

MONOGRAFIA FINAL

AUDITORIA MEDICA

“INTERNACION DOMICILIARIA”

DIRECTOR DEL CURSO: Dr. Orlando Agustin



Integrantes del grupo.:

- Gerván, Elisabet
- Martínez, Cinthia
- Montenegro, Martin

2017

INDICE:

- **INTRODUCCION**
- **HISTORIA**
- **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ID**
- **FINANCIAMIENTO DE LA ID**
- **INTEGRACION MULTIDICIPLINARIA DE LA ID**
- **MARCO LEGAL DE LA ID**
- **CATEGORIZACION DEL PACIENTE SEGÚN LAS
NORMAS VIGENTES**
- **COMO ACCEDER A UNA ID**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFIA**

Definición:

La internación domiciliaria es un sistema de cuidado de pacientes en sus casas, provisto por profesionales bajo la dirección de un médico. Los servicios de Internación domiciliaria incluyen cuidados de enfermería, terapia física, de lenguaje y ocupacional, así como también servicios médicos sociales. Los objetivos de la internación domiciliaria son ayudar a los individuos a mejorar su calidad de vida y vivir con mayor independencia, llevar al paciente a un nivel óptimo de bienestar y asistir al paciente para permanecer en su hogar, evitando hospitalizaciones y admisiones de largo término en nosocomios.

La internación domiciliaria puede ser solicitada por el médico o ser requeridos por la familia.

Objetivos Generales:

Exponer las características generales de internación domiciliaria

Exponer las actualizaciones sobre normas y leyes sobre la temática, con sus alcances y límites. La necesidad de una legalización firme y acorde a la sociedad argentina, diferenciando entre medio público y privado, con definición de requisitos para incorporación de esta práctica.

Requisitos para la autorización de esta práctica, con definición del personal acorde a la problemática y las tareas y responsabilidades de cada uno, planteo de protocolos ante interurrencias.

Papel de la auditoría en internación domiciliaria.

Métodos y materiales:

Revisión bibliográfica de la temática en archivos de páginas de internet, documentos, libros.

Revisión del marco legal

Revisión de material de actualización (ultimas noticias referentes al tema en cuestión)

Historia

La modalidad de internación domiciliaria (ID) fue inaugurada en 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por el Dr. Bluestone, en el hospital Montefiori. El objetivo principal de esta primera unidad de ID en el mundo era descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable para su recuperación.

A partir de los años sesenta en Canadá comenzaron a funcionar servicios de ID orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente.

En Europa, el Hospital de Tenon, en París, Francia, fue el primero en crear una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951. Mas tarde, en 1957, se estableció el Sante Service, organización no gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia sociosanitaria a domicilio a pacientes con enfermedades crónicas y terminales.

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

En España llegó en el año 1982, tomando gran empuje en los noventa sobre todo en el país vasco y en la comunidad valenciana

En nuestro país, 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 y el área de Traumatología del Hospital Castex de San Martín.

En los últimos años crecieron exponencialmente debido a la introducción de internación domiciliaria en el Plan Médico Obligatorio (PMO)

(VER LINEA DE TIEMPO Y MAPA)

¿Cuáles son los objetivos de la internación domiciliaria?

Ayudar a los individuos a mejorar sus funciones y vivir con mayor independencia.

Promocionar el bienestar óptimo del paciente

Asistir a la persona para que permanezca en su hogar, evitando complicaciones u hospitalizaciones de largo término. Disminuir los costos de salud pública y privada.

Panorama en países de primer Mundo:

EEUU.:

Se estima que los centros de servicios de internación domiciliaria son de alrededor de 8.090 en Estados Unidos, los cuales proveen cuidado a más de 2,4 millones de personas por año, entre los que se encuentran individuos añosos y con capacidad de movilización reducida.

Los beneficiarios de este servicio son en su mayoría pacientes de 85 años o más y tienen bajos ingresos. Los diagnósticos más comunes incluyen: Enfermedad circulatoria (31%), enfermedad cardíaca (16%), lesiones y envenenamiento (15,9%), enfermedad del aparato locomotor y del tejido conjuntivo (14,1%) y enfermedades respiratorias (11,6%)

Europa.:

En Europa, tanto sistemas sociales y de salud están enfrentando la creciente demanda como consecuencia de los factores demográficos y societarios en la mayoría de los países europeos. En la Unión Europea, por cada persona de 65 años hay 4 personas en edad activa, pero se estima que para el año 2050 solo va a haber 2. Como consecuencia, la demanda de cuidados crónicos, incluyendo la internación domiciliaria, se incrementará en las décadas que vienen.

Los gastos dirigidos a servicios sociales y de salud difieren entre países, dirigiendo un porcentaje de su producto bruto interno hacia estos servicios. Otro indicador más importante en el área es la cantidad de personas añosas que pueden pagar los servicios. En promedio, el 22% de la población de 65 años o más en Europa está en riesgo de la exclusión social o pobreza.

La mayor proporción de personas con severas limitaciones en sus actividades se encuentran Portugal, Eslovaquia y Grecia, mientras que la menor proporción se encuentra en Malta, Holanda y Suiza.

Factores que influyen en el aumento de los números de Internación Domiciliaria:

A pesar que los países presentan diferentes políticas y condiciones socioeconómicas, el mundo se enfrenta a un grupo de cambios demográficos, sociales, tecnológicos, epidemiológicos y políticos que influyen en la demanda y ofertas de la internación domiciliaria.

En esta área describimos dichos factores, detallando su peso sobre la temática en cuestión.

- **Factores demográficos:**

Los cambios demográficos están llevando a un aumento en la demanda de internación domiciliaria. La estructura poblacional a nivel mundial está cambiando en forma inmediata. En particular, la proporción de pacientes mayores está incrementándose, mientras que se estima que la proporción de niños, personas jóvenes y adultos jóvenes decline, como informan la disminución de las tasas de embarazo

Aunque las tasas varían según el país, estas están derivándose a un perfil de personas añosas y reduciendo la brecha entre cuidadores y dependientes. La demanda de internación demográfica se incrementa con la edad de las personas, con el objetivo de mejorar sus estilo de vida e higiene personal así como su salud y su confort, las cuales son influidas por el nivel de asistencia requerido y el grado de dependencia.

- **Cambios sociales:**

Cambios generales en conducta y valores han llevado a un aumento en la demanda de Internación domiciliaria. La fragmentación de las grandes familias tradicionales en unidades más pequeñas en el contexto de la urbanización reduce el número de familiares que pueden dar cuidado a los pacientes en su casa. Además, la participación laboral femenina ha aumentado en gran proporción y así, la apertura de grandes oportunidades de ascenso en sus lugares de trabajo. Esto trae como consecuencia la disminución de disponibilidad de personas dentro de la familia para el cuidado de los pacientes.

Otro punto a considerar es la edad de retiro laboral. Actualmente las edades jubilatorias son 60 y 65 años para mujeres y hombres respectivamente, con proyectos gubernamentales de expandirla 5 años más en cada caso.

- **Cambios epidemiológicos:**

Mejorías en la salud pública y avances en la prevención primaria y secundaria han contribuido en cambios epidemiológicos. El aumento en el reporte de ciertas enfermedades realiza su influencia en la demanda de internación domiciliaria, incluyendo las siguientes:

Enfermedad mental: Este tipo de enfermedades están siendo reconocidas y tratadas con mucha mayor frecuencia. Es de preferencia familiar e institucional que sean seguidas en su domicilio, dependiendo el caso.

El patrón de enfermedades esta también cambiando. Algunas enfermedades como el Alzheimer y la demencia se están convirtiendo en enfermedades de las personas añosas. Hay también mayor cuidado y conocimiento sobre estas entidades, así como también la efectividad de los tratamientos. El soporte debe ser ofrecido en su hogar con personal calificado.

Más personas están viviendo con las consecuencias de diferentes enfermedades como diabetes, enfermedades coronarias, respiratorias, ACV y cáncer. Estas son algunas de las que pueden ser tratadas diariamente en el hogar

- **Innovación en ciencia y tecnología.**

Los desarrollos en ciencia y tecnología (médico y no médico) están afectando la demanda y el soporte de la internación domiciliaria. Los avances médicos incluyendo los farmacéuticos, dispositivos y técnicas quirúrgicas, han contribuido al aumento de la expectativa de vida y la mejoría de la calidad de vida de las personas afectadas, añosas y niños con cuidados especiales. Simples modificaciones en el hogar (inodoros adaptados, equipamientos para bañaderas y baños) han facilitado la vida diaria de las personas con discapacidades físicas. El desarrollo de nuevas tecnologías e innovación llevaran un rango amplio de soluciones y facilidades a las personas que desean y necesitan permanecer en sus hogares para su rehabilitación y tratamiento y tanto servicios de baja y alta complejidad están suplementando y complementando servicios básicos de internación domiciliaria.

- **Cambios en actitudes y expectativas:**

Actualmente existen grandes expectativas acerca de la elección del paciente y su familia en la organización y distribución de servicios:

La salud en general está cambiando hacia una medicina personalizada e individual por lo que las empresas se enfatizan cada vez más en la elección del paciente, control y determinación en el acceso y la provisión de servicios.

Con la movilización de la población hacia diferentes destinos, los países están obligados a acaparar las necesidades de diferentes poblaciones. El público requiere que los servicios otorguen lo que necesitan dentro de su cultura y que reflejen las necesidades de diferentes etnias minoritarias lo que genera nuevas demandas a los servicios de internación domiciliaria

- **Normas prioritarias y elecciones:**

Cambios en las políticas y prioridades generan presión en internación domiciliaria. Actualmente hay políticas de apoyo hacia la internación domiciliaria ya que son de mayor conocimiento los beneficios hacia los pacientes y sus familias.

En muchos países del mundo, la desinstitucionalización y la vida comunitaria son aceptados como principios generales sustentando la formulación de políticas.

La internación domiciliaria no solo otorga beneficios en salud, sociales y emocionales, sino que también reduce potencialmente los gastos públicos, como fue demostrado, la internación domiciliaria es más efectiva y eficiente que un organismo institucional.

El cuidado primario (servicios de enfermería y otras especialidades) es tenido en cuenta como un recurso fundamental en la mejoría de la calidad de vida, suplementado por la transferencia de recursos de la internación hospitalaria a la domiciliaria.

El reconocimiento central de los cuidadores informales respecto a su contribución en el proceso diario de internación domiciliaria, ha llevado a la creación de nuevas políticas y proveedores de salud que reconozcan el papel fundamental que estos actores realizan.

Existe una preocupación creciente respecto del aumento del gasto público asociado a la población más añosa, particularmente las pensiones y los costos en salud.

FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE INTERNACION DOMICILIARIA

Los temas fundamentales de la internación domiciliaria son la oferta, hacia quien está dirigido y cuál es la mejor financiación. Los mecanismos para la adquisición y organización de recursos están relacionados con el criterio en salud y servicios sociales: universalismo o focalización, ayuda social o restricción presupuestaria, etc.

La financiación de la internación domiciliaria incluye la manera en que se ganan los recursos (aranceles, contribuciones de los usuarios, pagos individuales y mecanismos de mercado) y como son concedidos a los pacientes.

La consistencia y la sustentabilidad de los actuales sistemas de internación domiciliaria pueden variar alrededor del país, con disparidades en la recaudación de fondos y distribución de recursos, acceso y calidad de servicios, mecanismos de reembolso, público y privado, grado de población a cubrir y satisfacción. De todas maneras, a pesar de estas disparidades existe una tendencia amplia de buscar mayor sustentabilidad a la luz del aumento de la demanda.

Enfoques del financiamiento de los servicios de internación domiciliaria:

- Existe un amplio espectro de potenciales tipos de financiamiento que derivan de la intervención del estado, adquisiciones del mercado, contribuciones de familiares y recursos de la sociedad civil.
- La combinación de estos recursos estatales, familiares y privados le da forma al sistema económico del servicio de internación domiciliaria.

Implicancias Políticas:

Idealmente, las políticas de servicio deben considerar varios temas para desarrollar servicios de internación domiciliaria efectivos:

- La disponibilidad de información confiable del uso y el gasto de internación domiciliaria, público y privado, comparable con el cuidado en el hospital o residencial.
- Criterio claro para decidir los recursos dependiendo del nivel de atención necesario y la oferta disponible, para hacer transparente la financiación de recursos y lo que el usuario abona.
- La sustentabilidad de los compromisos financieros actuales dado la demanda en aumento de los últimos años.
- El potencial para mejorar la eficiencia del servicio, mediante la integración multidisciplinaria.
- Educación de familiares en el trabajo diario de internación domiciliaria con el objetivo de disminuir costos.

INTEGRACION MULTIDICPLINARIA DE LA INTERNACION DOMICILIARIA

El aumento del rango de intervenciones, servicios, tecnologías, mecanismos de financiación, profesionales especializados y actores no especializados en internación domiciliaria, han llevado a un cambio de los patrones de cuidado y han alterado la relación entre el cuidado de salud y cuidado social.

Existen problemas de coordinación entre el los mecanismos de cuidado en internación domiciliaria y el nosocomio, en los que cerca del 20 al 30% de las personas son mal diagnosticadas e ingresadas nuevamente en el hospital lo que lleva a un aumento de las listas de espera, camas bloqueadas, multiplicación de diagnósticos, tardanza en el tratamiento y aumento de costos de salud pública y privada.

Roles y responsabilidades en internación domiciliaria:

Los roles y responsabilidades deben ser tomados en diferentes niveles:

- *Nivel Nacional*

- *Nivel Regional*
- *Nivel Local.*

Diferentes organismos gubernamentales están envueltos en diferentes tipos de decisiones acerca del financiamiento, locación y oferta del servicio. Estas deben ser tenidas en cuenta en el proceso de crear recomendaciones acerca de las responsabilidades en cada nivel.

A Nivel Nacional: Las políticas son necesarias para guiar la planificación, legislación y regulación de internación domiciliaria. La administración central debería ser responsable de ajustar prioridades definidas en la distribución de recursos escasos, así como también el desarrollo de capital humano y recursos materiales en forma homogénea a lo largo de todo el país.

A Nivel Regional: Es responsable de la locación de recursos basándose en las prioridades definidas a nivel nacional. Se deben establecer normas locales adaptadas a lo establecido en la administración central. Las decisiones deben ser tomadas respecto al desarrollo de guías y la planificación del escenario de internación domiciliaria. Dichas guías estarían creadas con el objetivo de disminuir las duplicaciones, los vacíos y conflictos en la provisión del servicio.

A Nivel Local: La internación domiciliaria es aplicada a nivel de la comunidad indirectamente de quien la direcciona. Las estrategias están dirigidas a la promoción de líderes y la movilización de la comunidad en la planificación y la implementación de la internación domiciliaria, consistente con la organización estructural adoptada (único proveedor, separación entre cuidado de salud y social o separación de responsabilidades según niveles gubernamentales.) Este compromiso comunitario incluye la participación de cuidadores, pacientes, trabajadores de salud y sociales y voluntarios de la comunidad. Esto significa que todos los miembros de la comunidad asociados a la internación domiciliaria deben participar y comprometerse en el inicio, la responsabilidad y el sustento del programa.

MARCO LEGAL

Dada la juventud de la actividad el marco normativo que la regula aún se encuentra en desarrollo en muchas jurisdicciones del país.

Las resoluciones que rigen la organización de los servicios son las desarrolladas en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica(PNGC), principalmente la resolución 704/00.

Encuadre Impositivo

Dentro de los aspectos impositivos es precisa, como para el desarrollo de cualquier actividad, la inscripción ante la AFIP.

También la habilitación municipal del lugar donde se radique la sede, además de la inscripción frente a la agencia recaudadora de Ingresos Brutos correspondiente a la provincia donde se radica la empresa

Resolución 704/2000

Apruébanse Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria, incorporándolas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

CONSIDERANDO:

Que las políticas tienen por objetivo primero y prioritario asegurar el acceso de todos los habitantes de la Nación a los Servicios de Salud, entendiendo por tales al conjunto de los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial y de rehabilitación, sean estos de carácter público estatal, no estatal o privados; con fuerte énfasis en el primer nivel de atención.

Que en el marco de las políticas del MINISTERIO DE SALUD de la Nación se desarrolla el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, en el cual se agrupan un conjunto de acciones destinadas a asegurar la calidad de las prestaciones en dichos Servicios.

Que entre dichas acciones se encuentran la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y procedimientos de patologías y normas de organización y funcionamiento de los Servicios de Salud.

Que las citadas guías y normas se elaboran con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales asegurando de esa forma la participación de todas las áreas involucradas en el Sector Salud.

Que la DIRECCION DE PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD, ha coordinado el proceso de elaboración de las NORMAS DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE INTERNACION DOMICILIARIA, de acuerdo con la normativa vigente contando con la participación de ASOCIACION MEDICA ARGENTINA (AMA); ASOCIACION DE FACULTADES

DE CIENCIAS MEDICAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA (AFACIMERA); ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ANM); SOCIEDAD ARGENTINA DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD; SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA LEGAL; SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION; FEDERACION ARGENTINA DE ENFERMERIA.

Que la DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION DE SERVICIOS ha prestado su consentimiento a la Guía o Norma antedicha.

Que la SUBSECRETARIA DE PROGRAMAS DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD, COORDINADORA GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA, Y LA SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA han tomado la intervención de su competencia y avalan su incorporación al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se adopta en uso de las atribuciones conferidas por la "Ley de Ministerios T.O. 1992" modificada por Ley nº 25.233.

Por ello:

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

Artículo 1º — Apruébanse las NORMAS DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE INTERNACION DOMICILIARIA, que como Anexo I y II forman parte integrante de la presente Resolución.

Art. 2º — Incorpóranse las NORMAS DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE INTERNACION DOMICILIARIA que se aprueban en el artículo precedente al PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Art. 3º — Difúndase a través de la Coordinación General del Programa las citadas normas, a fin de asegurar el máximo conocimiento y aplicación de las mismas en el marco de dicho Programa Nacional referido en el artículo 2º precedente.

Art. 4º — Las normas que se aprueban por la presente Resolución podrán ser objeto de observación por las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales y por las Entidades Académicas, Universitarias, Científicas de Profesionales dentro del

plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial y en caso de no ser observadas entrarán en vigencia a los noventa (90) días de dicha publicación.

Art. 5° — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente norma para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA dicha adecuación, la que recién entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su registro a nivel nacional a través del acto administrativo correspondiente.

Art. 6° — Agradécese a la ASOCIACION MEDICA ARGENTINA (AMA); ASOCIACION DE FACULTADES DE CIENCIAS MEDICAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA (AFACIMERA); ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (ANM); SOCIEDAD ARGENTINA DE ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD; SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA LEGAL; SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION; FEDERACION ARGENTINA DE ENFERMERIA, por la importante colaboración brindada a este Ministerio.

NORMA DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO DE INTERNACION DOMICILIARIA

1 - INTRODUCCION:

La presente norma se inscribe dentro de las políticas sustantivas del MSyAS (DEC. 1269/92) orientadas a mejorar la calidad de la atención de Salud en todo el país.

El desarrollo de acciones de Normatización tiene como finalidad garantizar la accesibilidad, la equidad, la eficacia, y 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 fijados por Resolución de la Secretaría de Salud del MSyAS N° 282/94, basada en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano y no en la complejidad de los recursos disponibles.

Para ello se definen a los niveles de la siguiente manera:

NIVEL I:

Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistema en la mayor parte de los casos. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de la demanda oculta, control de salud de la población e internación para la atención de pacientes de bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contrarreferencia.

NIVEL II:

Puede constituir la puerta de entrada al sistema. Realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo.

NIVEL III:

Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad tanto sea por el recurso humano capacitado como así también en el recurso tecnológico disponible.

DEFINICION DE AREA:

INTERNACION 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 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.

- 3 - OBJETIVOS:

3.1- 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.

3.2- Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno natural: la familia y la comunidad.

3.3- Recuperar la dimensión social del problema salud/enfermedad, dentro de la comunidad.

3.4- Evitar la institucionalización del paciente y familia atendiendo los múltiples efectos negativos, aislamiento psico-físico del paciente, desestabilización económica, desintegración familiar y de su entorno comunitario.

3.5- Acompañar y asistir a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución.

3.6- Facilitar la participación activa de la familia o responsable del paciente, mediante su capacitación adecuada y aceptada.

3.7- Optimizar la eficiencia del servicio en aquellos pacientes que por su patología es posible su asistencia con esta modalidad de atención.

3.8- Disminuir el promedio de días de internación por patologías y aumentar la disponibilidad de camas para patologías más complejas.

3.9- Disminuir las posibilidades de infecciones intrahospitalarias.

3.10- 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.

4 - DEPENDENCIA:

De acuerdo a su dependencia administrativa y funcional, los servicios de Internación Domiciliaria 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

Programática

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.

5 - PAUTAS DE ADMISION DE PACIENTES EN INTERNACION DOMICILIARIA

* 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.

6 - RECURSOS FISICOS:

Debe contar con un ambiente (superficie) adecuado para el funcionamiento de las tareas del personal administrativo, acorde al número de los mismos, con espacio para el equipamiento necesario, para la recepción de personas y para reuniones.

Debe contar con espacio suficiente para el archivo de la documentación, y para el depósito de insumos indispensables para su funcionamiento, si es que no cuenta con depósito central.

Debe contar con sanitarios disponibles para el personal.

7 - EQUIPAMIENTO:

7.1- Equipamiento administrativo:

7.1.1 Debe contar con un sistema de información (manual o informático) que permita registrar y archivar toda documentación indispensable para su funcionamiento (Historia clínica de los pacientes, patologías, prestadores, proveedores etc.)

La información relevante que se debe registrar es:

Registro de pacientes.

Registro de patologías.

Fecha de ingreso y egreso de los pacientes al servicio.

Prácticas solicitadas.

Complicaciones

Registro de profesionales actuantes

CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE DE ACUERDO CON LAS NORMATIVAS VIGENTES

La evaluación exhaustiva, y meticulosa del paciente permitirá la adecuada planificación de la atención y garantizará el éxito de la gestión.

Se pueden definir tres niveles de atención:

Nivel 1: Paciente independiente. Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistemas en la mayor parte de los casos. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de la demanda oculta, control de salud de la población e internación para la atención de pacientes de bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contrarreferencia.

Nivel 2: Paciente semi-independiente. Puede constituir la puerta de entrada al sistema. Realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo

Nivel 3: Paciente dependiente. Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo, pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad tanto sea por el recurso humano capacitado como así también en el recurso tecnológico disponible.

De todas maneras, existe un vacío legal en la regulación de internación domiciliaria, no solo en Argentina sino en Europa también. Según un reporte del diario Irish Times, no existe regulación actual de la atención domiciliaria. El presidente de Calidad e Información de Salud expone que la seguridad y la calidad de atención médica y social no pueden garantizarse en ausencia de regulación independiente. Dicha reglamentación debería asignarse al servicio prestado en lugar de la ubicación física de la atención.

Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (CADEID)

Actualmente la cámara agrupa a 23 empresas que brindan cuidados domiciliarios a unas 80.000 personas (datos de 2011) en donde, desde una radiografía hasta un electrocardiograma o una extracción de sangre, pueden realizarse en el hogar con la misma tecnología que un centro de salud especializado.

Según las estadísticas, los pacientes que recurren a un tratamiento médico domiciliario responden a enfermedades relacionadas con el envejecimiento de la población, como la enfermedad de Alzheimer, enfermedades respiratorias crónicas y los cuidados paliativos. En el caso de los más chicos, se observan tratamientos por neumonías, asma o cardiopatías congénitas.

En Argentina, para ofrecer esta prestación a obras sociales y prepagas, las empresas que brindan este servicio deben estar inscriptas en la Superintendencia de Servicios de Salud

Beneficios de Internación domiciliaria:

Para los pacientes

- Disminución de los gastos familiares indirectos por estancias hospitalarias
- Reducción de riesgo de enfermedades nosocomiales
- Tiempo adecuado de atención
- Menor nivel de estrés
- Facilidad en tratamiento
- Mejora de la calidad de vida para el paciente y su familia

Para la unidad hospitalaria:

- Disminución de la alta demanda insatisfecha de cama en cuidados intensivos en la ciudad
- Optimización de la red de alta complejidad por liberación de camas de UCI para disponibilidad de quirófanos, salas de emergencia y paciente agudo críticamente enfermo

Para prepagas y obras sociales:

- Optimización en la asignación de los recursos
- Reducción de costos sanitarios y del sistema de salud
- Reducción de estancia hospitalaria
- Disminución de costos asociados a infecciones nosocomiales
- Disminución de riesgo de patologías nosocomiales
- Optimización los recursos financieros para la red aseguradora por alto costo

Principales problemas en Internación domiciliaria

En países desarrollados, se estima que alrededor de 13 % de los pacientes bajo esta metodología presentaron alguna vez un evento adverso.

Los principales efectos adversos están relacionados a las medicaciones, con un 20-33% de personas que experimentaron un problema con la aplicación de la

medicación o efecto adverso. Investigaciones encontraron que tanto el personal médico como los sus familiares juegan un rol fundamental en estos hechos que resultan en la hospitalización del paciente, aunque investigaciones más grandes son necesarias para la comprensión de tal efecto. Uno de los principales factores sería la insuficiente atención durante la transición entre el hospital y el domicilio.

Otra desventaja de la internación domiciliaria tiene su base en deficiencias de los sistemas de salud o deficiencias de obras sociales o prepagas y empresas encargadas de ofrecer dicho servicio, no cumpliendo con las demandas de la familia o del paciente o realizando en forma incompleta el tratamiento necesitado por el paciente.

Además, la falta del conocimiento de los roles y responsabilidades de cada integrante del programa conlleva a errores y actitudes frente al paciente innecesarias teniendo como consecuencia el alargamiento de los tratamientos y terapias, aumentando más los costos en salud y particular.

SISTEMATICA DE TRABAJO PARA ACCEDER A ID

- Solicitud del médico tratante o de cabecera de internación domiciliaria. – Autorización por parte de la obra social o pre-paga de cambio de empresa de ID.
- Diagnóstico definido y tratamiento médico establecido.
- Paciente clínicamente estable.
- Posibilidad de administrar las terapias en el domicilio.

Cada paciente tiene un programa de atención predefinido (en general en los días previos al alta de una internación institucional) que indica que profesionales lo atenderán y de qué manera. El programa de atención inicial es definido con frecuencia por el médico que lo atiende en el sanatorio hospital y luego es modificado de acuerdo a la evolución del paciente. Así se definen objetivos del tratamiento, los medios para alcanzarlo y una estimación del tiempo que será necesario. Luego los profesionales concurren al domicilio en fechas y horarios convenidos directamente con el paciente.

El médico a cargo está disponible diariamente en forma telefónica.

Así los pacientes que ingresan a un programa de cuidados paliativos tienen un esquema muy flexible.

Es posible que la frecuencia de las visitas se modifique frente a complicaciones, el equipo debe responder a esos cambios.

ROL DE LA AUDITORIA EN LA INTERNACION DOMICILIARIA

ACCIONES DEL AUDITOR

-El auditor/a visitará al potencial paciente para internación domiciliaria en su lugar de internación actual. Tras la evaluación constatará el cumplimiento de los criterios clínicos de inclusión al sistema, definirá el nivel de complejidad del paciente y los requerimientos técnicos/ profesionales necesarios para llevar a cabo la internación domiciliaria consensuado con el medico que solicitó la misma

El auditor/a remitirá a la empresa prestadora el nivel de complejidad del Paciente, el detalle de las prestaciones, equipos e insumos necesarios para la externación del paciente, derivándoselo al responsable de operaciones clínicas quien determinará con las áreas correspondientes la inclusión o exclusión del paciente

Servicios que se pueden brindar en internación domiciliaria:

Seguimiento clínico con la frecuencia asignada por la obra social / prepaga / mutual (habitualmente son seguimientos semanales, quincenales o mensuales)

-Enfermería: Aplicación de medicación en tiempo y forma, curación de heridas, control de signos vitales, control de sondas, en algunos casos higiene y confort.

-Fonoaudiología (fono deglución / rehabilitación del habla).

-Kinesiología respiratoria y motora

-Terapia ocupacional

-Laboratorios, RX.

-Cuidadores

-Acompañantes terapéuticos

-Especialidades (pediatría, psiquiatría y otras pocas)

Papel de la enfermería en internación domiciliaria:

Las enfermeras de internación domiciliaria trabajan solas en el hogar con los recursos de apoyo disponibles en una oficina central. La relación de trabajo de la enfermera- medico implica un contacto médico menos directo, y el médico depende en mayor grado de la enfermera para realizar evaluaciones y comunicar hallazgos

Las enfermeras de atención de la salud en el hogar pasan más tiempo en el papeleo que las enfermeras de los hospitales.

Diferencias entre Hospital e Internación domiciliaria:

Si bien se puede inferir que existen diferencias entre internación hospitalaria y domiciliaria cabe recalcar determinadas variables que llevan a un análisis más profundo y que tienen como resultado la opción de cada una dependiendo cada situación.

Ciertas características distintivas del entorno del cuidado de la salud en el hogar influyen en la seguridad del paciente y la calidad de resultados: el alto grado de autonomía del paciente en el hogar, la supervisión limitada de los cuidadores informales por profesionales clínicos y las variables situacionales únicas de cada hogar.

Si bien se respeta la autonomía del paciente en la atención hospitalaria, muchos médicos toman decisiones en nombre de pacientes hospitalizados. En el cuidado de la salud en el hogar, los médicos reconocen que el entorno de cuidado (el hogar) es el dominio inviolable del paciente. Por lo tanto, en comparación con el paciente hospitalizado, el paciente de internación domiciliaria tiene un papel más importante para determinar cómo y si se implementaran ciertas intervenciones. Por ejemplo, en un hospital, las enfermeras, los médicos y los farmacéuticos pueden desempeñar un papel para garantizar que el paciente reciba los antibióticos a intervalos terapéuticamente apropiados. Sin embargo, en casa, el paciente puede optar por tomar el medicamento en momentos irregulares, a pesar de los consejos sobre la importancia en un programa regular de medicamentos. Son decisiones deliberadas hechas por pacientes informados y capaces respecto de su atención.

Otras variables individuales son la capacidad de lectura, cognitiva y los recursos financieros las cuales afectan la capacidad de los pacientes de atención médica domiciliaria para administrar de manera segura sus regímenes de medicación.

Otros cuidadores, aparte del personal de salud, son los familiares que se convierten en cuidadores informales. Los médicos no tienen autoridad sobre estos cuidadores. Además, el entorno del hogar y la naturaleza intermitente de los servicios profesionales de salud pueden limitar la capacidad del clínico para observar la calidad de atención que brindan los familiares, diferencia del hospital, donde la atención brindada por el personal de apoyo puede visualizarse y evaluarse más fácilmente. Así, la limitada oportunidad de observar directamente al paciente y los cuidadores informales puede obstaculizar los esfuerzos para determinar la etiología de un evento adverso. Tanto en el cuidado personal como de los cuidadores informales, los estándares de seguridad y calidad pueden no lograrse en algunos casos.

A su vez los hospitales tienen departamentos de seguridad ambiental para monitorear la calidad del aire y asegurar planes de ingeniería para la seguridad de los pacientes. En cambio, en la atención domiciliaria deben evaluar

constantemente que los ambientes de determinados hogares pueden no ser los más seguros ni contar con los recursos necesarios.

Finalmente, dado la cantidad de personas mayores que están bajo este tipo de internación, es razonable anticipar que algunos pacientes estarán en una trayectoria de declinación de su salud. Uno de los objetivos implícitos de la internación domiciliaria es facilitar un deterioro supervisado.

Circuito de facturación:

Los requerimientos para liquidar las prestaciones son más o menos estrictos dependiendo de las coberturas.

Lo fundamental en la presentación mensual de la facturación es: la evolución del profesional con firma sello y conformidad de paciente/ familiar, legible y que justifique la prestación.

En internación domiciliaria no se utiliza la autorización de papel habitual, sino que los convenios están previamente acordados en términos de alcance y de valores. Si existiera la necesidad de solicitar autorizaciones extraordinarias, existe un grupo de administrativos que median entre las auditorias para justificar y autorizar la solicitud realizada.

CONCLUSIONES

La modalidad de internación domiciliaria, es beneficiosa tanto para pacientes, familiares, instituciones hospitalarias y obras sociales, para llevarla a cabo se necesitan habilitaciones expedidas por organismos oficiales, por lo que dan un marco legal importante, la empresa prestadora del servicio tiene que implementar herramientas de auditoria para poder comenzar y luego para mantener el seguimiento del paciente.

Esas herramientas varían de acuerdo la prestadora, pero tienen el mismo fin en común, que es velar por la seguridad del paciente, prestar buen servicio y al mismo tiempo responder ante la obra social, en esta monografía intentamos reflejar el papel del auditor, trabajo que es un poco desconocido por las personas que no se encuentran en el sistema de las prestadoras y la internación domiciliaria.

En nuestro relevamiento de algunas empresas de internación domiciliaria, observamos que si bien prestan el mismo servicio en la mayoría, pocos tienen un

sistema de historia clínica informatizado, situación que mejoraría el seguimiento dinámico del domicilio y la responsabilidad legal que eso implica, también que hay estandarización de protocolos de atención al cliente/paciente, al igual que la manera de mensurar las quejas, por lo menos por escrito, pudiendo usarse eso mismo como herramienta para modificar o mejorar la satisfacción del domicilio. Hoy en día, una gran preocupación de las empresas que se dedican a brindar el servicio de I.D es asegurar la calidad de atención médica en el domicilio del paciente.

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

la internación domiciliaria tendría que ser una oferta de sistema de atención médica disponible para el paciente desde el primer día de internación sanatorial. Algunas empresas están incursionando en lo que se denomina outsourcing, que sería contratar sistemas externos a la propia estructura prestacional para incorporarlos como nuevos prestadores a la red de atención médica y poder, a través de ellos, brindar el servicio.

El principio siempre es conflictivo, la familia no comprende, y cree que el único motivo de la internación domiciliaria reside en los costos. Si bien en una primera etapa, todo es quejas y reclamos, luego la situación se revierte.

Lo ideal es que los profesionales estén bien remunerados para que ejerzan la tarea lo más satisfechos posible, tema complicado ya que se abonan las prestaciones cada 45-60 días.

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.

Igualmente para conseguir la satisfacción de los usuarios es necesario garantizar una continuidad asistencial personalizada, evitando la fragmentación que por lo general caracteriza la atención especializada. De ahí, la importancia de asumir la atención en el domicilio de manera integral, integrada y continua.

El servicio de atención 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 casi similar en calidad técnica sanatorial, pero superior en calidad humana y a costos sensiblemente inferiores.

BIBLIOGRAFIA

www.cadeid.com.ar

www.valuarsalud.com

www.msal.gov.ar

<http://wwwhttp://www.medicinabuenaosaires.com/demo/revistas/vol58-98/2/htaprivado.htmw.revistamedicos.com.ar/numero10/pagina08.htm>

www.atencion-medica-internaciondomciliaria.

adnmedicals.com.ar/-37-encache-paginas

similares

- www.internaciondomiciliaria.org/ - 3k .
- www.medichome.com
- internación-domiciliaria.medihomesalud.com