

INTERNACION DOMICILIARIA: Herramienta de la Auditoria Médica

Curso anual de Auditoria Médica Hospital Alemán

Dr. Agustín Orlando.

Integrantes;

Barbagallo, Sebastian

González, Andrés

Martínez, Bottani Cristina

Silva, Marcela

Índice

Introducción.....	Pág.3
Objetivo.....	Pág.4
Concepto y criterios de inclusión.....	Pág.4
Equipo interdisciplinario.....	Pág.6
Beneficios generales de la ID.....	Pág.7
La auditoria medica como control de la eficacia de la ID.....	Pág.7
Breve reseña histórica.....	Pág.8
Panorama Latinoamericano.....	Pág.9
La internación domiciliaria en la Argentina.....	Pág.11
Evolución de la pirámide poblacional.....	Pág.12
Estadísticas sobre la ID.....	Pág.12
Principales diagnósticos asociados con la hospitalización domiciliaria en diferentes países.....	Pág.13
La responsabilidad profesional.....	Pág.14
Marco legal y regulatorio en la Argentina.....	Pág.16
Normas de organización y funcionamiento de un servicio de ID.....	Pág.16
Cuadro comparativo de costos según patología en ID.....	Pág.18
Conclusiones.....	Pág.19
Bibliografía.....	Pág.22

Introducción:

El avance de las ciencias medicas, la mayor longevidad, los factores socioeconómicos y otras causas traen aparejado un aumento del número de pacientes crónicos. Este incremento se ve reflejado en el aumento de la estadía hospitalaria, la dificultades en la externación, el miedo al alta sanatorial. Todos los días en la practica diaria de la auditoria de terreno, nos vemos en la necesidad de explicarle a los pacientes que la internación prolongada de un cuadro crónico se correlaciona con aumento de las complicaciones (infecciones intra-hospitalarias, depresión, mayor grado de postración), cada día pacientes mas añosos sobreviven a cuadros clínicos que los limitan en grado máximo en su vida cotidiana (ACV, EPOC, ICC, ERC, etc.). Siendo parcial o totalmente dependientes para su sobrevivencia. Es frecuente el ver pacientes con SNG de alimentación, oxígeno domiciliario, asistencia respiradora no invasiva, etc., patologías cuyo manejo ambulatorio no es sencillo y requieren de un control periódico, menos exhaustivo que en una internación sanatorial, pero más seguido que un alta médica. Por otro lado los costos del sistema de salud han llevado al día cama a jugar un rol fundamental en la economía de los financiadores.

La internación hospitalaria no es la panacea para el paciente y la familia. Suele ser estresante y agotadora tanto física como emocionalmente. Su costo para el sistema de salud es muy alto, existiendo una tendencia mundial a dejar las camas hospitalarias para la patología aguda descompensada.

La Internación Domiciliaria es una respuesta concreta a las necesidades de atención de la salud de los ciudadanos. Una alternativa asistencial pensando en la salud desde un punto de vista integral, ligado a valores como la convivencia familiar, entorno, afecto y responsabilidad participativa y conjunta no exclusivamente médica.

Es una práctica que apunta a estar mas cerca de los ciudadanos que necesitan ser atendidos, una concepción moderna que combina la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos técnicos de actualidad para lograr así una prestación ambulatoria cuyo papel fundamental es resguardar la autonomía y calidad de vida del paciente. Este perfil propio y único contribuye a la descentralización hospitalaria de los enfermos y a la vez a la institucionalización de un accionar interdisciplinario. El hecho de asumir los múltiples aspectos que hacen a la salud de las personas implica la aceptación y valoración de otras miradas profesionales que permitan evaluar las condiciones emocionales, socioeconómicas, culturales, y habitacionales en la que se encuentra el enfermo.

Objetivo:

Intentaremos demostrar de modo conciso e informativo, lo importante y vital del servicio de Internación Domiciliaria para los agentes que intervienen en el sistema de salud de la Argentina, como así también los beneficios que otorga este método de atención entre la inter-relación de los agentes participantes (paciente-financiador-prestador).

Concepto:

La atención domiciliaria hace referencia a un programa de atención que sin poner en riesgo la vida del paciente y bajo un modelo interdisciplinario brinda una solución a los problemas de salud de ciertos pacientes (los que cumplen los criterios de inclusión) conservando siempre como mayor logro y objetivo la ganancia en términos de calidad de vida. Es una estrategia de atención extra hospitalaria que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con su relativo menor costo comparado con la atención tradicional. En este modelo de atención domiciliaria caben actividades de todo espectro de los servicios de salud, desde el fomento y la protección de salud, la atención primaria, la prevención clínica, la hospitalización en casa con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios y procedimientos de rehabilitación.

Cuando nos referimos a criterios de inclusión, hacemos referencia a las patologías que debe cubrir la internación domiciliaria.

A conocer, los más comunes criterios de inclusión son:

Enfermedades respiratorias:

- EPOC.
- Neumonías.
- Insuficientes respiratorias crónicas (enfisema, intersticiopatías).
- Sobre-infecciones de bronquiales crónicos.

Patologías neurológicas:

- Accidentes cerebro - vasculares.
- Enfermedades degenerativas.
- Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- Post- operativos neurológicos.

- Secuelas post-traumáticas medulares.
- Parálisis cerebrales.
- Enfermedades neurometabólicas.

Úlceras por presión (Escaras):

- Edad avanzada.
- Movilidad reducida.
- Desnutrición.
- Incontinencia.
- Falta de cuidado y apoyo
- Iatrogenia hospitalaria y geriátrica.

Pacientes cardíacos:

- Insuficiencias cardíacas.
- Conseguir la mejor calidad de vida posible.
- Preservar y facilitar el auto suficiente.

Enfermedades digestivas:

- Hemorragia digestiva alta
- Enfermedades inflamatorias intestinales.
- Síndrome ascítico edematoso.
- Hepatopatías.

Pacientes terminales (Oncológicos o no oncológicos)

- Neoplasias.
- Terminales murientes no neoplásicos.

Trastornos metabólicos (diabetes, trastornos hidroeléctricos)

- Diabetes mellitus.
- Trastornos hidroelectrolíticos.

Equipo interdisciplinario:

La casa no es una extensión hospitalaria, no se intenta instalar allí un sanatorio. Se traslada al domicilio lo que es realmente necesario, el resto hay que adaptarlo en la casa, donde también vive el resto de la familia. La idea no es que el entorno del paciente se trastorne ni invadir su lugar. La organización es complicada porque se trabaja con muchos prestadores, (el respirador es provisto por una empresa; la enfermera por otra; etc.), y no es fácil lograr que esté todo lo necesario. Se lucha contra el tiempo, contra los nervios de la familia, la desesperación, el apuro, la urgencia. Por eso es conveniente formar un grupo de gente que se coordine y trabaje de manera eficiente, a esto se le llama Equipo Interdisciplinario.

Cuando hablamos de equipo, nos referimos a la labor de enfermeras, kinesiólogos, médicos, especialistas, laboratorio, fonoaudiólogos centro de imágenes, ortopedias, etc. que deben conjuntamente realizar una tarea coordinada y secuencial de acuerdo a la patología que tiene cada paciente. Y nos referimos a interdisciplinario, por los conocimientos, las experiencias y opiniones que todos ellos intervinientes en este equipo para lograr el objetivo de cada tratamiento.

	Equipo interdisciplinario	Equipamiento
Enfermedades Respiratorias	Médicos, kinesiólogos, enfermeros. En caso de necesidad: neumonólogos	Aspirado nebulizador, oxímetros, oxígeno, medicamentos, etc.
Pacientes Neurológicos	Médicos, kinesiólogos, enfermeros. En caso de necesidad: laboratorio, diagnostico por imágenes, neurólogos	Cama ortopédica, silla de ruedas, elementos de apoyo, medicamentos, etc.
Ulcera por presión	Medicamentos, enfermeros, cuidador. En caso de necesidad: cirujano, infectólogo, laboratorio	Material de curación, apósitos especiales, camas ortopédicas, colchones especiales, medicamentos, etc.
Pacientes cardiacos	Médicos, kinesiólogos, enfermeros. En caso de necesidad: laboratorio, diagnostico por imágenes, cardiólogos.	Cama ortopédica, nebulizador, medicamentos, etc.
Enfermedad digestiva	Medico, enfermera. En caso de necesidad: laborarotorio, diagnostico por imágenes, gastroenterología	Medicamentos, etc.

Pacientes terminales	Médicos, enfermeros.	kinesiólogos,	Cama ortopédica, medicamentos, nebulizador, etc.
Trastornos metabólicos	Medico, diabetólogos	enfermera,	Glucometer, medicamentos, etc.

Beneficios generales de la Internación domiciliaria:

1 Aspecto científico-técnico	<ul style="list-style-type: none"> -Evita la re-internación - Al contar con un equipo de profesionales trabajando en conjunto incrementa el flujo de información y la capacitación continúa. -Sirve de conexión entre el hospital y el primer nivel de atención. -Los profesionales reciben información en tiempo y forma que les permiten realizar los cambios que consideran adecuados en los planes de atención. -Ausencia de infecciones nosocomiales.
2 Aspectos psico-sociales:	<ul style="list-style-type: none"> -Involucra a los familiares en el proceso de atención de la salud del paciente. -Evita el stress psicológico que causa una internación institucional (es notable en la internación de pacientes pediátricos y en ancianos), insertando al paciente a su grupo familiar, en su entorno. -Promueve las actividades de educación sanitaria. - Acelera la recuperación funcional.
3 Aspecto gerencial:	<ul style="list-style-type: none"> -Disminuye los costos marginales. -Facilita la utilización de los recursos hospitalarios.

La auditoria medica como control de la eficacia de la Internación Domiciliaria

La ID, es una herramienta de suma importancia para la auditoria médica de hoy; pero existen varios puntos en los cuales se debe prestar vital atención para que un elemento tan beneficioso no se convierta en un problema sin solución.

Para ello, es útil contar con un médico coordinador de la internación domiciliaria, dado que éste debe considerar la real necesidad del pedido realizado por los médicos tratantes, evaluar la situación social del paciente, posibilidad de accesibilidad, contención familiar, detectar posibles conflictos a futuro (demanda de atención permanente, mayor numero de visitas medicas de lo planificado, ansiedad incontrolada de la familia o el paciente, etc.)

Se debe auditar el uso de recursos, cantidad de visitas solicitadas, realizadas y facturadas.

Controlar la calidad de atención en domicilio, debido a que en la mayoría de los casos la ID se realiza por servicios terciarizados.

Controlar los insumos descartables y medicamentos utilizados.

Controlar los estudios (Rx , laboratorios, ECG, otros) solicitados en domicilio así como la de los pedidos de ínter consultas domiciliarias por especialistas, lo cual encarece la prestación.

Numero de re-internaciones de pacientes con ID.

Controlar la fecha de alta de ID, en los casos que esta este programada.

El coordinador médico del financiador debe determinar que no se cronifiquen los pacientes en ID, dado que de esta manera se cambia el lugar de internación, si bien es a un menor costo, muchos pacientes nunca encuentran oportuno el momento del alta.

Realizar una correcta evaluación del paciente bajo tratamiento paliativo terminal.

Siempre es importante no prometer prestaciones que no pueden ser brindadas, dado que esto crea una desconfianza en el sistema.

Tener respuesta inmediata a los requerimientos de los pacientes en ID.

Como podemos ver, la ID si bien es una alternativa de gran utilidad para la auditoria y gestión médica de hoy para el financiador, es también un complejo grupo de prestaciones externas que deben ser correctas y estrictamente auditadas para que el balance costo beneficio sea el esperado.

Breve reseña histórica:

La modalidad de internación domiciliaria fue inaugurada en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por el Dr. Bluestone, del Hospital "Montefiori", como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Las razones para crear esta primera unidad en el mundo eran para descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano, y favorable para su recuperación. Desde entonces ha habido múltiples experiencias de este tipo tanto en Estados Unidos como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema de salud.

A partir de los años sesenta en Canadá comenzaron a funcionar servicios de internación domiciliaria orientados en a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó, en 1987, una experiencia piloto (Hospital extra mural) que consistía en la administración de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos.

En Europa, el Hospital de Tenon en París, en Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización. Domiciliaria en 1951. Más tarde, en 1957, se estableció el Santé service, organización no gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia socio-sanitaria a domicilio a pacientes con enfermedades crónicas y terminales.

En el Reino Unido fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care Home. En Alemania y Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia- con el nombre de Ospedalizzazione a Domicilio- recién a comienzos de los años ochenta.

En España llega en el año 1982, tomando gran empuje en los noventa sobre todo en el país Vasco y en la comunidad Valenciana.

En la Argentina, las primeras instituciones que implementaron servicios de internación domiciliaria fueron hospitales que lo utilizaban como extensión hospitalaria. Entre ellos el Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata, que continúa con el servicio, y el Hospital Castex de San Martín para el servicio de traumatología: este último lamentablemente no tuvo continuidad. La empresa En Casa fue creada en 1991 por un grupo, de médicos clínicos del Hospital Italiano en asociación con otros profesionales. En este momento había muy pocas empresas privadas que pudieran ofrecer sus servicios a Prepagas, Obras Sociales y a pacientes privados. Lentamente el sistema fue imponiéndose, a medida que sus beneficiarios fueron evidenciándose para todos los involucrados.

Panorama Latinoamericano:

Resumen de cómo algunos países de Latinoamérica, trabajan con la internación domiciliaria: extracto tomado de la 1ra. Jornada Latinoamericana de Atención Domiciliaria, desarrollada en el 1er Congreso Argentino sobre ID. –Mayo 2005.

- Colombia:

Esta especialidad “es incipiente” y se esta “desarrollando con fuerza en los últimos 4 años”. Carece de legislación y que falta profundización sobre la educación y la concientización en la comunidad y en los médicos para que se produzca la demanda necesaria.

La internación domiciliaria se financia, básicamente, con los fondos de las empresas aseguradoras y las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), que son las que reúnen los diferentes recursos de la salud del país pagados por la fuerza laboral.

También contribuyen las empresas de medicina prepaga y en menor medida los pacientes particulares.

“Financiar la internación domiciliaria es costoso pero resulta, más económico que la internación en sanatorios” considero el visitante colombiano.

En la actualidad, el Estado ha delegado en las EPS la supervisión y la auditoria de las empresas que prestan servicios de internación domiciliaria. “Como no existe la experiencia suficiente, tampoco tiene la metodología para hacer esa supervisión, y por eso las empresas pioneras en el desarrollo de esta especialidad estamos construyendo esos mecanismos para incrementar la calidad y los sistemas para garantizar la misma”. También hay falta de personal especializado.

- Uruguay:

La realidad del país vecino fue descrita por Gladys Gómez, quien asegura que “la internación domiciliaria está en una etapa de imposición a nivel de mercado” y que la financiación es a través de las instituciones privadas. La internación domiciliaria forma parte de las prestaciones que brindan las instituciones de asistencia médica colectivas a sus asociados en el nivel privado y de las prestaciones que brinda el Ministerio de Salud Pública a los habitantes, a los cuales le da cobertura. “Tampoco hay un marco regulatorio específico, por lo cual la internación domiciliaria depende de las normas internas y de las necesidades de cada institución” añadió. La internación domiciliaria nació como una respuesta a los altos costos del día-cama sanatorial y luego se fueron incluyendo nuevas prestaciones en base a las demandas de los pacientes. “La idea es poder desarrollar la cultura de la internación domiciliaria y que esta especialidad no sea vista solo como una solución a un problema de costos sino como un modelo de atención que tiene su lugar en el modelo sanitario.” comentó Gómez. En materia de recursos humanos, Gómez aseveró que “la política económica del gobierno saliente hizo que aumentara la tasa de desocupación en el sector de la salud, y esto ha determinado que para desarrollo de la internación domiciliaria existan recursos humanos bien formados, con experiencia de trabajo sanatorial.”

- Brasil:

La actualidad en dicho país fue explicada por Ari Bolonhezi, quien asegura que en ese país la especialidad “ya lleva 14 años de desarrollo, principalmente en el sector privado, donde se ha encontrado un buen financiamiento por parte de las aseguradoras y empresas de medicina prepaga.” “Ya existe manifestaciones de los avances de esta especialidad en el sector público, donde tanto el Ministerio como las secretarías de salud de los distintos municipios tienen iniciativas en este sentido.” destacó Bolonhezi. “También existe una ley federal que reconoce la internación domiciliaria en la salud pública, aunque no introduce reglas o patrones de calidad, aspectos que solo están contemplados en algunas normas ministeriales que marcan como actuar.”

La internación domiciliaria está financiada por el sistema público y por el privado. En el sistema público es financiada por el gobierno federal y complementada por los recursos de los estados y municipios. Dentro de todos los servicios públicos existen iniciativas de atención domiciliaria, pero no hay un modelo homogéneo, se trata de iniciativas locales determinadas por los programas de salud familiar, que marcan atención ambulatoria y domiciliaria. No hay organismo que controle la calidad de la asistencia domiciliaria, pero existe un control de esa especialidad a través de las fuentes que financian esos servicios.

- Chile:

Se ha desarrollado con fuerza desde hace 10 años bajo una concepción simple y clara que marca que la especialidad consiste en trasladar los servicios de una clínica a la casa de un paciente. Esta especialidad es financiada básicamente por las ISAPRES- aseguradoras privadas que cubren el 45% de la población- ya que los hospitales públicos tienen un modelo de atención que todavía es incipiente y solo incluye la visita domiciliaria de un

profesional pero no la implementación de una infraestructura hospitalaria en su domicilio. La internación domiciliaria todavía resulta muy costosa porque no se ha desarrollado en forma masiva y solo un sector de la población puede acceder a estos servicios. Las ISAPRES cubren la internación domiciliaria pero solo en forma extra-contractual, es decir que ofrecen esos servicios como una forma de bajar los costos que pagan por un paciente hospitalizado en una clínica privada. Consideró Loreto A nivel ministerial, esta especialidad todavía no se acredita y no se reconoce como una modalidad de salud, aun a pesar de que hace mucho tiempo que se está dando. Esto se debe a que el FONASA (Fondo Nacional de Salud), que cubre a la mayoría de los chilenos, no codifica esta prestación, lo que hace que no pueda ser cubierta por las ISAPRES. A pesar de ser cara, la internación domiciliaria se muestra eficiente si se la compara con los costos de la hospitalización en el sector privado. Los resultados son satisfactorios porque los pacientes logran recuperarse en menos tiempo haciendo que las estadías hospitalarias sean a cotas y que se reduzcan las infecciones intra-hospitalarias, aseguró la directiva de Peter Swan. La formación de recursos humanos para el desarrollo de esta especialidad no existe en los niveles académicos, y quienes ejercer esta disciplina se deben formar al calor de la practica.

La internación domiciliaria en la Argentina:

En nuestro país, hace poco tiempo que se ha comenzado a incursionar en el homecare, no todas las empresas de medicina prepaga tienen un sistema organizado de internación domiciliaria ya que, en general, actúan en forma espasmódica y por reacción frente a una situación de desborde cuando el concepto debería ser totalmente diferente; la internación domiciliaria tendría que ser oferta de sistema de atención medica disponible para el paciente desde el primer día de internación sanatorial. Pocos sistemas de salud tienen integrada la internación domiciliaria al conjunto global de la asistencia pero todos están tomando en consideración el hecho de concretar el cambio. Algunas empresas están incursionando en lo que se denomina outsourcing, que sería contratar sistemas externos a la propia estructura prestacional para incorporarlos a los nuevos prestadores de la red de atención medica y poder, a través de ellos, brindar el servicio.

Según el Dr. Pablo Erpen, en la argentina, cada uno de los sistemas administran forma muy disímil la internación domiciliaria, pero lo que es absolutamente real es que estamos lejos de las 20.000 agencias de homecare que tienen los Estados Unidos ya que nos lleva 20 años de ventaja en el tema. Todavía hay que abrir mentes de los organizadores; y aunque no es fácil la evolución de un sistema de homecare (sea propio o tercerizado), el sistema cierra tanto para prestadores como para financiadores y pacientes.

Perspectivas en América:

El 1er. Congreso de ID, contó con la participación de Eliseo Velásquez, asesor en sistemas de servicios de salud de la delegación Argentina de la OPS-OMS, quien se refirió a un tema vinculado a las perspectivas del cuidado domiciliario en salud en la región de las Américas. Al respecto, sostuvo que la atención domiciliaria tiene como

objetivo general brindar una atención apropiada y de alta calidad a los enfermos en su medio familiar y comunitario para contribuir a mantener su funcionalidad e independencia y la mejor calidad posible.

Los factores que aceleran el desarrollo de esta especialidad son: el envejecimiento de la población, el crecimiento, de las expectativas de vida de los pacientes que sufren enfermedades crónicas y la eficiencia que muestran estos sistemas a la hora de medir los costos que generan en relación a los valores de los días de internación en una institución sanatorial.

“ La base de las empresas de internación domiciliaria es el trabajo en equipo en forma interdisciplinaria con colaboración intersectorial y participación comunitaria.” destacó el asesor de la delegación Argentina de la OPS- OMS.

Para su correcto desarrollo, los sistemas deben tener los incentivos suficientes para despertar el interés de los profesionales que la desarrollan y también incentivos para desalentar la saturación, un fenómeno que sufren tanto los profesionales como los pacientes y su entorno familiar.

La internación domiciliaria tiene un campo muy grande de desarrollo para la promoción y prevención de la salud, dos factores que no han encontrado la fuerza que necesitan para llegar a toda la población. Por este motivo, los modelos de atención domiciliaria tienen que ser flexibles, porque la composición del equipo y del equipamiento puede cambiar según el tipo de enfermedad a tratar, lo que hace que sea muy difícil para una empresa la adaptación.

“ En los países de América, estos sistemas no están difundidos en las políticas sanitarias y tampoco existe un cuerpo regulatorio normativo suficiente, lo que causa preocupación tanto en las empresas como en los profesionales encargados de brindar los servicios.” resaltó Velásquez.

Evolución de la pirámide poblacional:

De acuerdo a proyección para el año 2020, el porcentaje de mayores de 65 años en la Argentina, subirá un 17%.

Según el censo de 1991, en nuestro país, el 9% de sus habitantes (2900000 personas) eran mayores de 65, mientras que en la ciudad de Buenos Aires, el 23% (100000 personas), es mayor de 80 años. Esto indica que en 30 años, el porcentaje de mayores de 65 años en Argentina, se duplicará.

A nivel universal, en el 2025, el 30 % de la población tendrá más de 60 años de edad, según estudios de la UNESCO.

Estas circunstancias, absolutamente previsibles, obligan a pensar como se atenderá la sociedad, se mide por el trato que da a sus ancianos. La mayoría de estos adultos mayores serán jubilados y habrá que proceder para que la jubilación no sea antagónica de júbilo. Que el futuro no sea vivido como una amenaza, sino como promesa de vida, con una calidad que le haga una etapa disfrutable. Que la vejez no sea sinónimo de enfermedad, sino expresión de madurez.

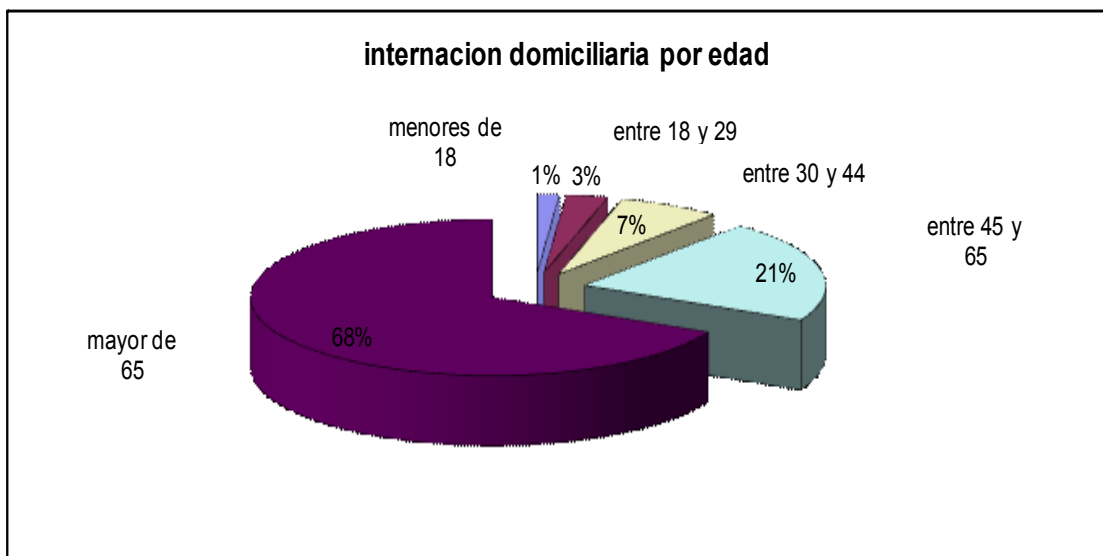
Un pensamiento oriental sostiene que un viejo que muere es una biblioteca que arde.

Estadísticas sobre la Internación Domiciliaria:

La Internación Domiciliaria representa una alternativa sumamente valiosa y necesaria para el Sistema de Salud argentino aunque presenta grandes dificultades, pues si bien se habla mucho del hospital extramuros, en realidad son pocas las acciones destinadas a generarlo, desde la formación de los recursos humanos hasta la financiación del sistema. El objetivo de este trabajo es compartir nuestra experiencia, transmitiendo información respecto de algunas características de la población que atendemos. El análisis se efectuó en base a los registros de 1.364 pacientes en Internación Domiciliaria de julio de 1999 a junio de 2001. Las variables que fueron tomadas para este artículo son: Edad y Patología.

EDAD:

De la totalidad de los pacientes, el 1.47% (20) son menores de 18 años, el 2.79% (36 pacientes) entre 18 y 29 años, el 6.90% (95) entre 30 y 44 años, el 21.19% (207) entre 45 y 65 años y el 67.65 % (926 pacientes) son mayores de 65 años. Queda claro que la mayor utilización del sistema es por parte de los adultos mayores:



Volanta: Análisis a más de 1.300 pacientes
Título: Estadísticas en internación domiciliaria
 Autores: Lic. Felicitas Adaro, Dr. Jorge Landriscina, Marisa Marquez

La franja etaria que más consume atención médica y que con el envejecimiento de la población será cada día la más numerosa, (dejamos aclarado que no trabajamos con el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados). Esto sigue el mismo patrón que se da en la mayoría de los países con un desarrollo importante de internación domiciliaria, con excepción de Canadá que atiende una población más joven. En el otro extremo, los menores de 18 años es la franja que menos utiliza la internación domiciliaria, lo cual tiene que ver con los criterios que en general los financiadores tienen respecto de la Internación domiciliaria, y que convendría cuestionar, dado que sin duda algunos pacientes pediátricos y sus familiares podrían verse enormemente beneficiados con esta forma de atención.

Tres principales diagnósticos asociados con la hospitalización domiciliaria en diferentes países:

Países	Primer diagnostico	Segundo diagnostico	Tercer diagnostico
Canadá	Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades de la piel	Enfermedades del aparato respiratorio
Estados Unidos	Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades endocrinas metabólicas	Tumores
España	Enfermedades del aparato respiratorio	Enfermedades del aparato digestivo	Enfermedades del aparato circulatorio
Francia	Tumores	Enfermedades del aparato circulatorio	Enfermedades del sistema nervioso
Reino Unido	Trastornos ortopédicos	Trastornos ginecológicos	Pacientes en fase terminal
Argentina	Tumores	Traumatismo y otras consecuencias de causas externas	Enfermedades del sistema circulatorio

Como puede observarse, la particularidad está dada por la aparición de los traumatismos en segundo lugar, que puede equipararse a los Trastornos Ortopédicos del Reino Unido (que utilizan una categorización diferente al resto de los países). La causa de esto en parte, es la fuerte utilización de las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo del sistema de internación domiciliaria.

Toda categorización es criticable y adolece de defectos. Nunca un ser humano podrá ser abarcado y descrito en totalidad por ninguna categoría diagnóstica. Estas, sin embargo, son necesarias para dar orden a la información y para obtener a partir de ella algún tipo de conocimiento. Publicarlas hace posible comparar y poder pensar en los sistemas en los que trabajamos.

La responsabilidad profesional:

La atención domiciliaria expone a los profesionales de la salud someterse a riesgos e inseguridades que no se encuentran en un ámbito común, un motivo que crea la necesidad de tener muy en cuenta el tema de la responsabilidad profesional de quienes desarrollan este tipo de servicios.

Según Fabián Vítolo, directivo de SMG Seguros, quien sostuvo que la atención domiciliaria "es controlada por el paciente y su familia y hay una gran dependencia de ellos para brindar los servicios", lo que marca una diferencia "con lo que ocurre en los hospitales, donde hay mayor capacidad de supervisión y control."

Las causas de demandas en la internación domiciliaria son similares a las que se pueden encontrar en otros ámbitos, y fundamentalmente se pueden resaltar las complicaciones y

la falta de adaptación de medidas de precauciones. “ En general, las demandas en esta modalidad de atención se dan más por negligencias y por falta de tomar las medidas de prevención necesarias que por imprudencia”, señaló Vítolo.

Una diferencia importante para destacar entre el ámbito hospitalario y el domiciliario, es que en el primero la institución es responsable por la seguridad durante las 24 horas del día, mientras que en el segundo hay un control limitado, porque la responsabilidad de la empresa debería restringirse a las situaciones que debería poder controlar.

Para poder tener un mayor control de los riesgos en el ámbito domiciliario, se pueden adoptar medidas como la adaptación de conceptos claros a la hora de seleccionar los pacientes, los que tienen que ver con la ubicación del domicilio del paciente, las condiciones de ese domicilio en cuanto a sus instalaciones y el entorno familiar y su predisposición a soportar las demandas de una internación domiciliaria.

Para prevenir riesgos, también resulta importante la educación de los pacientes y de su entorno familiar y la selección del personal que va a desarrollar los servicios.

Al seleccionar el personal, no solo hay que tener en cuenta su capacidad técnica sino también su capacidad docente y de transmisión de conocimientos al grupo familiar, un factor que puede ser fundamental para lograr la colaboración de la familia y la mejor recuperación de un paciente.

Otro tema importante a la hora de hablar de prevención es la competencia del personal. En el ámbito domiciliario, la persona encargada de prestar los servicios debe tener cierta capacidad de tomar decisiones dentro de sus límites y poder trabajar prácticamente sin supervisiones.

Muchos de los problemas legales que surgen en la internación domiciliaria tienen que ver con dificultades en la relación entre los pacientes y su grupo familiar, lo que puede llevar a que no se cumplan los procedimientos encargados y a que se produzcan abusos verbales o físicos que determinen malos resultados en los tratamientos.

En un ámbito domiciliario, la comunicación pasa a ser fundamental, un motivo por el cual el personal que desarrolla esta modalidad no solo debe ser bueno en la docencia sino también en la comunicación.

Para prevenir demandas de mala praxis en la internación domiciliaria también resulta importante el buen manejo del consentimiento informado, que se ha tomado como una herramienta defensiva. El consentimiento bien manejado es una herramienta fantástica de relación con los pacientes, y por eso a través del mismo se debe mostrar cierta vocación de informar a los pacientes sobre las ventajas y desventajas que pueden tener determinadas técnicas.

El director técnico de TPC, Fernando Mariona, recomendó tener en claro 4 aspectos a la hora de pensar el consentimiento informado: “ Cual es la naturaleza del procedimiento que se va a hacer, cuáles son los riesgos más habituales y frecuentes, cuáles son los beneficios y cuáles las alternativas”, precisó el especialista en mala praxis.

Por su parte, Carlos Navari, perito del Cuerpo Médico Forense, indicó que para evitar demandas por mala praxis en internación domiciliaria “es fundamental conseguir una buena relación médico-paciente e informar con claridad a estos últimos sobre las prácticas que se van a desarrollar ” y también “ conocer las leyes y normas con más profundidad y no actuar por sentido común ”.

“ Además, hay que confeccionar claras y buenas historias clínicas que contengan registros diarios y hora por hora de lo que va sucediendo durante el proceso como así también registros del funcionamiento de los equipos”, destacó el perito.

Marco legal y regulatorio en la Argentina:

La Dirección de Programas y Servicios de la Salud, incorporo a través de la Resolución N° 704/2000 del MS las “Normas de organización y funcionamiento de un servicio de internación domiciliaria” al Programa nacional de garantías de calidad de la Atención Médica. Dicha norma intenta desarrollar las acciones de normatización que tienen como fin garantizar la accesibilidad, la equidad, la eficacia, y la eficiencia del sistema de salud”. Para su elaboración se ha tomado como guía la Categorización por Niveles de Riesgo de los establecimientos asistenciales con internación. Nivel: I, II o III.

- **Definición de área:**

INTERNACION DOMICILIARIA es un modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana.

- **Objetivos:**

Se detalla algunos objetivos que establece la norma:

1. brindar asistencia en el domicilio del paciente, interactuando con los establecimientos asistenciales de diferentes niveles de categorización, con quienes deberá mantener mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia.
2. Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno natural: la familia y la comunidad.
3. Recuperar la dimensión social del problema salud/enfermedad, dentro de la comunidad.
4. Evitar la institucionalización del paciente, disminuir el promedio días de internación y las posibilidades de infecciones intrahospitalarias.
5. Facilitar la participación activa de la familia o responsable del paciente, mediante su capacitación adecuada y aceptada.
6. Disminuir el promedio de días de internación por patologías y aumentar la disponibilidad de camas para patologías más complejas.

- **Dependencia:**

De acuerdo a su dependencia administrativa y funcional, los servicios de ID pueden ser:

- 1 Servicios dependientes de un hospital: pueden ser propios o contratados.
 - De nivel I de riesgo: podrá depender de a dirección.

-De nivel II de riesgo: podrá depender de las áreas de Internación (programada o ambulatoria)

Los servicios contratados pueden ser:

- 2 Servicios dependientes de establecimientos de salud privados.
- 3 Servicios dependientes de obras sociales o mutuales.
- 4 Servicios privados.

Todos aquellos servicios que no sean propios de un hospital deben contar con las inscripciones y habilitaciones que las diferentes jurisdicciones y organismos competentes así lo requieran.

- **Pautas de Admisión de pacientes para la ID:**

- Paciente clínicamente estable.
- El paciente debe presentar una patología cuyo tratamiento continuo o discontinuo pueda ser efectivizado en su domicilio.
- El paciente y/o familiar o tutor a cargo del mismo deben brindar consentimiento escrito área esta modalidad de atención.
- El paciente y la familia deben tener condiciones habitacionales adecuadas, conducta sanitaria familiar, ausencia de problemas obstaculizadores del proceso de tratamiento y recuperación.
- La familia debe poseer un nivel de alarma adecuado, capacidad de contención y resolución frente a situaciones de desestabilización, capacidad de interacción y cooperación con el equipo de salud.
- Debe tener mecanismos adecuados de derivación con establecimientos asistenciales con internación.

- **Recursos Humanos:**

Se detalla la importancia de una Dirección Médica, Coordinar asistencial, Coordinador de enfermería, Médico Asistencial, Enfermeras, kinesiólogos, nutricionistas, asistente sociales, Psicólogos, Fonoaudiólogos, como así también la figura del Acompañante Domiciliario, que son personas capacitadas para brindar servicios de cuidado y acompañamiento en el hogar, cuyo objetivo primordial es brindar ayuda al paciente y a sus familiares (alimentación , higiene, control de la toma de medicamentos, actividades recreativas etc.)

La norma detalla también los recursos físicos y equipamiento.

En lo que respecta al PMO, es a través de la Resolución 201/2002, en la que se aprueba el Programa Médico Obligatorio de Emergencias y se describe en el Anexo II (Catalogo de prestaciones), apartado de tratamientos especiales, a la Internación Domiciliaria, obligando a los Agentes del Seguro de Salud a garantizar a través de sus prestadores propios o contratados el acceso a todas las prestaciones incluidas en dicho catalogo.

Cuadro comparativo de costos según patología en ID:

Ejemplo N° 1:

Paciente EPOC con cuadro de reagudización, evoluciona estable, requiere Kinesiología respiratoria 1 vez al día, nebulizaciones cada 8hs, control medico 2 veces por semana, enfermería 2 veces por día, tratamiento por 15 días.

Costo día clínico de internación (varia según Institución, Obra social, etc.) promedio aproximado \$ 550

Valor ID (medico 2 veces por semana, Kinesiología diaria por 15 días, alquiler de nebulizador) Medico \$32 por visita, Kinesiólogo \$ 20 por visita, enfermería \$18 por día, nebulizador por 15 días \$25.

La medicación es a cargo del financiador, con costo similar en ID o Sanatorial.

	Internación Sanatorial	Internación Domiciliaria
15 días según patología	\$8250	\$ 723

Ejemplo N° 2: Paciente oncológico terminal, bajo tratamiento paliativo, con requerimiento de enfermería 3 veces por día, medico 3 veces por semana, internación por 30 días.

	Internación Sanatorial	Internación Domiciliaria
30 días según patología	\$ 16.500	\$2004

Ejemplo N° 3: Paciente EPOC severo que presenta NAC, requiere O2 domiciliario, CPAP, medico 3 veces por semana, enfermería 2 veces por día y Kinesiología diaria por 20 días. CPAP alquiler mensual: \$ 180, concentrador de oxígeno \$ 250.

	Internación Sanatorial	Internación Domiciliaria
20 días según patología	\$ 11.000	\$ 1838

Creo que tendríamos que hacer una pequeña referencia a una de las acciones mas importantes de la auditoria del financiador sobre las prestaciones de la ID. Es importante saber que en muchas ocasiones los pacientes que ingresan a ID se cronifican en este tipo de internación, por lo que es de vital importancia contar con un medico coordinador que pueda evaluar la continuidad y calidad de los seguimientos domiciliario

Conclusiones:

La "Internación Domiciliaria," es una modalidad de atención de salud, mediante la cual se brinda al paciente y a la familia asistencia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario, cuya misión es promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución, en los aspectos físicos, psíquicos, social y espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana.

La ID. complementa tanto a la internación sanatorial como el tratamiento ambulatorio. La ID responde a investigaciones desarrolladas y probadas en países como: EE.UU., España, Inglaterra, Alemania, Holanda, y Bélgica.

Es considerada una alternativa asistencial que brinda a los pacientes en su domicilio un conjunto de atenciones y cuidados multidisciplinarios de rango hospitalario, cuando todavía precisan vigilancia activa y asistencia compleja.

Concebida como parte de un Programa Médico Asistencial General, virtualmente, todos los pacientes pueden beneficiarse con esta modalidad de atención en algún momento de su padecimiento.

El criterio de selección es crucial para el apropiado uso del recurso, con la finalidad de elegir racionalmente la oportunidad para la ID.

Con sentido práctico debe plantearse, si en determinado tiempo de la evolución de la enfermedad, su derivación resultará en una reducción del tiempo de internación, y o en una disminución de la tasa de re-internación sanatorial. Presenta beneficios para "el paciente" y "para la entidad contratante":

Para el paciente, mejora la calidad de vida mediante:

- Rápida recuperación en su hábitat, rodeado de su familia
- Participación activa en el proceso curativo, tanto del enfermo, como de la familia
- Atención personalizada, a cargo de un mismo equipo de salud, desde su ingreso hasta su alta.
- No altera las funciones del grupo familiar.
- Evita la internación sanatorial innecesaria.
- Reduce la tasa de re-internaciones.
- Reduce los tiempos de internación al posibilitar el alta precoz, y garantizar la continuidad asistencial.
- Disminuye los riesgos derivados de la internación convencional (infecciones, trauma hospitalario, alteraciones de la dinámica familiar).
- Evita traslados innecesarios.
- Prevención y tratamiento de escaras.
- Disminuye en forma significativa los gastos de internación sanatorial.

Beneficios para el financiador.

- Facilita la contención del grupo familiar y la calidad de relación con este.
- Promueve el trabajo en equipo.
- Disminuye en forma significativa los gastos de internación sanatorial.
- Permite la utilización de recursos hospitalarios para pacientes agudos.

La actividad está regulada por el Ministerio de Salud a través de la Resolución N° 704/2000. En ésta se describe detalladamente la estructura organizacional que debe tener una empresa de internación domiciliaria y los requisitos para la habilitación en el Ministerio. Luego de reglamentada esta disposición, se abrió el registro de prestadores de la Superintendencia del Servicios de Salud.

Hay momentos para la ID, y momentos para la internación, y momentos en que es mejor que el paciente continúe con su tratamiento de forma ambulatoria.

Dicho de otra manera, los recursos económicos son finitos. Por un lado el Estado, las instituciones y Empresas que manejan fondos destinados a la salud, deben hacer uso racional de los mismos y aplicar la alternativa prestacional, la cual debe contemplar calidad, costos y calidad de vida. Los directores médicos están en condiciones de determinar en qué punto del sistema de cuidados progresivos se encuentra el paciente y optar por la más adecuada.

La auditoria medica es de fundamental importancia en el control de la ID, manteniendo el equilibrio entre calidad-costo y beneficio. Se debe controlar el costo surgido de la misma, como también la calidad prestacional.

Las perspectivas del crecimiento poblacional, nos muestran año tras año la vulnerabilidad del sistema de salud para poder cumplir con los requerimientos asistenciales. Este año se sufrió un colapso del sistema que no podía hacer frente a la demanda de camas sanatoriales para la internación de cuadros agudos.

Es sin dudas, en este presente, la ID, la única alternativa para responder a esta creciente demanda. Permitiendo la utilización de los recursos sanitarios con una significativa reducción en los costos, sin tener esto que redundar en menor calidad prestacional. Es nuestra postura alentar el crecimiento de esta modalidad contando con el compromiso de control del equilibrio calidad-costo-beneficio.

Bibliografía:

- www.internaciondomiciliaria.org/notas2.htm
- www.fundacioninstitutosanjose.es/atenciondomiciliaria.php
- www.revistamedicos.com.ar/numer10/pagina08htm-26k
- www.monografias.com/.../internacion-domiciliaria-reduccion-costos-salud.shtml-41k
- www.atencion-medica-internacion-domciliaria.adnmedicals.com.ar/-37-encache-paginas-similares
- www.internaciondomiciliaria.org/ - 3k –
- www.medichome.com
- internación-domiciliaria.medihomesalud.com.ar