

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Mauro Da Luz

ANÁLISIS DE LA VIABILIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DE UN SERVICIO DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN LA CIUDAD DE POSADAS, MISIONES

2015

Citar como: Da Luz, M. (2015). Análisis de la viabilidad de implementación de un servicio de internación domiciliaria en un hospital público en la ciudad de Posadas, Misiones. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

| | |
|--|----|
| Resumen/Abstract – Palabras Claves | 3 |
| 1-Introducción | 5 |
| 2-Planteamiento del Problema-Justificación | 6 |
| 2.1 Objetivo General | 7 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 7 |
| 2.3 Diseño Metodológico | 8 |
| 3-Desarrollo | 9 |
| 3.1 Marco Teórico | 9 |
| 3.2 Marco Legal | 12 |
| 3.3 Marco Referencial | 14 |
| 3.4 Análisis del Problema | 17 |
| 4-Conclusiones | 43 |
| 5-Bibliografías | 45 |
| 6-Anexos | 46 |

RESUMEN/ABSTRACT

Este trabajo pretende abordar un análisis de la implementación del servicio de Internación Domiciliaria (ID) provisto por el Estado, a través de su Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga ubicado en la ciudad de Posadas de la Provincia de Misiones, Argentina.

La herramienta elegida es el análisis FODA y los resultados obtenidos permitirán aportar conocimiento relacionado con la oferta del servicio, la gestión de camas, las patologías predominantes, los tiempos de estadía dentro del servicio de ID, y los costos ahorrados, si el servicio fuera provisto por el mismo Hospital y no por terceros.

Es importante destacar la presencia del Estado en un área donde existe un impacto también en lo social, con externalidades en la calidad de vida del paciente y sus familias, al efectuar una evaluación de los requisitos en vivienda y el entorno para realizar la derivación a la internación domiciliaria.

Además del impacto social en el paciente y su familia, existe un gran ahorro de costos, permitiendo aplicar esos fondos que son recursos escasos a otros pacientes y/o patologías. La liberación de camas que se logra, también permite destinar recursos a pacientes agudos principalmente.

Otros punto a resolver de gran relevancia por su impacto en los costos y en la gestión exitosa, son los tiempos de perpetuidad de los pacientes dentro del servicio, es decir, ¿podría ser una solución a este problema que el servicio sea provisto por el Estado?

This work aims to address an analysis of the implementation of the Home Hospitalization Service (ID) provided by the State, through its School of Acute Hospital Dr. Ramón Madariaga located in the city of Posadas in the Province of Misiones, Argentina.

The tool of choice is the SWOT analysis and the results allow to provide related service offering knowledge, management of beds, the prevailing conditions, time spent in the service ID, and the saved costs, if the service was provided for the same Hospital and not by third parties.

Importantly, the State's presence in an area where there is also an impact on the social, externalities in the quality of life of patients and their families, to make an assessment of the requirements in housing and the environment for referral to the home care.

In addition to the social impact on the patient and his family, there is a great cost savings, allowing those funds to apply scarce resources to other patients and / or pathologies. The release of beds is achieved; also it enables to allocate resources primarily acute patients.

Others point to address highly relevant for their impact on costs and on the successful management are times perpetuity of patients within the service, that is, it could be a solution to this problem that the service is provided by the State?

Palabras Claves

- Impacto Social
- Costos
- Patologías Crónicas
- Perpetuidad
- Recursos

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende abordar un análisis de la implementación del servicio de Internación Domiciliaria (ID) por parte del Estado, a través de su Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga ubicado en la ciudad de Posadas de la Provincia de Misiones, Argentina.

Se justifica este trabajo en la necesidad de demostrar los beneficios y/o inconvenientes que presenta este tipo de prestaciones, ya que el sistema de salud público no da respuesta a la atención médica con servicios propios fuera del ámbito hospitalario y por la falta de políticas que permitan dar de alta a los pacientes dejando liberada una cama e internarlo en su domicilio, teniendo en cuenta además su seguridad, evitando exponerlo a infecciones intrahospitalarias y otras enfermedades por contagio.

A pesar de que la ID aparece a mediados del Siglo XX, esta concepción fue un cambio de paradigma que tiene como objeto principal descongestionar los hospitales y centros de atención. Uno de los principales obstáculos para llevarlo a cabo es el acondicionamiento de la vivienda y el entorno del paciente al regresar a su hogar, cuando se lo intenta externar para continuar su tratamiento fuera del hospital con el equipo médico y paramédico necesario.

Los cambios sociales, demográficos, epidemiológicos y tecnológicos no fueron acompañados por el sistema de salud actual ni por la sociedad que no está preparada para la recepción y atención de pacientes hospitalarios.

El contexto donde se llevará a cabo la investigación es la Zona Sanitaria Capital de la Provincia de Misiones, tomando en cuenta el periodo que va desde 01 de enero de 2013 al mes de Septiembre de 2015.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-JUSTIFICACION

Dentro de esta Zona Capital se creó años atrás el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. El mismo se establece con el motivo principal de subsanar las deficiencias del antiguo Hospital Dr. Ramón Madariaga, que en sus últimos años solo podía cubrir casos de emergencia, dejando en manos de la salud privada la Alta complejidad.

Con esta visión, el nuevo Hospital de Nivel III, capacitó mucho tiempo antes a sus profesionales de salud, desplazando a casi el 80% del personal del antiguo Hospital.

Este Hospital Escuela posee hoy 308 camas, de las cuales 60 corresponden a Alta Complejidad. Con el paso del tiempo se fueron incorporando servicios como Traumatología (de alta complejidad), Cirugía Robótica, etc., y de esta manera ha recuperado de manos de los privados la atención en este nivel.

Esta incorporación de servicios complejos, ha incrementado mayores controles sobre los pacientes tratados y mayor necesidad de instalaciones y RR.HH. Esto conlleva tener la necesidad de resolver problemas relacionados a:

- Infecciones Intrahospitalarias
- Reinserción de Crónicos a su ámbito de vida
- Cuidados Paliativos que permitan una muerte digna

Estos puntos mencionados son la base de la creación en el Hospital de un Servicio de Internación Domiciliaria exclusivamente para personas sin cobertura de salud.

Este servicio de ID se crea en conjunto con una Carrera Terciaria de Acompañantes Terapéuticos (hoy ya se encuentran formados 90 personas), además de capacitar en atención domiciliaria a enfermeros, auxiliares y Lic. en Enfermería, y Profesionales Médicos.

Este Servicio de ID está fijado dentro del presupuesto anual que posee el Hospital. El mismo tiene dos opciones al momento de prestarlo:

- Por Licitación con Empresas Privadas (se fija el monto por cápita)
- Por el propio personal del Hospital en relación de Dependencia

Hoy en día el servicio de ID es llevado a cabo por el propio Hospital, siendo un área más del mismo. Se encarga de:

- Profesionales de la Salud
- Medicación, Insumos y Productos
- Traslados y Móviles necesarios
- Gestiones por Problemas de Vivienda, Accesibilidad y otros. Esto se realiza a través de Asistentes Sociales.

El trabajo se va centrar en un estudio de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) que presenta el Servicio de ID antes mencionado provisto en forma Estatal, a los fines de aportar conocimiento en la gestión de hospitales relacionado con las internaciones de los pacientes debido a la falta de camas y la posibilidad de infecciones, la reinserción de crónicos, y el tratamiento paliativo de enfermedades terminales.

Hoy nuestro país, presenta desigualdades sociales que hacen que este servicio de ID, sea de acceso mayoritario para personas que cuentan una Obra social o Prepaga, o estén en condiciones laborales que le permitan pagar un servicio privado.

Es sabido que la Internación Domiciliaria está provisto por empresas privadas en la Argentina. Hay pocos ejemplos en el que el Estado asuma el rol de proveedor de este tipo de servicios, de ahí la importancia de este trabajo, ya que puede demostrar el valor de la ID por su accesibilidad, y porque sea llevada a cabo por la Salud Pública.

OBJETIVO GENERAL

- Analizar la viabilidad de la implementación de un servicio de internación domiciliaria en un hospital público en la ciudad de Posadas Misiones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Poder reconocer cuales son los puntos por los cuales se puede sustentar la ID brindada en forma pública, y que aditamentos pueden determinar que no sea una buena opción.
- Reconocer que tipos de pacientes se presentan como potenciales para la ID (Independientes, Semi-Independientes y Dependientes).
- Analizar la perpetuidad de un paciente bajo la Internación Domiciliaria.
- Evaluar si la Internación Domiciliaria brida una prestación similar y a un menor costo que si el paciente estuviese en el Hospital o Centro de Salud.

Diseño Metodológico

Este estudio es de tipo Descriptivo, ya que mide, describe y explica la evaluación de un servicio y sus componentes. Se exponen características del mismo sobre una población y contexto específico.

Se plantean inferencias cualitativas y cuantitativas para el análisis de la información.

A su vez es un trabajo Retrospectivo, porque es posterior a los hechos estudiados. Los datos se obtienen de archivos o registros, por ejemplo la información registrada en las Historias Clínicas.

La unidad de análisis o el universo poblacional que ese estudia son todos los individuos sin cobertura que se encuentran en la Zona Sanitaria Capital de la Provincia de Misiones.

La información será obtenida a través de las siguientes fuentes:

- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones (Sitio Web).
- Gerente Asistencial del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, Dr. Walter Villalba.
- Ministerio de Salud - SALUD PUBLICA - Resolución 704/2000. <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64241/norma.htm>
- Software Rismi. Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga.
- Asesoría Sector Facturación Sanatorio CAMINO. Posadas, Misiones.

Las técnicas utilizadas van a ser:

- Entrevistas Varias
- Análisis Documental

Las variables asociadas a los objetivos expuestos son:

- Impacto Social
- Costo
- Tiempo en el Servicio
- Tipología de Pacientes

3. DESARROLLO

MARCO TEÓRICO

Como instrumento principal, la matriz FODA es una herramienta de análisis que puede ser aplicada a cualquier situación, individuo, producto, empresa, etc, que esté actuando como objeto de estudio en un momento determinado del tiempo.

Las variables analizadas y lo que ellas representan en la matriz son particulares de ese momento. Luego de analizarlas, se deberán tomar decisiones estratégicas para mejorar la situación actual en el futuro.

El análisis FODA es una herramienta que permite conformar un cuadro de la situación actual del objeto de estudio (en este caso el servicio de ID) permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permite, en función de ello, tomar decisiones acordes con los objetivos y políticas formulados.

El objetivo primario del análisis FODA consiste en obtener conclusiones sobre la forma en que el objeto estudiado será capaz de afrontar los cambios y las turbulencias en el contexto, (oportunidades y amenazas) a partir de sus fortalezas y debilidades internas.

Ese constituye el primer paso esencial para realizar un correcto análisis FODA. Cumplido el mismo, el siguiente paso consiste en determinar las estrategias a seguir.

Para comenzar un análisis FODA se debe hacer una distinción crucial entre las cuatro variables por separado y determinar qué elementos corresponden a cada una.

Tanto las fortalezas como las debilidades son internas, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio las oportunidades y las amenazas son externas, y solo se puede tener injerencia sobre ellas modificando los aspectos internos.

Fortalezas: son las capacidades especiales con las que se cuenta, y que le permite tener una posición privilegiada frente a la competencia. Recursos que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente, etc.

Oportunidades: son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la empresa, y que permiten obtener ventajas.

Debilidades: son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente a la competencia, recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente, etc.

Amenazas: son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atender incluso contra la permanencia de la organización.

En un segundo lugar, la Gestión de Pacientes, puede ser definida como un proceso que tiene como objetivo mejorar la eficiencia de las instituciones de salud, facilitando la circulación de los usuarios del sistema de salud, disminuyendo barreras burocráticas y generando mayor satisfacción de los individuos beneficiados.

La gestión contempla el control de la estancia hospitalaria como actividad de Meso-Gestión. Una estancia prolongada no es sinónimo de calidad asistencial, se encuentra relacionada con la posibilidad de infección intrahospitalaria, e implica la separación del paciente de su familia y de su entorno habitual. La estancia hospitalaria determina en gran medida el costo de la asistencia especializada, siendo en la actualidad uno de los principales puntos de mejora para la gerencia de las instituciones sanitarias y unidades o servicios hospitalarios.

Las principales causas que generan prolongación de la estancia hospitalaria son:

- Patología de base.
- Gestión inadecuada de camas.
- Infecciones hospitalarias.
- Suspensiones de cirugías.
- Falta de provisión para internaciones domiciliarias.
- Hospitalizaciones innecesarias.

La planificación de camas es otro aspecto estratégico de la gestión de la institución y de la gestión de pacientes. Tiene la intención de mejorar la eficiencia institucional.

Las camas no son solamente un elemento físico, sino también el conjunto de recurso humano que lo asiste: enfermeras, médicos, personal de apoyo y cuidado de pacientes.

Dentro de la misma gestión de pacientes, y adquiriendo cada día mayor importancia, está la gestión de pacientes crónicos.

Se puede medir el impacto de las enfermedades crónicas en relación a la esperanza de vida evaluando la esperanza de vida libre de discapacidad, definida como el número de

años de vida en los que las actividades de la vida diaria no están limitadas por una condición o problema de salud.

El aumento de la esperanza de vida vivida en buen estado de salud tiene importantes implicaciones para la salud y los sistemas de atención sanitaria. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas, son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto público sanitario. Este tipo de enfermedades provoca importantes efectos adversos en la calidad de vida de los enfermos afectados, es causa de muerte prematura y tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Además del coste en pérdida de salud, la enfermedad crónica supone un elevado coste económico para los sistemas sanitarios y para los propios enfermos y su entorno.

Tradicionalmente, el modelo organizativo de atención sanitaria ha estado enfocado en mayor medida a la atención de pacientes agudos, con los pacientes con enfermedades crónicas incorporados en esta dinámica asistencial. De esta forma, el paciente con patologías crónicas era atendido de forma puntual cuando su estado de salud empeoraba y desaparecía del sistema hasta que nuevamente padecía una descompensación.

A pesar de que el patrón de las enfermedades está cambiando, los sistemas de atención a la salud no habían evolucionado hasta el momento al mismo ritmo. Es necesaria una respuesta encaminada a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario mejorando la eficiencia y los resultados en salud junto con la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes y en los últimos años se ha avanzado significativamente en la definición de modelos de gestión de pacientes con enfermedades crónicas basados en la innovación para optimizar los recursos asistenciales actuales.

Adaptado un modelo de referencia, como es el establecido por Kaiser permanente, se debe definir la segmentación o estratificación de la población según las necesidades identificando tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente con patologías crónicas:

- Nivel 3: Pacientes de mayor complejidad con frecuente comorbilidad. En ellos es necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales.
- Nivel 2: Pacientes de alto riesgo pero de menor complejidad en lo que respecta a su comorbilidad. Se propone una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.

- Nivel 1: Pacientes con enfermedades crónicas con condiciones todavía en estadios incipientes. La idea es ofrecer apoyo para favorecer su autogestión.

MARCO LEGAL

La Dirección de Programas y Servicios de la Salud, incorporo a través de la Resolución Nº 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 la 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 para 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 (Catálogo 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 catálogo.

MARCO REFERENCIAL

DEFINICIONES DE ID

Algunas de las definiciones sobre Internación domiciliaria o cuidados domiciliarios son:

“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 más 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.”¹

“La hospitalización domiciliaria (HD) es un recurso sanitario específico, que permite tratar en su propio domicilio a un grupo seleccionado de pacientes, poniendo a su disposición una infraestructura sin la cual los enfermos permanecerían hospitalizados. Se trata pues, de una extensión del hospital al domicilio del paciente”.²

“El servicio de internación domiciliaria es la respuesta más efectiva y moderna a los principales problemas de los servicios de salud del mundo. Brinda la posibilidad al enfermo de acceder a una prestación similar en calidad técnica sanatorial, pero superior en calidad humana y a costos sensiblemente inferiores.” “Es recomendable, en casos de internación prolongados, a pacientes de padecimientos subagudos y crónicos, enfermedades invalidantes, oncológicos, psiquiátricos, pos quirúrgicos, etc., la implementación de un alta temprana y la continuación de un tratamiento en su propio hogar, sabiendo que solo la relación permanente con su núcleo familiar -donde se respetan sus costumbres y se encuentran sus afectos- determina las mejores condiciones para su recuperación.”³

¹Monografía “La Internación Domiciliaria reduce los costos en salud” Luis Rodolfo Hipólito Pedro Iribarne Dávalos.

²“Hospitalización domiciliaria, una nueva modalidad de tratamiento” Dra. M^a Antonia Gómez Mendieta. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

³Cámara Argentina de empresas de Internación domiciliaria.

“Es una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional y multidisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en sus aspectos físicos, psíquicos, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana”⁴

RESEÑA HISTÓRICA

Internación Domiciliaria (ID) es una modalidad de atención que surge en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por iniciativa del Dr. Bluestone, del Hospital "Montefiori"; como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Las razones para crear esta primera unidad de ID en el mundo eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable para su recuperación. A partir de allí hubo múltiples experiencias de este tipo tanto en Estados Unidos como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud.

En los años sesenta, en Canadá, comenzaron a funcionar servicios de ID orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente. En hospitales de Montreal se realizó, en 1987, una experiencia piloto 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, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Más tarde, en 1957, se estableció el SantéService, 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, la ID, fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care al 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.

Debido al desarrollo irregular de la ID en Europa, tanto cualitativamente como cuantitativamente, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordinó y

⁴Ministerio de Salud de la Nación.

puso en marcha, a partir de 1996, el programa From Hospital to Home HealthCare, dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial

Por su parte en la Argentina las primeras experiencias en internación domiciliaria fueron producto de la extensión hospitalaria, el hospital de la Comunidad de Mar del Plata y el hospital Castex de San Martín fueron pioneros en esta modalidad de atención. En 1991 la empresa "En Casa", conformada por médicos Clínicos del hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas, Obras sociales, mutuales y pacientes privados.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud Pública de esta provincia organiza el conjunto de los recursos para brindar servicios sanitarios a la población a través de una Red Sanitaria que se estructura sobre la base de un esquema de zonificación que considera:

- Accesibilidad y cobertura en función de las necesidades de salud.
- La circulación y referencia natural de la población.
- El escalonamiento de los Niveles de Complejidad de los servicios.

Las zonas sanitarias son el marco geográfico en donde se presta la atención primaria y está constituida por los municipios que determina el Mapa de Atención Primaria de Salud provincial, el cual comprende a 75 municipios. Misiones tiene 6 Zonas Sanitarias y 19 Áreas Programáticas, en la cual funcionan los 42 hospitales y los 340 Centros de Atención Primaria de la Salud.



La Zona Capital comprende las ciudades de Posadas y Garupá de la Provincia de Misiones.

La Zona cubre una superficie de 589 km², con una población de 338.668 habitantes según censo de 2010 y un total de más de 100 mil viviendas.



Cuenta con (al año 2013):

- Total de RRHH en Programa Médicos Comunitarios 173
- Total de Hospitales Públicos 8
 - Nº Hospitales Nivel III (alto riesgo) 3
 - Nº Hospitales Nivel II (mediano riesgo) 1
 - Nº Hospitales Nivel I (bajo riesgo) 4
- Total de Establecimientos de Salud Privados con internación 16
- Total de CAPS Provinciales y Municipales 42

- N° de Camas de Dotación del subsector público 704

Además se conoce que existen al año 2014: 373 profesionales médicos, 615 Lic. en Enfermería, Enfermeros y Auxiliares, y 204 Promotores de Salud.

Se anexa tablas de indicadores nro. 1, 2, 3, 4 y 5.

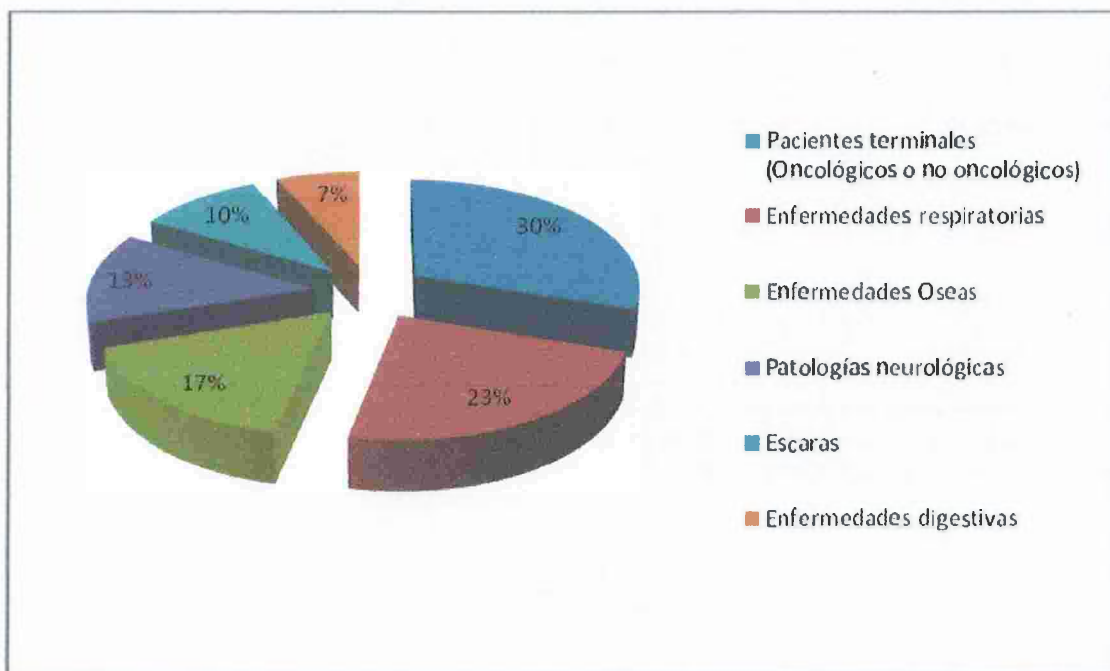
Cabe remarcar que el Hospital cuenta en la actualidad con 308 camas, y una concurrencia de un 60% de personas sin Obra Social y el restante 40% con algún tipo de cobertura.

De este último grupo, el 28% aproximadamente pertenece al IPS (Instituto de Previsión Social), el PAMI y el SPS (Seguro Provincial de Salud), es decir, poseen participación estatal en su cobertura. El resto corresponde a Obras Sociales varias.

Con respecto al servicio de Internación Domiciliaria que presta el Hospital Escuela, este se inició el 01 de enero de 2013, teniendo como población objetivo a los pacientes sin cobertura.

Desde la fecha y al mes de Septiembre de 2015, el promedio de pacientes atendidos en forma mensual es de 36 personas.

Basándonos en los diagnósticos evolucionados en el sistema informático de la Institución, podemos exponer porcentualmente la siguiente clasificación que demuestra la prevalencia de las distintas patologías atendidas:



Los resultados obtenidos por el ANALISIS FODA sobre el servicio de Internación Domiciliaria en la Zona de Salud mencionada, permitirán evaluar la viabilidad de esta implementación por parte del Gobierno Provincial.

ANÁLISIS FODA DEL SERVICIO DE ID PROVISTO POR EL HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS EN LA CIUDAD DE POSADAS MISIONES

A partir de la compilación y selección de información a través de las diferentes entrevistas realizadas al Gerente Asistencial del Hospital, además de analizar documentación recabada sobre la implementación del servicio de Internación Domiciliaria mencionado, se describen a continuación todos los puntos que conforman el eje central del trabajo.

Recopilación de Información de Fortalezas y Debilidades

1-FORTALEZAS

- 1.1. Recursos Humanos capacitados
- 1.2. Capacidad de Control
- 1.3. Políticas Sociales bien definidas
- 1.4. Recursos Financieros sustentables
- 1.5. Ahorro en costos y mayores beneficios para pacientes y sus familias
- 1.6. Ahorro en costos para el Hospital
- 1.7. Disminución de enfermedades nosocomiales

2-DEBILIDADES

- 2.1. Falta de información de costos ahorrados implementando la ID
- 2.2. Falta de información de beneficios de liberación de camas gracias a la ID
- 2.3. Falta de Recursos Humanos

3- OPORTUNIDADES

- 3.1. Poder proveer el servicio en otras zonas de salud
- 3.2. Ampliar el Servicio de ID a pacientes de la Obra Social Provincial (IPS)
- 3.3. Alta posibilidad de Cooperación e Inversión del Gobierno Provincial

4-AMENAZAS

- 4.1. Perpetuidad de los pacientes
- 4.2. Cambio en las Políticas del Gobierno Provincial
- 4.3. Falta de Competencia

A continuación se describen cada una de ellas:

1- FORTALEZAS

1-1-Recursos Humanos Capacitados

Como se mencionó, se hizo un fuerte hincapié en la preparación del personal para poder brindar el servicio de ID. Estos son los profesionales médicos, personal de enfermería y asistentes sociales o cuidadores.

El servicio de ID descrito en este trabajo divide el rrhh sanitario en dos grandes grupos según la cantidad de pacientes que se atienden:

- Oncología
- Resto de Patologías

Podemos discriminar el posible equipo necesario en cada caso:

Oncológicos:

- Médicos, enfermeros, kinesiólogos, psicólogos, nutricionista. En caso de ser necesario: laboratorio, diagnóstico por imágenes, neurólogo, neumólogo.

Resto de Patologías:

- Enfermedades Respiratorias:
Médicos, kinesiólogos, enfermeros. En caso de necesidad: neumólogo.
- Pacientes Neurológicos:
Médicos, kinesiólogos, enfermeros. En caso de necesidad: laboratorio, diagnóstico por imágenes, neurólogos.
- Ulcera por presión:
Médicos, enfermeros, cuidador. En caso de necesidad: cirujano, infectólogo, laboratorio.
- Pacientes cardíacos:
Médicos, kinesiólogos, enfermeros. En caso de necesidad: laboratorio, diagnóstico por imágenes, cardiólogos.
- Enfermedad digestiva:
Médico, enfermera. En caso de necesidad: laboratorio, diagnóstico por imágenes, gastroenteróloga.
- Trastornos metabólicos:
Médico, enfermera, diabetólogos.

Los médicos, enfermeros y cuidadores se desempeñarán con consultas programadas, no emergencias, y la demanda espontánea eventual podrá ser evacuada telefónicamente, salvo criterios de gravedad.

Las tareas del profesional médico en el servicio se resumen a continuación:

- 1) Controlar estrictamente que todas las medicaciones se hagan en tiempo y forma.
- 2) Evaluar a cada paciente concienzudamente para definir la continuidad del tratamiento y la periodicidad de las visitas.
- 3) Mantener estrecha relación con el grupo de trabajo, a quienes controlará, y con el grupo familiar, a quienes contendrá.
- 4) Decidir las altas de cada tratamiento en particular, para culminar la internación domiciliaria de cada paciente, y elaborarla en el sistema informático correspondiente
- 5) Realizar maniobras y procedimientos, propios de su experticia médica siempre que estos se puedan realizar en el domicilio de los pacientes y que el costo- beneficio sea aceptable.
- 6) Cuidar todos los elementos de trabajo que se le otorguen, asegurando que el funcionamiento de los mismos dependa de la vida útil y no del maltrato de los mismos. Asimismo dar aviso de las posibles fallas para poder subsanarlas antes que estas se agraven.
- 7) Evolucionar cada una de sus actuaciones asistenciales y hacer las indicaciones diarias de los pacientes según criterio médico en consonancia con el servicio derivante.

Las tareas del personal de enfermería en el servicio serán:

- 1) Realizar eficientemente su tarea asistencial, como ser, cumplimiento de la medicación vía enteral y parenteral, los signos vitales, curaciones y todo lo que su experticia de enfermero le permita, evaluando el costo beneficio de los procedimientos.
- 2) Comunicar al plantel médico y a los cuidadores las novedades de los pacientes como las variables de los parámetros de control de cada uno de los pacientes asignados.
- 3) Brindar la contención adecuada, la información correcta y tratar de alentar en todo el desarrollo del sistema domiciliario, para evitar reinternaciones injustificadas.
- 4) Cuidar todos los elementos de trabajo que se le otorguen, asegurando que el funcionamiento de los mismos dependa de la vida útil y no del maltrato de los mismos. Asimismo dar aviso de las posibles fallas para poder subsanarlas antes que estas se agraven.
- 5) Evolucionar cada actuación asistencial en la historia clínica.

Los asistentes sociales (cuidadores) deberán:

- 1) Brindar el mayor confort, calidad de vida y contención a los pacientes que se les asigne.
- 2) Informar en todo lo que les corresponde de la evolución del tratamiento, evitando el uso de terminología médica, y de enfermería, solo remitiéndose a la cuestión técnica que le compete. Todo esto a fin de no tener problemas de mensajes a los grupos familiares y/o pacientes y que estos se traduzcan después en cuestiones legales.
- 3) Tratar de complacer en lo que fuera posible a actividades que no tengan que ver con lo estrictamente asistencial, dentro de las posibilidades lógicas. Por ej.: pago de impuestos, trámites ante la ANSES, etc..
- 4) Informar tanto a médicos como a enfermeros de cualquier signo de alarma, cambio de parámetros, u otra cosa que le llame la atención en la evolución del paciente y de su grupo familiar.
- 5) Cuidar todos los elementos de trabajo que se le otorguen, asegurando que el funcionamiento de los mismos dependa de la vida útil y no del maltrato de los mismos. Asimismo dar aviso de las posibles fallas para poder subsanarlas antes que estas se agraven.

1-2-Capacidad de Control

La gestión y control del servicio es llevado a cabo por la Gerencia Asistencial del Hospital.

La coordinación que lleva a cabo la gerencia se resume en:

- Verificar pedidos de internación domiciliaria
- Evaluar situación social del paciente en cuestión: vivienda y familia
- Verificar compra y utilización de recursos
- Llevar a cabo controles "in situ" del paciente
- Seguir Evoluciones del paciente en sistema informático
- Evaluar Re-internación y/o Alta de pacientes con ID

Todas estas tareas son implementadas por el propio gerente del Hospital, acompañado por un grupo de profesionales de la salud y trabajadores sociales.

1-3-Políticas Sociales bien definidas

La política social llevada a cabo desde el gobierno a través de su Hospital Escuela en lo que respecta al servicio de Internación Domiciliaria, tiene como principal objetivo la inclusión de la mayor cantidad de pacientes sin cobertura que ameriten la prestación.

Se busca un programa de atención hospitalaria que permite brindar servicios de salud oportunos a la población, representando una mejora en la calidad de vida del paciente.

El Hospital Escuela es el único Centro Asistencial público del país que tiene un sistema de internación domiciliaria con modelo integrador en lo social.

Funciona como un ala más del hospital. Ha llegado a contar con 45 pacientes mensuales atendidos en todas las especialidades con esta metodología.

Los pacientes tienen un diagnóstico dentro del hospital con la mayor complejidad luego pasan a tener una respuesta terapéutica que se traslada a su domicilio.

Los objetivos que se tratan de cumplir desde el Hospital se pueden sintetizar en:

- Brindar asistencia en el domicilio del paciente.
- Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno natural: la familia y la comunidad.
- Evitar la institucionalización del paciente y familia, atendiendo los múltiples efectos negativos, como lo son el aislamiento psicofísico del paciente, la desintegración familiar y de su entorno comunitario.
- Acompañar y asistir a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución.
- Facilitar la participación activa de la familia o responsable del paciente, mediante su capacitación adecuada y aceptada.
- Optimizar la eficiencia del servicio en aquellos pacientes que por su patología es posible su asistencia con esta modalidad de atención.
- Disminuir el promedio de días de internación por patologías y aumentar la disponibilidad de camas para patologías más complejas.
- Disminuir las posibilidades de infecciones intrahospitalarias.
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus componentes: equidad, eficacia, eficiencia, efectividad y accesibilidad a los servicios de salud.

Este modelo va desde 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. Se puede agrupar las patologías principales que se atienden a través del servicio en las siguientes categorías:

Enfermedades respiratorias

- EPOC.
- Neumonías.
- Insuficientes respiratorias crónicas
- Sobre-infecciones de bronquiales crónicos.

Patologías neurológicas

- Accidentes cerebro - vasculares.
- Enfermedades degenerativas.

- Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- Post- operativos neurológicos.

Úlceras por presión (Escaras)

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

Pacientes cardíacos

- Insuficiencias cardíacas.

Enfermedades digestivas

- Hemorragia digestiva alta
- Enfermedades inflamatorias intestinales.
- Hepatopatías.

Pacientes terminales (Oncológicos o no oncológicos)

- Neoplasias.
- Terminales murientes no neo-plásicos.

Trastornos metabólicos

- Diabetes.
- Trastornos hidroelectrolíticos.

1-4- Recursos Financieros sustentables

El servicio de ID se financia a través de un presupuesto por Ley del Parque de la Salud de la Provincia de Misiones "Dr. Ramón Madariaga".

Creado a través de la Ley XVII Nº70, aprobada por la mayoría del cuerpo legislativo de la Cámara de Representantes de Misiones tiene los siguientes objetivos:

- Asistenciales
- Docentes y de Capacitación
- Científicos de Cooperación y
- Contribución

- Actualización y Mantenimiento

El Parque se encuentra ubicado en la chacra 10 de Posadas y está integrado por 16 instituciones.

- Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga.
- Hospital de Pediatría Dr. Fernando Barreyro.
- Hospital Materno Neonatal.
- Unidad Central de Emergencias y Traslados.
- Banco de Sangre, Biológicos y Tejidos.
- Unidad Académica.
- Jardín Maternal Evita.
- Laboratorio Central.
- Farmacia del Parque de la Salud(FAPS).
- Hogar de Madres.
- Registro de las Personas.
- Escuela Especial.
- UNAM (Enfermería- Bioquímica -Farmacia).
- Centro de Oncología y Terapia Radiante (en construcción).
- Consultorios de Especialidades Parque de la Salud.
- Capilla

El patrimonio del Parque de la Salud se constituye con los bienes que le son transferidos, bajo inventario por el Ministerio de Salud Pública, con intervención de la Escribanía General de Gobierno y demás bienes que se adquieran por compra, donación, legado, permuta, subsidio o cualquier otro carácter.

Además comprende todos aquellos bienes que en el futuro el Ministerio de Salud Pública transfiera al Parque de la Salud de la Provincia de Misiones "Dr. Ramón Madariaga". Los gastos que demande el cumplimiento de la presente Ley son atendidos con los siguientes recursos:

- a) un porcentaje no menor al veinticinco por ciento (25 %) de los ingresos de rentas generales que recauda la Provincia;
- b) la partida específica que anualmente fije el Presupuesto General de la Administración Pública Provincial;
- c) el cincuenta por ciento (50%) de los fondos correspondientes al Programa Federal de Salud que percibe la Provincia y;
- d) todos los que se establezcan en el futuro para atender las erogaciones que demande el cumplimiento de la presente Ley.

El Estado provincial garantiza la autonomía financiera del Parque de la Salud, por lo cual asegura en el Presupuesto General de la Administración Pública Provincial de cada año, la autosuficiencia financiera para cumplir la gestión de cada período y el cumplimiento de los objetivos de la presente Ley.

El Parque de la Salud está exento del pago de todos los impuestos, tasas contribuciones y derechos provinciales existentes y a crearse.

1-5-Ahorro en costos y mayores beneficios para pacientes y sus familias

Los pacientes y las familias sin cobertura deben hacer frente de costos de transporte, medicamentos y tratamiento (en algunos casos), cuidado de niños, etc., además de los costos de tiempo laboral perdido.

Esto se denota más aún, en las personas que no se encuentra en la zona urbana, o que se trasladan desde el interior de la provincia en búsqueda de especialistas o tecnología con la que no cuentan en sus lugares de residencia.

La reducción de ingresos de estas personas cuando tienen un familiar enfermo es el indicador más importante, junto con el aumento de sus gastos. En un segundo lugar, se ve alterado el día laboral, ya que se profundizan las llegadas tardes y salidas tempranas, siendo motivos en muchos casos de renuncia o despido, principalmente en familiares de pacientes con largos períodos de internación y/o recuperación.

El gasto de pensión, no existe en la Internación domiciliaria, estos gastos sí van a ser del paciente y de la familia.

A pesar del gasto señalado, el cuidado familiar es más barato y puede ser de mejor calidad. Las tasas de supervivencia aumentan, la reducción de costos es mayor y el cuidado familiar directo puede ser más importante que el sistema formal de atención.

Como beneficios palpables en la población afectada por el servicio de ID, podemos nombrar:

- Mejor autoestima
- Auto-cuidado
- Disminución de la ansiedad
- Nuevas habilidades para la asistencia de familiares
- Retorno a las actividades habituales de la familia

Si se toma como caso el de los pacientes oncológicos, se puede observar cómo se conjugan costos y calidad de vida.

En la tabla número 6 del anexo, se puede observar que la cantidad de defunciones en el sector C de internación del Hospital, donde se alojan los pacientes oncológicos es solamente superado por el sector de Terapia Intensiva y Guardia de Emergencias (pacientes críticos y traumatizados), totalizando 123 en el año 2013.

A su vez la tasa de mortalidad hospitalaria en relación al tiempo de permanencia, es solamente superada por el sector de Terapia Intensiva. (21,1 en Terapia Intensiva, 7.0 en el Sector C, 6.7 en Unidad Coronaria, 5.3 en el Sector A, 2.2 en Emergencia).

Esto refleja que los pacientes oncológicos con enfermedad avanzada fallecen en el hospital, sin pasar al Servicio de Terapia Intensiva, y se encuentran además en los primeros puestos en permanencia dentro del centro de salud, debido a las internaciones prolongadas de los mismos.

La internación domiciliaria, disminuye la tasa de permanencia hospitalaria en el sector, y las cantidades de defunciones del mismo.

La calidad de vida del paciente con enfermedad oncológica incurable mejora cuando pasan sus últimos días de vida en su domicilio con asistencia y coordinación médica, ya que las ventajas de una internación en éste tipo de pacientes son mínimas, y los síntomas pueden ser controlados en su hogar. Paralelamente, esto disminuye la tasa de internación de éstos pacientes y el gasto que ello significa para el Hospital.

1-6- Ahorro en costos para el Hospital

Cuadro Comparativo de dos casos:

| CASO1: | | | |
|---|-------------|--------------|--|
| INTERNADO | | | |
| PACIENTE EPOC ESTABLE | | | |
| INTERNACION | \$ 1,600.00 | \$ 24,000.00 | INCLUYE CAMA, DESCARTABLES Y MEDICACION BASICA |
| KINESIOLOGIA RESPIRATORIA 1 VEZ POR DIA | \$ 80.00 | \$ 1,200.00 | POR CADA VISITA |
| NEBULIZACIONES CADA 8 HORAS | \$ 240.00 | \$ 3,600.00 | CADA INTERVENCION \$ 60 |
| CONTROL MEDICO DOS VECES POR SEMANA | \$ 300.00 | \$ 1,200.00 | CADA VISITA \$ 300 |
| ENFERMERIA DOS VECES AL DIA | \$ - | | INCLUIDA EN LA INTERNACION |
| TRATAMIENTO POR 15 DIAS | | \$ 30,000.00 | |

| EN DOMICILIO | | | |
|-------------------------------------|-----------|--------------|--|
| PACIENTE EPOC ESTABLE | | | |
| MEDICO X 2 VISITAS | \$ 400.00 | \$ 800.00 | |
| KINESIOLOGO X VISITA | \$ 200.00 | \$ 3,000.00 | |
| ENFERMERO POR DIA | \$ 400.00 | \$ 6,000.00 | |
| ALQUILER DE NEBULIZADOR POR 15 DIAS | \$ 200.00 | \$ 200.00 | |
| TRATAMIENTO POR 15 DIAS | | \$ 10,000.00 | |

Fuente: Elaboración Propia

| CASO 2: | | | |
|---|-------------|--------------|--|
| INTERNADO PACIENTE ONCOLOGICO TERMINAL (TRATAMIENTO PALIATIVO) | | | |
| INTERNACION | \$ 1,600.00 | \$ 48,000.00 | INCLUYE CAMA, DESCARTABLES Y MEDICACION BASICA |
| ENFERMERIA 3 VECES POR DIA | \$ - | | INCLUIDA EN LA INTERNACION |
| MEDICO TRES VECES POR SEMANA | \$ 250.00 | \$ 3,000.00 | CADA INTERVENCION \$ 250 |
| TRATAMIENTO X 30 DIAS | | \$ 51,000.00 | |

| INTERNADO PACIENTE ONCOLOGICO TERMINAL (TRATAMIENTO PALIATIVO) | | | |
|---|-----------|--------------|--------------------------|
| MEDICACION X DIA | \$ 500.00 | \$ 15,000.00 | |
| ENFERMERIA 3 VECES POR DIA | \$ - | \$ 9,000.00 | MONTO PROMEDIO MENSUAL |
| MEDICO TRES VECES POR SEMANA | \$ 250.00 | \$ 3,000.00 | CADA INTERVENCION \$ 250 |
| TRATAMIENTO X 30 DIAS | | \$ 27,000.00 | |

Fuente: Elaboración Propia

En este análisis de costos se tomaron valores de referencia actuales en la ciudad de Posadas, Misiones.

En el caso 1 se estima un ahorro del 200% si el paciente estuviese en su hogar.

En el caso 2 el ahorro se aproxima al 50%.

Si tomáramos otros casos, también estos confirmarían la diferencia entre la atención ambulatoria y en internación.

Las notables diferencias económicas se explican porque los servicios que se brindan también son diferentes. En el hospital el paciente tiene disponibilidad de asistencia médica y de enfermería las 24 horas, pero en su domicilio es la familia quien cubre las necesidades de atención durante la mayor parte del tiempo.

1-7- Disminución de enfermedades nosocomiales

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan en hospitales en los países desarrollados, contraen infecciones que algunas veces termina con la vida del enfermo.

La OMS define la infección nosocomial de la siguiente manera: "Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento".

Las infecciones nosocomiales reducen la calidad de la vida y son una de las principales causas de defunción.

La edad avanzada de los pacientes internados, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas en pacientes internados y el mayor uso de procedimientos terapéuticos y de diagnóstico que afectan las defensas del huésped constituirán una presión constante en las infecciones nosocomiales en el futuro. Los microorganismos causantes de infecciones nosocomiales pueden ser transmitidos a la comunidad por los pacientes después del alta hospitalaria, el personal de atención de salud y los visitantes. Si dichos microorganismos son multi-resistentes, pueden causar enfermedad grave en la comunidad.

2-DEBILIDADES

2-1-Falta de información de costos ahorrados implementando la ID

En la actualidad se cuenta con la siguiente información:

- Días de tratamiento: tiempo en días desde que el paciente ingreso al servicio de Internación Domiciliaria.
- Internaciones: número de internación durante un período.
- Datos personales: datos propios del paciente.
- Historia clínica: información de evoluciones y tratamiento que lleva a cabo cada paciente.

No existe información cuantificada de las siguientes cuestiones relacionadas:

- Costo Diario: costo por día de la internación domiciliaria versus costo en internación hospitalaria.
- Costos Primarios: no están definidos los costos ahorrados atribuidos directamente a la prestación del servicio de ID, a decir:
 - Cuidados de Enfermería
 - Gastos de Administración
 - Honorarios Profesionales
 - Medicamentos
 - Descartables
 - Equipamiento
 - Pensión
 - Comunicación y Soporte
- Costos Secundarios: tampoco están definidos por cada ID costos ahorrados en:
 - Laboratorio
 - Imágenes
 - Traslados

2-2-Falta de información de beneficios de liberación de camas gracias a la ID

A pesar de que el Hospital cuenta con información de Consumos generados por cada paciente internado en forma domiciliaria, como así también por cada paciente que ocupa una cama, no se utiliza esa información para cuantificar los beneficios que implican para el hospital las camas disponibles gracias a la ID.

2-3-Falta de Recursos Humanos

El servicio de ID provisto por este hospital también se ve afectado por el problema de los recursos humanos que sucede desde hace tiempo en la salud pública de la provincia y del país.

Alcanza principalmente al personal de enfermería, y en este aspecto unos los temas a solucionar es el recargo de horas de trabajo que tienen que afrontar. Cabe aclarar, que es muy común que estas personas trabajen en la salud pública y en la privada al mismo tiempo. Si a esto le sumamos las horas de trabajo que implicaría la asistencia a domicilio, vamos a obtener una prestación del profesional no adecuada.

También podemos hacer mención que para ciertas especialidades, el paciente domiciliario debe recurrir a la consulta hospitalaria, ya que no abundan profesionales, y estos están 100% de su tiempo dentro del Hospital.

3-OPORTUNIDADES

3-1-Poder proveer el servicio en otras zonas de salud

Como se mencionó en la introducción del trabajo, la provincia de Misiones en lo que respecta a salud, está formada por una Red compuestas por 6 Zonas de Sanitarias.

En la actualidad la única que provee el servicio de ID, es la Zona capital.

Igualmente existen dos zonas potenciales, que podrían en un futuro poder brindar la asistencia domiciliaria. Estas son:

- Zona Centro Uruguay
- Zona Norte Paraná

• Zona Centro Uruguay



Esta Zona cuenta con los siguientes recursos (a Mayo del 2015):

- N° de Médicos (incluidos, full time, part time y programa médicos comunitarios) 168
- N° Enfermeros, Auxiliares y Lic. en Enfermería (incluidos, full time, part time y programa médicos comunitarios) 262
- N° de Promotores de Salud (incluidos programa médicos comunitarios) 114
- CIC 2
- Ambulancias 75
- Total de RRHH en Programa Médicos Comunitarios 123
- Total de Hospitales Públicos 8
 - N° Hospitales Nivel III (alto riesgo) 1
 - N° Hospitales Nivel I (bajo riesgo) 7
- Total de Establecimientos de Salud Privados con internación 21
- Total de CAPS Provinciales y Municipales 75
- N° de Camas de Dotación del subsector público 262

Se estima que la población de esta Zona ronda los 199.500 habitantes, esto supone 1 cama cada 760 habitantes aproximadamente (tomando solamente las camas del sector público). Si tomamos como referencia la Zona Capital donde la relación es de 1 cama cada 600 habitantes aprox., podemos encontrar aquí un punto para justificar la implementación de la ID.

Si nos referimos al recurso humano de salud, esta zona posee 1 personal sanitario (medico/enfermero/promotor) cada 366 habitantes. Se encuentra en una situación similar a la zona capital, que cuenta con 1 cada 300 habitantes.

Como detrimento a una futura implementación, las condiciones habitacionales necesarias para la ID son deficitarias. Siendo muy importante remarcar que:

- 59.7 % de hogares poseen agua corriente
- 13.86 % de hogares solamente con desagües cloacales

Estos indicadores, son una representación de las condiciones en las que habitan la mayoría de los potenciales pacientes domiciliarios.

- **Zona Norte Paraná**

Provincia de Misiones
ZONAS SANITARIAS



Esta Zona cuenta con los siguientes recursos (a Mayo del 2015):

- Nº de Médicos (incluidos, full time, part time y programa médicos comunitarios) 257
- Nº Enfermeros, Auxiliares y Lic. en Enfermería (incluidos, full time, part time y programa médicos comunitarios) 319
- Nº de Promotores de Salud (incluidos programa médicos comunitarios) 167
- Numero de Ambulancias 22
- CIC 7
- Total de RRHH en Programa Médicos Comunitarios. 132
- Total de Hospitales Públicos 7
 - Nº Hospitales Nivel III (alto riesgo) 1
 - Nº Hospitales Nivel II (mediano riesgo) 1
 - Nº Hospitales Nivel I (bajo riesgo) 5
- Total de Establecimientos de Salud Privados con internación 7
- Total de CAPS Provinciales y Municipales 74

- N° de Camas de Dotación del subsector público 282

Se estima que la población de esta Zona ronda los 208.500 habitantes, esto supone 1 cama cada 740 habitantes aproximadamente (tomando solamente las camas del sector público). Si tomamos como referencia la Zona Capital donde la relación es de 1 cama cada 600 habitantes aprox., podemos encontrar aquí un punto para justificar la implementación de la ID.

Si nos referimos al recurso humano de salud, esta zona posee 1 personal sanitario (medico/enfermero/promotor) cada 280 habitantes. Se encuentra en una situación similar a la zona capital, que cuenta con 1 cada 300 habitantes.

Las condiciones habitacionales necesarias para la ID tampoco serían óptimas. A pesar de que más del 76 % de la población posee agua corriente, solamente un 8.5 % ostenta desagües cloacales.

Concluyendo:

Puntos a favor para la implementación en las Zonas Mencionadas:

- Concentran la mayor cantidad de habitantes después de la Zona Capital
- Cuentan con Hospitales de Nivel III
- Cantidad de RRHH por habitante similar al de la Zona Capital
- Cantidad de camas por habitante similar al de la Zona Capital

Puntos en contra para la implementación en las Zonas Mencionadas:

- Viviendas que no cumplen las condiciones básicas para la correcta prestación del servicio de ID.
- Necesidad de aumento presupuestario por parte del Estado Provincial, para poder financiar el servicio.

3-2-Ampliar el Servicio de ID a pacientes de la Obra Social Provincial (IPS)

El IPS (Instituto de Previsión Social) posee 180.618 afiliados en la Provincia de Misiones. Brinda servicios médicos-asistenciales en diferentes prestaciones, acorde al PMO (Programa Médico Obligatorio) y a la legislación vigente.

Sus afiliados, representan la mayor ocupación de camas del Hospital en lo que respecta a pacientes con cobertura. 87 camas mensualmente son destinadas a afiliados del IPS.

Según la Obra Social, dentro de su cobertura se encuentra:

- Internación Domiciliaria: Servicios de oxigenoterapia, médico, enfermero, kinesiólogo.
- Enfermería Domiciliaria: Colocación de balón gástrico y/o cirugía bariátrica para reducción del peso: cobertura 100 % en la Fundación Parque de la Salud.

Estas prestaciones no alcanzan generalmente a los pacientes que llegan al Hospital, por ende terminan internados. Esto sucede porque el Instituto posee gran cantidad de afiliados y en la actualidad presenta un déficit prestacional debido a inconvenientes de financiamiento.

De la mano del déficit mencionado, se explica que los privados mantengan cupos de camas reducidos para los afiliados de la misma, recurriendo estos a la Salud Pública.

Si el Instituto regularizará su situación económico-financiera, podría brindarse en forma paulatina el servicio de ID para los pacientes que lleguen al Hospital y cumplan los requisitos necesarios para la misma. Esto también implicaría incorporación de Recurso Humano al Hospital y de aumento del presupuesto que sustente el crecimiento del servicio que hoy articula un promedio de 36 internaciones domiciliarias al mes.

3-3-Alta posibilidad de Cooperación e Inversión del Gobierno Provincial

Se puede representar el apoyo que recibe la salud en la provincia de Misiones a través de los últimos presupuestos aprobados por el Gobierno Provincial. Cabe recordar que el financiamiento del servicio de ID brindada por el Hospital se encuentra incluido en el presupuesto del Parque de la Salud.

| Presupuesto en millones | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ministerio Salud Pública | 710 | 886 | 1.335 | 1.813 |
| Parque de la Salud | 270 | 473 | 874 | 1.158 |



Fuente: Elaboración propia

Podemos ver en los números antes mencionados, que el aumento del presupuesto del Ministerio entre 2013 y 2016 fue del 155%, siendo superado por el incremento de lo que se destina solamente al Parque de la Salud entre los mismos años, que fue del 328%.

Si se mantiene esta tendencia, en cuanto al aumento presupuestario provincial destinado al Parque de la Salud, el servicio de ID se verá beneficiado y de esta manera podrá proyectar una mayor inclusión de pacientes y/o mejor prestación de servicios a los mismos.

4-AMENAZAS

4-1-Perpetuidad de los Pacientes

La principal amenaza que aqueja el servicio de ID, es el tiempo en que permanecen en el mismo los pacientes.

Una vez que el paciente es aprobado para poder realizar su recuperación y/o tratamiento en su domicilio, no está claramente definido cuál es el momento de alta definitiva, es decir, cuando el paciente deja de depender del Hospital.

Actualmente, el promedio de estadía por paciente en el servicio es de 140 días.

Se debe descontar que el servicio cuenta con un 30% de pacientes terminales, los cuales hasta el fallecimiento no dejan de utilizar el servicio.

En el resto de los casos, la desafección del paciente se vuelve dificultosa, a pesar de que el mismo tenga el alta médica. Al tratarse de un servicio social primordialmente, esta acción suele generar discusiones y polémicas en cuanto al rol y responsabilidad del estado. No se puede desconocer, que el servicio no solo incurre en prestaciones sanitarias, sino que también se encarga de otros aspectos sociales relacionados con facilitarles a las familias una serie de aspectos del día a día (transporte, vivienda, empleo, etc).

Otro punto a tener en cuenta, es que ese paciente desafeccionado, no termine reinternándose y ocupando una cama en el Hospital. Para ello la evaluación médica debe ser exacta, además de la importancia del trabajo social con la familia y el paciente.

Gracias a los controles del personal sanitario y social del servicio se han detectado algunos casos donde, pacientes que recibían el servicio, no cumplían con los cuidados médicos estipulados ni tampoco llevaban una forma de vida correspondiente con personas que quisieran mejorar su estado. Incluso en estos casos, se trata de mantener al paciente dentro del servicio utilizando la asistencia social como herramienta clave.

4-2-Cambio en las Políticas del Gobierno Provincial

Es reconocido por la propia Gerencia del Hospital, que el servicio depende exclusivamente de los fondos destinados dentro del presupuesto de salud (hoy se acerca al 15% del presupuesto total provincial) hacia el Hospital Escuela.

La voluntad política del gobierno de turno permite llevar a cabo este tipo de prestación, porque aparte del servicio de ID en sí, pone a disposición herramientas sociales que permiten adecuar vivienda, movilidad y demás necesidades de los involucrados. Esto no significa que un futuro gobierno de la provincia no lo siga haciendo, pero en caso de que no comparta la visión actual, es probable que el servicio de ID se vea afectado.

4-3-Falta de Competencia

En la Provincia de Misiones no se registran empresas instaladas que brinden servicios de ID.

Lo más cercano son, las empresas de medicina prepaga y Obra Sociales que tienen un sistema de internación domiciliaria que generalmente responden frente a situaciones excepcionales (falta de camas por ej.), y no como la primera oferta para el paciente desde el primer día de internación.

Igualmente el servicio de ID provisto por el Hospital es total y exclusivo de personas sin cobertura. Con esto último, queda totalmente vacante la competencia del lado privado, pudiendo esto ocasionar:

- Pérdida de calidad en el servicio
- Falta de motivación del RRHH
- Falta de Actualización en nuevas tendencias y tecnologías

4. CONCLUSIONES

Esta forma de implementación de Internación Domiciliaria, donde el Estado participa activamente no solo en el aspecto sanitario del paciente, sino también en los aspectos sociales de éste y su familia, nos lleva a las siguientes conclusiones.

En primer lugar, destacar la figura del Estado en áreas donde es importante su presencia, como es en la evaluación de vivienda y entorno apto para internación domiciliaria. A pesar de que la provisión del servicio ID hoy en día es exclusivo a pacientes sin cobertura, tampoco existe en la provincia empresas que pudieran cubrir las necesidades como lo hay en otras regiones, contemplando la posibilidad de que el Estado subsidie esta prestación.

No se debe pasar por alto, que a diferencia de que el servicio fuese llevado a cabo por un tercero, el hospital mantiene dentro de su sistema informático la historia clínica del paciente. Esto es sumamente beneficioso a fines de un manejo único y común de toda la evolución del paciente.

En segundo lugar, la prestación de la ID como se mencionó, no se acota a la provisión de servicios y prestaciones médicas del paciente. Sino que fue pensado como un proceso global e inclusivo de la familia y de sus carencias particulares. Se destaca la formación de promotores de salud y la labor de trabajadores sociales, que permiten relevar la problemática integral y diseñar soluciones a medida para cada caso. Vivienda, transporte, trabajo son algunas de las cuestiones que se tienen en cuenta y que se añaden a la ID provista.

Como tercer punto, se sigue la tendencia que es mantener el menor tiempo posible a los pacientes en los centros de internación. Esto permite descongestionar el hospital, que no es un punto menor, ya que hoy representa un centro de atención muy concurrido por habitantes del interior de la provincia, por personas extranjeras (principalmente paraguayos) y por muchos pacientes con cobertura formal que prefieren sus servicios antes de recurrir al privado.

Uno de los puntos relevantes que pueden generar cierta preocupación, es lo concerniente a la familia del paciente, que debe considerarse como una unidad. Su ayuda para lograr el éxito del servicio de internación domiciliaria es fundamental, ya que siempre hay un integrante que está a cargo, que debe estar acompañando y tener la suficiente información para poder reconocer alarmas. Debiera capacitarse a las familias para este rol que deben cumplir sin el cual no podría implementarse la internación en su domicilio.

Otro aspecto, y en la creencia que es el mayor problema a resolver a futuro, es la permanencia del paciente dentro del sistema de ID. Hoy en día, es una cuestión que no tiene un procedimiento definido, y depende exclusivamente del estado de salud del paciente y del manejo de los profesionales sanitarios y sociales para producir el desarraigo del involucrado y su familia. Esta salida del sistema, representa aumento de consultas ambulatorias y en varios casos reinternaciones dentro del hospital, produciendo costos evitables.

Tampoco se dispone de información concreta sobre de los fondos destinados al servicio y de cómo son usados. No se pudo conocer cuáles son los datos utilizados para establecer el presupuesto que se destina a esta asistencia. De esta manera, a pesar de poder evaluar los beneficios sociales, no se puede saber si el manejo de los recursos es el adecuado y lo cual quita una cuota de transparencia.

Resumiendo, la viabilidad de esta forma de gestión de pacientes con internación domiciliaria provista por el Estado, es posible y necesaria en sus aspectos económicos y sociales. Se sustenta, en forma local, en la falta de oferta privada y en el compromiso del Gobierno Provincial para brindar un servicio integral con impacto en los costos, en la salud de los pacientes y en generar un entorno apto para la internación.

Con una visión más global y a futuro, el crecimiento de la población, muestra los límites del Sistema de Salud y las dificultades que se van a generar para poder cumplir con los requerimientos asistenciales. Una opción a la demanda de camas es la ID. Ésta va a permitir utilizar los recursos sanitarios con una significativa reducción en los costos, sin tener esto que redundar en menor calidad prestacional.

Además, la experiencia lograda, puede ser tomada como base por ciudades de la región con situaciones demográficas y sociales similares, como Corrientes, Resistencia, Formosa.

En todo caso, y a sabiendas de que no es un problema particular de este servicio y/o región, no es utópico pensar en un futuro con información precisa, actualizada y al alcance de todos del manejo económico que representa una prestación con fondos públicos. Es de fundamental importancia el control de la ID, manteniendo el equilibrio entre calidad-costo y beneficio.

5. BIBLIOGRAFIA

- DIAZ, C. Programa de Atención Centrada en el Usuario. 1ª Ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ISALUD, 2015, 161 p.
- DIAZ, C. La Empresa Sanitaria Moderna 2: cómo crear tu propia bestia sistémica. 2ª Ed. Buenos Aires: iROJO Editores, ISALUD, 2012, 404 p.
- BUSSO, L. Evaluación Económica de Tecnologías de Gestión en Pacientes Cronificados Internados en la Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de un Hospital de Alta Complejidad de la Provincia de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires: Universidad ISALUD, 2012. Trabajo Final Integrador de Especialización.
- BOSCH C., PENISI A., MUSICH P. Internación Domiciliaria, un Enfoque Interdisciplinario. Argentina, Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanus, 2009. Trabajo Monografía.
- Orlando A. Internación Domiciliaria: Herramienta de la Auditoría Médica. Argentina, Buenos Aires: Curso Anual de Auditoría Médica Hospital Alemán, 2007.

6.ANEXOS

Tabla Nro. 1: Zona Capital – Indicadores Demográficos

| INDICADORES DEMOGRÁFICOS | |
|--|---------|
| Población Total | 343.463 |
| Superficie (KM2) | 589 |
| Densidad Poblacional (Hab/KM2)* | 575 |
| Nº Nacidos Vivos | 8192 |
| % Población de Mujeres | 52,10 |
| % Población de Varones | 47,89 |
| % de Población < de 5 años | 10,89 |
| % de Población < de 15 años | 30,78 |
| % de Población > de 65 años | 6,89 |
| Tasa de Fecundidad x 1.000 hab. | 68,17 |
| Total de Viviendas | 100.816 |
| * Estimación 2014 realizada en función al Censo del año 2010 | |

Tabla Nro. 2: Zona Capital – Indicadores Socio-Económicos

| ZONA CAPITAL | |
|--|------|
| % Población de 10 años y más según condición de analfabetismo, ambos sexos | 2,05 |
| % Población de 10 años y más según condición de analfabetismo, varones | 1,95 |
| % de población de 10 años y más según condición de analfabetismo, mujeres | 2,10 |
| %de hogares con agua corriente | 89,5 |
| % de hogares con desagües cloacales | 43,9 |
| Fuente: Censo Nacional de Hogares y viviendas. año 2010. | |

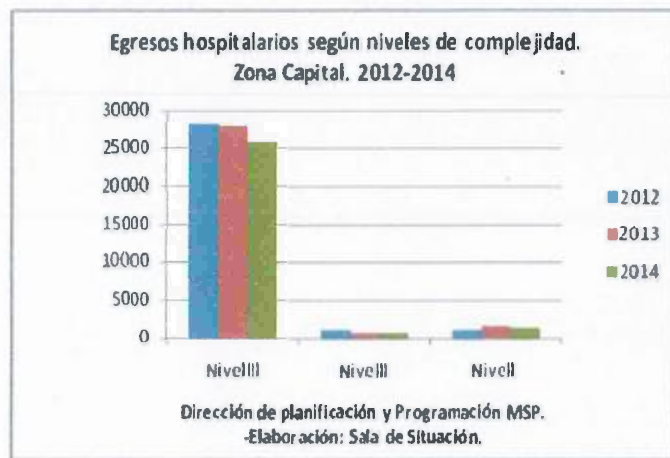
Tabla Nro. 3: Zona Capital – Indicadores de Recursos, Accesos y Coberturas

| ZONA CAPITAL DE SALUD - I | | | |
|--|----------|-------------|--------------|
| Indicadores | Año 2013 | A Mayo 2014 | A Marzo 2015 |
| Nº de Médicos (incluidos, full time, part time y programa médicos comunitarios) | 367 | 373 | 392 |
| Nº Enfermeros, Auxiliares y Lic. en Enfermería (incluidos, full time, part time y programa médicos comunitarios) | 607 | 615 | 562 |
| Nº de Promotores de Salud (incluidos programa médicos comunitarios) | 179 | 204 | 186 |
| <small>Fuente: SISA. Ministerio de Salud de la Nación. Reporte del registro federal de establecimientos de salud. Criterios de selección: Dependencia ,origen del financiamiento, Privado. (Dirección de RRHH) Subsecretaría de RRHH. (Dirección de APS) Subsecretaría de APS. Prog. Médicos Comunitarios. (Dirección de Salud Mental – Dirección de Estadísticas) Subsecretaría de Salud. Ministerio de Salud Pública. Misiones</small> | | | |

Tabla Nro. 4: Zona Capital – Indicadores de Recursos, Accesos y Coberturas

| ZONA CAPITAL DE SALUD - I | |
|---|------|
| Indicadores | 2015 |
| Total de RRHH en Programa Médicos Comunitarios. | 185 |
| Ambulancias | 8 |
| Total de Hospitales Públicos | 8 |
| - N° Hospitales Nivel III (alto riesgo) | 3 |
| - N° Hospitales Nivel II (mediano riesgo) | 1 |
| - N° Hospitales Nivel I (bajo riesgo) | 4 |
| Total de Establecimientos de Salud Privados con Internación | 16 |
| Total de CAPS Provinciales y Municipales | 42 |
| N° de Camas de Dotación del subsector público | 571 |
| <small>FUENTE: SISA (MSN – REFES- Dependencia y Origen de Financiamiento: Privado según internación) - (Dirección de RRHH) Subsecretaría de RRHH. (Dirección de APS) Subsecretaría de APS, Prog. Médicos Comunitarios. (Dirección de Salud Mental– Dirección de Estadísticas) Subsecretaría de Salud. Ministerio de Salud Pública. Misiones</small> | |

Tabla Nro. 5: Zona Capital – Indicadores de Recursos, Accesos y Coberturas



| Años | Nivel III | Nivel III | Nivel II |
|------|-----------|-----------|----------|
| 2012 | 27977 | 1015 | 1053 |
| 2013 | 27776 | 710 | 1588 |
| 2014 | 25666 | 597 | 1355 |

**Total Egresos 2014
27.620**

Tabla Nro. 6: Producción e Índice de Rendimiento Hospitalario



PRODUCCIÓN E ÍNDICE DE RENDIMIENTO HOSPITALARIO

Período: 01/01/2013 al 31/12/2013

| UNIDAD OPERATIVA | Entradas a la Sala | | Salidas de la Sala | | Pacientes Día | PROMEDIO Pacientes Día | Camas Dependientes | PROMEDIO Camas Dependientes | PORCENTAJE DE OCUPACION | PROMEDIO DE PERMANENCIA | Tasa Mortalidad Hospitalaria | CONSULTAS | | | |
|--|--------------------|-----------|--------------------|-----------|---------------|------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------|--------------|--------|-------|
| | Ingresos | Partes de | Egresos | Partes de | | | | | | | | TOTAL | Con. Guardia | | |
| ALA SUR - SECTOR EMERGENCIA | 11773 | 122 | 6904 | 262 | 4710 | 15957 | 43,72 | 15957 | 100 | 1,34 | 2,21 | | | | |
| ALA ESTE - SECTOR INTERIACION - NIVEL A | 426 | 1284 | 1306 | 92 | 326 | 16693 | 46,28 | 20440 | 62,65 | 9,8 | 5,34 | | | | |
| ALA ESTE - SECTOR INTERIACION - NIVEL B | 1609 | 1660 | 3170 | 16 | 300 | 16661 | 47,63 | 20440 | 76,13 | 4,46 | 0,54 | | | | |
| ALA NORTE - SECTOR INTERIACION - NIVEL C | 1199 | 533 | 1440 | 123 | 173 | 12485 | 34,21 | 20075 | 62,19 | 7,19 | 7,09 | | | | |
| ALA NORTE - SECTOR INTERIACION - NIVEL D | 1100 | 1461 | 2216 | 8 | 330 | 9101 | 24,93 | 16710 | 46,17 | 3,96 | 0,31 | | | | |
| ALA SUR - SECTOR HEDONISMO | 316 | 43 | 161 | 0 | 179 | 264 | 0,72 | 1460 | 18,08 | 0,73 | 0 | | | | |
| ALA SUR - SECTOR UNIDAD CORONARIA | 97 | 728 | 158 | 56 | 614 | 2067 | 5,72 | 4280 | 47,65 | 2,52 | 6,76 | | | | |
| ALA SUR - SECTOR TERAPIA | 41 | 602 | 20 | 136 | 467 | 6407 | 17,95 | 6925 | 62,39 | 9,96 | 21,15 | | | | |
| Total del Establecimiento | 16473 | 6153 | 15395 | 666 | 7127 | 78755 | 215,77 | 108367 | 289,72 | 71,99 | 3,39 | 3 | 227966 | 131604 | 96912 |

DIVISION DE ESTADISTICA MAURO