámicas y menos verticales que faciliten los flujos de información bilateral.⁸⁸ Esto les permite a las personas no solo hacer preguntas, sino expresar también sus propias necesidades y prioridades, y objetar las recomendaciones cuando no les sean prácticas. Asimismo, las personas pueden tener experiencias o recomendaciones útiles para compartir con los demás, y, si se les da una plataforma donde interactuar, las comunidades puedan elaborar en grupo soluciones adaptadas a su contexto. En efecto, se les debe preguntar proactivamente qué clases de soluciones y estrategias pueden ya tener, qué recursos tienen disponibles, qué comunicaciones prefieren (incluso el idioma), y qué apoyo les gustaría recibir.⁸⁹ De esta forma, la población local puede ayudar a decidir los conocimientos y la práctica respecto a la atención domiciliaria de maneras más realistas y apropiadas para ellos en el contexto local, y ayudar a los equipos de respuesta a adaptar los mensajes posteriores, dirigir los recursos, y apoyar las iniciativas comunitarias con mayor eficacia. A medida que los riesgos de infección asociados con el COVID-19 hacen que sea más difícil usar estrategias para la participación en persona, será necesario que surjan otras alternativas, antiguas y nuevas.

EXPERIENCIA

La radiodifusión ha sido una manera importante de ofrecer información y de relacionarse con la población local, especialmente en áreas con menos acceso a otras formas de tecnologías de comunicación.⁸¹ Durante los brotes de Ébola, los programas radiales de debate, por ejemplo, probaron ser una valiosa fuente de información e interacción con la población local.⁹⁰ La radio también es importante en el contexto del COVID-19. Una asociación de periodistas en Burkina Faso está realizando transmisiones periódicas sobre aspectos del COVID-19 e invitando a los oyentes a llamar para hacer preguntas y dar sus perspectivas.⁹¹

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Involucrar estaciones de radio locales para hacer programas de debates y sesiones de preguntas y respuestas sobre la atención domiciliaria con llamadas que incluyan a la población local, los miembros influyentes de la comunidad y los equipos de respuesta en diferentes idiomas y lenguajes coloquiales.
- **Recomendación:** Las redes sociales también pueden ser un espacio para sesiones de preguntas y respuestas y debates dinámicos sobre la atención domiciliaria. Si bien no todos están conectados, aquellos que sí lo estén pueden ser influyentes en el ámbito local. Los *chatbots* actuales suelen ofrecer información unilateral. Por lo tanto, se pueden considerar plataformas más dinámicas como WhatsApp, Facebook, u otras redes sociales para presentar información y debates sobre la atención domiciliaria. Interactuar de forma proactiva con información innecesaria o poco útil surgida en estos espacios.
- **Recomendación:** Según las circunstancias y el entorno, involucrar a los ASC y otros actores de confianza en el ámbito local para que puedan realizar visitas seguras casa por casa, manteniendo la distancia fuera del hogar y protegidos con el EPP adecuado (incluso alternativas seguras al EPP médico, para lo cual consulte la **sección 2.3**). El objetivo es ofrecer información y, de igual importancia, entablar una conversación sobre el COVID-19, incluyendo la atención domiciliaria. La comunicación bilateral entre las personas y los ASC puede informar a los equipos de respuesta locales y nacionales sobre el conocimiento, las preferencias, las necesidades y las estrategias de la población y viceversa.
- **Recomendación:** Involucrar a los actores locales, incluidas las personas con discapacidades, para garantizar que los mensajes resuenen con las realidades sociales y materiales de la población, y usen las palabras y los conceptos que esta comprenda. Los síntomas o la gravedad de la enfermedad, por ejemplo, pueden ser comprendidos y descritos de manera diferente por la población local, y en consecuencia los mensajes deben adaptarse.

2. CUESTIONES PRÁCTICAS EN TORNO A LAS DIVERSAS CONDICIONES SOCIALES Y MATERIALES Y MEDIDAS DE IPC EN LOS HOGARES EN ENTORNOS DE BAJOS RECURSOS

Muchas pautas nacionales recomiendan que la atención domiciliaria solo debe adoptarse si se determina que los pacientes cuentan con entornos domésticos adecuados. De lo contrario, se da a entender que, alternativamente, deben recibir atención en centros formales. En el probable escenario de que los sistemas de salud sean sobrecargados por pacientes que requieran atención de urgencia, es posible no haya espacio disponible en hospitales, clínicas, o centros comunitarios, independientemente de las condiciones del entorno doméstico del paciente. Por eso, es importante ofrecer apoyo y recomendaciones adicionales a las personas cuyos hogares y capacidades no cumplan con los criterios oficiales establecidos para la atención domiciliaria. Esto incluye recomendaciones sobre cómo garantizar las medidas de PCI en circunstancias que están lejos de ser las ideales.

2.1 Reconocer los entornos de saneamiento y vivienda que presentan desafíos y adaptar las medidas de PCI adecuadamente

CUESTIONES A CONSIDERAR

En los entornos de bajos recursos, los hogares pueden consistir de **solo una o dos habitaciones con mala ventilación** compartidas por varios familiares. Esto hace que sea extremadamente difícil cumplir con el requisito de la distancia física entre un paciente, un cuidador, y otros miembros del hogar. **Puede que no haya baño en la casa**, y haya instalaciones compartidas por muchas personas en la comunidad. Esto dificulta enormemente la desinfección frecuente de los baños según las disposiciones de las pautas sobre la atención domiciliaria (sin mencionar que la persona infectada tenga su propio baño como generalmente se recomienda) y la práctica del aislamiento domiciliario estricto. Es posible que los hogares **tampoco tengan su propio suministro de agua**, lo que complica práctica del lavado de manos extendido y frecuente, el lavado de vajilla y de ropa, que son medidas necesarias para el control de la infección dentro del hogar. Además, la exigencia de comprar o recolectar el agua fuera de la casa puede dificultar el cumplimiento de las medidas de PCI en el hogar, debido a la necesidad de racionarla o de salir de la casa para la recolección.

Otros tipos de vivienda muy ignorados en las pautas de asesoramiento sobre atención domiciliaria revisadas incluyen **hostales y pensiones**, con frecuencia usados por inmigrantes, estudiantes o personas sin residencia fija. Aquí también es probable que los baños, espacios de cocina y comedor compartidos, y el contacto frecuente entre los residentes hagan extremadamente difícil el distanciamiento físico y la atención segura. En estos entornos, es imperioso contar con recomendaciones más detalladas y viables para las medidas de PCI. Aplicar un único criterio sobre las condiciones de vivienda en las evaluaciones para la atención domiciliaria resultará inútil, especialmente si no hay alternativas a la atención domiciliaria.

EXPERIENCIA

Las organizaciones comunitarias están desempeñando una función en el apoyo de las medidas comunitarias de PCI y en identificar opciones alternativas para la atención domiciliaria para personas en situación de vivienda compleja. Por ejemplo, Muungano, la federación de habitantes de barrios marginales de Kenia, ha trabajado con las comunidades de asentamientos informales en Nairobi y Kisumu para desarrollar mapas

que muestren dónde se podrían establecer localmente centros alternativos para la atención.⁹² En Bangladesh, BRAC ha instalado estaciones de lavado de manos en áreas públicas,⁹³ y, en India, grupos de autoayuda de mujeres se han organizado para producir 100 000 litros de desinfectante y casi 50 000 litros de jabón para manos.⁹⁴ La naturaleza descentralizada de la producción ha permitido que esta llegara a quienes la necesitaban con mayor rapidez que mediante cadenas verticales de suministro y distribución.

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Especialmente cuando los entornos de atención domiciliaria sean complejos, considerar opciones de atención comunitaria en centros montados temporalmente o adaptados, si esos enfoques todavía no existen (consulte las recomendaciones de la **sección 5** a continuación), y si una aplicación segura y aceptable es posible.
- **Recomendación:** Trabajar con los actores locales para desarrollar o adaptar la guía de atención domiciliaria para abordar las diversas condiciones de vivienda que vayan más allá de la advertencia de mantener distancia entre quienes comparten habitaciones. Se pueden considerar modalidades de alojamiento alternativas dentro de las familias numerosas, calles o vecindarios para "resguardar" a las personas vulnerables y/o para aislar a las personas infectadas y sus cuidadores de los demás.^{95, 96}
- **Recomendación:** Con los actores locales, diseñar procedimientos de evaluación y listas de verificación relacionadas para determinar la elegibilidad para la atención domiciliaria según las pautas adaptadas para los diferentes tipos de vivienda y otras condiciones locales, incluso si existen alternativas seguras de atención comunitaria.
- **Recomendación:** Proporcionar saneamiento, agua potable y jabón (o ceniza) a las comunidades y los hogares con acceso limitado.^{97, 98, 99} Esto puede incluir instalar estaciones de lavado de manos, suministrar agua en los hogares, y construir o proporcionar letrinas adicionales u otros sistemas apropiados de control de aguas residuales. Garantizar que los servicios sean gratuitos o económicos, y colaborar con los actores locales para garantizar que estos recursos lleguen a quienes más los necesitan.
- **Recomendación:** De ser posible, proporcionar o distribuir desinfectante de manos y soluciones de limpieza disponibles en el ámbito local, especialmente si hay escasez de agua potable. Aunque los desinfectantes de manos a base de productos disponibles en el ámbito local, como ciertas bebidas alcohólicas, podrían no tener un porcentaje adecuado de alcohol para ser completamente efectivos contra el virus¹⁰⁰, pueden ser mejores que nada.

2.2 Adaptar las pautas de asesoramiento para incluir diversas formas de estructuras familiares y sociales

CUESTIONES A CONSIDERAR

Al hacer énfasis en que todos los miembros de un hogar deben aislarse en la casa para evitar la propagación del virus en la comunidad, algunas pautas asumen que los hogares son unidades estáticas con miembros

definibles. En algunos entornos, **la composición del núcleo familiar es más fluida, y las personas circulan entre viviendas** diferentes para dormir o comer. Además, numerosas pautas de asesoramiento destacan que la atención de una persona infectada no debe hacerse en el hogar si hay otros miembros con un riesgo alto de sufrir complicaciones. En muchos contextos, **el predominio de hogares multigeneracionales**, con personas mayores que viven y con frecuencia cuidan de familiares más pequeños, presenta riesgos evidentes.¹⁰¹ Aun así, si los centros de salud apropiados para el paciente no están disponibles, no son seguros o confiables (o no se pueden aplicar modalidades de "resguardo" para quienes corren un riesgo alto), se deberá adoptar o se preferirá la atención en el hogar. En algunos casos, sería imperioso considerar los centros adaptados. Los **hogares de una sola persona** también se abordan de forma deficiente en las pautas, y muchos protocolos describen o directamente establecen que no debe aplicarse la atención domiciliaria si no hay un cuidador disponible. En muchos países, durante las últimas décadas, la gran afluencia de trabajadores migrantes a las áreas urbanas ha aumentado el número de personas que viven en albergues, pensiones y otras formas de alojamiento compartido, a menudo con varios ocupantes en una habitación.¹⁰² Además de los obstáculos que presenta este tipo de alojamiento para el distanciamiento físico, es posible que las personas en estos entornos carezcan de vínculos sociales con sus cohabitantes que promuevan un sentido de obligación de cuidar de otros en su comunidad. También pueden correr mayor riesgo de estigmatización.

EXPERIENCIA

Se calcula que unos 200 000 trabajadores migrantes viven en 43 pensiones en Singapur, con 12 a 20 ocupantes en una habitación. La mayoría de los casos confirmados de COVID-19 en ese país se produjeron entre estos trabajadores, a pesar de los esfuerzos generalizados de pruebas diagnósticas a gran escala y rastreo de contactos que el gobierno había alabado con anticipación. Para abordar la situación se han aplicado nuevas estrategias, como trasladar a los trabajadores migrantes a viviendas públicas vacías para aliviar la presión y aumentar las pruebas en estas comunidades.^{103, 104} A medida que Singapur sigue enfrentando este desafío, quizás otros PIMB, como la vecina Malasia, tengan incluso más problemas para enfrentar brotes similares¹⁰⁵, ya que tienen menos posibilidades de realojar ocupantes y más limitaciones respecto a las pruebas y a la capacidad de su sistema de salud.

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Analizar opciones para "resguardar" a las personas mayores y otros miembros vulnerables del hogar, especialmente en contextos en los que la atención domiciliaria sea una vía probable de atención y el distanciamiento físico sea difícil. Esto puede incluir asignar "zonas verdes" dentro de los hogares donde haya varias habitaciones disponibles u organizar modalidades de alojamiento alternativas en el ámbito local entre la familia extendida o los vecinos.⁹⁶ Esto podrá aplicarse con más facilidad en los casos en los que ya sean comunes las estructuras sociales o los hogares más "fluidos". Involucrar a los actores de la comunidad para apoyar la organización de estas modalidades de formas seguras y localmente apropiadas.

- **Recomendación:** Si la atención en centros de salud no estuviera disponible para las personas que residan en hostales, pensiones u otros alojamientos compartidos, considerar promover los modelos de "atención entre pares", en los que las personas solas sin lazos familiares puedan recibir atención de un compañero de alojamiento que, idealmente, ya se haya recuperado del COVID-19. Involucrar a los administradores de los centros para realizar las adaptaciones necesarias¹⁰⁶. Estas pueden incluir designación de partes del edificio, como ciertos baños y áreas para la preparación de comidas, como zonas "rojas" o "verdes", o establecer momentos específicos del día para que diferentes grupos usen determinados espacios.

2.3 Evaluar el acceso al EPP en entornos de bajos recursos y abordar las carencias en la mayor medida posible

CUESTIONES A CONSIDERAR

Además de la infraestructura y los recursos indispensables como el agua, las pautas de asesoramiento más actuales asumen que quienes adoptan la atención domiciliaria tendrán acceso a formas convencionales de EPP, como mascarillas médicas desechables (o mascarillas N95 en el caso de Kenia), guantes desechables o de látex, delantales de plástico, jabón y desinfectante. Incluso en países de ingresos más altos, ha habido dificultades para quienes no son personal de salud para acceder a estos recursos, y la OMS ha publicado asesoramiento sobre el uso apropiado y el racionamiento del EPP.^{107, 108} Las personas que cuidan de sus compañeros o seres queridos enfermos en el hogar deben recibir estos recursos o alternativas adecuadas si no pueden conseguirlos por su cuenta. O bien, en el probable caso de que el EPP médico no fuera accesible, deben recibir asesoramiento y apoyo para fabricar su propio EPP efectivo con los materiales disponibles. Aunque el EPP casero no brinde la mejor protección posible, existe un deber moral para garantizar que las personas tengan acceso al menos a la protección básica.

EXPERIENCIA

Durante la crisis de Ébola en África Occidental, el acceso al EPP en las comunidades locales estuvo extremadamente limitado. En parte, la causa fue que los responsables dudaron al tomar decisiones de respuesta para autorizar la atención domiciliaria, por temor a que así las personas evitaran buscar tratamiento en los centros formales y a no poder ofrecer la capacitación y los recursos adecuados para que las personas prestaran atención segura y efectiva.¹⁰⁹ Ante la falta de asesoramiento y apoyo material, se documentaron historias de personal médico y habitantes locales que diseñaron su propio EPP (consulte la **Figura 3**). Fatu Kekula, una estudiante de enfermería, cuidó exitosamente en el hogar a varios familiares con Ébola y se



Figura 3 Un miembro de un equipo de entierros de una aldea en Sierra Leona usando un EPP casero. Fuente: Parker et al., 2019

protegió con bolsas de plástico, un impermeable, botas de goma, guantes y una mascarilla médica estándar.¹¹⁰ UNICEF comenzó a realizar capacitaciones sobre su "método de las bolsas de basura", y otras personas, después de haber visto su historia, también lo adoptaron.^{73, 110}

Durante la crisis de Ébola, después de reconocer que la atención seguiría focalizándose en el hogar, los equipos de respuesta de Sierra Leona finalmente aprobaron lo que enmarcaron como apoyo para la atención domiciliaria "en espera".¹⁰⁹ Este reconocimiento llevó a la distribución posterior, pero tardía, de kits que incluían baldes, desinfectante, EPP básico e instrucciones para la atención domiciliaria en Sierra Leona y Liberia.¹¹⁴ En el contexto del COVID-19, no se debe desaprovechar la oportunidad de anticipar necesidades similares de apoyo material y asesoramiento. Un ejemplo de iniciativa actual es una campaña de Islamic Relief de proporcionar "kits de higiene" a las familias vulnerables. En Sudáfrica, aunque no queda claro qué incluyen, se proporcionan "paquetes para la atención" a los pacientes que reciben atención domiciliaria^{34, 115} En los últimos meses, tanto personas comunes como profesionales médicos han subido a YouTube cientos de videos que muestran cómo fabricar EPP casero como mascarillas, pantallas faciales, guantes y batas, con materiales básicos que incluyen tela, botellas de plástico, bolsas y acetato transparente.¹¹¹⁻¹¹³

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** De ser posible, proporcionar a los cuidadores kits para la atención domiciliaria que incluyan baldes, pulverizadores, hipoclorito de sodio, jabón, guantes, mascarillas, batas, delantales y bolsas de plástico para la eliminación de desechos¹¹⁴, o al menos los materiales con los cuales se puede fabricar el EPP en el hogar, con pautas de asesoramiento y apoyo. Trabajar con los actores locales para su armado y distribución. Los voluntarios y los ASC pueden tener un papel clave en la capacitación de las personas sobre como fabricar y usar de forma segura el EPP por teléfono o con visitas al hogar, siguiendo los protocolos de distanciamiento físico.
- **Recomendación:** Promover la innovación local si la distribución sistemática de kits y recursos materiales no fuera posible. Para ello, destacar ejemplos de EPP seguros diseñados con materiales disponibles en el ámbito local a través de los medios y las redes sociales.
- **Recomendación:** Analizar cómo se podría racionar el EPP disponible, si fuera necesario. Darles pautas de asesoramiento al respecto a los cuidadores y otras personas involucradas en la atención domiciliaria y comunitaria, como los ASC y otros. Si, por ejemplo, solo se dispone de algunas mascarillas médicas, puede tener más sentido dárselas a los pacientes para minimizar el riesgo de infección.

2.4 Tratar la eliminación de desechos para garantizar las medidas de PCI en entornos de bajos recursos

CUESTIONES A CONSIDERAR

La gestión de residuos es un aspecto importante de las medidas de PCI. Las pautas sobre atención domiciliaria tienden a tratar este aspecto limitándose a recomendar depositar los desechos, como pañuelos de papel, mascarillas y guantes usados, en recipientes con tapa dentro del hogar. Ciertas recomendaciones especifican con mayor detalle que luego los voluntarios de salud comunitarios deben recolectar los desechos y llevarlos

al centro médico más cercano, o se deben quemar o enterrar al aire libre. Sin embargo, muchas pautas y materiales de comunicación no incluyen este paso posterior. Las pautas específicas de la OMS sobre la gestión y manipulación de los desechos en el contexto del COVID-19 están actualmente dirigidas a los centros médicos formales y los servicios de recolección de residuos municipales.⁹⁹ Los desechos incorrectamente eliminados pueden ser riesgos de infección para otras personas, incluidos los recolectores de residuos formales e informales.¹¹⁶ En muchos entornos de PIMB, estos servicios pueden ser inadecuados en incluso en condiciones ideales. Además, investigadores han detectado el virus que causa el COVID-19 en muestras de heces humanas 33 días después de que los pacientes hayan tenido un resultado negativo con pruebas de hisopado bucofaríngeo.¹¹⁷ Si bien todavía no existe evidencia de infección humana por vía fecal-oral, esto es un posible riesgo, especialmente en los entornos sin saneamiento adecuado.¹¹⁸ Se reconoce cada vez más que los síntomas intestinales, incluida la diarrea, están asociados a la infección por COVID-19.¹¹⁹ Se necesitan recomendaciones más generales sobre la gestión de todo tipo de desechos humanos.

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Ofrecer pautas de asesoramiento adicionales para la gestión de residuos sólidos en el hogar en situaciones donde quizás no haya recipientes con tapa ni bolsas de plástico. Se deben establecer protocolos claros para la recolección de residuos que no pongan en peligro a los trabajadores ni a otros miembros de la comunidad.
- **Recomendación:** Es crucial tener apoyo y recomendaciones adicionales sobre la manipulación de desechos humanos, especialmente en los entornos domésticos donde no haya baños, o en los casos en los que los pacientes no puedan acceder a uno. Esto debe incluir dar o facilitar el acceso a pañales y orinales u otras alternativas, y asesoramiento sobre su uso y eliminación.

3. TENER EN CUENTA LAS REALIDADES Y LOS RECURSOS DEL SISTEMA SANITARIO LOCAL Y CONSIDERAR LA BÚSQUDA DE ATENCIÓN LOCAL

3.1 Involucrar a diversos actores locales, incluidos los ASC, vendedores de medicamentos, sanadores informales y líderes religiosos, y adaptar las recomendaciones y la aplicación para tener en cuenta los servicios médicos disponibles en el ámbito local

CUESTIONES A CONSIDERAR

Los sistemas de salud en los PIMB suelen ser una combinación de servicios estatales y privados, sanadores formales e informales, con y sin fines de lucro, indígenas y alópatas. Todos contribuyen en la respuesta a los brotes y el apoyo de la atención domiciliaria y comunitaria. La mayor parte de las pautas de asesoramiento específica que los cuidadores y los pacientes deben comunicarse con los profesionales médicos formales para recibir apoyo e información. Sin embargo, no se reconocen (o al menos, no lo suficiente) los roles que otros proveedores médicos locales importantes pueden tener en la respuesta.¹²⁰ **Los ASC, vendedores**

informales de medicamentos y sanadores, por ejemplo, pueden ser muy apreciados y mucho más accesibles en los sistemas de salud locales que los servicios alópatas formales^{121, 122}. Se los podría convocar y capacitar para dar información y apoyo respecto de la atención comunitaria para el COVID-19. Si hay tecnología disponible, pueden dar apoyo para la atención domiciliaria a través de medios remotos, como los teléfonos. Si reciben la información adecuada y el equipo de protección para que sea seguro, los ASC y otros también pueden visitar los hogares para dar recomendaciones y apoyo, ayudar a las familias a conectarse con los servicios de salud de especialistas y de emergencia si fuera necesario, y ayudar al personal a dirigir los centros comunitarios transitorios o adaptados donde se brinda la atención. Las instituciones y organizaciones comunitarias de confianza, como las organizaciones no gubernamentales, las redes religiosas y los grupos informales, pueden tener funciones similares, apoyando la cohesión comunitaria y el desarrollo de innovaciones y soluciones locales.

EXPERIENCIA

Los ASC han sido desde siempre actores de primera línea fundamentales en el apoyo de la salud pública en los PIMB, ya que pueden llegar a las poblaciones de otro modo quedarían excluidas de los sistemas de salud. Generalmente haciendo visitas casa por casa en sus comunidades, han brindado servicios de salud esenciales, incluso durante brotes de enfermedades.¹²³ Además de vigilancia, pueden dar información sobre la prevención de infecciones y la atención del COVID-19.¹²⁴ Sin embargo, no son los únicos actores médicos locales cruciales. Durante el brote de Ébola en África Occidental, en un principio se percibió que las prácticas de algunos sanadores indígenas exacerbaban el brote, y la respuesta fue una gran demonización.^{122, 125} En varias comunidades de la región, sin embargo, estos sanadores son el primer recurso y a menudo la única opción de atención médica. Con participación y reconocimiento más significativos, los sanadores indígenas pueden tener y han tenido roles clave ofreciendo información fundamental y alentando a las personas a buscar atención biomédica durante los brotes.¹²⁶ En países con experiencia en respuestas ante el VIH, existen redes de personas con VIH y organizaciones comunitarias que tienen conocimientos para ofrecer atención domiciliaria, asesoramiento y apoyo. Con la capacitación apropiada sobre el COVID-19, su experiencia de base también podría aprovecharse para este brote.

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Fortalecer los vínculos entre los ASC, los proveedores informales, los líderes religiosos y los actores del sistema de salud formal y las estructuras de respuesta ante brotes. Dar capacitación y equipo, definir canales de comunicación e integrar a estos proveedores locales de confianza en todos los aspectos de la respuesta local, incluido el apoyo para la atención domiciliaria.
- **Recomendación:** Los proveedores de salud locales y las comunidades religiosas pueden tener roles clave para ayudar a adaptar y comunicar las pautas de asesoramiento sobre atención domiciliaria, mantenerse en contacto con los pacientes y las familias a cargo de la atención domiciliaria, identificar las necesidades y colaborar con la distribución de recursos. También pueden ayudar a los centros de atención comunitaria de diversas maneras.

- **Recomendación:** Fomentar la atención a la continuidad de los servicios de atención primarios para vacunaciones, suministro de medicamentos para enfermedades crónicas y otras afecciones, y alentar a las personas a seguir buscando atención médica para enfermedades que no sean el COVID-19. Las organizaciones locales podrían ayudar con la elaboración de métodos para garantizar la continuidad de la atención médica, teniendo en cuenta las realidades del sistema de salud local.

3.2 Reconocer los modelos indígenas e híbridos respecto de la enfermedad y la búsqueda de atención

CUESTIONES A CONSIDERAR

En muchos lugares del mundo, están circulando interpretaciones diversas y localizadas del COVID-19 que no se corresponden con los modelos biomédicos. Estas diferentes visiones se verán influenciadas por experiencias pasadas en enfermedades respiratorias, uno de los tipos más comunes de enfermedad infecciosa en todo el mundo, y enfermedades febriles más generales. Además, influirán nociones culturales sobre la salud y la enfermedad a menudo de origen religioso, espiritual e indígena. Quizás también varíen las percepciones sobre la gravedad de la enfermedad y los síntomas, e ideas sobre cuando buscar atención especializada. Aunque la búsqueda de atención médica y tratamiento para las enfermedades respiratorias varían según el contexto, y así también las respuestas ante los síntomas de fiebre, pueden ser comunes los enfoques de atención que combinen tratamientos biomédicos, tradicionales e incluso espirituales. Algunas de estas ideas podrían derivar de la desinformación, mientras que otras podrían ser útiles. De cualquier forma, sí deben considerarse al momento de comunicar recomendaciones para la atención domiciliaria. Indicaciones que no incluyan los modelos populares para comprender y tratar la enfermedad, o peor, que los desacrediten o desestimen rotundamente sin considerar las ideas populares con respeto, probablemente alienará a los cuidadores y les hará perder confianza en la respuesta y las recomendaciones oficiales.

EXPERIENCIA

Es posible que en algunos entornos, ya existan protocolos locales muy útiles para responder a brotes de enfermedades. En el norte de Uganda, que tuvo un gran brote de Ébola en 2000-2001, el pueblo Acholi tenía protocolos para aislar a los pacientes enfermos, designar cuidadores, dar comida y promover la cooperación comunitaria y la armonía doméstica.^{17, 127} Si bien controversialmente, algunos países como China y más recientemente Madagascar y Tanzania, han aprobado el uso de la fitoterapia para el COVID-19, aunque no se ha comprobado su eficacia.^{128, 129}

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Capacitar al personal médico y a otros que asisten a los cuidadores y pacientes para no despreciar las creencias, percepciones y prácticas que no se correspondan con los conocimientos de la salud pública. En su lugar, alentar a identificar sinergias entre las creencias y las prácticas locales con las prioridades de salud pública para establecer conexiones entre ellas.
- **Recomendación:** Colaborar con actores locales para desarrollar mensajes sobre la atención domiciliaria que incluyan las prácticas indígenas que sean útiles para el control y la atención de la

enfermedad, como el aislamiento, pero también los deberes sociales, como la armonía y la cooperación.

- **Recomendación:** No desalentar el uso de fitoterapia u otros tratamientos tradicionales si es improbable que causen daño, pero dar un mensaje claro de que esos productos, al igual que los medicamentos alópatas actuales, no curan el COVID-19. Los equipos sanitarios formales también pueden dedicarse a evaluar la utilidad y la eficacia de los tratamientos promovidos, y trabajar con las figuras de autoridades locales formales e informales de confianza para involucrarse en temas como de las ansiedades, rumores y las afirmaciones inútiles, sobre todo en línea.¹³⁰
- **Recomendación:** Advertir firmemente a quienes complementen la atención con medicamentos tradicionales o fitoterapia que no deben abandonar las medidas de PCI ni otras iniciativas de atención recomendadas. Una vez más, los mensajes tendrán más eficacia si provienen de fuentes de confianza en el ámbito local.

4. APOYAR A LOS CUIDADORES Y AMPLIAR EL ALCANCE DE LAS RECOMENDACIONES Y EL APOYO

La mayoría de las pautas actuales sobre atención domiciliaria para el COVID-19 no ofrece recomendaciones a los cuidadores más allá de la atención básica y de PCI. Tampoco necesariamente describe cómo los hogares donde se realiza atención domiciliaria podrían recibir los recursos no médicos esenciales (como alimentos) y el apoyo necesario para permitir una atención efectiva. Además, no tiene en cuenta las situaciones en las que las personas con formas más graves de COVID-19 podrían no ser hospitalizadas y por lo tanto, posiblemente terminar requiriendo atención en el hogar. En los entornos donde no haya pruebas diagnósticas generalizadas, es relevante tener en cuenta que quienes reciban atención domiciliaria para el COVID-19 podrían estar sufriendo enfermedades agudas prevalentes con síntomas superpuestos, como malaria o infección respiratoria bacteriana.

4.1 Ofrecer mecanismos realistas y apropiados al contexto para comunicarse con los cuidadores en el hogar y asistirlos

CUESTIONES A CONSIDERAR

Una vez que comienza la atención domiciliaria, los cuidadores necesitan comunicación constante con los profesionales médicos para recibir recomendaciones y apoyo, y para acceder a cuidados más intensivos si fueran necesarios y estuvieran disponibles. Muchas pautas sobre atención domiciliaria requieren que los hogares tengan la capacidad de mantener dicho canal de comunicación para que se les permita adoptar la atención domiciliaria. Generalmente está implícito que será apoyo remoto de un profesional médico por medio de un teléfono. Sin embargo, como se analizó en la **sección 1**, muchas personas no tienen acceso a teléfonos ni otras tecnologías de comunicación y, aun así, tampoco podrán buscar atención en los centros formales, o preferirán no hacerlo. El apoyo telefónico también puede ser inadecuado o difícil de lograr, incluso si los cuidadores tienen acceso a un teléfono. Estas barreras y preferencias no se consideran en las

pautas de orientación sobre atención domiciliaria, más allá de decidir la inelegibilidad para este tipo de atención. Tampoco se describen formas alternativas de apoyo en persona o remoto que podrían ser más apropiadas dadas las circunstancias. Si bien es cierto que algunas pautas sugieren que las visitas en persona del personal médico podrían ser apropiadas, no se detalla qué implica esto en términos de cómo se podrían organizar, qué tipo de apoyo pueden proporcionar, quién haría estas visitas y cómo se podrían proteger, incluidas las situaciones en las que no hubiera EPP médico.

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Los modelos de apoyo a la atención domiciliaria, ya sean visitas en persona o mediante tecnología, deben coincidir con los recursos disponibles del sistema de salud y las capacidades de la población local. El apoyo telefónico de los profesionales médicos locales o por medio de líneas de apoyo nacionales es un medio para dar asistencia remota si las personas tienen acceso a un teléfono.
- **Recomendación:** En las áreas con acceso limitado a teléfonos y otras tecnologías de comunicación, se deben fortalecer las iniciativas para crear canales de comunicación con los cuidadores. Esto se puede hacer con la colaboración de los actores locales que conozcan su vecindario y sepan donde se necesita apoyo adicional. Se podría hacer con teléfonos celulares administrados por los grupos comunitarios y entregados temporalmente a los hogares según la necesidad, o con un conjunto de "teléfonos itinerantes" que los ASC o voluntarios entrenados en medidas de PCI lleven de casa en casa.
- **Recomendación:** Si no fuera posible la comunicación digital o telefónica directa con un hogar, quizás sea necesario que el personal médico, como los ASC, visite con regularidad los hogares donde hay atención domiciliaria (especialmente en el caso de las personas con una enfermedad más grave) para dar recomendaciones, controlar el estado del paciente y pedir apoyo más especializado, si es necesario.
- **Recomendación:** Garantizar que los visitantes a un hogar donde hay atención domiciliaria puedan hacerlo de una forma que minimice el riesgo de propagar la infección. Es fundamental darles recomendaciones y recursos a los profesionales médicos para que se protejan, incluido el EPP no médico, cuando hagan las visitas en el hogar.

4.2 Dar apoyo y pautas de asesoramiento sobre la atención domiciliaria para la enfermedad leve y también para la enfermedad moderada y grave, y para los cuidados paliativos, ya que en determinadas circunstancias, los cuidadores pueden necesitarlos

CUESTIONES A CONSIDERAR

Si bien es ideal que todos los pacientes en riesgo de contraer COVID-19, o con la forma grave de la enfermedad, reciban atención especializada en centros bien equipados con personal médico capacitado, es muy improbable que esto sea posible en todos los entornos. La naturaleza del COVID-19 está generando escenarios en los que la cantidad de enfermos lo suficientemente graves para requerir tratamiento con oxígeno y/o respiración mecánica supera los recursos disponibles, o los recursos son totalmente inexistentes. Si bien se ha reconocido la necesidad de los cuidados paliativos en los entornos de atención comunitaria

durante situaciones de enfermedades catastróficas^{131, 132}, incluso en el contexto del COVID-19¹³³, esto no se encuentra actualmente reconocido en las pautas existentes sobre atención domiciliaria. El inicio de los síntomas graves y el deterioro de la salud en los pacientes con COVID-19 aparentemente leve, también se puede producir con rapidez, incluso después de un período de mejoría, y hasta ha tomado por sorpresa al personal médico.¹³⁴ Algunos síntomas, como la "hipoxia silenciosa", en la que los pacientes tienen niveles de oxígeno peligrosamente bajos aún conservando la lucidez y no presentando dificultades para respirar, son difíciles de detectar.¹³⁵ Además del apoyo remoto y en persona del personal médico, los cuidadores deben recibir información, e incluso podrían tener acceso a material (como un pulsioxímetro para medir la saturación de oxígeno en la sangre), para reconocer y aliviar distintos síntomas. También deben recibir información clara sobre con quién comunicarse si se necesita atención especializada o de emergencia, si estuviera disponible. Si dicho contacto no puede establecerse rápidamente, **es probable que los cuidadores carezcan de conocimientos sobre qué hacer, y es posible que los pacientes padezcan sufrimiento físico, espiritual y emocional innecesario.** Las pautas de asesoramiento sobre atención domiciliaria también recomiendan que no se realicen visitas al hogar del paciente, al margen de las del personal médico. En caso de una enfermedad grave que lleve al borde de la muerte, la incapacidad de recibir visitas de familiares o líderes espirituales puede provocar un significativo daño social, cultural y psicológico.¹³⁶ Se podrían tener en cuenta formas remotas de contacto o visitas seguras con EPP. Hoy en día no puede desaprovecharse la oportunidad de proporcionar pautas y apoyo para los cuidadores y los ASC que se ocupan de los casos graves de COVID-19. En situaciones donde la atención sea necesaria, **se aconseja ser transparente sobre las realidades locales y poner a disposición las estructuras y las pautas de apoyo apropiadas, en la medida de lo posible.**

EXPERIENCIA

Un posible obstáculo para la elaboración y difusión de recomendaciones para la atención comunitaria de pacientes gravemente enfermos, es la idea de que pueda haber riesgos políticos involucrados, ya que podría percibirse como un reconocimiento del fracaso de los principales responsables, o incluso una violación de principios éticos. Durante la epidemia de Ébola en África Occidental, los responsables políticos de las acciones de respuesta se mostraron reacios a permitir modelos de atención más descentralizados, incluida la atención domiciliaria, por temor a generar un sistema de dos niveles de atención. Quienes tuvieran acceso a las Unidades de Tratamiento del Ébola (UTE) recibirían atención de mejor calidad que quienes solo pudieran acceder a centros de "nivel inferior", o directamente a ninguno. Finalmente, al constatar que las personas no estaban accediendo a las ETU, e incluso las evitaban activamente, y que la atención domiciliaria se llevaría a cabo de todos modos, se aprobaron los centros de atención comunitaria. Estos centros, atendidos por profesionales de la salud y laicos de la comunidad, capaces de brindar cuidados paliativos, resultaron ser populares.¹⁰⁹ También permitieron que los familiares visitaran a sus seres queridos a una distancia segura, ayudando a aliviar la angustia emocional y social.¹³⁷

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Los cuidadores a cargo de pacientes críticos, o con más probabilidades de desarrollar una enfermedad grave, deben tener prioridad en cuanto a formas de comunicación con los profesionales médicos. Deben ser capacitados para reconocer los signos críticos de deterioro o complicaciones más graves, y en la medida de lo posible, para brindar atención de forma segura, incluidos los cuidados paliativos, en caso de agravamiento de las condiciones si la atención de emergencia no está al alcance. Los equipos médicos que apoyan la atención domiciliaria en el ámbito local, como los ASC, necesitarán capacitación similar.
- **Recomendación:** Se necesitan con urgencia materiales de comunicación pública sencillos y accesibles que asesoren a los cuidadores que atienden a personas con enfermedad grave de COVID-19 en el hogar. La guía para el manejo de las dificultades respiratorias desarrollada en el Reino Unido (consulte la **Figura 1**) es un ejemplo de un punto de partida desde el cual crear materiales más apropiados a nivel local para casos moderados.⁴⁰ También se necesita información sobre cuidados paliativos que aborde los síntomas graves y la muerte.
- **Recomendación:** Si es posible, considerar el suministro de oxígeno o medicamentos gratuitos o accesibles en los hogares u otros centros comunitarios donde las personas puedan tener dificultades para respirar o estén al fin de su vida. En los hogares, también podrían distribuirse dispositivos de control de oxígeno, llamados pulsioxímetros, o podrían ser llevados por los ASC durante las visitas domiciliarias, y se pueden utilizar para monitorear el estado de salud del paciente y evaluar la gravedad de la enfermedad periódicamente.
- **Recomendación:** Si aún no se han implementado, las autoridades deben crear planes para la atención en centros comunitarios que puedan dar apoyo más especializado a los enfermos cuyo estado de salud se deteriore en el hogar y que no tengan acceso a un hospital.
- **Recomendación:** En circunstancias ideales, los equipos de cuidados paliativos con habilidades clínicas, psicológicas y espirituales deben estar preparados para responder ante las necesidades en hogares y centros comunitarios, comunicándose con los cuidadores por medio de tecnología u ofreciendo apoyo en persona.

4.3 Dar recomendaciones y asistencia que reconozcan que la atención domiciliaria podría aplicarse a enfermedades distintas al COVID-19

CUESTIONES A CONSIDERAR

Si bien no necesariamente asumen que todos los pacientes podrán hacerse una prueba diagnóstica, la mayoría de las recomendaciones tienden a asumir que los pacientes y sus cuidadores serán capaces de saber que lo que están experimentando es en efecto COVID-19. En los entornos donde sea limitado el acceso a las pruebas de COVID-19, o a las pruebas diagnósticas en términos más generales, reconocer con certeza esta enfermedad puede ser imposible. Sería aconsejable tener en cuenta otras enfermedades prevalentes con síntomas similares al COVID-19, como tos, temperatura elevada y malestar general. Es concebible que una

parte de las enfermedades que se pueden atribuir a COVID-19 serán a diferencia infecciones bacterianas respiratorias o malaria, por ejemplo. La dificultad respiratoria también puede ser causada por otras enfermedades, incluso afecciones crónicas como la cardiopatía. Las recomendaciones podrían incluir consejos para diferenciar entre las enfermedades con síntomas similares al COVID-19 y alentar a las personas y cuidadores a estar alertas ante la posibilidad de tener una enfermedad diferente. También se les debería recomendar que consulten a profesionales médicos para obtener una confirmación diagnóstica, si estuviera disponible, así como los tratamientos correspondientes, como antibióticos. Por lo tanto, las pautas de asesoramiento no deberían centrarse únicamente en el COVID-19, sino apuntar a reducir la mortalidad y el sufrimiento, y promover la búsqueda de atención en líneas más generales. Con una importante divulgación de información orientada al COVID-19 durante un brote, probablemente esta sea la principal preocupación de la población. Sin embargo, los profesionales de la salud deben tomar medidas para minimizar el riesgo de tratamiento deficiente o interrupción en la continuidad del tratamiento de otras enfermedades. Esto destaca la importancia del fortalecimiento de la atención médica primaria, y no solo la atención de la infección por SARS-CoV-2.

EXPERIENCIA

El tema de las muertes indirectas relacionadas por otros problemas de salud durante los brotes de COVID-19 está atrayendo mucha atención de los investigadores, incluso en los lugares de altos ingresos. Durante el brote de Ébola en África Occidental, se observó una mortalidad más alta de lo habitual por otros problemas de salud a causa del limitado acceso a los servicios de salud para recibir diagnóstico y tratamiento.¹³⁸

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Facilitar pruebas diagnósticas para COVID-19 siempre que sea posible, lo que incluye optimizar el acceso en entornos comunitarios. Además, no descuidar la capacidad diagnóstica y la disponibilidad de tratamiento para otras enfermedades prevalentes, como aquellas que tienen síntomas coincidentes con el COVID-19.
- **Recomendación:** Cuando las pruebas de COVID-19 o la capacidad diagnóstica en general sean limitadas, las pautas deben incluir recomendaciones para diferenciar entre las enfermedades que tienen síntomas similares al COVID-19. Se debe recomendar que se consulten a profesionales médicos para descartar otras enfermedades prevalentes y recibir el tratamiento apropiado. Siempre que sea posible, frente a las realidades de salud locales, garantizar la disponibilidad de la evaluación de un profesional médico que pueda considerar diagnósticos diferenciales.

4.4 Ofrecer claridad y sólido apoyo acerca de la auto-asistencia

CUESTIONES A CONSIDERAR

La mayoría de las pautas oficiales no afirma explícitamente que las personas no deben adoptar la auto-asistencia, sin embargo, al establecer la disponibilidad de un cuidador como parte de los criterios para la atención domiciliaria, muchas sí insinúan que no es lo ideal. Sin embargo, en algunos contextos como el

escocés, el mensaje comunicado sí implica directamente la auto-asistencia.³⁵ En otros países, las pautas oficiales que indican que debe haber un cuidador pueden parecer contradictorias al aparecer mensajes con enunciados que incluyen la frase "usted debe". En algunos casos, esto puede crear confusión. En términos prácticos, **no todas las personas tendrán un cuidador disponible y, de hecho, muchos casos serán lo suficientemente leves para que la persona pueda aislarse a sí misma de manera segura sin riesgo de infectar a otros miembros del hogar.** Siempre que sea posible, las personas que vivan solas y sean mayores o tengan factores de riesgo de contraer una enfermedad grave deben recibir atención en centros de salud formales. Cuando esto no fuera posible, es especialmente importante que reciban apoyo por teléfono o mediante visitas en personas, idealmente, de profesionales médicos, ASC u otros voluntarios capacitados, y que se las controle con regularidad. Si no es posible localizarlos, porque no responden el teléfono o no abren la puerta, se debe contactar a los servicios de emergencia de inmediato.

EXPERIENCIA

En Nueva Zelanda, el gobierno ha promovido un modelo de "sistema de compañeros" para el apoyo mutuo entre las personas que viven solas.¹³⁹ El modelo permite que los "compañeros" interactúen como si estuvieran viviendo en el mismo hogar, incluso realizar visitas en persona, siempre que no visiten a nadie más. Si bien estas relaciones no apuntan a prestar y recibir atención domiciliaria para el COVID-19 (ni para ninguna otra enfermedad), es posible que incluyan la comprobación por teléfono u otros medios si un "compañero" se enferma, y ayuden con el acceso a asesoramiento y apoyo adicional.

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Donde aún no sea parte de la política pública, abogar el acceso a los centros de salud para las personas solas con un caso sospechoso o confirmado de COVID-19, especialmente si son mayores o tienen otros factores de riesgo para la salud y pueden contraer una enfermedad grave.
- **Recomendación:** Dejar claro en las pautas de asesoramiento si la auto-asistencia es admisible y, en caso de serlo, cómo las personas pueden adoptarla de forma segura. Garantizar que esta recomendación no contradiga otros mensajes.
- **Recomendación:** Trabajar con actores locales para identificar los hogares de personas solas en la comunidad, evaluando su nivel de vulnerabilidad, como si hay mayores, con discapacidades, o con otros factores de riesgo. Esta información se puede utilizar para planificar estrategias que garanticen la atención segura en caso de que esas personas contraigan COVID-19.
- **Recomendación:** Asegurarse de que las personas que adoptan la auto-asistencia estén conectadas con el apoyo profesional por medio de llamadas diarias, mensajes de texto o visitas en persona del personal o los voluntarios de salud, y si no responden, comunicarse de inmediato con los servicios de emergencia.

4.5 Abordar el acceso a alimentos y otras necesidades materiales y psicosociales de cuidadores, miembros del hogar y pacientes

CUESTIONES A CONSIDERAR

Muchas pautas para la atención domiciliaria no abordan cuestiones más allá de las medidas de PCI y los aspectos terapéuticos básicos de la asistencia. Si bien algunas especifican que el acceso a una alimentación adecuada es una condición para la atención domiciliaria que se tiene en cuenta durante la evaluación, por lo general, no detallan disposiciones sobre cómo se podrían satisfacer estas necesidades ante la incapacidad de los miembros del hogar de hacerlo por sí mismos. **Si las personas no pueden satisfacer sus necesidades básicas, como las de alimentación y medicación, estas tendrán menos capacidad de cuidar de sus seres queridos de manera segura y efectiva.** Una nutrición adecuada contribuye a la inmunidad y, por lo tanto, es fundamental garantizar que los pacientes y otros familiares estén bien alimentados. El temor y la preocupación sobre la enfermedad, la pérdida de medios de subsistencia e ingresos, y el estigma de otros familiares o miembros de la comunidad a causa del COVID-19, también pueden provocar **estrés y ansiedad, y afectar la salud mental y el bienestar de los pacientes y cuidadores.** La atención domiciliaria no se puede separar de la exigencia de garantizar que las personas tengan acceso a alimentos nutritivos y satisfagan otras necesidades, incluido el apoyo psicosocial, que históricamente no ha sido una prioridad en las emergencias sanitarias.¹⁴⁰ La OMS ha publicado guías, independientes de la atención domiciliaria, sobre consideraciones psicosociales y de salud mental durante la pandemia de COVID-19.^{141, 142}

EXPERIENCIA

La organización comunitaria puede colaborar con el suministro y la entrega de alimentos y otros artículos esenciales en los hogares donde se realiza la atención domiciliaria. Comunidades de ayuda mutua en Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido, generalmente formadas por redes de vecinos que se organizan en línea, están satisfaciendo la necesidad de alimentos (entregando víveres, vinculando a las personas con los bancos de alimentos y organizando iniciativas populares de entrega de comidas preparadas u "ollas populares") y otros servicios y recursos esenciales.^{143, 144} La aplicación *Boost* creada por *Avert*, orientada a los ASC en África, sugiere que de similar manera, las personas pidan a sus vecinos que les lleven provisiones.¹⁴⁵

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Garantizar que los hogares donde se realiza atención domiciliaria para el COVID-19 tengan el suministro adecuado de alimentos nutritivos. Involucrar a actores locales y los grupos comunitarios, incluidas las redes religiosas, para coordinar el suministro y la entrega de alimentos y otros elementos básicos, como medicamentos para otras enfermedades, teniendo en cuenta las necesidades dietéticas específicas que algunas personas puedan tener.
- **Recomendación:** Las recomendaciones y asesoramiento sobre la atención domiciliaria deben incluir sugerencias para limitar el estrés y promover el bienestar, como mantener el contacto de forma segura con los seres queridos (si es posible, por teléfono).
- **Recomendación:** Asegurar que el apoyo psicosocial esté disponible para las personas que den o reciban atención domiciliaria para mitigar sentimientos de estrés, ansiedad y exclusión. Se puede alentar o capacitar a los ASC y otros actores que contribuyen a la atención domiciliaria para que se comuniquen

con las familias con empatía y compasión, y para derivarlos a los servicios de apoyo psicosocial apropiados para la situación local, si es necesario. Los modelos de apoyo psicológico de base comunitaria, adaptados cultural y contextualmente que se implementaron por la crisis de Ébola en África Occidental deben adaptarse a los nuevos desafíos planteados por el COVID-19.¹⁴⁶

4.6 Reconocer que los cuidadores, especialmente las mujeres, pueden necesitar apoyo multidimensional

CUESTIONES A CONSIDERAR

Los cuidadores se enfrentan una serie de riesgos más allá de contraer COVID-19. Las pautas de asesoramiento sobre atención domiciliaria tienden a hacer foco en limitar el riesgo de infección indicando medidas de EPP y PCI, y no consideran plenamente otras dimensiones del riesgo. Si bien las mujeres parecen tener menos probabilidades de contraer formas graves de la enfermedad y mortalidad por el COVID-19¹⁴⁷, quizás los efectos económicos y sociales las afecten mucho más.¹⁴⁸⁻¹⁵⁰ Debido a los roles socialmente establecidos en diferentes lugares en función del género, las mujeres tienen muchas más probabilidades de asumir el rol de cuidadora si un familiar o amigo se enferma.¹⁵¹ Esto se sumará a sus responsabilidades de cuidado habituales no remuneradas, que también aumentan con la pandemia. Entre estas, se incluyen **la necesidad de cuidar de familiares con enfermedades que no sean COVID-19 y que ya no dispongan de fuentes externas de apoyo, además de ocuparse de los niños (que quizás no puedan asistir a la escuela) y de los mayores. Tampoco desaparecen las tareas habituales de recoger agua, cocinar, lavar y limpiar en la casa**, esta última una parte clave de las medidas de PCI y atención domiciliaria que debe hacerse con mayor intensidad. Esta pesada carga puede dar lugar a que las mujeres y las niñas tengan que dejar el trabajo o la escuela. Algunas pautas hacen énfasis en que los cuidadores también deben minimizar el contacto con otros familiares o miembros del hogar. Sin embargo, las expectativas sociales sobre la atención y las relaciones de poder en función del género en el ámbito doméstico pueden dificultar que muchas mujeres realmente lo practiquen. Las mujeres además tienen más probabilidades de ser víctimas de violencia y abuso doméstico, lo que se exagera con el confinamiento debido al COVID-19.^{152, 153} Las pautas sobre las medidas de PCI y la atención domiciliaria frecuentemente destacan la necesidad de lavar la indumentaria y la ropa de cama de los pacientes a altas temperaturas. Esto será difícil de lograr en los hogares sin acceso a un lavarropas y donde haya escasez de agua. Además, no debe subestimarse el estrés relacionado con estas cargas para las mujeres cuidadoras, incluidas las dificultades grandes e inesperadas que pueden surgir si un ser querido se enferma críticamente en el hogar. Para poder aliviar estas cargas y dificultades, es necesario proporcionar apoyo material, económico, social y de salud mental. Es importante que ese apoyo incluya algo más que simplemente "subsidiar a la mujer para hacer el trabajo de la mujer" y que también se traten cuestiones culturales y estructurales más profundas que suponen una carga excesiva para ellas.^{148, 154}

EXPERIENCIA

Las mujeres soportaron la mayor carga del cuidado durante la crisis de Ébola en África Occidental.¹⁵⁵ De hecho, su trabajo gratuito está fundamentando actuales respuestas globales al COVID-19. Ellas mismas se

han estado organizando para asistir a los hogares que necesitan una ayuda adicional. En India, Grupos de Autoayuda (GAA) de mujeres se han movilizado para establecer 10 000 comedores comunitarios en todo el país y entregan comida preparada a personas necesitadas, incluso en los hogares en aislamiento.⁹⁴

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** Promover mensajes y debates honestos sobre el trabajo asistencial que debe hacerse en el hogar durante la atención domiciliaria. Alentar a otros miembros del hogar a ocuparse de los niños o los mayores para que los cuidadores puedan enfocarse en el paciente y en las medidas de PCI relacionadas. Incluir a las mujeres en el desarrollo de mensajes, debates y toma de decisiones en el ámbito de la respuesta local.
- **Recomendación:** Promover la comunicación entre pares y el apoyo entre las mujeres y los cuidadores de maneras que minimicen los riesgos de infección. Esto podría ser por teléfono, WhatsApp o mediante reuniones con distanciamiento físico de un grupo pequeño de mujeres en caso de que el acceso a teléfonos o Internet sea limitado.
- **Recomendación:** Establecer sistemas para entregar agua y alimentos, incluidas comidas precocinadas a los hogares donde se realice la atención domiciliaria para aliviar la carga asistencial de las mujeres y otros cuidadores, y garantizar el bienestar de todos sus miembros.
- **Recomendación:** Respecto de las medidas de PCI, considerar la posibilidad de establecer un servicio de lavado para los hogares donde se realice la atención domiciliaria, en los que se pueda lavar indumentaria y ropa de cama en un lavarropas con uso de agua caliente. Las personas involucradas en la prestación de este servicio deben recibir EPP y capacitación sobre medidas de PCI.
- **Recomendación:** Si es posible, seguro y aceptable para las familias, apoyar modalidades de asistencia alternativas. Durante el período de atención domiciliaria en su hogar habitual, los niños y los mayores quizás puedan quedarse con otros familiares, mientras que los mayores y otros miembros vulnerables pueden recibir atención en modalidades alternativas de "resguardo" comunitario.⁹⁶

5. CALIDAD Y CONFIANZA EN LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN LOS CENTROS TRANSITORIOS Y ADAPTADOS

Este informe no realiza una revisión integral de las recomendaciones inherentes al funcionamiento de centros y establecimientos no convencionales. Sin embargo, hay una serie de consideraciones críticas para los entornos donde se ofrece atención fuera del hogar en este tipo de centros. Un aspecto central de estas consideraciones es la confianza depositada por aquellos cuyos seres queridos serán atendidos de manera adecuada y segura. A continuación, se presentan algunas de estas consideraciones, informadas por experiencias previas en brotes de enfermedades y en otras actuales relacionadas al COVID-19.

En los países donde se han reformado o montado centros adicionales para el aislamiento y la atención de pacientes con COVID-19 probable o confirmado, se asume la aceptabilidad de esos lugares y la probabilidad

de que las personas se presenten y decidan quedarse para recibir atención. Al igual que con los hospitales, **es posible que las personas duden en visitar estos centros en contextos donde históricamente han sido excluidas por los sistemas de salud formales o han tenido malas experiencias con los servicios, como no recibir la atención necesaria, o ser estigmatizadas o discriminadas** por cuestiones socioeconómicas, religiosas o de minoría étnica, edad, género, orientación sexual e incluso estado de salud.¹⁵⁶ En algunos contextos, el COVID-19 mismo puede convertirse en una condición propicia para la estigmatización, en particular si se asocia con comportamientos considerados tabú¹⁵⁷ o genera situaciones en las que las personas son excluidas de las redes sociales y medios sociales de subsistencia.

Las personas también pueden temer acudir a tales centros si están sucios, son antihigiénicos y tienen prácticas de PCI deficientes o incongruentes, especialmente si no han hecho una prueba para confirmar que han contraído COVID-19. Razonablemente puedan temer contraer la infección dentro del mismo centro. La naturaleza contagiosa del COVID-19 (y el hecho de que los portadores asintomáticos pueden transmitir la enfermedad) presenta más desafíos para la PCI en los centros comunitarios que, por ejemplo, el virus del Ébola, más difícil de contraer. Esta realidad supone riesgos reales para los modelos de atención comunitaria: si los centros comienzan a asociarse con la transmisión nosocomial, las personas con casos no confirmados, pero probables de COVID-19 pueden renunciar a buscar tratamiento allí, o pueden "escapar". De hecho, en Bangladesh¹⁵⁸, India¹⁵⁹, Nigeria¹⁶⁰ y otros países, se han registrado "huidas" de centros comunitarios por quejas sobre las condiciones insalubres y la falta de atención médica, incluso por patologías ajenas al COVID-19. El trato igualitario puede ser un problema en estos centros, y hay un riesgo de que la discriminación y el acceso en función de clase, la pobreza y la casta conduzcan al deterioro de las condiciones en los centros que atienden principalmente a grupos marginados, o en un peor trato de los pacientes en estos grupos. Esta situación puede perjudicar a estos grupos no solo en términos de la calidad de atención sino también contribuir al resentimiento y dañar la confianza, desalentando a atender o permanezcan en estos centros.

La falta de transparencia también puede desalentar la búsqueda de atención en los centros convencionales. Como ya se sugirió, durante los brotes de Ébola en África Oriental y Occidental, muchas personas se mostraron reacias a presentarse o ingresar a sus familiares en los Centros de Tratamiento del Ébola. En efecto, el resentimiento y la desconfianza aumentaron por casos en los que no se informó a las familias sobre la muerte de un ser querido en dicho Centro o en los que los cuerpos no fueron mostrados ni entregados a las familias. También surgieron los rumores de que el personal médico estaba recolectando partes de los cuerpos.^{16, 127} Es fundamental que los pacientes y sus familias puedan mantenerse conectados. En Uganda, las pautas para los centros de cuarentena recomiendan garantizar que los pacientes tengan enchufes para cargar teléfonos o que les proporcionen medios para comunicarse con sus familiares durante al menos 10 minutos por día.¹⁶¹

Es posible que las personas asintomáticas, con síntomas leves o con casos leves no sientan la necesidad de permanecer en un centro de este tipo. En Nigeria, las personas en Centros de Tratamiento han protestado por estar confinadas en los centros, a pesar de sentirse sanas, y por recibir atención deficiente para otras

enfermedades.^{160,162} Esto ilustra una incapacidad para comunicar con efectividad que las personas sin síntomas o con síntomas leves aún pueden transmitir el virus sin saberlo. La falta de claridad sobre para quién están destinados tales centros, o la incapacidad de separar adecuadamente a los pacientes confirmados o probables de las personas en cuarentena debido al contacto con un paciente confirmado, también pueden suponer riesgos para la propagación y el deterioro de la confianza. Etiquetar a las personas que "huyen" de estos centros como irresponsables y acusarlas de poner en riesgo la salud de los demás omite destacar las razones fundamentales que provocaron el querer irse. **Forzar a las personas a acudir a centros comunitarios, especialmente si están asociados con una mala atención, puede resultar contraproducente.** La coerción puede exacerbar relaciones ya deterioradas entre los ciudadanos y el estado, y socavar la respuesta general al brote provocando resistencia y fomentando la desconfianza.

RECOMENDACIONES

- **Recomendación:** De ser posible, designar espacios de atención que inspiren confianza (como iglesias o centros comunitarios) y evitar condiciones similares a una prisión. Evitar amurallar o cercar los centros de manera que las personas se sientan aisladas del exterior. Hacer máximos esfuerzos para ser lo más transparente posible. Los grupos comunitarios pueden ayudar a identificar los espacios apropiados.⁹²
- **Recomendación:** Mantener a los familiares informados sobre la condición de su ser querido, incluso garantizar que tengan medios para comunicarse. Permitir que los familiares o líderes espirituales visiten a los pacientes en los centros, si es posible de manera segura, especialmente si el paciente recibe cuidados paliativos y está en estado crítico. Si no es posible de forma segura, facilitar las visitas virtuales.
- **Recomendación:** Mantener los centros e instalaciones lo más limpios posibles, asegurando que el personal tome todas las precauciones posibles y necesarias para protegerse, proteger a los pacientes y a otros de la infección de COVID-19 y de otras amenazas para la salud.
- **Recomendación:** Establecer protocolos claros para mantener a los pacientes con casos confirmados de COVID-19 separados de otros pacientes, y garantizar que esto se comunique de manera efectiva entre todo el personal, los voluntarios y los pacientes.
- **Recomendación:** Asegurarse de que los pacientes reciban alimentos adecuados, agua potable y otros artículos básicos, y garantizar seguridad y privacidad. En las decisiones sobre la asignación de habitaciones y baños, se deben tener en cuenta las normas sociales y culturales sobre género.

OTROS RECURSOS ÚTILES

Pautas de asesoramiento relevantes de la OMS

*Atención domiciliaria a pacientes con COVID-19 que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos*³

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331528?locale-attribute=es&>

*Atención domiciliaria para casos sospechosos y leves de COVID-19 (video)*⁴⁷

<https://www.youtube.com/watch?v=YZnnnGheZJU&feature=youtu.be>

*Uso racional de equipo de protección personal para la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y consideraciones ante graves desabastecimientos*¹⁰⁸

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCov-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf

*Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en la comunidad, durante la atención domiciliaria y en entornos de atención de la salud en el contexto del brote del nuevo coronavirus (COVID-19)*¹⁰⁷

[https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)

*Agua, saneamiento, higiene y gestión de desechos en relación con el virus de la COVID-19: Orientaciones provisionales*⁹⁹

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331929/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.3-spa.pdf

Pautas de asesoramiento accesibles sobre atención domiciliaria para el público

*Video de asesoramiento sobre coronavirus (Reino Unido)*⁴⁸

<https://www.doctorsoftheworld.org.uk/coronavirus-video-advice/>

*Pautas de recomendación para quedarse en casa/autoaislarse durante el COVID-19 (en 14 idiomas) (Indonesia)*⁴⁹

<https://suaka.or.id/2020/04/20/stay-at-home-self-isolation-guidelines-during-covid-19-in-14-languages/>

*Cómo manejar la falta de aire en el hogar durante el brote de COVID-19 (Reino Unido)*⁴⁰

<https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/khp-gp-breathlessness-resource.pdf>

*Cómo cuidar a un familiar con COVID-19 que está falleciendo en el hogar (Reino Unido)*³⁹

https://www.hospiceuk.org/docs/default-source/echo/covid-19-echo/covid-19_care-at-home_guide_final.pdf

Recursos para el personal de salud

*COVID-19 y consultas remotas: guía rápida para evaluar a pacientes por videollamada o llamada de voz (BMJ)*⁵¹

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/bmj-visual-summary-for-remote-consultations-pdf-8713904797>

*COVID-19: evaluación remota en atención primaria*⁵²

<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>

Material adicional relevante

*Revisión de las consecuencias de la atención domiciliaria ante una amenaza biológica: el caso del SARS-CoV-2/COVID-19*²

*Consideraciones y principios para proteger a las personas con alto riesgo de tener consecuencias graves por el COVID-19 (abril de 2020)*⁹⁶

<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15286/SSHAP%20COVID-19%20Brief%20Shielding.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

*Consideraciones clave: el COVID-19 en asentamientos urbanos informales (marzo de 2020)*¹⁶³

<https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-covid-19-informal-urban-settlements-march-2020/>

APÉNDICE

País	Descripción breve del enfoque de atención domiciliaria y comunitaria
África	
Argelia	El gobierno aprobó una aplicación para consultas domiciliarias para los pacientes con COVID-19. ⁵⁵
Egipto	Se propuso la atención en centros adaptados , como hoteles, clubes sociales y residencias universitarias. ⁶⁴ Sin embargo, la atención domiciliaria se está aplicando claramente, ya que los médicos han lanzado una plataforma de consulta para COVID-19 en Facebook. ⁵⁶
Kenia	Existen recomendaciones sobre atención domiciliaria para casos leves que reflejan mucho las pautas de asesoramiento de la OMS. ²⁸ Se recomienda el uso de las mascarillas N95 para los cuidadores. Los voluntarios de salud comunitarios deben recoger los desechos y eliminarlos en los centros de salud más cercanos.
Nigeria	Todos los casos deben recibir tratamiento en los centros formales, incluidos los centros transitorios y adaptados . Una breve sección de las pautas de asesoramiento nacionales sobre gestión clínica ofrece recomendaciones básicas sobre atención domiciliaria, destinadas al período anterior al ingreso en un centro formal y después del alta. ⁶⁵ En las recomendaciones y los materiales de comunicación dirigidos al público, se pide a las personas con síntomas comunicarse con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria para realizarse las pruebas, recibir asesoramiento y ser ubicadas en un centro de tratamiento . ^{164, 165}
Sudáfrica	La atención domiciliaria , incluida la auto-asistencia, está autorizada para los casos leves, incluso mientras se esperan los resultados de laboratorio y después de los resultados confirmatorios. En los protocolos sobre gestión clínica se incluye una descripción breve. ¹⁶⁶ Un sitio web dirigido al público explica la atención domiciliaria más detalladamente. ³⁴ No se indican seguimientos regulares por teléfono u otro medio, pero los pacientes deben saber a quién contactar en caso de deterioro de la salud. Quienes están en el régimen de atención domiciliaria pueden recibir "paquetes para la atención", cuyo contenido "puede variar".
Uganda	Las recomendaciones sobre atención domiciliaria están incluidas en pautas de asesoramiento más generales sobre COVID-19 destinadas a los profesionales médicos (HCW). ³¹ Las "responsabilidades del gobierno" de asistir a las personas en cuarentena domiciliaria se exponen en recomendaciones separadas. ¹⁶¹ En las pautas de asesoramiento también se detallan planes básicos para organizar centros transitorios o adaptados para casos no graves, si fuera necesario. ³¹
Asia	
Bangladesh	En las pautas de asesoramiento sobre gestión clínica más generales dirigidas a los profesionales médicos, la atención domiciliaria está autorizada para la enfermedad leve y moderada. ²⁴ Se ha publicado un documento separado pero breve (en bengalí) específico para la atención domiciliaria con mensajes destinados al público. ²⁹ Se estipula el seguimiento regular por teléfono. Se sugiere quemar los desechos, como pañuelos usados, en lugar de "quemarlos al aire libre", y los hogares deben estar cerca de los centros sanitarios.
India	Existe un conjunto de pautas de asesoramiento sobre atención domiciliaria incluido en documentos sobre gestión clínica más generales y también independientemente de estos, aparentemente dirigidos a los profesionales médicos. ^{167, 168} Los desechos generados en el hogar deben quemarse o enterrarse. También se ofrece atención comunitaria en centros adaptados , incluidos los "centros de atención del COVID-19" a cargo de médicos especializados en medicina tradicional. ⁶⁹ Algunos estados y hospitales han promovido una aplicación para apoyar la atención domiciliaria del COVID-19 y teleconsultas. ^{53, 54}
Indonesia	Debido a la presión del sistema de salud, Indonesia (Jakarta) amplió su política de atención domiciliaria para casos sospechosos de COVID-19 e incluyó a los casos confirmados con una enfermedad leve. La atención en centros comunitarios, como hoteles, también es parte del modelo del país. ¹⁶⁹
Malasia	Se especifica que todos los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 deben recibir atención en centros formales, incluidos los centros comunitarios . En las pautas de asesoramiento se hace una mención breve de la atención domiciliaria/el aislamiento domiciliario, que al parecer es relevante solo en el contexto del alta de un centro (posiblemente durante un período indicado por el personal médico). ^{63, 170}
Filipinas	En las pautas de asesoramiento sobre atención comunitaria, existen indicaciones sobre la atención domiciliaria para casos leves y sobre la atención en centros transitorios o adaptados . El documento está destinado a los profesionales médicos y los responsables de respuesta. ³⁸ Se especifica que el gobierno local es responsable del suministro de alimentos a las personas y los hogares en atención domiciliaria.
América Latina	
Brasil	Las recomendaciones sobre atención domiciliaria se incluyen en protocolos más generales sobre gestión clínica y respuesta ³⁷ , y en pautas de asesoramiento sobre aislamiento domiciliario. ⁴³ Si bien se da a entender lo que debe haber un cuidador, se recomienda que los pacientes laven su propia ropa y limpien el baño después de usarlo.
México	Las pautas de asesoramiento sobre atención domiciliaria que reflejan en gran medida las indicaciones de la OMS se incluyen en un manual más general sobre la prevención de infecciones ¹⁷¹ . También fueron publicadas por un medio de comunicación nacional importante. ⁴⁶

Perú	Las recomendaciones sobre atención domiciliaria reflejan las pautas de la OMS, pero están muy simplificadas. ³³ Se indican mascarillas "simples", pero desechables, para los cuidadores. También hay un sitio web del gobierno destinado al público que ofrece asesoramiento sobre atención domiciliaria. ¹⁷²
------	--

En el cuadro de arriba, se describen los modelos de atención domiciliaria y comunitaria y las pautas de asesoramiento y recomendaciones de algunos de los PIMB considerados en este informe. También incluimos el medio en el que existen y el público destinatario. Se menciona brevemente la diferencia entre esas recomendaciones y las pautas de asesoramiento de la OMS y los modelos dominantes. La naturaleza acelerada de esta revisión implicó que indudablemente se hayan escapado algunos detalles. Al redactar, nos centramos en los países que ya han sufrido un impacto considerable por el COVID-19 o que probablemente puedan ser afectados en el futuro cercano. Las barreras lingüísticas, las limitaciones de tiempo y la falta de transparencia o presencia en línea de algunas respuestas nacionales han implicado que tengamos solo información breve de algunos países que nos habría gustado incluir con más detalle (como Argelia, que ha tenido tasas altas de mortalidad por COVID-19).

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos agradecer a los siguientes colegas por sus valiosos comentarios y críticas sobre este documento:

Laura Archer, Ombretta Baggio y Gwendolyn Eamer, IFRC

Yolanda Beyugo, OMS

Gerry Bloom, Institute of Development Studies

Ivy Chumo, African Health and Population Centre (APHRC) Kenya y ARISE GCRF Hub Consortium

Laura Dean, Sally Theobald y Rachel Tolhurst de Liverpool School of Tropical Medicine y ARISE Hub Consortium

Alice Desclaux, Centre Régional de Recherche et de Formation de Fann (CRCF), Dakar, Senegal

Nina Gobat, Universidad de Oxford y GOARN Research Social Science Group

Bintu Mansaray, COMAHS (College of Medicine and Allied Health Sciences) de Sierra Leona y ARISE Hub Consortium

Sophie Mylan, London School of Hygiene and Tropical Medicine y NHS UK

Lilian Otiso, LVCT Kenia y ARISE Hub Consortium

Melissa Parker, London School of Hygiene and Tropical Medicine y SSHAP

Olivia Tulloch, Anthrologica y SSHAP

CONTACTO

Si tiene una solicitud directa acerca de la respuesta al COVID-19, un informe, herramientas, experiencia técnica adicional o análisis remoto, o le interesaría ser considerado para la red de asesores, comuníquese con Social Science in Humanitarian Action Platform enviando un correo electrónico a Annie Lowden (a.lowden@ids.ac.uk) u Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com). Los puntos clave de enlace de la plataforma incluyen: UNICEF (nnaqvi@unicef.org); IFRC (ombretta.baggio@ifrc.org) y el Grupo de Ciencias Sociales para la Investigación de GOARN (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).



Social Science in Humanitarian Action es una alianza entre el Institute of Development Studies, Anthrologica y London School of Hygiene and Tropical Medicine. El financiamiento para promover la respuesta al COVID-19 de la plataforma ha sido proporcionado por Wellcome Trust y DFID.

REFERENCIAS

1. OMS. (2020). *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic: Interim Guidance*. <https://www.who.int/publications-detail/community-based-health-care-including-outreach-and-campaigns-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic>.
2. Chan, E., Gobat, N., Hung, H., MacGregor, H. & Wong, E. (2020). *A review on implications of home care in a biological hazard: The case of SARS-CoV-2/COVID-19* (N.º 202001; serie de resúmenes técnicos sobre gestión de riesgos de desastres y emergencias de salud [Health-EDRM]). Collaborating Centre for Oxford University and CUHK for Disaster and Medical Humanitarian Response.
3. OMS. (2020). *Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts*. [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts).
4. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020). [The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi = Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*, 41(2), 145–151. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003>.
5. Harlan, C. & Pitrelli, S. (12 de marzo de 2020). As coronavirus cases grow, hospitals in northern Italy are running out of beds. *Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/world/europe/italy-coronavirus-patients-lombardy-hospitals/2020/03/12/36041dc6-63ce-11ea-8a8e-5c5336b32760_story.html.
6. Wintour, P. (3 de marzo de 2020). 'An absolute disaster': Iran struggles as coronavirus spreads. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/03/an-absolute-disaster-iran-struggles-as-coronavirus-spreads>.
7. Widiyanto, S. & Beo Da Costa, A. (28 de mayo de 2020). Coronavirus patients flood hospitals in Indonesia's second-largest city. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-indonesia-idUSKBN2341NT>.
8. DW News. (s. f.). *Coronavirus puts Brazil's healthcare system on the brink of collapse* | DW News. Consultado el 3 de mayo de 2020, en <https://www.youtube.com/watch?v=vNq-x5I228c>.
9. Mukherjee, I. (16 de mayo de 2020). No beds, packed morgues: Mumbai hospitals near collapse. *Agence France-Presse*. <https://www.afp.com/en/news/15/no-beds-packed-morgues-mumbai-hospitals-near-collapse-doc-1rm4qn1>.
10. Zhou, Q., Gao, Y., Wang, X., Liu, R., Du, P., Wang, X., Zhang, X., Lu, S., Wang, Z., Shi, Q., Li, W., Ma, Y., Luo, X., Fukuoka, T., Ahn, H. S., Lee, M. S., Liu, E., Chen, Y., Luo, Z. & Yang, K. (2020). Nosocomial Infections Among Patients with COVID-19, SARS and MERS: A Rapid Review and Meta-Analysis. *MedRxiv*, 2020.04.14.20065730. <https://doi.org/10.1101/2020.04.14.20065730>.
11. Aloisi, S., Pollina, E. & Barbaglia, P. (23 de marzo de 2020). Italy's medics at 'end of our strength' as they too fall ill. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-italy-doctors-idUSKBN21A29Z>.
12. Consejo Internacional de Enfermeras. (6 de mayo de 2020). *ICN calls for data on healthcare worker infection rates and deaths*. ICN - Consejo Internacional de Enfermeras. <https://www.icn.ch/news/icn-calls-data-healthcare-worker-infection-rates-and-deaths>.
13. Aljazeera. (7 de abril de 2020). COVID-19: Bangladesh hospitals forced to turn away patients. *Aljazeera*. <https://www.aljazeera.com/news/2020/04/covid-19-bangladesh-hospitals-forced-turn-patients-200407131633280.html>.
14. NPR. (29 de abril de 2020). *Commuting In A Pandemic: These Health Workers Are Trekking And Canoeing*. NPR.Org. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/04/29/841830595/commuting-in-a-pandemic-these-health-workers-are-trekking-and-canoeing>.
15. Ryan, M. J., Giles-Vernick, T. & Graham, J. E. (2019). Technologies of trust in epidemic response: Openness, reflexivity and accountability during the 2014–2016 Ebola outbreak in West Africa. *BMJ Global Health*, 4(1), e001272. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001272>.
16. Parker, M., Hanson, T. M., Vandri, A., Babawo, L. S. & Allen, T. (2019). Ebola and Public Authority: Saving Loved Ones in Sierra Leone. *Medical Anthropology*, 38(5), 440–454. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609472>.
17. Hewlett, B. & Hewlett, B. (2008). *Ebola, Culture and Politics: The Anthropology of an Emerging Disease*. Thomson Wadsworth.
18. Abramowitz, S. (2017). Epidemics (Especially Ebola). *Annual Review of Anthropology*, 46(1), 421–445. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102116-041616>.
19. Churcher, S. (2013). Stigma related to HIV and AIDS as a barrier to accessing health care in Thailand: A review of recent literature. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 12–22. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.115829>.
20. Long, N. H., Johansson, E., Diwan, V. K. & Winkvist, A. (2001). Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in VietNam: A gender analysis. *Health Policy*, 58(1), 69–81. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(01\)00143-9](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(01)00143-9).
21. Idris, I. K. & Jalli, N. (28 de abril de 2020). *How blaming others dominates Indonesian and Malaysian twitterspheres during COVID-19 pandemic*. The Conversation. <http://theconversation.com/how-blaming-others-dominates-indonesian-and-malaysian-titterspheres-during-covid-19-pandemic-136193>.
22. CDC de los EE. UU. (20 de marzo de 2020). *Interim Guidance for Implementing Home Care of People Not Requiring Hospitalization for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-home-care.html>.
23. CDC de los EE. UU. (11 de febrero de 2020). *Caring for someone sick at home*. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/care-for-someone.html>.
24. Directorio de Servicios de Salud, y Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladés. (2020). *National Guidelines on Clinical Management of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)*. https://dghs.gov.bd/images/docs/Guideline/COVID_Guideline.pdf.
25. Ministerio de Salud de Brasil. (2020). *Fast-track for Primary Attention in Places with Community Transmission; Version 7*. <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/20200407-BOLSO-ver07.pdf>.
26. NHS. (2020). *Guidance and standard operating procedures: General practice in the context of coronavirus (COVID-19)*. <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/CO485-COVID-19-Primary-Care-SOP-GP-Practice-V3-29-May-2020.pdf>.
27. Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles (NICD) y Departamento de Salud de Sudáfrica. (2020). *V4 Clinical management of suspected or confirmed COVID-19 disease Version 4*. <https://www.nicd.ac.za/wp-content/uploads/2020/05/Clinical-management-of-suspected-or-confirmed-COVID-19-Version-4.pdf>.

28. Ministerio de Salud de Kenia. (2020). *Coronavirus Home-Based Care Guidance*. <http://covid-19.humanitarian.digital/wp-content/uploads/2020/03/Coronavirus-Home-Based-Care-Guidance.pdf>.
29. Gobierno de Bangladés. (2020). *[Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms]*. https://dghs.gov.bd/images/docs/Notice/21_03_2020_SOP%20home%20care%20final%202.pdf.
30. Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India. (15 de mayo de 2020). *Video Guidelines for Home Isolation of very mild/ pre-symptomatic #COVID19 cases*. <https://www.youtube.com/watch?v=JMeaFYCGxVw&feature=youtu.be>.
31. Ministerio de Salud de Uganda. (2020). *National Guidelines for Management of COVID-19*. <https://www.health.go.ug/covid/document/national-guidelines-for-management-of-covid-19/>.
32. Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica. (2020). *COVID-19 frequently asked questions: Masks*. NICD. <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/covid-19/advice-for-the-public/covid-19-frequently-asked-questions-masks/>.
33. Ministerio de Salud de Perú. (2020). *Documento Técnico: Atención y Manejo Clínico de Casos de COVID-19*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574377/Documento_Te%CC%81cnico_Atencio%CC%81n_y_Manejo_Cli%CC%81nico_de_Casos_de_COVID-19.pdf.
34. Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica. (s. f.). *What to do if I test positive for coronavirus disease and I am asked to home isolate?* NICD. Consultado el 20 de mayo de 2020, en <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/covid-19/advice-for-the-public/what-to-do-if-i-test-positive-for-coronavirus-disease-and-i-am-asked-to-home-isolate%e2%80%8b/>.
35. NHS Scotland. (2020). *Coronavirus (COVID-19): Self-care advice*. <https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/infections-and-poisoning/coronavirus-covid-19/caring-for-a-cough-or-fever/coronavirus-covid-19-self-care-advice>.
36. República de Sudáfrica. (2020). *Tested positive for COVID-10 or someone in your home has? Leído en* <https://sacoronavirus.co.za/wp-content/uploads/2020/03/care-guides-4.jpg>.
37. Ministerio de Salud de Brasil. (2020). *Protocol of clinical management of coronavirus (COVID-19)*. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/08/20200408-ProtocoloManejo-ver07.pdf>.
38. Departamento de Salud y Departamento del Interior y Gobierno Local de la República de Filipinas (2020). *Guidelines on Local Isolation and General Treatment Areas for COVID-19 Cases (LIGTAS COVID) and teh Community-based Management of Mild COVID-10 Cases*. https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/health-update/jao2020-0001_0.pdf.
39. Baronesa Finlay de Llandaff. (2020). *Caring for your dying relative at home with COVID-19*. https://www.hospiceuk.org/docs/default-source/echo/covid-19-echo/covid-19_care-at-home_guide_final.pdf.
40. Higginson, I., Maddocks, M., Bayly, J., Brighton, L., Hutchinson, A., Booth, S., Ogden, M., Farquhar, M. y en nombre del NIHR Applied Research Collaborative Palliative and End of Life Care Theme. (2020). *Managing breathlessness at home during the COVID-19 outbreak*. <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/khp-gp-breathlessness-resource.pdf>.
41. Public Health England. (2020). *Stay at home: Guidance for households with possible coronavirus (COVID-19) infection*. GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-stay-at-home-guidance/stay-at-home-guidance-for-households-with-possible-coronavirus-covid-19-infection>.
42. Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India. (2020). *Revised guidelines for Home Isolation of very mild/pre-symptomatic COVID-19 cases*. <https://www.mohfw.gov.in/pdf/RevisedguidelinesforHomelsofveryildpresymptomaticCOVID19cases10May2020.pdf>.
43. Ministerio de Salud de Brasil. (2020). *Coronavirus Home Isolation*. <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/Coronavirus--Isolamento-Domiciliar.pdf>.
44. Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica. (2020). *What to do if I am a close contact of a person with confirmed disease and am asked to home quarantine?* NICD. <https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/covid-19/advice-for-the-public/what-to-do-if-i-am-a-close-contact-of-a-person-with-confirmed-disease-and-am-asked-to-home-quarantine/>.
45. Matos, T. (s. f.). *Guia do isolamento domiciliar: Como preparar sua casa para conviver com suspeitos de infecção por coronavírus*. Globo. Consultado el 31 de mayo de 2020, en <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/17/guia-do-isolamento-domiciliar-como-preparar-sua-casa-para-conviver-com-suspeitos-de-infeccao-por-coronavirus.ghtml>.
46. Miranda, F. (24 de marzo de 2020). *Guía básica para cuidar a un enfermo de Covid-19 en casa*. Milenio Diario. <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/coronavirus-mexico-cuidar-enfermos-covid-19-casa>.
47. Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental. (24 de mayo de 2020). *Home care for suspected and mild cases of COVID-19*. <https://www.youtube.com/watch?v=YZnnnGheZJU&feature=youtu.be>.
48. Doctors of the World. (2020). *Coronavirus video advice*. Doctors of the World. <https://www.doctorsoftheworld.org.uk/coronavirus-video-advice/>.
49. SUAKA: Indonesian Civil Society Association for Refugee Rights Protection. (20 de abril de 2020). *Stay at Home/Self Isolation Guidelines during COVID-19 (in 14 languages)*. Suaka. <https://suaka.or.id/2020/04/20/stay-at-home-self-isolation-guidelines-during-covid-19-in-14-languages/>.
50. NECN. (16 de abril de 2020). *Doctor House Calls During COVID-19 Pandemic [Video]*. En NECN. NBC. <https://www.necn.com/news/health-news/doctor-house-calls-during-covid-19-pandemic/2261059/>.
51. BMJ. (2020). *COVID-19: Remote consultations: A quick guide to assessing patients by video or voice call*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/bmj-visual-summary-for-remote-consultations-pdf-8713904797>.
52. Greenhalgh, T., Koh, G. C. H. & Car, J. (2020). *Covid-19: A remote assessment in primary care*. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1182>.
53. Bora, G. (8 de abril de 2020). *Now, coronavirus-affected and suspected patients can get virtual healthcare*. *The Economic Times*. <https://economictimes.indiatimes.com/small-biz/startups/newsbuzz/now-coronavirus-affected-and-suspected-patients-can-get-virtual-healthcare-day-to-day-health/articleshow/75041512.cms>.
54. Kashyaap, S. (30 de abril de 2020). *Coronavirus: This MIT-incubated startup built a virtual healthcare system for COVID-19 positive patients*. YourStory.Com. <https://yourstory.com/2020/04/coronavirus-mit-startup-daytoday-virtual-healthcare-system>.

55. Scharahzed, I. (1 de abril de 2020). Algérie: Consulter son médecin en ligne, c'est possible avec Etabib.dz. *Dzair Daily*. <https://www.dzairdaily.com/algérie-consultation-medecin-en-ligne-video-etabib-dz/>.
56. Al-Youm, M. (28 de mayo de 2020). Egyptian doctors launch online medical service for coronavirus consultations. *Egypt Independent*. <https://egyptindependent.com/egyptian-doctors-launch-online-medical-service-for-coronavirus-consultations/>.
57. Sundareswaran, V. & Firth-Butterfield, K. (6 de abril de 2020). *Chatbots provide millions with COVID-19 information every day, but they can be improved—Here's how*. Foro Económico Mundial. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/chatbots-covid-19-governance-improved-here-s-how/>.
58. Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, Pisano, M., Goisis, G., Bonacina, D., Fazzi, F., Naspro, R., Longhi, L., Cereda, M. & Montaguti, C. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *Catalyst Non-Issue Content*, 1(2). <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0080>.
59. Reuters. (17 de abril de 2020). *The Italian doctors treating patients at home—Video dailymotion*. Dailymotion. <https://www.dailymotion.com/video/x7tcz9x>.
60. Ruptly. (31 de marzo de 2020). *Italy: Oxygen tanks delivered at homes of COVID-19 patients near Milan*. <https://www.youtube.com/watch?v=o2OVAlxnhC8>.
61. Amref Salud África. (23 de marzo de 2020). *Coronavirus: Stop the Spread*. Amref Salud África RU. <https://amrefuk.org/what-we-do/latest-news/coronavirus-urgent-appeal-stop-the-spread/>.
62. Amref Salud África. (2020). *Supporting the community in a pandemic: Margaret's Story*. Amref Salud África RU. <https://amrefuk.org/what-we-do/latest-news/supporting-the-community-in-a-pandemic-margarets-story/>.
63. Ministerio de Salud del Gobierno Federal de Malasia. (2020). *Guidelines COVID-19 Management in Malaysia, Quarantine Station (No. 5/2020 Annex 32)*. https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Garis%20Panduan/COVID19/Annex_32_Quarantine_centre_22032020.pdf.
64. Egypt Today. (3 de mayo de 2020). Egypt puts strategy to curb rise in COVID-19 cases. *Egypt Today*. <http://www.egypttoday.com/Article/1/85344/Egypt-puts-strategy-to-curb-rise-in-COVID-19-cases>.
65. CDC de Nigeria. (2020). *National Interim Guidelines for Clinical Management of COVID-19, VERSION 2, MAY 2020*. <https://covid19.ncdc.gov.ng/media/files/COVID19ClinicalCaseMgt.pdf>.
66. Chen, S., Zhang, Z., Yang, J., Wang, J., Zhai, X., Bärnighausen, T. & Wang, C. (2020). Fangcang shelter hospitals: A novel concept for responding to public health emergencies. *The Lancet*, 395(10232), 1305–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30744-3).
67. Times of India. (s. f.). 5,200 rail coaches ready as Covid care centres | India News—Times of India. *The Times of India*. Consultado el 17 de mayo de 2020, en <https://timesofindia.indiatimes.com/india/5200-rail-coaches-ready-as-covid-care-centres/articleshow/75613194.cms>.
68. NHS England & NHS Improvement. (2020). *COVID-19 Clinical homeless sector plan: Triage – assess – cohort – care*. <https://www.healthylondon.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-Homeless-Sector-Plan.pdf>.
69. The Economic Times. (7 de abril de 2020). Government classifies health facilities into 3 categories for COVID-19 patient care. *The Economic Times*. <https://economictimes.indiatimes.com/news/politics-and-nation/government-classifies-health-facilities-into-3-categories-for-covid-19-patient-care/articleshow/75033608.cms>.
70. ARISE. (15 de abril de 2020). Barriers to health care related to disability and COVID-19. *Arise*. <http://www.ariseconsortium.org/barriers-to-health-care-related-to-disability-and-covid-19/>.
71. Armitage, R. & Nellums, L. B. (2020). The COVID-19 response must be disability inclusive. *The Lancet Public Health*, 5(5), e257. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30076-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30076-1).
72. Traductores Sin Fronteras. (2020). *Do you speak COVID-19?* https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2020/04/TWB_PolicyBrief-COVID19.pdf.
73. Abramowitz, S. A., McLean, K. E., McKune, S. L., Bardosh, K., Fallah, M., Monger, J., Tehoungue, K. & Omidian, P. A. (2015). Community-Centered Responses to Ebola in Urban Liberia: The View from Below. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 9(4), e0003706. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003706>.
74. Wilkinson, A. & Fairhead, J. (2017). Comparison of social resistance to Ebola response in Sierra Leone and Guinea suggests explanations lie in political configurations not culture. *Critical Public Health*, 27(1), 14–27. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1252034>.
75. Alif, A. (19 de marzo de 2020). Coronavirus: Frustration rising over inadequate hotline services. *Dhaka Tribune*. <https://www.dhakatribune.com/bangladesh/dhaka/2020/03/19/coronavirus-hotline-numbers-haphazard>.
76. Osho Oluwatosin, S. (13 de mayo de 2020). *Referred to the General Hospital*. <https://www.justempower.org/coronadiaries>.
77. Kimani, J. (s. f.). The Hard Nut Of Cracking Who Is Vulnerable In Our Communities In The Context Of Covid-19. *Adobe Spark*. Consultado el 28 de mayo de 2020, en <https://spark.adobe.com/page/18i5rTz3NfZl/>.
78. Bangkok Post. (7 de mayo de 2020). Hotline clears Covid-19 barriers. <https://www.bangkokpost.com/thailand/general/1913772/hotline-clears-covid-19-barriers>.
79. Xinhua. (22 de abril de 2020). *Feature: Visually-impaired get information about COVID-19 on braille*. http://www.xinhuanet.com/english/2020-04/22/c_138999389.htm.
80. UNICEF. (21 de mayo de 2020). *UNICEF reaches nearly 150 million people with information on COVID-19 across the Middle East and North Africa*. <https://www.unicef.org/mena/press-releases/unicef-reaches-150-million-people-information-covid-19-middle-east-north-africa>.
81. Farm Radio International. (17 de abril de 2020). *Supporting radio journalism in the time of COVID-19*. Farm Radio International. <https://farmradio.org/supporting-radio-journalism-during-covid-19/>.
82. Vota, W. (13 de febrero de 2019). *Why Does South Asia Have the World Largest Mobile Phone Gender Gap?* ICT Works. <https://www.ictworks.org/south-asia-mobile-phone-gender-gap/>.
83. Broom, D. (abril de 2020). Coronavirus has exposed the digital divide like never before. *World Economic Forum Coronavirus*. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/coronavirus-covid-19-pandemic-digital-divide-internet-data-broadband-mobbile/>.
84. Tech Desk. (30 de marzo de 2020). COVID-19 lockdown: Vodafone, Jio offer double data, free internet to help you work from home. *The Indian Express*. <https://indianexpress.com/article/technology/techhook/covid-19-lockdown-vodafone-jio-offer-double-data-to-help-you-work-from-home-6338633/>.

85. ProshareNG. (s. f.). *MTN Floats Y'ello Hope Package To Support Virus Containment Efforts*. COVID-19: MTN Floats Y'ello Hope Package To Support Virus Containment Efforts. Consultado el 14 de mayo de 2020, en <https://www.proshareng.com/news/World-of-Business/COVID-19--MTN-Floats-Y-ello-Hope-Package-To-Support-Virus-Containment-Efforts/50394>.
86. BBC Media Action y Traductores Sin Fronteras. (s. f.). COVID-19: Older Rohingya community. *What Matters Humanitarian Feedback Bulletin*, 34. Consultado el 14 de mayo de 2020, en <https://app.box.com/s/5391re83v137blggbt88b5w8181484m0>.
87. Manivannan, A. (15 de junio de 2015). Gender Inequalities in Access to Information about Ebola as Gender-Based Violence. *Harvard Human Rights Journal*. <https://harvardhrj.com/2015/06/gender-inequalities-in-access-to-information-about-ebola-as-gender-based-violence/>.
88. IFRC, OMS y UNICEF. (s. f.). *Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID-19 Preparedness and Response*. Consultado el 29 de mayo de 2020, en [https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance).
89. Farrington, M. & Santos, R. F. D. (2020). *Community Engagement During Covid-19: A guide for community facing staff*. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/gd-covid-19-oxfam-community-engagement-guide-270420-en.pdf>.
90. IFRC. (2019). *Radio tackling rumours and misinformation in DRC's deadliest Ebola outbreak*. <https://www.youtube.com/watch?v=vTFqUFdGEjY>.
91. Yenka Africa. (2020). *How one journalists' association is responding to COVID-19*. <https://www.yenkasa.org/how-one-journalists-association-is-responding-to-covid-19/>.
92. Muungano. (14 de mayo de 2020). *UPDATED Coronavirus response: Possible isolation areas – maps*. Muungano Wa Wanavijiji. <https://www.muungano.net/browseblogs/2020/4/27/coronavirus-response-possible-isolation-areas-maps>.
93. The Business Standard. (24 de marzo de 2020). BRAC producing masks, plans PPE production to battle coronavirus. *The Business Standard*. <https://tbsnews.net/coronavirus-chronicle/coronavirus-bangladesh/brac-producing-masks-plans-ppe-production-battle>.
94. Banco Mundial. (2020). *In India, women's self-help groups combat the COVID-19 (Coronavirus) pandemic*. Banco Mundial. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2020/04/11/women-self-help-groups-combat-covid19-coronavirus-pandemic-india>.
95. Dahab, M., van Zandvoort, K., Warsame, A., Spiegel, P., Waldman, R. & Checchi, F. (2020). *COVID-19 control in low-income settings and displaced populations: What can realistically be done?* LSHTM. <https://www.lshtm.ac.uk/newsevents/news/2020/covid-19-control-low-income-settings-and-displaced-populations-what-can>.
96. Butler, N. & Rohan, H. (2020). *Considerations and principles for shielding people at high risk of severe outcomes from COVID-19 (abril de 2020)*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15286/SSHAP%20COVID-19%20Brief%20Shielding.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
97. UNICEF. (2020). *Everything you need to know about washing your hands to protect against coronavirus (COVID-19)*. <https://www.unicef.org/bangladesh/en/everything-you-need-know-about-washing-your-hands-protect-against-coronavirus-covid-19>.
98. Farha, L. (2020). *COVID-19 Guidance Note: Protecting Residents of Informal Settlements (28 de marzo de 2020) - World*. <https://reliefweb.int/report/world/covid-19-guidance-note-protecting-residents-informal-settlements-28-march-2020>.
99. OMS. (2020). *Water, sanitation, hygiene, and waste management for the COVID-19 virus: Interim guidance*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331846/WHO-2019-nCoV-IPC_WASH-2020.3-eng.pdf.
100. Ghanaian Times. (19 de marzo de 2020). Akpeteshie not substitute to sanitiser in COVID-19 prevention. *Ghanaian Times*. <https://www.ghanaiantimes.com.gh/akpeteshie-not-substitute-to-sanitiser-in-covid-19-prevention/>.
101. Andrew, A., Armand, A., Augsburg, B. & Taveras, I. K. (30 de marzo de 2020). *Challenges of adopting coronavirus precautions in low-income countries*. <https://www.ifs.org.uk/publications/14779>.
102. South China Morning Post. (s. f.). *Hong Kong cage home resident finds space too small for self-quarantine amid coronavirus outbreak*. Consultado el 19 de mayo de 2020, en <https://www.youtube.com/watch?v=Nbqv4hjGEUk>.
103. Leung, H. (20 de abril de 2020). Why Singapore, Once a Model for Coronavirus Response, Lost Control of Its Outbreak. *Time*. <https://time.com/5824039/singapore-outbreak-migrant-workers/>.
104. Sharma, M. & Scarr, S. (22 de mayo de 2020). How migrant worker outbreaks supercharged coronavirus spread in Singapore. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-singapore-clusters-idUSKBN22Y29U>.
105. Voice of America. (10 de mayo de 2020). *Singapore's Coronavirus Outbreak Sends Malaysia Scrambling to Test Migrant Workers | Voice of America—English*. <https://www.voanews.com/covid-19-pandemic/singapores-coronavirus-outbreak-sends-malaysia-scrambling-test-migrant-workers>.
106. Channel News Asia. (10 de abril de 2020). In full: PM Lee appeals to older Singaporeans to stay at home during COVID-19 'circuit breaker' period. *CNA*. <https://www.channelnewsasia.com/news/singapore/covid-19-pm-lee-address-elderly-stay-at-home-workers-dormitories-12630842>.
107. OMS. (2020). *Advice on the use of masks in the community, during home care and in healthcare settings in the context of the novel coronavirus (COVID-19) outbreak*. [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak).
108. OMS. (2020). *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331695/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-eng.pdf.
109. Martineau, F., Wilkinson, A. & Parker, M. (2017). Epistemologies of Ebola: Reflections on the Experience of the Ebola Response Anthropology Platform. *Anthropological Quarterly*, 90(2), 475–494. <https://doi.org/10.1353/anq.2017.0027>.
110. Cohen, E. (26 de septiembre de 2014). Woman saves three relatives from death. *CNN*. <https://www.cnn.com/2014/09/25/health/ebola-fatu-family/index.html>.
111. TechnoChic. (24 de marzo de 2020). *DIY Face Shield Made with 2 Headbands, a Hair Tie, Transparency Film, Duct Tape, and Hot Glue*. <https://www.youtube.com/watch?v=fsU3wylELlI>.
112. Hope Healthcare and Hospice. (21 de marzo de 2020). *How to Make and Put On Personal Protective Equipment (PPE)*. <https://www.youtube.com/watch?v=ty1mhzcIOjE>.
113. Dr. Tajay. (29 de marzo de 2020). *How to make COVID 19 PPE at home*. <https://www.youtube.com/watch?v=HGqwaOB8iOs>.

114. Lewis, D. & Harding Giahnye, J. (20 de octubre de 2014). Home care kits highlight gaps in West Africa's Ebola response. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-ebola-kits-idUSKCN01928220141020>.
115. Islamic Relief Worldwide. (2020). *You can save lives with our Coronavirus hygiene kits appeal*. <https://www.islamic-relief.org/coronavirus-appeal/>.
116. WIEGO. (2020). *Waste pickers: Essential service providers at high risk*. <https://www.wiego.org/waste-pickers-essential-service-providers-high-risk>.
117. Wu, Y., Guo, C., Tang, L., Hong, Z., Zhou, J., Dong, X., Yin, H., Xiao, Q., Tang, Y., Qu, X., Kuang, L., Fang, X., Mishra, N., Lu, J., Shan, H., Jiang, G. & Huang, X. (2020). Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5(5), 434–435. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30083-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30083-2).
118. Quilliam, R. S., Weidmann, M., Moresco, V., Purshouse, H., O'Hara, Z. & Oliver, D. M. (2020). COVID-19: The environmental implications of shedding SARS-CoV-2 in human faeces. *Environment International*. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105790>.
119. Ng, S. C. & Tilg, H. (2020). COVID-19 and the gastrointestinal tract: More than meets the eye. *Gut*, 69(6), 973–974. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321195>.
120. Balasubramaniam, P., Forsberg, B., Bloom, G., Awor, P., Gautham, M., Lakew, D., Tsevelvaanchig, U. & El Jardali, F. (27 de mayo de 2020). *A Voice From the Front Line: Reaching out of the box to engage private non-state healthcare actors in LMICs to combat COVID-19*. <http://blogs.ishtm.ac.uk/hppdebated/2020/05/27/voices-from-the-front-line-reaching-out-of-the-box-to-engage-private-non-state-healthcare-actors-in-lmics-to-combat-covid-19/>.
121. Ahmed, S. M., Hossain, M. A. & Chowdhury, M. R. (2009). Informal sector providers in Bangladesh: How equipped are they to provide rational health care? *Health Policy and Planning*, 24(6), 467–478. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp037>.
122. Suah Shilue, J. & Fotouma, F. (s. f.). Liberia: Indigenous Health Practitioners as Community-based Allies. *Elrha*. Consultado el 28 de mayo de 2020, en <https://www.elrha.org/project-blog/liberia-indigenous-health-practitioners-as-community-based-allies/>.
123. Perry, H. B., Dhillon, R. S., Liu, A., Chitnis, K., Panjabi, R., Palazuelos, D., Koffi, A. K., Kandeh, J. N., Camara, M., Camara, R. & Nyenswah, T. (2016). Community health worker programmes after the 2013–2016 Ebola outbreak. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(7), 551–553. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.164020>.
124. Sabina, N., Zakir Hussain, A. & Villar Uribe, M. (28 de abril de 2020). Bangladesh should use its community health workers to respond to the Covid-19 pandemic. *Dhaka Tribune*. <https://www.dhakatribune.com/feature/2020/04/28/bangladesh-should-use-its-community-health-workers-to-respond-to-the-covid19-pandemic>.
125. Manguvo, A. & Mafuvadze, B. (2015). The impact of traditional and religious practices on the spread of Ebola in West Africa: Time for a strategic shift. *The Pan African Medical Journal*, 22(Suppl 1). <https://doi.org/10.11694/pamj.supp.2015.22.1.6190>.
126. Taremwa, A. (2019). *Traditional healers in the fight to keep Uganda free of Ebola*. UNICEF. <https://www.unicef.org/uganda/stories/traditional-healers-fight-keep-uganda-free-ebola>.
127. Hewlett, B. S. & Amola, R. P. (2003). *Cultural Contexts of Ebola in Northern Uganda—Volume 9, Number 10—October 2003—Emerging Infectious Diseases journal—CDC*. <https://doi.org/10.3201/eid0910.020493>.
128. Cyranoski, D. (2020). China is promoting coronavirus treatments based on unproven traditional medicines. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01284-x>.
129. DW News, D. (5 de mayo de 2020). WHO cautions against the use of traditional herbs in Africa. *DW.COM*. <https://www.dw.com/en/covid-19-who-cautions-against-the-use-of-traditional-herbs-in-africa/a-53341901>.
130. Butler, N. (2020). *Key considerations: Online information, mis- and disinformation in the context of COVID-19*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://www.socialscienceinaction.org/wp-content/uploads/2020/03/SSHAP-Brief.Online-Information.COVID-19.pdf>.
131. Rosoff, P. M. (2010). Should palliative care be a necessity or a luxury during an overwhelming health catastrophe? *The Journal of Clinical Ethics*, 21(4), 312–320.
132. Matzo, M., Wilkinson, A., Lynn, J., Gatto, M. & Phillips, S. (2009). Palliative care considerations in mass casualty events with scarce resources. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science*, 7(2), 199–210. <https://doi.org/10.1089/bsp.2009.0017>.
133. Etkind, S. N., Bone, A. E., Lovell, N., Cripps, R. L., Harding, R., Higginson, I. J. & Sleeman, K. E. (2020). The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Pain and Symptom Management*. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>.
134. Brown, N. & Beasley, D. (9 de abril de 2020). From fine to flailing—Rapid health declines in COVID-19 patients jar doctors, nurses. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-usa-deaths-idUSKCN21Q36V>.
135. Pappas, S. (2020). *'Silent hypoxia' may be killing COVID-19 patients. But there's hope*. Livescience.Com. <https://www.livescience.com/silent-hypoxia-killing-covid-19-coronavirus-patients.html>.
136. Ripoll, Santiago. (2020). *Key Considerations: Dying, Bereavement and Mortuary and Funerary Practices in the Context of COVID-19*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-dying-bereavement-mortuary-funerary-practices-context-covid-19/>.
137. Oosterhoff, P., Mokuwa, E. Y. & Wilkinson, A. (2015). *Community-Based Ebola Care Centres*. Ebola Anthropology Response Platform. http://www.ebola-anthropology.net/case_studies/community-based-ebola-care-centres-a-formative-evaluation/.
138. Parpia, A. S., Ndeffo-Mbah, M. L., Wenzel, N. S. & Galvani, A. P. (2016). Effects of Response to 2014–2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV/AIDS, and Tuberculosis, West Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 22(3), 433–441. <https://doi.org/10.3201/eid2203.150977>.
139. NZ Herald. (24 de marzo de 2020). Covid-19 coronavirus: New Zealanders who live alone can have a 'buddy system' for lockdown. *NZ Herald*. https://www.nzherald.co.nz/lifestyle/news/article.cfm?c_id=6&objectid=12319577.
140. Cooper, J. L. (2015). Mental health and psychosocial support in the face of Ebola in Liberia: The personal and professional intersect. A personal account. *Intervention*, 13(1), 9.
141. OMS. (2020). *Coping with stress during the 2019-nCoV outbreak*. https://www.who.int/docs/default-source/searo/bangladesh/2019-ncov/coping-with-stress.pdf?sfvrsn=1bff513d_6.

142. OMS. (Marzo de 2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2.
143. Brighton Cooking Club. (2020). *Brighton Cooking Club*. <https://www.brightoncookingclub.com/>.
144. Samuel, S. (24 de marzo de 2020). *How to help people during the pandemic, one Google spreadsheet at a time*. Vox. <https://www.vox.com/future-perfect/2020/3/24/21188779/mutual-aid-coronavirus-covid-19-volunteering>.
145. Avert. (s. f.). *Boost—A new mobile resource for community health workers*. Consultado el 19 de mayo de 2020, en <https://boost.avert.org/slideshow/covid-19>.
146. Knight Raskin, M. (12 de noviembre de 2018). In Liberia, Survivors of Ebola and Civil War Now Struggle With Mental Illness. *Pulitzer Center*. <https://pulitzercenter.org/reporting/liberia-survivors-ebola-and-civil-war-now-struggle-mental-illness>.
147. Jin, J.-M., Bai, P., He, W., Wu, F., Liu, X.-F., Han, D.-M., Liu, S. & Yang, J.-K. (2020). Gender Differences in Patients With COVID-19: Focus on Severity and Mortality. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00152>.
148. Oxfam International. (1 de abril de 2020). *¿Quién cuida a las que nos cuidan del Coronavirus?* Medium. <https://medium.com/@Oxfam/qui%C3%A9n-cuida-a-las-que-nos-cuidan-del-coronavirus-3003c75829e7>.
149. Promundo. (18 de marzo de 2020). COVID-19 demands that we pay attention to who does the care work – and how we support them. *Promundo*. <https://promundoglobal.org/covid-19-demands-that-we-pay-attention-to-who-does-the-care-work-and-how-we-support-them/>.
150. Wenham, C., Smith, J. & Morgan, R. (2020). COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846–848. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2).
151. Smith, J. (2020). *Gender matters in responding to major disease outbreaks like Ebola*. The Conversation. <http://theconversation.com/gender-matters-in-responding-to-major-disease-outbreaks-like-ebola-120524>.
152. Pasquali, M. (30 de marzo de 2020). *Growth of domestic violence and sexual abuse reports during the COVID-19 lockdown in selected Latin American countries as of April 2020*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1113975/gender-violence-growth-coronavirus-latin-america/>.
153. Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N. & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/inm.12735>.
154. Jabola-Carolus, K. (17 de marzo de 2020). Column: Ease heavy burden of women affected by COVID-19 pandemic. *Honolulu Star-Advertiser*. <https://www.staradvertiser.com/2020/03/17/editorial/island-voices/column-ease-heavy-burden-of-women-affected-by-covid-19-pandemic/>.
155. Harman, S. (2016). Ebola, gender and conspicuously invisible women in global health governance. *Third World Quarterly*, 37(3), 524–541. <https://doi.org/10.1080/01436597.2015.1108827>.
156. Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprasiri, T., Turan, J. & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>.
157. Carew Kraft, J. (22 de noviembre de 2016). Cultural factors complicate Zika prevention in American Samoa. *NBC News*. <https://www.nbcnews.com/news/asian-america/american-samoa-cultural-factors-could-make-zika-worse-n686781>.
158. The New Nation. (17 de mayo de 2020). Covid-19 patients continue to escape from hospital. *The New Nation*. <http://m.thedailynation.com/news/253654/covid-19-patients-continue-to-escape-from-hospital>.
159. Times Now News. (29 de abril de 2020). *Shocking negligence as COVID-19 patient escapes from the centre in Pune*. <https://www.timesnownews.com/videos/times-now/india/shocking-negligence-as-covid-19-patient-escapes-from-the-centre-in-pune/59879>.
160. Channels Television. (5 de mayo de 2020). *COVID-19 Patients Flee, Protest At Gombe Isolation Facility*. <https://www.youtube.com/watch?v=5U7Lk0zLvy8>.
161. Ministerio de Salud de Uganda. (2020). *Guidelines on Quarantine of Individuals in Uganda*. <https://www.health.go.ug/covid/document/guidelines-on-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-of-coronavirus-disease-covid-19-in-uganda/>.
162. Andula Agency. (6 de mayo de 2020). *Nigeria: COVID-19 patients protest over 'ill treatment'*. <https://www.aa.com.tr/en/africa/nigeria-covid-19-patients-protest-over-ill-treatment/1830966>.
163. Wilkinson, A. (2020). *Key considerations: COVID-19 in informal urban settlements (marzo de 2020)* [Resumen]. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15185/SSHAP_COVID-19_Key_Considerations_Informal_Settlements_final.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
164. CDC de Nigeria. (2020). *Self Isolation and Quarantine Guide*. https://covid19.ncdc.gov.ng/media/files/SelfIsolation_QuarantineGuide_mHv8tpr.pdf.
165. CDC de Nigeria. (2020). *NCDC Coronavirus COVID-19 FAQs*. <https://covid19.ncdc.gov.ng/faq/>.
166. Departamento Nacional de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Transmisibles de Sudáfrica. (2020). *Clinical Management of COVID-19 disease Version-3*. https://www.nicd.ac.za/wp-content/uploads/2020/03/Clinical-Management-of-COVID-19-disease_Version-3_27March2020.pdf.
167. Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India. (2020). *Guidelines for Home Isolation of very mild presymptomatic COVID19 cases*. <https://www.mohfw.gov.in/pdf/GuidelinesforHomelsoationofverymildpresymptomaticCOVID19cases.pdf>.
168. Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de la India. (2020). *Guidance document on appropriate management of suspect/confirmed cases of COVID-19*. <https://www.mohfw.gov.in/pdf/FinalGuidanceonMangaementofCovidcasesversion2.pdf>.
169. The Jakarta Post. (20 de marzo de 2020). Dozens of COVID-19-positive people are in home-isolation in Jakarta. How does it work? *The Jakarta Post*. <https://www.thejakartapost.com/news/2020/03/20/dozens-of-covid-19-positive-people-are-in-home-isolation-in-jakarta-how-does-it-work.html>.
170. Ministerio de Salud del Gobierno Federal de Malasia. (2020). *Guidelines COVID-19 Management in Malaysia, Management of Person Under Investigation (No. 5/2020 Annex 2)*. http://covid-19.moh.gov.my/garis-panduan/garis-panduan-kkm/Annex_2_Management_of_PUI_22032020_.pdf.

171. Gobierno de México. (2020). *Proceso de prevención de infecciones para las personas con covid-19*.
172. Ministerio de Salud de Perú. (s. f.). *Cuidar a un paciente sospechoso de haber contraído coronavirus (COVID-19)*. Consultado el 26 de mayo de 2020, en <https://www.gob.pe/8733>.