



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES  
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

## **La internación domiciliaria como alternativa a la hospitalización.**

- ¿Se puede demostrar el rol fundamental de la auditoria Médica?**
- ¿Se puede demostrar que la internación domiciliaria es eficiente en relación a su costo?**
- ¿Se puede demostrar que puede bajar la conflictividad legal de los amparos?**

**Tesista: Alejandro Fabian Irastorza**

**Director: Dr. Juan Carlos Ponce Corral**

**Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias de la Salud  
Pública, con mención en Sistemas y Servicios de Salud**

**Año 2020**

**Agradecimientos:**

**Al Dr. Juan Carlos Ponce Corral por su apoyo y enseñanza y paciencia**

**a la UCES que me abrió sus puertas,**

**a los compañeros-colegas del doctorado por sus aportes,**

**a Osdepym; en especial al Dr. Harry Triantiafilo por todo su apoyo;**

**a Javier Fernández por su desinteresada colaboración;**

**al Dr. Rafael Zamora por la oportunidad de trabajar en el INSSJP y permitirme tener una experiencia única de aprendizaje;**

**¡Gracias!!!**

**1-RESUMEN:**

**Objetivo:** Demostrar que la internación domiciliaria (ID) es una herramienta útil como alternativa a la hospitalización. Demostrar el rol de suma importancia de la auditoria Medica. Demostrar que la ID es costo-efectiva. Demostrar que puede bajar la conflictividad legal a través favoreciendo la resolución de los amparos.

**Metodología:** Se dividió en dos estudios en primer lugar, se evaluó en una población muy importante, sea desde la masa poblacional, como desde su grado de compromiso en enfermedades. Durante el mes de febrero del año 2016, se realizó en primer lugar un relevamiento de la cantidad de Internación domiciliarias en CABA en Instituto de Servicio Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), con una población de 380 mil afiliados. El estudio abarco desde el primer registro se realizó en marzo y hasta noviembre del mismo año. Se trabajó con unas 2800 asignaciones de pacientes a Internación domiciliaria. El estudio realizado en su metodología fue la siguiente: Observacional, retrospectivo, de cohorte longitudinal, sin grupo control. Donde se consideró a la ID evaluando el rol de auditoria en las asignaciones, a ser por acto dispositivo (con cobertura amplia) como a módulos (cobertura prefijada), su impacto económico, así como su costo efectividad. En segundo lugar, se realizó otro estudio, sobre Calidad de vida (QALY o AVAC), dado por problemas técnicos, no pudo ser realizado en el mismo grupo. Se realizó en otra población menor, pero de iguales características clinicas.

**Resultados:** En primer término, la intervención de la auditoria médica, atreves de una evaluación médica eficiente, logró disminuir la incidencia (casos nuevos), de las ID de acto dispositivo a un 10% aproximadamente, logrando a fin de año, revertir la prevalencia (casos acumulados) a favor las ID por módulos, con una diferencia neta del 19% a su favor. Analizando el neto de pacientes que cambiaron la modalidad de la ID a módulos, estos fueron superior a las 700 asignaciones. A principio del año 2016, de un total de ID de 2844 pacientes, se encontraban asignados ID por acto dispositivo unos 1650 pacientes, siendo su prevalencia a esta modalidad 58%, siendo la asignación de ID por Módulos un 42% (1194 pacientes), del primer total en ID de febrero que fueron 2844 pacientes. En noviembre, la prevalencia cambio a un 39%(935 pacientes) ID por acto dispositivo, mientras que la ID por módulos paso a 61% (1844 pacientes),

con un total en ID de 2779. (Diferencia neta del 19% a favor de la ID por módulos). En el análisis económico, demostramos que estos cambios de asignaciones realizadas por la auditoría médica, se correlacionaba con los montos económicos. Los costos de ID por acto dispositivo bajo en 8.397.000, contra un aumento lógico de los costos de ID por módulos a 6.295.000, la diferencia nos deja un monto neto de ahorro de 2.100.000, esto es una comparación mes contra mes. Si asumimos que esto fue gradual, y poniendo un valor medio 1,5 millón y realizamos una proyección anual de los ahorros, estaríamos hablando de unos 18 millones/año. Adaptados a la tasa de inflación de ese momento, la proyección anual es de casi 23 millones. Si realizamos una adaptación a costo dólar actual, su conversión actualizado (Dólar 90 pesos oficial abril 2020) serían alrededor de 126 millones. También se realizó un análisis teórico, comparando el costo diario de una internación en sala general de un hospital de baja complejidad, con un costo diario de 2000 pesos (2016), mientras que un día de internación domiciliaria salía 480 pesos por día, siendo a QALY (Calidad de vida) similar, por lo que la diferencia neta es de 1520 pesos, con una proyección mensual de 45000 mil pesos por paciente, a favor de la internación domiciliaria por lo que queda demostrado el costo-beneficio, o lo que es más exacto llamar costo de minimización. Cuando esto se lo lleva a la cantidad de pacientes enrolados a la ID el ahorro teórico ronda los 110 millones. Cuando se analizó en la segunda población la calidad de vida, mostro un Qaly desde un punto vista descriptivo compromiso moderado a severo (Escala 2-3), si lo evaluamos dicotómico surge como “con problemas”, y si lo hacemos temporal, con reducción del 75 % de su expectativa de vida. En otra parte del análisis, se evitó con la ID como herramienta, el dictado de sentencias desfavorables contra la Institución ya que se obtuvieron acuerdos consensuados con los accionantes, disminuyendo también así el alto margen de conflictividad. Sin perjuicio de lo expuesto cabe advertir que el presente análisis se efectuó mediante datos globales y no por cada caso en particular. Los cual conlleva un elevado costo económico extra (costo oportunidad).

**Conclusiones:** Este estudio muestra que la ID es una herramienta de los sistemas de salud cada vez más importante, donde el grado de importancia de la auditoria, genera ahorros con el uso adecuado de la ID. Y si bien está en línea con las publicaciones, debido a las limitaciones de nuestro estudio, se deben realizar otros estudios para confirmar nuestras afirmaciones.

**Palabras claves:** Internación domiciliaria- Rol de la auditoria medica- Calidad de vida- Costos efectividad-Amparos.

## **1-SUMMARY:**

**Objective:** To demonstrate that home care (ID) is a useful tool as an alternative to inpatient hospitalization. Demonstrate the extremely important role of medical audit. Show that the ID is cost effective. Demonstrate that legal unrest can be reduced through the resolution of the legal protections.

**Methodology:** It was divided into two studies, firstly it was evaluated in a very important population, sea from the population mass as well as from its degree of disease commitment. During the month of February 2016, it was published as the first place in the number of domiciliary admissions in CABA in the Institute of Social Service for Retired and Pensioners (INSSJP), with a population of 380 thousand affiliates. The study was conducted from March to November of the same year. We worked with about 2800 assignments of patients to home care.

The study carried out in its methodology was as follows: Observational, retrospective, longitudinal cohort, without control group. There the ID was evaluated evaluating the role of audit in the assignment, being an act as modules, its economic impact, as well as cost. Secondly, another study was conducted on Quality of Life (QALY), given that due to technical problems, it has not been carried out in the same population. It was performed in another smaller population, but with the same characteristics. Methodology was observational, cross-sectional, without control group.

**Results:** Firstly, with the intervention of the Medical Audit, with an efficient medical evaluation, it was possible to reduce the incidence (new cases), from the ID of the device act to approximately 10%, achieving at the end of the year, to reverse the prevalence (cumulative cases) in favor of the modulated ID, with a net difference of 19%, the net of patients decreasing by device act greater than 700 assignments. At the beginning of 2016, about 1650 patients were assigned by directive acts, with 58% prevalence, with module allocation of 42% (1194 patients), total of the first total in ID of February 2016 were 2844 patients. In November 2016, the Prevalence changed to 39% (935 patients) ID per directive acts, while the ID per modules increased to 61% (1844 patients), with total patients in ID of 2779. (Net difference of 19 % in favor of the modulated ID). In the economic analysis, we showed that these changes of assignments made by the medical audit, correlated with the economic amounts. The costs of ID per act

low directive in 8,397,000, against a logical increase in the cost of ID by modules in 6,295,000, the difference leaves us a net amount of savings of 2,100,000 This is a month-to-month comparison. If we assume that this was gradual, and putting an average value of 1.5 million and we carried out an annual projection of the savings, we would be talking about 18 million / year. If we adapt it to the rate of inflammation of that moment, the annual projection is almost 23 million and if we made an adaptation to the current dollar cost, its updated conversion (Dollar 90 pesos) would be more than 126 million today. A theoretical analysis was also carried out, comparing the daily cost of an admission to a general ward of a low complexity hospital, with a daily cost of 2000 pesos (2016), while a day of home admission cost 480 pesos, to QALY(Quality of life) similar, so the net difference is 1520, with a monthly calculation of 45,000 thousand pesos per patient, in favor of the home hospitalization for what the cost-benefit is shown, or what is more exact cost of minimization. When this leads to the number of patients. Studied the theoretical savings round the 110 million of pesos. When the Quality of Life was analyzed in the second population, it showed a Qaly from a moderate descriptive point of view to a severe commitment (Scale 2-3), if we evaluate it dichotomically it appears as "with problems", and if we do it temporarily, with reduction 75% of your life expectancy. In another part of the analysis, the ID was avoided as a tool, the issuance of unfavorable judgments against the Institution since agreements were reached with the accionantes, thus also reducing the high margin of conflict.-Without prejudice to the foregoing, it should be noted that the present analysis was carried out using global data and not for each case in particular. Which entails a high extra economic cost (opportunity cost).

**Conclusions: This study shows that the ID is an increasingly important tool in health systems, where the degree of importance of the audit is demonstrated, the savings generated with the use of the ID. And although it is in line with the publications, due to the limitations of our study, other studies must be cur affirmations.**

**Key words: Home care - Role of the medical audit - Quality of Life - Cost effectiveness – Legal protections.**

## **Tabla de contenido**

<b>CAPITULO I</b> .....	15
<b>INTRODUCCION</b> .....	15
<b>JUSTIFICACION DEL TEMA</b> .....	22
<b>MARCO CONCEPTUAL</b> .....	51
<b>EVALAUCION DE LAS NUEVAS TECNOLOGIAS</b> .....	81
<b>EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO</b> .....	87
<b>EVALUACION ECONOMICA-ECUACIONES COSTO- ECONOMICAS</b> .....	105
<b>OBJETIVOS</b> .....	121
<b>OBJETIVOS GENERALES</b> .....	121
<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	121
<b>HIPOTESIS</b> .....	122
<b>CAPITULO II</b> .....	123
<b>METODOLOGIA</b> .....	123
<b>DISEÑO DEL ESTUDIO</b> .....	125
<b>UNIDAD ANALISIS</b> .....	125
<b>VARIABLES UTILIZADAS</b> .....	126
<b>CRITERIOS DE SELECCIÓN</b> .....	126



<b>TECNICAS E INSTRUMENTOS</b> .....	126
<b>PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION</b> .....	127
<b>CAPITULO III</b> .....	128
<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b> .....	128
<b>CAPITULO IV</b> .....	146
<b>DISCUSION</b> .....	146
<b>ASPECTOS EPIDERMIOLOGICOS DE LA INTERNACION</b>	
<b>DOMICILIARIA</b> .....	146
<b>EVALAUCION ECONOMICA EN MEDICINA</b> .....	146
<b>EVALAUCION ECONOMICA SANITARIA</b> .....	153
<b>CAPITULO V</b> .....	157
<b>CONCLUSIONES DEL ESTUDIO:</b> .....	157
<b>CONCLUSIONES FINALES E IMPLICANCIAS:</b> .....	160
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	165
<b>GLOSARIO:</b> .....	171
<b>CAPITULO VI</b> .....	173
<b>ANEXOS GRAFICOS Y TABLAS</b> .....	173

Figura 1-Evaluacion del problema .....	20
Figura 2- Síntesis fundamentos la auditoria médica. ....	48
Figura 3- Curva de expectativa de vida en Argentina según sexo, en periodo desde 1990 al 2016 .....	53
Figura 4- Estado de la población mundial –ONU 2016 .....	54
Figura 5- Porcentaje de Población mayor Argentina y el mundo ...	54
Figura 6- Déficit en la población mayor.....	56
Figura 7- Capacidad física a lo largo de la vida. ....	57
Figura 8- Enfermedades como causa de muerte Mundo y Argentina en 2017. ....	60
Figura 9- Causas de Discapacidad Mundo y Argentina en mayores de 70 años.....	61
Figura 10- Causas frecuentes de Discapacidad .....	61
Figura 11- Sistema de Salud Argentino .....	64
Figura 12- Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina.....	65
Figura 13-Cuadro comparativo del número de camas hospitalarias desde 1960 a 2012.....	71
Figura 14- Mapa global con la expectativa de Vida .....	71
Figura 15-Modelos de cuidados.....	72
Figura 16- Uso de tecnologías.....	84
Figura 17-Recursos y objetivos .....	91
Figura 18- EQ-5D .....	99
Figura 19- EQ-VAS.....	101

Figura 20- Gastos de salud presente y futuro, recursos de los mismo.....	106
Figura 21-Igualdad equidad.....	108
Figura 22- El plano de la rentabilidad o costo efectividad .....	111
Tabla 5- Ranking de países que participaron del Mundial de Futbol según su Calidad en Salud.....	115
Figura 23- Evaluación de Argentina en términos de accesibilidad, atención médica y PBI según OPS/OMS.....	115
Figura 24- Tendencia asignación de ID .....	129
Figura 25- Incidencia de la relación de ID de AD y de AM en durante en el año 2016.....	130
Figura 26- Prevalencia-relación módulos de internación domiciliaria versus ID por disposición marzo 2016.....	130
Figura 27- Prevalencia relación ID módulos versus ID por actos dispositivos noviembre 2016 .....	131
Figura 28- Evaluación longitudinal asignación de ID .....	132
Figura 29- Tendencia de las asignaciones de ID por acto dispositivo por empresas .....	133
Figura 30- Análisis de Qaly descriptivo.....	141
Figura 32- Beneficios para un enfoque en línea con el triple objetivo de IHI.....	151
Figura 33- Evalaucion de tecnologías sanitarias.....	154
Figura 34- Tendencia longitudinal en costo por año de vida ganado en cuatro grupos .....	155

## Anexo

Figura 35- Población estimativa para 205, inversión de base poblacional .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 36- Piramide poblacional mayores de 65 años según genero 2000-2050 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 37- Censo poblacional 2010 ..	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 38- Censo poblacional 1970 ..	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 39- Proyección poblacional para 2020,..	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 40- Fragmentación del Sistema de Salud Argentino....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 41- Número de camas hospitalarias comparativas según Banco Mundial.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Figura 42- Informe de Adecra de los incrementos de aranceles entre 2012 y el 2017 .....	196
Figura 43- Indice Adecra –Cedim , aranceles y produccion de atencion medica. ....	197
Figura 44- Indice inflacionario 2016 .....	197
Figura 45- Funcionamiento del persona de salud al acceso del sistema de salud.....	198
Figura 46- Ranking de muerte en Argentina y el mundo 1990-2017 .....	198
Figura 47- Ranking de discapacidad en Argentina y el mundo 90-17.....	199
Figura 48- Padrón afiliados a INSSJP gestión gobierno abierto 2016 .....	200

## Anexo-Tablas cuerpo de la tesis

Tabla 1- Metanálisis del Rol de Auditoria.....	49
Tabla 2- Causas de Muerte en el Mundo y Argentina.....	59
Tabla 3- Causas de Discapacidad en Argentina y el mundo.....	60
Tabla 4- Infraestructura de salud en pandemia .....	67
Tabla 5- Ranking de países que participaron del Mundial de Futbol según su Calidad en Salud.....	115
Tabla 6- Comparación de asignaciones de ID módulos versus acto dispositivo.....	128
Tabla 7- Internación Domiciliaria por Modulo y por empresas asignadas.....	131
Tabla 8- Costos de las empresas de ID en febrero y septiembre 2016 .....	134
Tabla 9- Costos totales de Módulos de ID.....	135
Tabla 10- Diferencias de costos ID módulos –disposiciones .....	136
Tabla 11- Diferencias neta de costos de ID.....	136
Tabla 12- Score de Calidad de Vida en ID.....	140
Tabla 13- Amparos judiciales UGL VI PAMI- .....	144
Tabla 14- Tendencia Inter anual de Amparos entre año 2014 y 2016. ....	144

## Anexo

Tabla 15- Camas Hospitalarias según Banco Mundial .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
---	--

Tabla 16- Ranking de intervenciones conforme a sus razones de costo-efectividad estudio de Minsal (\$ chilenos actualizados al 30 de julio de 2016)..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 17- Aumentos de Costos en Atención Medica ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 18- Empresas de ID en asignación a sistema de Módulos ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 19- Asignación por acto dispositivo de ID **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 20- Evaluación de Calidad Vida según EQ5 **¡Error! Marcador no definido.**

Anexo normativa Argentina de internación domiciliaria.....174

**“Los que utilizan bien las armas cultivan el camino y observan las leyes. Así pueden gobernar prevaleciendo sobre los corruptos. Deben servirse de la armonía para desvanecer la oposición, nunca atacar un ejército inocente, no tomar prisioneros o tomar un botín por la fuerza empobreciendo al dominado, no cortar los arboles ni contaminar los pozos de agua, limpiar y purificar los templos de las ciudades y respetar la naturaleza del camino, y no repetir los errores de las civilizaciones decadentes, a todo esto, se llama el Camino y sus Leyes”**

**Sun Tzu**

## **CAPITULO I** **INTRODUCCION**

Lo primero que se va a abordar es el envejecimiento. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo. Lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, con un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

El hospital es el "estándar de oro" para la prestación de atención médica aguda, no siendo un entorno de atención ideal para muchos pacientes, si a esto se le suma los problemas de falta de camas, como también los costos hospitalarios enormes. Las tendencias en la atención médica se encuentran en la búsqueda de alternativas a los hospitales de agudos.

Se sabe que la Internación domiciliaria es una herramienta útil con múltiples indicaciones. Si bien todavía faltan evidencias absolutas. Nuestro plan es mostrar en una población de alto riesgo, que la internación domiciliaria a través de una eficiente intervención de la auditoria médica, como objetivo primario mejorar los costos globales (costo beneficio), asistir en estos pacientes con compromiso de su calidad de vida, y como objetivos secundarios puede aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias (como logro indirecto), disminuir la conflictividad legal manifestada por la disminución de los amparos o la obtención de sentencias favorables.

La complejidad única de los servicios sanitarios modernos viene dada en primer lugar por la propia importancia de la salud como bien esencial para la vida y el bienestar individual y colectivo. Por su naturaleza, la salud y todo lo relacionado con ella tienen una dimensión ética profunda que se relaciona profundamente con valores sociales, políticos y religiosos enraizados, que responden a distintas visiones del mundo, culturas, ideologías, así como también a sus intereses. Su trascendencia para el debate y la política sanitaria es evidente. Sirven de ejemplo temas como: el derecho a la salud –con todas sus implicaciones- para muchos es un derecho humano esencial, mientras otros lo niegan o relativizan; el papel de la equidad y justicia social en las políticas de protección social –de las que la sanidad es un componente básico; y en otro orden de cosas, los dilemas éticos del comienzo y final de la vida, la actitud ante la sexualidad que enfrenta a líderes religiosos con las autoridades sanitarias (prevención del SIDA), etc. Otra dimensión importante de la complejidad del sector salud se deriva de su gran peso económico en las sociedades modernas en las que el gasto sanitario total representa un alto porcentaje del PBI (producto bruto interno) –en el año 2000 represento: 13.1% en EEUU, 7.5% en España, 8.4% en Suecia, 9.3 Francia, 10.6 Alemania. Este importante volumen de recursos tiene un gran impacto en el gasto público y genera un escenario con poderosos actores económicos con gran influencia en la política sanitaria (seguros, industria farmacéutica, equipamiento médico, profesiones sanitarias, etc.). El volumen y distribución de recursos que se mueven en el sector salud, condiciona la existencia de importantes tensiones en las decisiones y agendas sanitarias. Otra característica central de los servicios sanitarios modernos es, de un lado, el gran



impacto que en ellos tienen en la investigación biomédica y las tecnologías y, de otro, la contribución que ellos mismos realizan a estos avances. Su continua evolución, aportando nuevos conocimientos y tecnología médica, plantea difíciles dilemas económicos, organizativos y éticos, tanto a los médicos como a los responsables de los servicios sanitarios. Por otro lado, el papel del conocimiento en la práctica médica, y la necesidad de basar ésta en la mejor evidencia científica para la calidad y la eficiencia de los servicios, es uno de los temas de más calado de la medicina y las políticas sanitarias. Los servicios sanitarios tienen además otras características que hacen que los economistas los excluyan de los bienes que el mercado puede proveer tanto por razones de eficiencia como de equidad (**Freire, 2003**)

Hoy es admitido que los recursos para la atención sanitaria son claramente limitados; los recursos pueden ser muchos o pocos, pueden ser de alta o de baja calidad, pero siempre son limitados. Es decir, que no necesariamente se va a poder realizar todo lo que es técnicamente posible. En evaluación de servicios de salud, los resultados de una intervención pueden ser expresados de cuatro formas:

**Eficacia** es la capacidad de alcanzar el resultado de una intervención cuando es aplicada en condiciones ideales. La mejor forma de estimarla es mediante un ensayo clínico con distribución aleatoria. **Efectividad** es el resultado obtenido, cuando el procedimiento es aplicado en condiciones habituales, por la generalidad del sistema, en la organización real, con los medios disponibles, sin seleccionar a los pacientes, es decir en la práctica real del día a día. Sin embargo, el verdadero interés de los pacientes es la calidad de vida que ganan y el tiempo que mantendrán esa calidad de vida, para lo cual se han desarrollado instrumentos que miden el resultado con dos dimensiones: la calidad de vida y su duración; esta forma de medir los resultados se conoce como **utilidad**. Aunque en la mayor parte de los estudios, los resultados de los procedimientos son comparados en términos de eficacia o efectividad, en los últimos años se ha progresado considerablemente en la medida de la calidad de vida. La eficacia, efectividad, o utilidad, miden los resultados en unidades no monetarias. Sin embargo, en algunas ocasiones, tiene interés expresar los resultados en

unidades monetarias; en este caso, a los resultados se les llama **beneficio**. Su limitación más importante es la dificultad en traducir los resultados de una intervención en unidades monetarias. Los servicios de salud se enfrentan en las últimas décadas a retos tales como la complejidad de sus prestaciones y organización, los recursos limitados, la rapidez en la innovación y difusión de tecnologías, el envejecimiento de la población,

\*José-Manuel Freire. La atención primaria de la salud y los hospitales en el sistema nacional de salud. Contribución al Seminario "Estado de Bienestar en España", organizado por el Programa en Políticas Públicas y Sociales de la Universidad Pompeu-Fabra y patrocinado por la Diputación de Barcelona, pag. 291-364, 2003.

las presiones sociales y de los profesionales de la salud en la demanda de servicios y el desconocimiento de los efectos que ello tiene en los costes y en el nivel de salud de la sociedad. Las agencias reguladoras de la mayoría de los países imponen tres requisitos (barreras) para autorizar un medicamento: eficacia, seguridad y calidad. Pero en algunos casos no todos los autorizados se financian. Los presupuestos son limitados, no se puede financiar todo y cualquier decisión de financiación tiene su costo de oportunidad. Significa decir el costo que se priva o renuncia al hacer una elección alternativa. Hay que maximizar la salud que obtiene la sociedad con los recursos disponibles, y para ello algunos países usan como regla para decidir si financian o no una nueva tecnología, la razón de **costo-efectividad** (la cuarta barrera): con salvedades, entran en cobertura pública los medicamentos cuya razón de costo-efectividad es igual o menor de cierta cifra (el umbral) y se excluyen aquellos con razón de costo-efectividad mayor. **(Campillo-Artero & Ortun, 2016)** Un estudio del Ministerio de Hacienda del gobierno británico **(Wanless, 2002)**, (país ejemplo, donde the National Institute for Clinical Excellence (NICE) consideran a la Salud Pública como la ciencia y oficio de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de esfuerzos organizados y uno de los mejores sistemas del mundo). Se preocupa de la salud de comunidades enteras y elabora análisis basados en estudios de la población. Se centra en la prevención y sus enfoques principales son la vigilancia y control de enfermedades; evaluación de necesidades; promoción de comportamientos saludables y tratamientos en los que caso en los que sea necesario para evitar la propagación de una

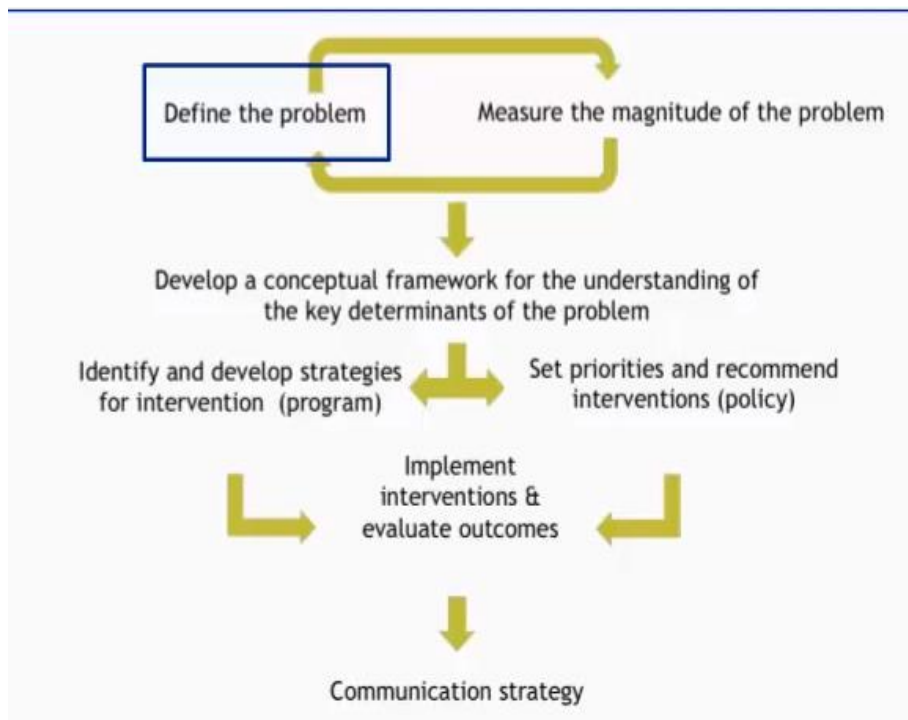
enfermedad. Con el desarrollo y presión de “políticas públicas saludables”, donde valora los costos durante los próximos veinte años que para su sistema sanitario presentan tres escenarios posibles: escenario 1: progreso sólido, las personas se involucran más en relación con su salud. La esperanza de vida aumenta considerablemente, el estado de salud

\* Carlos Campillo-Artero, Vicente Ortún. El análisis de coste-efectividad: por qué y cómo. Rev Esp Cardiol. 2016;69: 370-3 - Vol. 69 Núm.04.  
\*Wanless D. Securing our Future Health: Taking a Long-Term View. Final Report. HM Treasury, April 2002

mejora y las personas tienen confianza en el sistema de atención primaria para usarlo apropiadamente. El servicio de salud se vuelve más receptivo, con altas tasas de absorción de tecnología y uso más eficiente de los recursos; escenario 2: captación lenta, no hay cambios en el nivel de participación pública. La esperanza de vida aumenta, pero en menor cuantía de los tres escenarios. El estado de salud de la población es constante o se deteriora. El servicio de salud es relativamente insensible con bajas tasas de absorción de tecnología y baja productividad; y escenario 3: totalmente comprometido, niveles de participación pública en relación con su salud son elevados. El aumento de la esperanza de vida va más allá de los pronósticos actuales y el estado de salud mejora dramáticamente y la gente confía en el sistema de salud y demanda de alta calidad. El servicio de salud responde con altas tasas de absorción de tecnología, particularmente en relación con la prevención de enfermedades. Uso de recursos es más eficiente, (prevención al máximo) no sólo es mejor en términos de salud, sino también una importante fuente de ahorro para el sistema sanitario que supone 81.428.6 millones de € (unos 92.554.000 millones de dólares, a lo largo de los 20 años, respecto al primer escenario, y 18.571 millones de € (unos 21.108.000 millones de dólares) respecto al segundo. Si analizamos en visión de salud pública, podemos hablar del paradigma de la resolución de problemas, la cual es bien conocido por los profesionales de la salud y por sus agencias gubernamentales. Este enfoque es diferente del enfoque clínico en el sentido de que, en lugar de pensar en términos de pacientes, un profesional de la salud pública piensa en términos de poblaciones,

donde en lugar de hacer un diagnóstico clínico, hace un diagnóstico comunitario. Estos profesionales de la salud pública han tenido un gran impacto en las poblaciones a través de efectivas intervenciones. Si bien sus esfuerzos pueden no estar visiblemente en contacto con los pacientes, pero sus intervenciones están siempre en el pulso de la población, a través de esfuerzos comunitarios organizados, datos epidemiológicos, encuestas de salud y estudios longitudinales. Ellos usan la evidencia generada para una planificación adecuada de la atención de salud e instituyendo programas preventivos, curativos y de rehabilitación. El paradigma de resolución de problemas de salud pública incluye esencialmente los siguientes pasos:

1. Definiendo el problema,
2. Medir la magnitud del mismo,
3. Desarrollar un marco conceptual para los determinantes la clave, incluidos los factores biológicos, epidemiológicos, demográficos, socio-cultural, económico, ambiental, sistema de salud (acceso y organización de la salud servicios de atención) y determinantes políticos,
4. Identificar y desarrollar intervenciones y estrategias de prevención,
5. Establecer prioridades entre estrategias y recomendar políticas y
6. Implementando programas y evaluándolos al máximo de las posibilidades de prevención y mejora de la salud, y de las tecnologías que permiten un buen funcionamiento de los servicios sanitarios. **(Yawar Alam, 1998)**



\*Ali Yawar Alam. Public Health Problem Solving Paradigm. Epidemiology and Health Services Research. New York: Oxford University Press.1

**Figura 1-**

- 1-Definir el problema
- 2-Medir la magnitud del problema
- 3-Desarrollar un marco conceptual para la comprensión de los determinantes clave del problema.
  - A- Identificar y desarrollar estrategias para intervenir (Programas)-
  - B Prioridades y recomendaciones de intervenciones (Políticas)
- 4-Implementaciones de intervenciones y evaluación de sus consecuencias
- 5- Estrategias de comunicación de sus resultados.

Un problema bien planteado es un problema a medio resolver.

John Dewey **(Ruiz, 2018)**

La idea es analizar un tema de creciente importancia, como es la internación domiciliaria, no en visión de un problema directo, más bien a una solución, como es la de demanda hospitalaria de camas, su magnitud en el sistema de salud argentino, su implicancia social, jurídica, así como su impacto económico. Para enfrentar este dilema, previamente habrá que evaluar los distintos contextos, como son lo poblacional, lo social, lo económico, la salud, el sistema de sanitario argentino. Por otro lado, la gestión toma importancia, con un rol central de la auditoria, y finalmente los dos trabajos que dan soporte a la hipótesis, uno en

una población de alto impacto, por su importancia, así como su número, y se va a complementar con un estudio de evaluación de calidad de vida, para llegar a una conclusión e implicancias de esta tesis.

**“Ve al lugar de trabajo, observa, pregunta, y muestra respeto”**

**Fujio Cho**

## **JUSTIFICACION DEL TEMA**

### **Historia**

En el pasado, los médicos eran consultados para la atención domiciliaria, siendo una práctica común de la comunidad. Un 40% de los médicos eran llamados para la atención domiciliaria en los años 1930, esa proporción cayó al 1% en 1980 (**Totten, White-Chu, & Wasson , 2016**). El concepto de Internación domiciliaria se originó con hospitalización en domicilio en Francia en 1961 y se

ha implementado en varios otros países, incluidos los Estados Unidos de América, Canadá y los Países Bajos. Los esquemas de hospital en casa varían en su filosofía y foco de atención. En el Reino Unido la ID se concentra en proporcionar atención personal, dirigida por enfermeras más que servicios técnicos. Esto se contrasta con el desarrollo de la atención domiciliaria en otros países. En América del Norte, en particular, la atención domiciliaria está bien establecido que es de alta tecnología, e incluye prácticas, tales como la administración de drogas intravenosas y la transfusión de sangre. Este sistema generalmente tiene lazos cercanos con hospitales de agudos y puede ser alentado con diferentes incentivos de los sistemas de salud basados en seguros. **(Shepperd & Liffe, 2005)** El tipo de paciente ingresado en el hospital en el hogar varía entre esquemas, al igual que la utilización de la tecnología.

Algunos esquemas están diseñados para cuidar condiciones específicas, por ejemplo, atención domiciliaria para pacientes que requieren ventilación a largo plazo o más comúnmente los esquemas están diseñados para cuidar a los pacientes dados de alta temprano desde el hospital después de intervenciones específicas, tales como cirugía ortopédica. Otros esquemas de hospital a

\*Totten AM, White-Chu EF, Wasson N, et al. Home-Based Primary Care Interventions. Healthcare Research and Quality (AHRQ) Publication No. 15(16)-; February 2016.

\*Shepperd S, Liffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. Cochrane Database Syst Rev julio 2005; (3).

domicilio proporcionar habilidades específicas como la administración de antibióticos por vía intravenosa. Sin embargo, muchos esquemas carecen de una función tan clara y tienen una política que admite una amplia gama de condiciones.

En los Estados Unidos, el desarrollo de la atención hospitalaria en el hogar ha sido más lento y se ha limitado esencialmente a un modelo desarrollado en John Hopkins **(Leff, Burton, & Mader, 2005)**. Este modelo se probó en un ensayo prospectivo no aleatorizado (la aleatorización fue excluida por regulaciones federales relacionadas con Medicare) en varias organizaciones de atención administrada por Medicare y un hospital de Veteranos. Este ensayo demostró que la atención sustitutiva en el hospital era factible y eficaz. Los pacientes recibieron atención hospitalaria oportuna en el hogar cumplía con los estándares

de calidad. En comparación con la atención hospitalaria tradicional aguda, aquellos que recibieron tratamiento en el hogar tuvieron menos complicaciones clínicas importantes. La satisfacción del paciente y de la familia fue mayor y los costos de la atención hospitalaria en el hogar fueron más bajos. En la Argentina las primeras experiencias en internación domiciliaria fueron el hospital de la Comunidad de Mar del Plata y el hospital Castex de San Martín 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. **(Caram & Candelmi, 2014)** La constante demanda de atención e internación hizo necesario desarrollar, hace más de 25 años, un programa de cuidados domiciliarios que, fue creciendo hasta llegar a conformar hoy una sección con estructura propia, con miles de pacientes con cuidados domiciliarios, cumpliendo los estándares de calidad del Hospital. La internación domiciliaria del INNSJ tiene la mayor cantidad, con cerca de 3000 mil pacientes solamente en CABA, si bien ese número está sesgado por el tipo de pacientes que cubre este sistema de salud.

\*Leff B, Burton L, Mader SL, et al. Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med* 2005; 143:798-808

\*Soledad Caram, Diego Candelmi. Éxitos y fracasos de la internación domiciliaria- Curso de auditoría médica Hospital Alemán, 2014.

**Definiciones** La atención domiciliaria, cuidados domiciliarios o la internación domiciliaria hacen referencia a un programa de atención que sin poner en riesgo la vida, con un modelo interdisciplinario brinda una solución a los problemas de salud de ciertos pacientes (los que cumplen los criterios de inclusión) conservando siempre como mayor logro y objetivo la ganancia en términos de calidad de vida. Es una estrategia de atención extra hospitalaria que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos a la población. Representa una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y es más económica comparado con la atención tradicional, si bien la evidencia publicada, no es contundente, y hay discusión del tema. Este modelo de atención domiciliaria, abarcan actividades de todo el espectro de los servicios de salud, desde el fomento y la protección de salud, la atención primaria, la prevención clínica, la



hospitalización en casa con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios, e incluye a procedimientos de rehabilitación. Muchos modelos dispares han sido etiquetados como Cuidados domiciliarios en la literatura internacional. Estos incluyen centros de infusión para pacientes ambulatorios, servicios de infusión intravenosa realizados en consultorios médicos, programas de alta temprana y modelos sustitutivos o de evitar la admisión hospitalaria. Esta variedad de servicios, ha generado controversia sobre la definición de la internación domiciliaria, así como su efectividad general percibida (**Orlando & Barbagallo, 2007-pag 4-22**) La internación domiciliaria en las distintas revisiones bibliográficas apunta sus objetivos y determinan a quien se debe dirigir esta modalidad de cuidado. La mayor parte de los estudios sobre la atención domiciliaria están relacionados con la oferta de cuidados paliativos. De este modo, la visión que parece posible afirmar, ¿es el domicilio un lugar para que el enfermo este?, ¿cuándo no hay posibilidades de cura?, ya que en los artículos analizados se observó que cuidadores, familiares y pacientes, recurrentemente refieren a los cuidados paliativos con la muerte y la terminalidad. Desde el punto semántico podríamos diferenciar a **la Internación**

\* Agustín Orlando. *Barbagallo, Sebastian, González, et al.* Internación domiciliaria: herramienta de la Auditoria Medica. Curso anual de Auditoria Médica Hospital Alemán. 2007, pág. 4-22.

**domiciliaria (ID)**, en concepto de cuidados y obligaciones globales. Según la definición francesa nos conceptualiza: "La hospitalización a domicilio es una alternativa asistencial del área de salud. Consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería, de rango hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja". La definición de la unidad hospitalaria Dr. Marañón de Madrid: "Definimos como hospitalización a domicilio, a aquella actividad asistencial llevada a cabo con recursos, humanos y materiales, similares a los hospitalarios realizada en el propio domicilio del paciente". Podríamos afirmar desde la literatura especializada que, los conceptos de Internación domiciliaria, cuidados domiciliarios, atención

domiciliaria, son tomados como similares, en cuanto a prestaciones de atención médicas domiciliarias **(Oliveira, Kruse, & Santor, 2015)** En nuestro país, es importante diferencias entre los cuidados domiciliarios y la internación domiciliarios, pues conllevan implicancias económicas importantes, donde en la internación domiciliaria el soporte económico es por parte de financiador y los cuidados domiciliarios es un apoyo, donde no todo el costo económico es exclusivo de los financiadores. Un ejemplo lo podemos ver en IOMA (Instituto de Obra Medico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires) “Que la alternativa mencionada reduce considerablemente los costos de atención contribuyendo a incrementar la eficiencia del gasto de la obra social” Reso 1357-07 **(IOMA, 2007)** Donde ellos, emiten lo siguiente: “la internación domiciliaria está dirigida a aquellos que han sufrido una patología aguda, y requieran de una lenta rehabilitación, o bien aquellos que presentan una patología terminal o crónica inestable y requieran atención frecuente en su domicilio. La internación domiciliaria es aceptada como alternativa válida, eficiente y confiable en aquellos casos que no requieran estrictamente una internación sanatorial pero que tampoco en ellos es adecuada una atención ambulatoria.

\*Oliveira, Stefanie Griebeler; Kruse, Maria Henriqueta Luce; Sartor, Silvia et al. Enunciados sobre la atención domiciliaria en el panorama mundial: revisión narrativa. *Enferm.glob.* vol.14 no.39 Murcia jul. 2015.

\*IOMA. Internacion Domiciliaria. Resolucion 1357-07 IOMA.gba.gov.ar. Septiembre 2007

Es una respuesta concreta a las necesidades de atención de la salud, una alternativa de visión integral ligada al entorno, a los afectos. En ella se combinan la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos técnicos de actualidad resguardando la autonomía y la calidad de vida. Por medio de la internación domiciliaria se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, por un equipo multi profesional cuya misión es promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes según su diagnóstico y evolución, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humanas.

- Brindar asistencia domiciliaria interactuando con los establecimientos asistenciales mediante mecanismos de transferencia y contra transferencia. Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno socio-familiar.
- Evitar la institucionalización del paciente.

- Acompañar y asistir al paciente según su diagnóstico y evolución
- Facilitar la participación activa de la familia mediante su adecuada capacitación

Como objetivos:

- Disminuir el promedio de días de internación, aumentando la disponibilidad de camas para patologías complejas.
- Disminuir las posibilidades de infección intrahospitalaria.

Las indicaciones de cuidados domiciliarios incluyen una variedad de razones por las que los pacientes pueden requerir una visita domiciliaria a fin de evitar la internación en la sala clínica, que van desde **(Twaddle, McCormick, & Ritchie, 2018)**

- Inmovilidad, deterioro cognitivo o una condición psiquiátrica grave
  - Solicitud por un miembro del equipo de salud en el hogar, el paciente o el miembro de la familia del paciente
  - Importancia de conocer al paciente con su cuidador para tomar decisiones médicas

\*Martha L Twaddle, Elizabeth McCormick, Christine Ritchie et al. Palliative care delivery in the home. Up to Date Agosto 2018.

- La oportunidad de observar directamente al paciente en su entorno familiar para evaluar mejor las capacidades funcionales del paciente, la comprensión del cuidador de los complejos problemas médicos presentes y la capacidad de satisfacer las necesidades del paciente, y / o para verificar la elegibilidad para los servicios por terceros.
- La necesidad de reunirse con sistemas de salud comunitarios en el domicilio
- Evaluar la coordinación de la atención y las transiciones de la atención para reducir las readmisiones hospitalarias

Durante la visita médica se debe usar una lista de verificación estandarizada durante cada visita para garantizar que no se pasen por alto las áreas de preocupación. Para pacientes mayores, una visita al hogar de un paciente brinda

la oportunidad de evaluar muchos de los componentes de la evaluación geriátrica integral.

Para todos los pacientes, se deben abordar las siguientes áreas:

- **Evaluación de síntomas:** durante la visita, tanto el médico como el personal de salud, puede evaluar y observar síntomas como dolor, disnea, náuseas / vómitos, fatiga, depresión, ansiedad, diarrea y / o estreñimiento. Siempre que sea posible, la evaluación de los síntomas debe usar escalas validadas, incluidas escalas analógicas visuales, para ayudar a transmitir la gravedad de los síntomas.

- **Evaluación funcional:** Estar presente en el hogar brinda la oportunidad de observar la capacidad del paciente para completar las actividades de la vida diaria y los dispositivos de asistencia, formales o informales, que utiliza sobre su hogar. Por ejemplo, esto puede incluir la necesidad de un andador o barandas a orillas de la cama.

- **Seguridad física:** el personal de salud, debe evaluar los obstáculos al movimiento del paciente que pueden aumentar el riesgo de lesiones, incluyendo escaleras, iluminación inadecuada, desorden, superficies irregulares y alfombras. Para pacientes con oxígeno, esto también incluye la evaluación de cables eléctricos y tubos. Con base en la revisión de seguridad, el médico puede hacer recomendaciones sobre la necesidad de dispositivos de asistencia o una cama ortopédica para facilitar las transferencias y prevenir caídas. Esto incluye la evaluación de la capacidad del paciente para deambular y realizar actividades de la vida diaria. Por último, incluye la evaluación de la toma eléctrica para garantizar un bajo riesgo de sobrecarga. Por otro lado, dará información sobre problemas como cortes de insumos eléctricos, los cuales conllevan riesgo importante sobre todo en aquellos pacientes electro dependiente.

- **Seguridad y almacenamiento de medicamentos:** además del reconocimiento de medicamentos de rutina, el personal de salud, deben revisar dónde los pacientes mantienen sus medicamentos y cómo los toman y los eliminan, incluidas las terapias orales y los parches cutáneos. Asegúrese de que no haya errores de medicación, duplicaciones y problemas con la seguridad de

otras personas en el hogar, especialmente los niños. Como parte del reconocimiento, la evaluación de la adherencia también es importante.

- **Evaluación de la nutrición:** esto incluye una evaluación de la disponibilidad de alimentos y líquidos, el acceso a las comidas. Puede incluir evaluaciones de la cocina, por lo que el médico puede evaluar la seguridad alimentaria, así como el almacenamiento. Esto es particularmente importante para los pacientes que parecen estar solos en casa por largos períodos de tiempo.

- **Evaluación para apoyo social:** esto incluye verificar con los asistentes domiciliarios. Asegurando que el paciente tenga un apoyo adecuado del cuidador en el hogar y anotando posibles negligencia o abusos.

Por otro lado, permite realizar una planificación anticipada de la atención, brinda una oportunidad única de establecer relaciones con pacientes y familiares, para facilitar debates continuos sobre directivas anticipadas. Incluida la documentación del poder de atención médica del paciente y las preferencias establecidas sobre reanimación. Una vez establecido, los objetivos de la atención deben documentarse en la historia clínica. Además, estos documentos deberían estar disponibles en el hogar. Los pacientes o quienes toman las decisiones, pueden tener preferencias claras y establecidas para no ser resucitados, como se documenta en sus testamentos en vida y otros documentos de planificación de atención avanzada. Sin embargo, es importante asegurarse de que un documento firmado por un médico esté completo y disponible en el hogar (por ejemplo, orden de no resucitar [DNR] o pedido del médico para el tratamiento de mantenimiento de la vida porque estos son los pedidos médicos que los trabajadores de emergencias seguirán si son llamados. Durante las visitas médicas, también se pueden identificar grupos de alto riesgo para la asignación de cuidados domiciliarios o internación domiciliaria. Algunos algoritmos para ayudar a identificar pacientes de alto riesgo basados en combinaciones de datos, como el número de utilización de atención médica de urgencia, uso medicamentos recetados (polifarmacia), pueden ser por ejemplos:

- **Los programas de atención paliativa en el hogar.** Estos pueden incluir pacientes con condiciones de etapa final como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, afecciones neurológicas graves (Ej.,

Enfermedad de Parkinson, demencia, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica/ELA) y cáncer en etapa terminal. Estos tienen indicación de internación domiciliaria

- **La asignación (utilización de recursos)** también se puede desencadenar más allá del diagnóstico, sino por la alta utilización de atención médica (hospitalizaciones repetidas o visitas a la sala de emergencias) o problemas relacionados con el cumplimiento de la medicación.

- **Los programas de cuidados domiciliarios para pacientes internados** La continuidad a los pacientes, para quienes se han proporcionado consultas mientras estaban en el hospital, es decir continuar en el entorno post-agudo. Como podría ser pacientes que requieren continuidad de tratamiento farmacológico para prevención de trombosis y completar esquemas antibióticos

Se diferencia, de lo que es la **consulta ambulatoria domiciliaria (o Atención domiciliaria)** en el que asiste a procesos agudos, subagudos o crónicos. En lo referente a consulta si bien, bajo una secuencia de acciones integradas, permanencia diaria del sistema en el domicilio y recursos técnicos de diferente complejidad asociando acciones de un conjunto de personas. Estos son por periodo breve de tiempo”. Ahora, si bien la internación domiciliaria es una alternativa, se va consolidando la idea que el modelo de cuidados médicos a los pacientes, en cuanto su evaluación y manejo, que usualmente se realiza en hospitales de agudos, llamados de II nivel. Estos podrían ser realizados en domicilio con seguridad y eficiencia (**Leff B. , Modelos de cuidados en gerontes, 2015**) A su vez, la internación domiciliaria facilita el alta precoz, que en la nueva nomenclatura se denomina “trasferencia” al modelo de internación domiciliaria, quién podría proveer los mismos cuidados que los centros de agudos. Un tema importante a evaluar son las externaciones o altas hospitalarias. Se sabe que un quinto (1/5) de las altas hospitalarias se demoran por diferentes causas, ya sea inadecuada evaluación médica, inadecuada evaluación social. O por pobre organización para el alta, como problemas del transporte, de la comunicación sea intra o inter organización. Una revisión de Cochrane del año 2016 (**Cochrane, Furlong, & McGilloway, 2016**) mostró que al pasar de un alta hospitalaria estructurada a un alta

hospitalaria planificada e individualizada, disminuye el tiempo de estadía en centros de agudos. Siendo incierto el impacto de sus consecuencias en salud. Sin embargo, el aporte de estas camas liberadas en un sistema con esa problemática es muy importante, **(Martínez-Ramos, Flores-Pardo, & Uris-Selle, 2016)** dado las necesidades de cama/paciente, sobre todo en las grandes ciudades, y en especial durante las épocas invernales de mayor demanda, o las actuales de como la pandemia de Covid 19. A modo de resumen, que los modelos basados en la internación domiciliaria, a su vez incluye dos tipos de servicios: cuidado de la salud en el hogar y los cuidados paliativos en el hogar

- La atención médica domiciliaria se utiliza con frecuencia como proveedor de atención post-aguda, aunque también está disponible para pacientes sin una hospitalización precedente si su médico ha determinado que la necesidad de enfermería especializada es necesaria, como ser:

\* Bruce Leff Modelos de cuidados en gerentes. Libro capítulo Hospital en domicilio. Pág 165-171 .2015.

\* Cochrane A, Furlong M, Mcgilloway S, et al. Time limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 10.

\* M. Martínez-Ramos, E. Flores-Pardo, J. Uris-Sellé. Rediseño del proceso de alta hospitalaria. Journal of Healthcare Quality Research, Vol. 31. Núm. 2. Marzo - Abril 2016 páginas e1-e18 páginas 67-12

- Monitoreo frecuente de la presión arterial, el estado hidratación o la glucosa en sangre
- Evaluación más rigurosa de los síntomas, incluyendo dolor, disnea, estreñimiento, ansiedad.
- Manejo de heridas complejas (post operatorias, escaras, etc)
- Educación del paciente sobre las terapias medicas indicadas (p. Ej., Control de glucosa en el hogar y autoadministración de insulina)
- Evaluación de la adherencia a la medicación

- Terapias físicas, ocupacionales y del habla (**Cuxart Melich & Estrada Cuxart, 2012**)

El objetivo principal del cuidado de la salud en el hogar en la mayoría de las agencias de los EEUU es la rehabilitación. Como resultado, no ofrecen asistencia 24 horas al día, 7 días a la semana, ni visitas a domicilio de emergencia, y generalmente no entregan medicamentos a la casa. Los pacientes son elegibles para la atención domiciliaria cuando requieren una enfermería especializada intermitente y / o terapia física, ocupacional o del habla (**Holley, Gorawara-Bhat, & Hemmerich, 2009**) Nosotros en Argentina, esta visión se ha ampliado a cuidados crónicos, además de cuidados paliativos La atención paliativa domiciliaria generalmente la brinda un equipo interdisciplinario, como los programas de atención primaria y paliativa domiciliaria, pero utiliza el modelo de salud domiciliaria. Los servicios de cuidados domiciliarios pueden combinar la rehabilitación con las competencias de los cuidados paliativos (para aliviar el sufrimiento, aliviar los síntomas angustiantes y facilitar el debate sobre los objetivos realistas de la atención y la documentación de la planificación anticipada de la atención). Se ha demostrado que el acceso al apoyo profesional mejora la calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos y sus

\*Cuxart Mèlich A, Estrada Cuxart O. Hospital at home: an opportunity for change. Med Clin (Barc). 2012 Apr 7; 138 (8):355-60.

\*Holley AP, Gorawara-Bhat R, Dale W, Hemmerich J, et al. Palliative Access Through Care at Home: experiences with an urban, geriatric home palliative care program. Geriatr Soc. 2009 Oct;57(10):1925-31. Epub 2009 Aug 21.

cuidadores, reduce la carga de stress de la atención domiciliaria para el cuidador, mejora el tratamiento de los síntomas y disminuye el uso innecesario en el hospital y la sala de emergencias (**Lukas, Foltz, & Paxon, 2013**) En el modelo de cuidados paliativos (la máxima expresión de los cuidados domiciliarios) las consultas generalmente, se ofrecen como extensiones de un número creciente de programas basados en los cuidados proporcionados en los hospitales. El médico o profesional de cuidados paliativos que brinda consulta en el hogar y facilita el apoyo completo basado en un equipo multidisciplinario. Los programas de atención paliativa domiciliarias, pueden basarse en prácticas de atención primaria, de prácticas grupales especializadas como oncología o



cardiología, en centros médicos académicos, organizaciones comunitarias o dentro de sistemas de salud basados en hospitales. Estos equipos generalmente son dirigidos por un médico o enfermera de práctica avanzada, y pueden incluir enfermeras, farmacéuticos clínicos, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas físicos y de otro tipo. Los miembros del equipo idealmente han agregado capacitación y experiencia en cuidados paliativos para permitirles proporcionar servicios de cuidados paliativos especializados en el hogar. Los programas de cuidados domiciliarios y paliativos en el hogar brindan visitas domiciliarias durante el horario laboral y la mayoría ofrece disponibilidad de teléfonos y / o visitas las 24 horas y los fines de semana. Además, algunos programas pueden entregar medicamentos al hogar, al igual que en los hospicios. Brindan atención primaria longitudinal, atención de urgencia y atención de transición. Los pacientes inscriptos en estos programas son principalmente pacientes con múltiples afecciones médicas crónicas, alta carga de síntomas y / o necesidades complejas, que requieren de coordinación para su atención (**Goldtein & Morrison, 2013**). Entre estos pacientes se encuentran entre un número cada vez mayor de ancianos y personas débiles que no pueden salir de sus hogares, generalmente debido a la presencia de múltiples enfermedades crónicas (co-morbilidades), incluido el deterioro cognitivo con las

\*Lukas L, Foltz C, Paxton H. Hospital outcomes for a home-based palliative medicine consulting service. *J Palliat Med.* 2013 Feb;16(2):179-84. Epub 2013 Jan 11

consiguientes limitaciones funcionales y la disminución. En 2011, aproximadamente dos millones de personas o el 5.6 por ciento de la población anciana de Medicare (USA) que vivía en la comunidad estaban completamente o en su mayoría confinadas a su casa (**Ornstein, Leff, & Covinsky, 2015**). Los pacientes que se benefician de cuidados paliativos domiciliarios son típicamente aquellos con enfermedades complejas avanzadas o diagnósticos que limitan la vida y un alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Estas personas a menudo no tienen un pronóstico predecible y no son elegibles ni están interesadas en elegir servicios formales de hospicio. La epidemiología de la atención paliativa se centra principalmente en las causas de muerte no transmisibles, que provocan

la gran mayoría de las muertes en todo el mundo. A nivel mundial, se estima que 40 millones de personas necesitaran cuidados paliativos en cualquier momento de su vida; el 39 por ciento tiene enfermedades cardiovasculares, el 34 por ciento por cáncer, el 10 por ciento tiene afecciones respiratorias crónicas, el 6 por ciento tiene VIH y el 5 por ciento tiene diabetes. Los adultos que necesitan cuidados paliativos para la enfermedad progresiva no maligna representan la proporción más alta de casos para todas las regiones, seguidos del cáncer. Una excepción a esto es en África, donde las personas con VIH / SIDA son el grupo más grande de pacientes que necesitan cuidados paliativos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la gran mayoría (78 por ciento) de los adultos que necesitan cuidados al final de la vida viven en países de bajos y medianos ingresos (**WHO, Global atlas of palliative care at the end of life, 2014**) Del mismo modo, la gran mayoría de los niños (98 por ciento) que necesitan cuidados paliativos al final de su vida viven en países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, las tasas más altas de disponibilidad y utilización de cuidados paliativos entre adultos se encuentran en países de mayores ingresos. Se considera que solo el 9 por ciento de los países del mundo, todos

\*Goldstein NE, Morrison RS How can palliative care be integrated into home-based primary care programs?. Evidence- Based Practice of Palliative Medicine, (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2013. p.458.

\*Ornstein KA, Leff B, Covinsky KE, Ritchie CS et al. Epidemiology of the Homebound Population in the United States. JAMA Intern Med. 2015 Jul;175 (7):1180-6.

\*Global atlas of palliative care at the end of life. World Health Organization. [www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/](http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/) September 08, 2014.

de ingresos relativamente altos, tienen niveles avanzados de integración de los cuidados paliativos en los servicios de salud convencionales. Un estudio, que incluyó más de 230 países, evaluó la disponibilidad de cuidados paliativos a nivel internacional e informó que el 58 por ciento tenía uno o más sistemas de cuidados paliativos disponibles. Estudios independientes indican que los cuidados paliativos a nivel de especialista están disponibles solo en aproximadamente 30 a 45 por ciento de las naciones (**Palliative Care Australia, 2014**).

Cuando hablamos de cuidados domiciliarios, incluye la visita a los pacientes en sus casas, lo cual brinda al médico una perspectiva muy diferente sobre la vida

del paciente. Los médicos consultan a sus pacientes en su propio entorno, lo que permite a los profesionales de la salud evaluar directamente el estado funcional de un paciente, conocer a familiares y cuidadores, o llevar a cabo una reunión familiar en un entorno familiar cómodo para el paciente y la familia. Ver a un paciente dentro de su propio hogar brinda una oportunidad única para observar las condiciones en las que vive el paciente y quién vive con ellas, quién brinda atención o quién está disponible para recibir apoyo. Estas observaciones pueden dar una idea del pasado del paciente, su estado funcional actual, necesidades de cuidado, adhesión a medicamentos, acceso a alimentos, dinámica familiar, limpieza y seguridad del hogar, así como seguridad del vecindario y acceso a farmacias y tiendas de comestibles. Durante la visita domiciliaria, el médico debe definir un objetivo o motivo específico para la cita para corroborar la necesidad de la visita (necesidad médica) y la razón por la que ocurre en el hogar. Así como definir las necesidades del paciente y la familia, como plan de tratamiento a seguir. El contenido de la visita al hogar variará según su cobertura médica; sin embargo, la estructura de la visita debe permanecer igual siempre que sea posible, tanto para la evaluación inicial como durante las visitas de seguimiento. Mantener la consistencia puede ser una fuente de tranquilidad para el paciente y su familia.

\*Palliative Care Australia. Standards for providing quality palliative care for all Australians. [www.palliativecare.org.au/Portals/46/Standards](http://www.palliativecare.org.au/Portals/46/Standards) September 08, 2014

### **Evidencia médica**

Los profesionales sanitarios, investigadores o gestores del sistema de salud, así como los mismos usuarios, necesitan de forma creciente, información clínica relevante sobre la que deben fundamentar sus propias decisiones. Sin embargo, no suele ser fácil, viable o accesible, escrutar toda la evidencia científica que existe sobre los temas de interés. Las revisiones de la literatura científica juegan un papel central en la práctica clínica. Debido a las limitaciones de las revisiones narrativas, se genera la necesidad de disponer de revisiones sistemáticas que permitan integrar eficientemente toda la información válida y proporcionar una base objetiva y fiable para tomar decisiones de manera racional. Las revisiones

sistemáticas, que son síntesis y análisis de la información con un enfoque práctico, se basan en la mejor evidencia científica disponible. Formulan preguntas definidas con claridad y utilizan métodos sistemáticos y explícitos para identificar y seleccionar estudios, evaluar éstos de manera crítica, y extraer los datos de interés para analizarlos. **(Bonfill & Schapira, 2010)** Las revisiones sistemáticas en general, y los meta-análisis en particular, han experimentado en la última década un gran desarrollo, debido en parte, al auge del movimiento denominado medicina basada en la evidencia (MBE). El mayor impulso en esta dirección lo ha dado, sin duda, la colaboración Cochrane, una organización independiente de ámbito internacional y sin ánimo de lucro, que pretende ayudar a quienes necesitan tomar decisiones sanitarias bien informadas. Durante los últimos 20 años, Cochrane ha contribuido a transformar la manera en que se toman las decisiones en el terreno de la salud. La medicina actual, se apoya en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Es razonable pensar que, mediante guías de práctica basadas en la mejor evidencia, pueda limitarse el uso de procedimientos inefectivos, manteniendo a la vez margen para la libertad de la decisión clínica. En cuanto a la ID, una revisión Cochrane (Meta-análisis) del año 2005 **(Shepperd & Liffe, 2005)** de estudios randomizados controlados, sobre 32 publicaciones que sumo 3100 pacientes, donde básicamente se valoró los

\* Bonfill, Xavier and Schapira, Pablo. Importancia de la medicina basada en la evidencia para la práctica clínica. Colomb. Med. 2010, vol.41, n.2, pp.186-193.

cuidados hospitalarios contra la internación domiciliaria (de los end-point, incluyo alta precoz, enfermedades globales y específicas, complicaciones clínicas, mortalidad, reinternación, evolución posterior, satisfacción de los pacientes, calidad de los cuidados, destino al alta, estadía hospitalaria y domiciliaria, y sus respectivos costos). Concluye que, a pesar del interés creciente de la internación domiciliaria, no muestra evidencia suficiente del beneficio económico de dicho procedimiento. Mostrando beneficio en el grupo de alta precoz para la recuperación de cirugías electivas y ancianos con co-morbilidades, a fin de beneficiar la disponibilidad de camas hospitalarias. Aconsejando futuros estudios rigurosos que ayuden a su definición. El sistema de cuidados norteamericano

(Medicare), en una publicación en abril 2018 (**Rapaport, 2018**) los investigadores encuestaron a 1.005 médicos que se especializan en geriatría, medicina familiar o general, y cuidados paliativos. En general, el 72% había certificado o al menos un plan de atención médica domiciliar especializada en el año anterior, para un paciente cubierto por Medicare, en el programa de salud de EE. UU. para adultos mayores de 65 años. Entre los médicos que certificaron estos planes, el 47% pasó menos de un minuto revisando la documentación antes de firmarla. Solo el 21% informó que pasó dos minutos o más. A pesar de los enormes costos (en 2014, Medicare gastó \$ 17.7 mil millones \$ en servicios de atención médica domiciliar especializada para 3.4 millones de beneficiarios) que está lejos de lo deseable.

Una revisión sistemática realizada en 2014 (Tilburg University-Holanda) (**Peek, Wouters, & Van Hoof, 2014**) resumió en 27 factores que influyeron para la aceptación de una nueva tecnología. En la etapa previa a la implementación, dividida en seis ítems: preocupaciones con respecto a la tecnología (por ejemplo, alto costo, implicaciones de privacidad y usabilidad); los beneficios esperados de la tecnología (como mayor seguridad y utilidad percibida); necesidad de la tecnología (por ejemplo, la necesidad percibida y subjetiva al estado de salud); alternativas a la tecnología (por ejemplo, ayuda de la familia o cónyuge), influencia social (por ejemplo, influencia de familiares,

\*Lisa Rapaport. Home Health Care Plans Don't Get Careful Review. April 03, 2018-1. Ann. Intern. Med 2018.

\*Peek STM, Wouters EJM, van Hoof J, et al. Factors influencing acceptance of technology for aging in place: a systematic review. Int J Med Inform 2014;83(4):235–48.

amigos y cuidadores profesionales); y características de los adultos mayores (por ejemplo, deseo de envejecer en lugar). Una comparación de estos resultados con un pequeño número de estudios en la etapa posterior a la implementación indica que algunos factores son consistentes en los estudios, pero que han surgido algunos factores nuevos, como la satisfacción con la tecnología y la actitud hacia la tecnología.

Otra revisión realizada por el gobierno de Estados Unidos, por la agencia de investigación en cuidados y calidad de salud (AHRQ) (**Totten, White-Chu, & Wasson, 2016.Pag 16**) con idea de mejorar los esfuerzos de mejora en términos de calidad los cuidados de salud. Se analizó artículos desde enero de 1998 a

mayo de 2015 publicado 2016, se identificaron utilizando Ovidio, MEDLINE®, CINAHL®, ClinicalTrials.gov, Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. Siendo los de mayor enrole los estudios de Arborn 2006 con 2025, y el de Edwards del 2014 con 1978 pacientes, con un total de la revisión de aproximado de 10 mil pacientes. Se incluyeron ensayos controlados aleatorios y estudios observacionales. Se analizaron 19 estudios de esos dos fueron randomizados, mientras que 17 fueron estudios observacionales. La evidencia más fuerte (moderada) fue que la ID reduce las hospitalizaciones y la estadía hospitalaria. Las reducciones en las visitas de emergencias y de especialistas, en los costos fueron respaldadas por evidencia menos fuertes. El grupo de pacientes que mayor beneficio de ID tendría, son los frágiles o más enfermos, en este grupo de estudios, la evidencia es moderada. No se encontró estudios que evaluaran el impacto de las características de la organización. Solo un estudio examinó el potencial de un impacto negativo, sin encontrarse ninguno. Esta revisión concluye que la evidencia actual es generalmente positiva, proporcionando una fuerza evidencia moderada de que la ID reduce el uso de la atención hospitalaria. Si bien, la evidencia es menos sólida sobre su impacto en el uso de otros servicios de salud, en los costos y la experiencia del paciente como de del cuidador. Futuros estudios de investigación deberían centrarse en el contenido y el contexto organizacional de las intervenciones de ID para que

\*Annette M. Totten, E. Foy White-Chu, Ngoc Wasson et al. Home-Based Primary Care Interventions - Number 164. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Publication No. 15(16). February 2016.

las experiencias pueden ser replicadas o mejoradas por otros. También se necesita investigación adicional sobre qué pacientes se benefician más con ID y cómo se puede usar mejor en el continuo de cuidado. Una revisión sistemática hecha en el 2017 de estudios publicados y no publicados en inglés, noruego, sueco y danés, de 2005 a 2017 en JBI Database of Systematic Reviews and Implementation (**Karlesen, Ludvigsen, & Moe Kristin, 2017**), ideada para identificar y sintetizar la mejor evidencia sobre las experiencias de las personas mayores que viven en el hogar con el uso de la tele asistencia en los servicios de atención domiciliaria. Además, el estudio busca Identificar las experiencias con dispositivos de tele asistencia y examinar qué

creencias tienen los ancianos que viven en el hogar con respecto al impacto de la tele asistencia en la capacidad de envejecer en el lugar. Tal conocimiento es relevante para profesionales en servicios de atención domiciliaria y puede ser aplicado en su trabajo clínico cuando se utiliza tele asistencia a los ancianos que viven en el hogar. También puede informar a los planificadores y políticos sobre la necesidad de un usuario perspectiva al implementar la tele asistencia Preguntas que todavía no tiene contestación Por otro lado, otros estudios van aportando información relevante, como, factores de importancia pronosticas, durante las internaciones domiciliarias. Un estudio suizo, de cohorte, con casi 200 pacientes. Recibían servicios de atención domiciliaria, la incontinencia urinaria fue un fuerte predictor de la duración de la estadía hospitalaria, así como la mortalidad, en proporción a la gravedad de la misma **(Jhon, Gerstel, & Jung, 2014)**.

Otra revisión de Cochrane 2016, evaluó la atención con objetivos de rehabilitación. Con un enfoque de los servicios de atención domiciliaria para adultos mayores con mayores riesgos debido a la insuficiencia funcional.

A diferencia de los servicios tradicionales de atención domiciliaria, la atención con objetivos de rehabilitación, suele ser limitada en el tiempo (generalmente de

\* Cecilie Karlsen, Mette S. Ludvigsen, Carl E. Moe Kristin, et al. Experiences of the home-dwelling elderly in the use of telecare in home care services: a qualitative systematic review protocol. JBI Database System Rev Implement Rep 2017; 15(5):1249–1255.

\*John G; Gerstel E; Jung M; et al. Urinary incontinence as a marker of higher mortality in patients receiving home care services. BJU Int. 2014; 113(1):113-9.

seis a 12 semanas) y su objetivo es maximizar su independencia. Ofreciendo una intervención intensiva multidisciplinaria, centrada en la persona y dirigida a un objetivo. El estudio se centró en los adultos mayores (de 65 años o más) en comparación con el grupo de atención domiciliaria convencional. Dos estudios, que compararon la reutilización con los servicios habituales de atención domiciliaria con 811 participantes, cumplieron con los criterios de elegibilidad para la inclusión; también identificó tres estudios potencialmente elegibles. Un estudio incluido se realizó en Western Australia con 750 participantes (edad media 82.29 años). El segundo estudio se realizó en Noruega (61 participantes, edad media 79 años). En sus conclusiones, no se logra demostrar, si los efectos de la rehabilitación en comparación con los cuidados habituales. La evidencia

fue de muy baja calidad para todos los resultados informados. Los principales hallazgos fueron los siguientes. Estado funcional: la evidencia de muy baja calidad sugiere que la intervención puede ser ligeramente más efectiva que la atención habitual para mejorar la capacidad funcional entre nueve a 12 meses. Eventos adversos: la intervención puede hacer poca o ninguna diferencia en la mortalidad a los 12 meses de seguimiento (RR 0,97; IC del 95%: 0,74 a 1,29; 2 estudios con 811 participantes) o las tasas de ingreso hospitalario no planificado a los 24 meses (RR 0,94; IC del 95%: 0,85 a 1,03; 1 estudio con 750 participantes).

La evidencia es de muy baja calidad lo que significa que no es concluyente si la intervención puede influir en la calidad de vida. Ninguno de los estudios informó la satisfacción del usuario con el servicio. Las conclusiones de los autores muestran una considerable incertidumbre con respecto a los efectos de la Internación domiciliaria con idea de restitución de su capacidad funcional, ya que la evidencia era de muy baja calidad. Por lo tanto, la efectividad de la rehabilitación en ID, no puede ser respaldada o refutada hasta que haya evidencia más sólida disponible. Existe una necesidad urgente de ensayos de alta calidad en diferentes sistemas de salud y asistencia social debido al perfil cada vez más alto de servicios de reposición en políticas y prácticas en varios países. Una disminución de las readmisiones hospitalarias, podrían reducir costos, sin embargo, esto debe ser balanceado con los aumentos de los costos de la internación domiciliaria

La derivación al domicilio con menor internación en hospitales, puede ser una alternativa eficaz a la atención hospitalaria (costo-efectiva). En 2016, se publicó una revisión en Cochrane, sobre unos 1814 pacientes (Shepperd, Liffie, & Doll, 2016) En sus conclusiones, afirma que la ID evita los ingresos hospitalarios. Puede proporcionar una alternativa eficaz a la atención hospitalaria. Sin embargo, la evidencia está limitada, por el pequeño grupo con control aleatorio, de los ensayos incluidos en la revisión, que agrega un grado de imprecisión a los resultados para los resultados principales. Sin embargo, la ID es un modelo alternativo ahorro de costó y efectividad en la alternativa a la admisión en hospital de agudos, sobre todo en los pacientes frágiles. (Kenkmann, Backhouse , & Lane, 2016) Los hallazgos del primer estudio aleatorizado piloto (57 pacientes) sobre el control de la atención médica domiciliaria en Estados Unidos



muestran costos significativamente menores, en comparación con la atención intrahospitalaria habitual, sin reducir la calidad de atención ni la seguridad del paciente. (Levine, Ouchi, & Blanchfield, 2018) La ID es una oportunidad de entender, mejorar el conocimiento médico de los pacientes en su vida real, y en la realización de trabajo multidisciplinario (Cuxart Melich & Estrada Cuxart, 2012). Cuando planteamos la patología oncológica la, (Rosillo Molina, Gomez Lopez, & Cruz Lobo, 2017) evidencia es sugerente pensando en términos de calidad de vida. Los cuidados paliativos ofrecidos por los sanitarios en el domicilio, están asociados a una disminución de la carga de los síntomas y a un incremento de la satisfacción que presenta tanto el paciente como su cuidador principal. Asimismo, la internación domiciliar se está planteando como una alternativa válida en la rehabilitación

\*Sasha Shepperd, Steve Iliffe, Helen A Doll, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9.pag 1-

\*Tamara Backhouse; Andrea Kenkmann; Kathleen Lane; Bridget Penhale et al. Libro Age & Aging. Modelo alternativo ahorro de costo y efectividad en admisión hospital agudos en pacientes años frágiles. Age and Ageing, Volume 45, Issue 3, 1 May 2016, Pages 327.

\* David M. Levine, Kei Ouchi, Bonnie Blanchfield, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: a Pilot Randomized Controlled Trial. Gen Intern Med 33(5):729–36.2018

\*Macarena Rosillo Molina, Carmen Gómez López, Celia Cruz Cobo, et al Atención en el domicilio al final de la vida. Capítulo 25, pag 173-178. Salud y cuidados durante el desarrollo. Volumen I. 2017.

de los accidentes cerebrovasculares (Mayo, 2016). Las evidencias de los modelos de hospital a domicilio reducen el costo de la atención y aumentan la satisfacción del paciente es fuerte, pero el modelo no ha crecido tanto como se esperaba en los 20 años desde que el concepto fue promovido por primera vez. El crecimiento ha sido lento en gran parte porque el sistema de pago no crea incentivos para mantener a las personas en casa; Sin embargo, otros factores distintos al costo podrían estar en juego.

En 1994, el gobierno de Victoria, Australia, creó enormes incentivos cuando comenzó a reembolsar la atención domiciliar al mismo ritmo que la atención hospitalaria tradicional y más costosa. Sin embargo, un análisis realizado en 2009 (Montalto, 2010) mostró que las admisiones hospitalarias constituían el 5% de los días de hospitalización. El Departamento de Salud de Victoria, Australia

revisó su programa de ID en el año 2009. Casi todos los hospitales victorianos tienen un programa ID. En conjunto, estas unidades registraron 32 462 ingresos hospitalarios en 2008-09, lo que representa el 2.5% de todos los ingresos hospitalarios. Si ID fuera una sola entidad, sería un hospital de 500 camas. El tratamiento de muchos pacientes con infecciones agudas adquiridas en la comunidad y en el hospital o trombo-embolismo venoso se ha trasladado a la ID. Doug Rookstool, de la Red de Médicos Franciscanos en Lafayette, Indiana, es escéptico de que las internaciones domiciliarias funcionen bien en los Estados Unidos. Podrían funcionar mejor en culturas en las que las familias están más acostumbradas a cuidar a sus parientes enfermos en el hogar, explicó. Y no está convencido de que los pacientes siempre prefieran el hogar al hospital (Frellick, 2018). Un tema pendiente y a la vez muy problemático es el tiempo de cobertura de la ID. Este tema también se plantea a nivel global, no solamente en nuestro país, afectando a las organizaciones tanto públicas como privadas. Una visión es la atención denominada rehabilitadora, es decir buscar la optimización física en pacientes de altos riesgo (frágiles)

\*Nancy E Mayo. Stroke Rehabilitation at Home: Lessons Learned and Ways Forward. Stroke, 2016;47:1685-1691

\*Michael Montalto. The 500-bed hospital that isn't there: the Victorian Department of Health review of the Hospital in the Home program. Med J Aust 2010; 193 (10): 598-601

\*Marcia Frellick. Wachter: Why Home Hospitals Are Not a Threat - Medscape - Apr 18, 2018. Society of Hospital Medicine (HM) 2018 Annual Meetin.

### **Seguridad del paciente**

Dentro de las problemáticas de los sistemas de salud, se agrega que la atención médica no siempre es segura. El error médico es según un estudio (Makary & Daniel, 2016) la 3 era causa de muerte en Estados Unidos, a pesar de los masivos incrementos de los gastos de salud. Este mostro que entre 210 mil a 400 mil pacientes por año son sus muertes asociadas al error médico; entre pacientes hospitalizados. Según Organización Mundial de la Salud (OMS) la seguridad del paciente es un grave problema de salud pública en todo el mundo. La probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de 1 por cada millón de pasajeros. En cambio, la posibilidad que sufra daños ocasionados por la atención médica, es de uno entre 300 pacientes Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o el trabajo en centrales

nucleares, tienen un historial de seguridad muy superior al de la atención médica. Se calcula que cada año se hospitaliza a 421 millones de personas y que, en su estancia en el hospital, estos pacientes sufren aproximadamente 42,7 millones de eventos adversos. De acuerdo con las estimaciones más conservadoras, los últimos datos indican que los daños a los pacientes durante la atención sanitaria son la 14.<sup>a</sup> causa de morbilidad mundial. Se calcula que, en los países de ingresos altos, uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. Estos daños pueden ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos, y el 50% de ellos se podrían prevenir. En otro estudio, sobre la frecuencia y la posibilidad de prevenir eventos adversos llevados a cabo en 26 países de ingresos medianos y bajos, la tasa de eventos adversos fue del 8%. El 83% de estos efectos adversos se podrían haber prevenido, y el 30% causaron la muerte al paciente. Aproximadamente dos tercios del total de eventos adversos en el mundo ocurre en países de ingresos medianos y bajos. La falta de seguridad en la prescripción de medicamentos y los errores de medicación son una de las principales causas de daños evitables, que se producen en los sistemas de atención sanitaria de todo el mundo.

\* Martin A Makary, Michael Daniel Medical. Error—the third leading cause of death in the US. BMJ 2016;353: i2139.

Se ha calculado que el costo global de los errores de medicación asciende a US\$ 42 000 millones anuales, sin contar las pérdidas de ingresos para los trabajadores, los costos sanitarios y la pérdida de productividad. Esta cifra representa casi el 1% del gasto sanitario mundial. Los errores de medicación se producen cuando las deficiencias en los sistemas de medicación, el cansancio de los trabajadores sanitarios, las condiciones inadecuadas del entorno laboral, la falta de personal u otros factores humanos. Estos pueden afectar a las prácticas de prescripción, transcripción, dispensación, administración y seguimiento y pueden causar daños e incapacidades graves e, incluso, la muerte. De acuerdo con recientes revisiones bibliográficas, se producen errores médicos en entre cinco y 80 de cada 100 000 consultas. Los errores administrativos, que son los asociados a los sistemas y procesos de prestación

de servicios, son el tipo de error que se notifica con mayor frecuencia en la atención primaria. Se calcula que del cinco al 50% de los errores médicos en la atención primaria son de carácter administrativo (Organización Mundial para la Salud, 2018). Los aumentos en todo el mundo en el número de personas mayores junto con un incentivo de política internacional para apoyar el envejecimiento en su lugar de residencia, han centrado la importancia de los servicios de atención domiciliaria como una alternativa a la institucionalización. A pesar de esto, faltan modelos de financiamiento que faciliten un enfoque receptivo y flexible. Una revisión canadiense del alcance de la fragilidad y la atención aguda en individuos de mediana edad y mayores se publicó en año 2017. Se enfocó, en detectar la fragilidad, seguida por un examen que muestre la relación entre la fragilidad y el riesgo de hospitalización o resultados adversos. Existe un acuerdo general de que la fragilidad es un estado de mayor vulnerabilidad a los factores estresantes, que surgen de las deficiencias en los múltiples sistemas. Conducen a disminuciones en la reserva y la resistencia homeostática, pero, dado que persisten los problemas no resueltos sobre su detección, la fisiopatología subyacente y su relación con el envejecimiento,

\* Organización Mundial para la Salud (OMS) - Informe sobre Seguridad del paciente. [www.who.int/patientsafety/research/en/](http://www.who.int/patientsafety/research/en/) Septiembre 2018.

llevan a la discapacidad y su multimorbilidad. Un área particularmente desafiante es la relación entre la fragilidad y la hospitalización. Una revisión del estado actual del conocimiento sobre la fragilidad en el contexto de la atención aguda, incluida su prevalencia y capacidad para predecir la ocurrencia de la hospitalización. El examen de la evidencia disponible destacó una serie de temas clínicos y de investigación específicos que requieren estudios adicionales. (Hogan, Maxwell, & Afilalo, 2017) Durante décadas, las principales modalidades de instituciones prestadoras de servicios sanitarios (hospitales, centros de atención primaria, otros centros de especialidades) han sobrevivido sin grandes modificaciones. En el momento actual, sin embargo, diversos factores están ejerciendo presiones sustanciales para cambiar esos patrones de las organizaciones de los servicios prevalentes durante las últimas décadas. A

continuación, se analizan someramente las áreas donde se están produciendo cambios mayores en relación a los servicios sanitarios, como son:

- Nuevas tecnologías;
- Cambios en las preferencias de los usuarios;
- Incremento en los costos en la producción de los servicios.

Se sabe que es elevado el número de re internaciones, van del 19,6 % a 30 días, un 34% a 60 días y en el grupo quirúrgico un 70% a 30 días. Algunos casos, solo un 10% se planifico su externación hospitalaria (Reuben & Tinetti, 2014) (Coleman , Min, & Chomiak, 2004). El alta de los pacientes del hospital, es un ejemplo de transición de salud, este punto ha ganado mucha atención el último tiempo debido a la cantidad de recursos económicos necesarios. Un 30% de adultos mayores experimentan dos transiciones en unos 30 días y un 13% experimenta más de tres transiciones. Los factores que intervienen en los eventos adversos, dependiente del paciente serían, edad mayor 80 años, historia

\* David B. Hogan, Colleen J. Maxwell, Jonathan Afilalo et al. A Scoping Review of Frailty and Acute Care in Middle-Aged and Older Individuals with Recommendations for Future Research. *Can Geriatr J.* 2017 Mar; 20(1): 22–37

\*David Reuben and Mary Tinetti: Perspective: The Hospital-Dependent Patient. *N. Engl J Med* 2014; 370:694-697. Febrary 20,2014

\*Coleman EA, Min S, Chomiak A, et al. Posthospital care transition: patterns, complication, and risk identification. *Heath Serv Res.* 2004; 39 (5): 1449-65

previa de hospitalización (30 días) estadía prolongada en el hospital, incrementado en el número de co-morbilidades, dependencia funcional, sexo masculino, soltero, deterioro cognitivo, depresión, soltero, historia de abuso de sustancias y educación limitada. (Bowman, Flood, & Arbaje, 2014) Aproximadamente el 80% de los médicos dijeron que nunca o rara vez cambiaron el pedido de servicios de atención domiciliar especializada, y firmaron exactamente lo que se detallaba en la documentación. Aproximadamente en la misma proporción de médicos, el 78%, dijo que rara vez o nunca contactaban a equipos de atención domiciliar especializada para hablar sobre los planes de atención. Las fallas en la implementación de los cuidados de la salud en su domicilio (durabilidad equipo médico cuidados domiciliarios seguimientos medicaciones estudios) más los altos índices de readmisión, podría deberse a problemas como de vivienda, falla del nivel de

educación, fallas en comunicarse entre las áreas de cuidados. La planificación de manera individualizada para dejar el hospital hacia el hogar, con un soporte de internación domiciliaria, pueden reducir las re-internaciones. Sin embargo, recientemente se planteó que podría haber fallas en la evaluación de los planes de internación domiciliaria. Se concluye que el tiempo dado para su cuidadosa evaluación e indicación adecuada de los cuidados, puede llevar a reducir los errores. A su vez la auditoría cercana ayuda a minimizarlos

### **Rol de la auditoría**

En los últimos años ha habido un creciente interés en relación a la importancia de la calidad, como componente esencial en todo sistema de salud. La idea de calidad en salud puede sonar amplia, difusa y con múltiples acepciones. Sin embargo, se trata de un concepto concreto y, pasible de ser medido con la consiguiente reducción de su amplitud. En líneas generales, los pacientes pueden parecer poco sensibles a la calidad de la atención médica, quizás por conformismo o por ignorancia, u otros factores. Incluso, un paciente puede

\* Ella H Bowman, Kellie Flood and Alicia Arbaje. Models of Care to Transition from Hospital to Home. Acute care elderly: A Model for Interdisciplinary Care. Capítulo 10- pag 175-202. 2014. encontrarse globalmente satisfecho con el sistema hospitalario en general. Pero cuando se tienen en cuenta cuestiones concretas como la amabilidad, el trato, y la relación con el médico, con todo lo que ello implica, pueden aparecer críticas importantes o relevantes que deben ser tomadas en cuenta. Si bien es real que en muchos casos no estamos entrenados para evaluar de forma fehaciente nuestra propia experiencia, también es verdad que, si no intentamos hacerlo, difícilmente podamos realizar intervenciones para mejorarla.

La auditoría médica es una disciplina, que podría definirse como: “la revisión crítica, periódica, del trabajo médico, realizada con el propósito de mejorar la calidad y el rendimiento.” Podría decirse que la misión de la misma, se puede mirar desde dos ejes, intrínseco o propio de la acción, y el extrínseco o resultante de la acción. Como misión intrínseca es que los pacientes reciban asistencia sanitaria de la mejor calidad posible, y de manera extrínseca, asesorar y proponer soluciones, así como mejoras en la calidad asistencial. Como objetivos de la disciplina, se propone: mejorar la calidad de la atención

médica; controlar costos y eficiencia; evaluar estructura, procesos y resultados; contribuir al uso racional de los recursos; verificar facturas por prestaciones realizadas; y contribuir a la elaboración de estándares de atención (Blanco, 2018) Las condiciones y exigencias de las prestaciones y su financiamiento, marcan la necesidad de aplicar mecanismos de control para preservar niveles de calidad, verificar sus procesos, así como sus costos y resultados.

La auditoría médica va ocupando un espacio relevante dentro de la actividad sanitaria tanto en los sectores públicos y como los privados, siendo tanto uno como el otro su campo de acción. La auditoría médica se considera como una instancia educadora más que punitiva, donde se intenta aprender de las experiencias negativas y positivas, y a través de las mismas ir introduciendo en forma gradual, correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes, familiares, profesionales e instituciones.

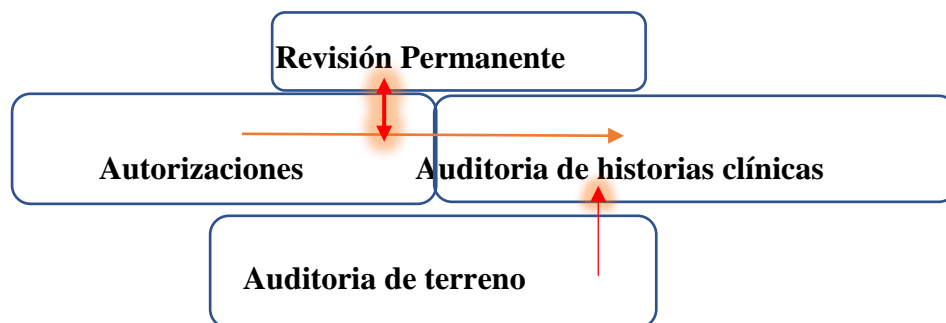
\*Sergio Gustavo Blanco. Fundamentos de la auditoria en salud. eBook, pag 41. 21 agosto 2018  
Los reclamos originados en la mala calidad de la atención médica, podrían ser causa de la deficiente relación médico-paciente por múltiples factores.

La calidad en la atención de pacientes cuando es relacionada con la auditoria médica, permite conocer los diferentes aspectos que conforman el campo de la calidad, investigar el vínculo existente entre la calidad de la atención y la relación médico-paciente. El seguimiento de la misma en la atención médica, por medio de las encuestas de opinión y de satisfacción, es decir gestionar la calidad, no es necesaria para generar más gastos. Las consecuencias de optimizar los procesos pueden llegar a lograr una utilización de manera adecuada los recursos. En otras palabras, su uso racional, puede llevar a la optimización de los esfuerzos, lo cual muchas veces culmina en una atención costo efectivo.

En la ID, la auditoria médica es una herramienta de gran importancia hoy. Existen varios puntos en los cuales se debe prestar vital atención para que un elemento tan beneficioso no se convierta en un problema sin solución. Para ello, es útil contar con un médico coordinador de la internación domiciliaria. Este debe considerar la necesidad del pedido realizado por los médicos

tratantes, evaluar la situación social del paciente, posibilidad de accesibilidad, contención familiar, detectar posibles conflictos a futuro (demanda de atención permanente, mayor número de visitas médicas de lo planificado, ansiedad incontrolada de la familia o el paciente, etc.)

Se debe auditar el uso de recursos, cantidad de visitas solicitadas, realizadas y facturadas. Controlar la calidad de atención en domicilio, debido a que en la mayoría de los casos la ID se realiza por servicios terciarizados. Controlar los insumos descartables y medicamentos utilizados, así como, los estudios (Rx, laboratorios, ECG, otros) solicitados en domicilio, como también, la de los pedidos de interconsultas domiciliarias por especialistas, lo cual vuelve más onerosa la prestación. Es importante seguir el número de re-internaciones de pacientes con ID. Controlar la fecha de alta de ID, en los casos que esta esté programada.



**Figura 2: Síntesis fundamentos la auditoría médica.**

#### **Por qué debería importarnos la Auditoría y ¿Realimentación?**

La auditoría y la retroalimentación, es decir, proporcionar a los proveedores “resúmenes del desempeño clínico de la atención médica durante un período específico de tiempo” tiene una larga tradición como una intervención para cambiar el comportamiento del proveedor y, en consecuencia, la calidad de la atención médica. La auditoría es una intervención práctica, razonablemente económica, paso intermedio para otras intervenciones, como el pago por



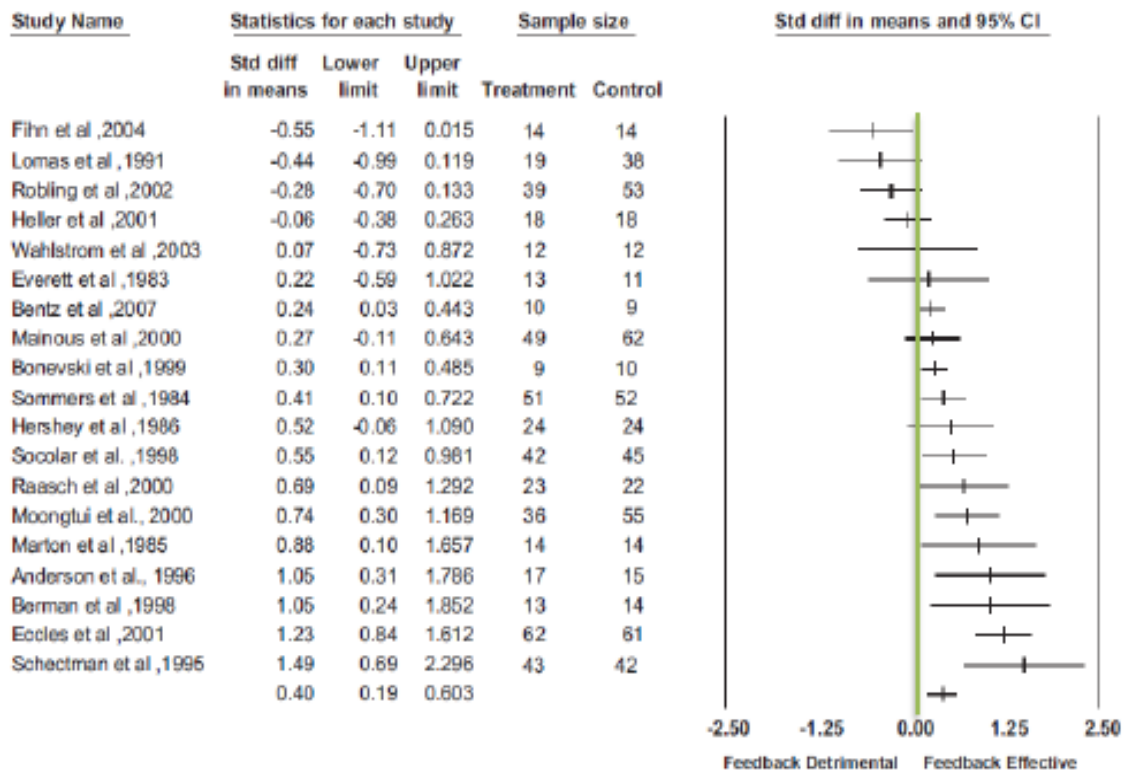
rendimiento y la continuación educación, puede ser efectivo por sí mismo, si se ejecuta correctamente; puede ser dañino si se ejecuta mal

Como se ve en la próxima tabla, 15 de los 19 estudios mostraron tamaños de efectos positivos, aunque seis de estos no difirieron significativamente de cero. (Hysong S. , 2009) La estimación del tamaño del efecto de 0,40 (IC del 95%  $\pm$  0,20) sugiere que auditoria y retroalimentación tiene un efecto modesto, aunque significativo, en el resultado de interés. Los análisis de leave-one-out (análisis de omisión de sensibilidad) no mostraron cambios significativos en los resultados, con tamaños de efectos que oscilaron entre .33 (IC 95% =  $\pm$  .19) y .44 (IC 95% =  $\pm$  .20), lo que sugiere que ningún estudio influyó indebidamente en el resultado. Los análisis acumulativos por año ( $Q = 2.44$ ,  $p = .11$ ) no mostraron sesgos significativos en  $d$  debido a la fecha de publicación de los estudios. Sin embargo, análisis similares por tamaño de muestra ( $n$ ) indican un efecto positivo significativo, aunque pequeño, del tamaño de muestra ( $Q = 7.21$ ,  $p = .007$ ), lo que sugiere que los estudios con tamaños de muestra más

\*Hysong SJ. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. Med Care. 2009 Mar; 47(3):356-63.

**Tabla 1- Metanálisis del Rol de Auditoria**

**Effect Sizes, 95% Confidence Intervals, and Sample Sizes for Included Studies**



Note: Omnibus test, random effects model

Effect sizes and 95% confidence intervals of studies included in meta-analysis.

pequeños y menos estables pueden ser un menos capaces para detectar un efecto auditoria y retroalimentación; por lo tanto, el tamaño del efecto informado anteriormente puede representar una estimación conservadora (Hysong S. , Theory and Evidence-Based Design of Audit and Feedback to Improve Quality of Care, 2017) En una Revisión de Cochrane del año 2012 –La eficacia de la auditoría y la retroalimentación es muy variable. La efectividad varió de sustancialmente positiva (70% aumento en el comportamiento deseado) a negativo (9% absoluto disminución) con una diferencia de riesgo ajustada de la mediana de un 4.3% absoluto, si bien es modesto, tiene significación

\*Sylvia J. Hysong Theory and Evidence-Based Design of Audit and Feedback to Improve Quality of Care. Center of Innovations in Quality, Effectiveness and Safety HSR&D QUERI Cyber Seminar. February 2, 2017.

estadística. La efectividad depende del rendimiento de la línea base (asociada con más efectividad) y sobre cómo se proporciona la retroalimentación. (Brettschneider, Luck, & Fleischer, 2015) Históricamente, la auditoría y su retroalimentación han sido estudiadas en investigaciones sanitarias. La teoría y evidencia empírica indican que los elementos en el diseño de una intervención de retroalimentación pueden impactar en su efectividad. Actualmente, la auditoría y la retroalimentación ejecutadas correctamente pueden ser una herramienta muy eficaz para mejorar la calidad de la atención. Podemos concluir con la definición del servicio de salud inglesa (NHS) que define la auditoría médica como la disciplina que se encarga del análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos para el diagnóstico y tratamiento, el uso de recursos y su desenlace resultante, como de calidad de vida para el paciente

\*Christian Brettschneider, Tobias Luck, Steffen Fleischer et al. Cost-utility analysis of a preventive home visit program for older adults in Germany. BMC Health Services Research (2015) 15:141.

**“Los habitantes constituyen la base de un país, los alimentos son la felicidad del pueblo. El príncipe debe respetar este hecho y ser sobrio y austero en sus gastos públicos”**

**Sun Tzu**

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **Análisis de población**

El tema del envejecimiento y de la vejez supone reconocer que estamos frente a una realidad compleja en la que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. (Vassallo & Sellanes, 2000 Capítulo 3, Pag 1-127). La vejez entendida como un período de la vida, como parte del proceso mismo de envejecimiento, ocurre en un sujeto particular y único, por lo cual dicha modalidad, no se puede generalizar a partir de los cambios que ocurren sólo a nivel físico, pues cada sujeto interpreta éstos cambios de acuerdo a sus esquemas mentales, su estructura de personalidad, creencias, valores, a los procesos de socialización a los que ha sido expuesto y al lugar que ocupa dentro de un contexto social y ecológico particular. Se vive más tiempo en todo el mundo. (Wilson & Terblanche, 2016) **(Anexo Figura 35 Pirámide Poblacional estimada 2050)** A nivel mundial, la población mayor de 65 años está en aumento, a razón de unas 750 mil por mes, el 70% en países desarrollados. Se estima que en el año 2025 habrá unos 800 millones de adultos mayores de 65 años, de los cuales dos tercios serán en países desarrollados, con una mayoría de mujeres. Invertiendo la pirámide poblacional. **(Anexo Figura 36- Población según género en la Argentina, Figura 48 Padrón del INSSJP)** Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población

\*Carlos Vassallo, Matilde Sellanes. La salud en la 3 era edad. Secretaría 3era edad y acción social. Ministerio de desarrollo social 2000. Capítulo 3, pag. 1-127.

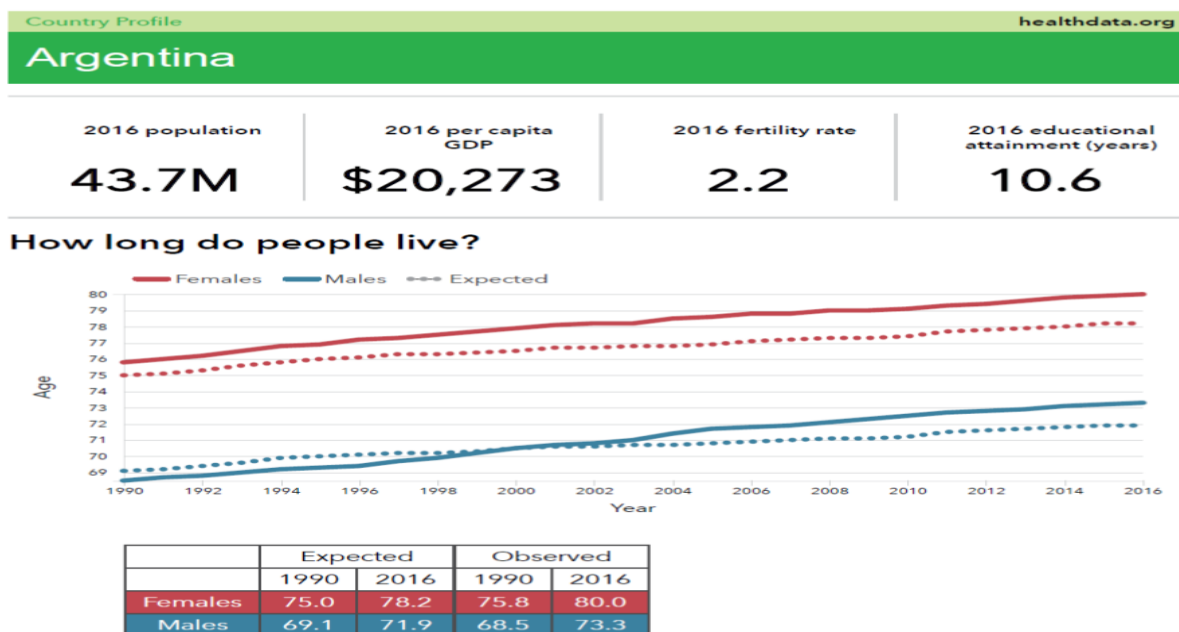
\*Tom Wilson Wilma Terblanche. The growth of Australia's very Ederly Population: Pas Estimates and Probabilistic Forecasts. Chapter The Frontier of Applied Demography. Volumen 9 pp 115-136 12 Noviembre 2016.

mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud, 2015-Pag 3-126) En Argentina los mayores de 60 años eran en 1980 el 11,9%, en el año 2000 eran el 13,3 %, unos 4920 000, correspondiente el 11,5% a hombres un 15% a mujeres. En el 2050 se proyecta un 23,3%, correspondientes el 7,9 hombre, y un 15,4% a mujeres (Touceda, Rubin, & Garcia, 2007-Pag 13-65) **(Anexo- Figura 37 censo poblacional 2010, Figura 38 censo poblacional 1970, Figura 39 estimación población 2020)**. Estas circunstancias, absolutamente previsibles, obligan a pensar como se atenderá la sociedad, la cual se mide por el trato que da a sus ancianos. La mayoría de estos adultos mayores serán jubilados y habrá que proceder para que la jubilación no sea antagonista de júbilo. Que el futuro no sea vivido como una amenaza, sino como promesa de vida, con una calidad que le haga una etapa disfrutable. Que la vejez no sea sinónimo de enfermedad, sino expresión de madurez. La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. Además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutaban de una

\* Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Salud y envejecimiento. Reporte septiembre 2015. Pag 3-126.

\*Maria Touceda, Romina Rubin y Claudio Garcia. Programa nacional de envejecimiento activo y salud para adultos mayores. Módulo 4. Ministerio de Salud 2007. Pág 13-65.

**Figura 3-Curva de expectativa de vida en Argentina según sexo, en periodo desde 1990 al 2016** según Institute for Health Metrics and Evaluation de la Universidad de Washington (Instituto for Health Metrics and Evaluation , 2018).



Life expectancy, 1990-2016

excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable.

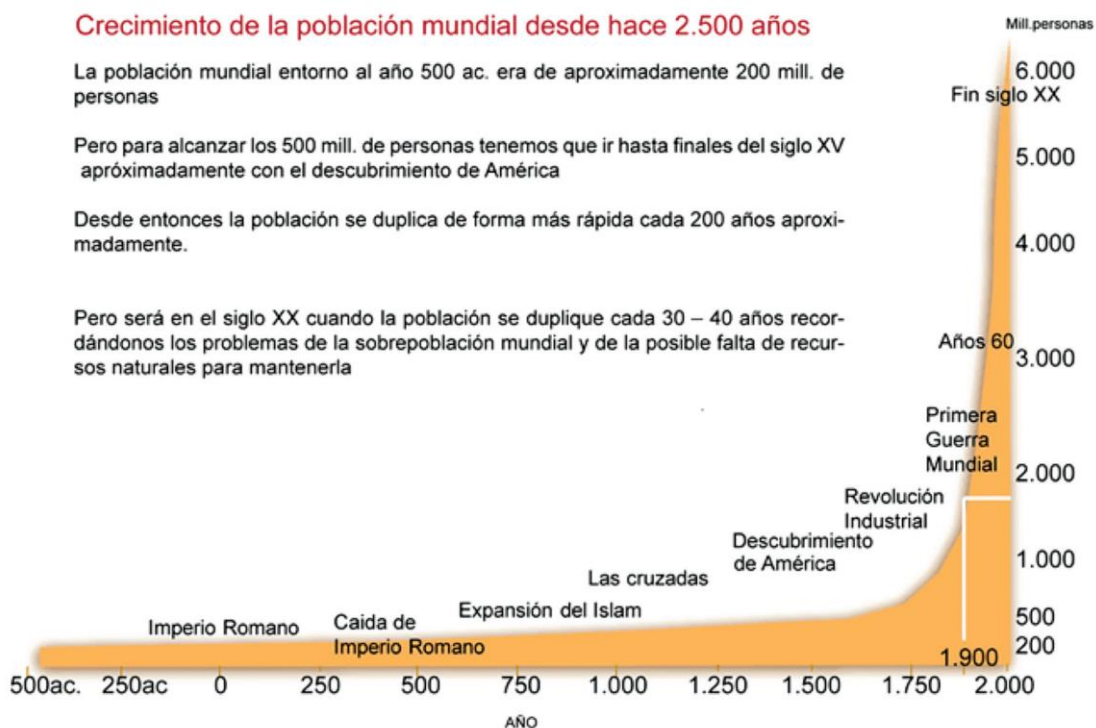
### **Análisis social**

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, otras características son las personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico. Además, revisten gran importancia los entornos físicos y sociales. En particular las viviendas, vecindario y las comunidades. Se ha agudizado las condiciones de vulnerabilidad de los grupos sociales más desprotegidos, como las personas mayores, lo que representa en algunos países un 9%, es decir 1 cada 10 habitantes son vulnerables, lo que traería un evidente aumento de la demanda de la asistencia social (Montaño Hernandez, Hernandez de Dios, & Zavaleta Suarez, 2016)

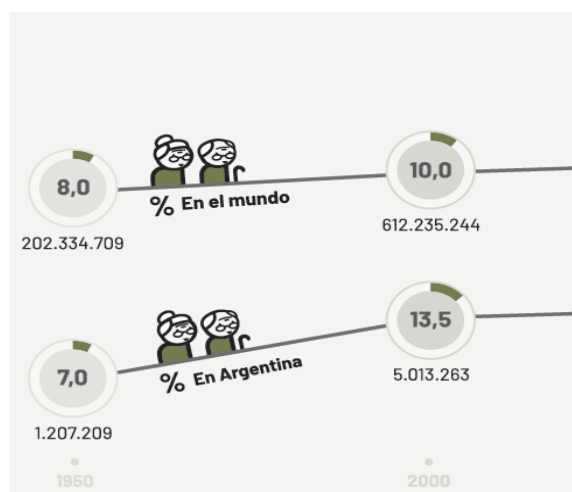
\* Institute for Health Metrics and Evaluation IHME <http://ghdx.healthdata.org>, University of Washington.2018

\*Martin Montaño Hernandez, Rosario Hernandez de Dios, Manuel Zavaleta Suárez. Vulnerabilidad, protección y asistencia social en adultos mayor en México. Revista Doxa digital. Vol 6 núm 11, pag. 210-241, 2016.

**Figura 4- Estado de la población mundial –ONU 2016**



**Figura 5- Porcentaje de Población mayor Argentina y el mundo**



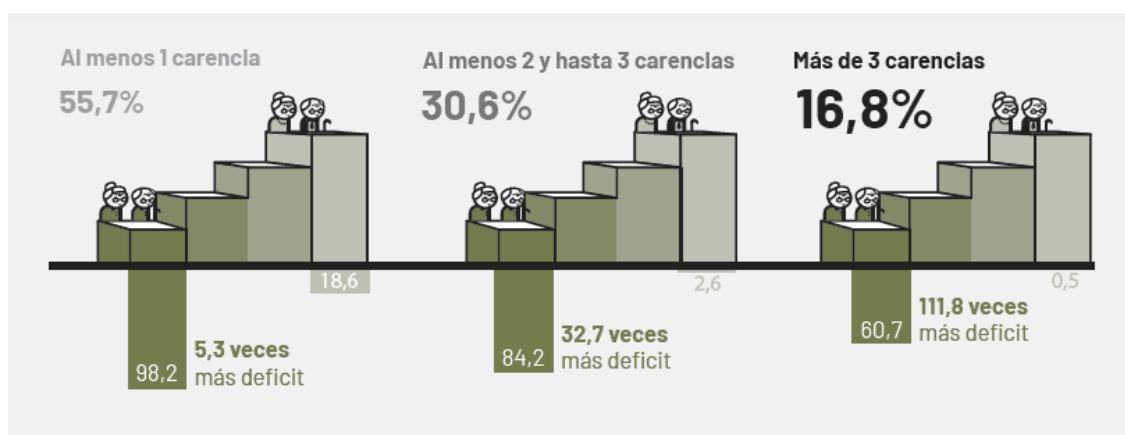
Según el informe del observatorio de la UCA, 9 de 10 de mayores de 60 años reside en hogares que perciben ingresos por jubilación o pensión. Así mismo 2 de 10 personas mayores residen en hogares que perciben ayuda monetaria y no monetaria; 3 de 10 personas mayores indican que los ingresos del hogar no les

resulta suficiente para la vida cotidiana. La percepción alcanza al 50% en personas de extractos inferiores, y en 4 de 10 personas mayores del conurbano bonaerense. La vivienda, capítulo importante, ya que constituye el espacio de residencia de una persona o grupo de personas, donde se llevan a cabo actividades fundamentales para la reproducción biológica y social de los sujetos, como alimentación, aseo y descanso. Asimismo, la vivienda debe dar satisfacción a las necesidades humanas de albergue, refugio, protección ambiental, vida de relación y privacidad. Para satisfacer estas necesidades, la vivienda tiene que cumplir con una serie de atributos que permitan la protección física y el resguardo de intimidad de sus habitantes. Una vivienda adecuada, entonces, debe ofrecer condiciones de salubridad apropiadas, en relación con las características de su infraestructura, su espacio y su equipamiento, incluyendo la provisión de los servicios públicos domiciliarios, una seguridad jurídica de la tenencia y un entorno próximo saludable. Un 7,5% de las personas de más de 60 años presenta déficit en la calidad de la vivienda donde reside. Sin embargo, el derecho de las personas mayores a una vivienda de calidad se ve alterado sobremanera en los estratos sociales más bajos, donde alcanza al 14,9%, y en aquellas personas mayores que residen en villas, donde el porcentaje es superior al 30%. Se destaca, además, que una de cada 10 personas mayores del conurbano bonaerense y del resto de las áreas urbanas del país reside en viviendas de tipo inconveniente, porcentaje que es significativamente menor en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En cuanto a la tenencia, el 6,6% de las personas de más de 60 años reside en viviendas con tenencia irregular. La tenencia irregular de la vivienda identifica a todos aquellos casos en los cuales los habitantes son solo dueños del terreno y no de la vivienda, o habitan en viviendas en lugar de trabajo o prestadas, o son habitantes de hecho. Nuevamente, el problema afecta de manera desigual a distintos sectores sociales. Efectivamente, en los estratos más bajos, una de cada 10 personas mayores (12,9%) reside en viviendas con régimen de tenencia irregular, mientras que en los estratos más altos la cifra es del 2%. El problema también es más grave en la Ciudad de Buenos Aires (8,7%) que en el conurbano bonaerense y en el resto de los aglomerados urbanos del país (5,6% y 6,5%, respectivamente). Como es de esperar, el problema se agrava considerablemente al analizarlo



según la condición residencial: el 43,4% de las personas mayores residentes en villas o asentamientos no tiene garantizada la tenencia de la vivienda (Tinoboras, 2018.Pag 7-126).

**Figura 6- Déficit en la población mayor**

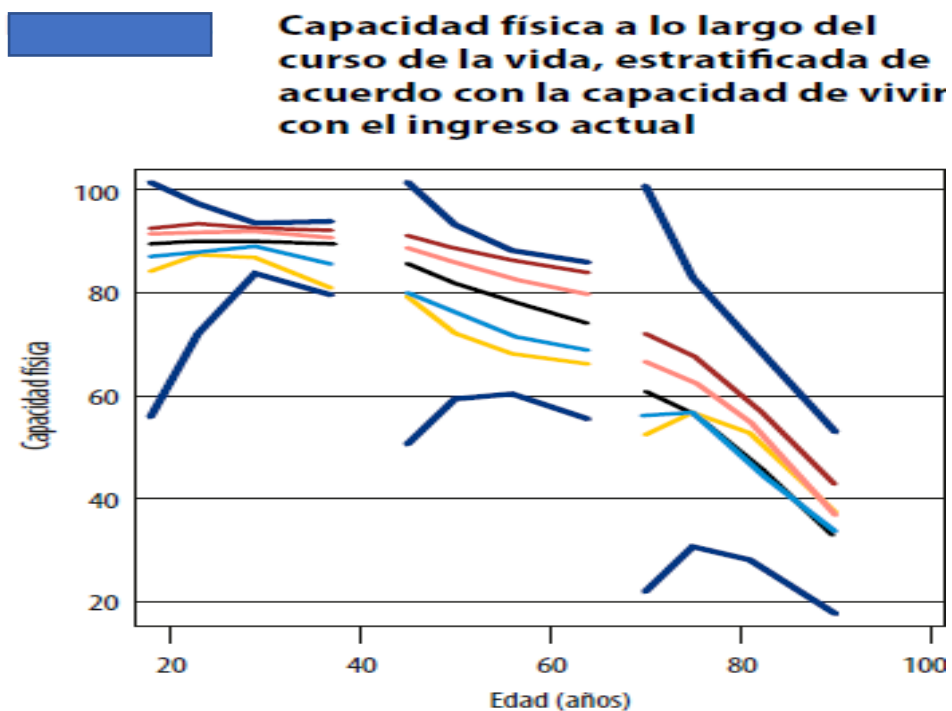


### **Análisis de la salud**

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Se lo ha definido como: “Un deterioro progresivo y generalizado de las funciones que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad.” Entre las afecciones comunes de la vejez van desde la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción (trastornos de agudeza visual), dolores de espalda y cuello y osteoartritis (limitaciones articulares y de la deambulación), neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. A medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan

\*Tinoboras, Cecilia. Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017) Barómetro de la deuda social con personas mayores. Observatorio de la deuda social Argentina. Universidad Católica Argentina.pag 7-126. Año 2018.

normalmente *síndromes geriátricos*. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.



*Fuente: G. Peeters, J. Beard, D. Deeg, L. Tooth, W. J. Brown, A. Dobson; análisis inédito sobre el Estudio longitudinal austriaco sobre la salud de la mujer.*

### Figura 7- Capacidad física a lo largo de la vida.

Se han informado a su vez, tasas altas de prevalencia de depresión mayor en poblaciones de ancianos médicamente enfermos o discapacitados, incluidos pacientes hospitalizados (11.5% -13.2%) y residentes de hogares de ancianos (9.7% -12.6%). Estas tasas superan las de las muestras de la comunidad de ancianos (0.7% -1.4%) y las de atención primaria (6.5% -9.0%). Sobre la base de estos datos, es esperable que la depresión mayor fuera muy común en los pacientes de atención domiciliaria y se asociara con una mayor morbilidad, discapacidad y dolor médico. Un estudio del Institucional de Weill Medical College de la Universidad de Cornell (EEUU) (Bruce, McAvay, & Raue, 2002)

\*Major Depression in Elderly Home Health Care Patients. Martha L. Bruce, Ph.D., M.P.H., Gail J. McAvay, Ph.D., M.S., Patrick J. Raue, Ph.D., et al. The American Journal of Psychiatry. 1 Aug 2002

publicado 2002 en The American Journal of Psychiatry. El estudio extrajo una muestra aleatoria de pacientes de edad avanzada que ingresaron recientemente a Visiting Nurse Services (servicio de visita de enfermería) en Westchester, una agencia de salud en el hogar tradicional, sin fines de lucro, que presta servicios en un condado de 450 millas cuadradas al norte de la ciudad de Nueva York. La estrategia de muestreo del estudio se diseñó para reclutar una muestra representativa de pacientes de la agencia admitidos durante un período de 2 años (diciembre de 1997 a diciembre de 1999) que cumplieran los siguientes criterios: 1) mayores de 65 años, 2) nueva admisión, 3) capaz de dar su consentimiento informado, y 4) capaz de hablar inglés o español. Semanalmente, se evaluaron los datos de admisión de los servicios de enfermería visitantes de cada nuevo paciente para determinar la posible elegibilidad para el estudio. De los 3,416 pacientes potencialmente elegibles, el estudio seleccionó el 40% al azar (N = 1,359); 470 pacientes (35%) fueron identificados posteriormente como inelegibles. Las principales razones para la inelegibilidad fueron la terminación de la atención domiciliaria (por muerte, internamiento o recuperación) y la incapacidad para dar un consentimiento informado. Los médicos y las enfermeras de salud en el hogar fueron notificados cuando se tomaron muestras de sus pacientes para que pudieran notificar al estudio si los pacientes eran inapropiados para la inclusión del estudio. El investigador asociado explicó completamente los objetivos y procedimientos del estudio a los pacientes elegibles, y 539 pacientes (61%) firmaron posteriormente el consentimiento para participar. Las conclusiones muestran como hallazgo principal de este estudio es que el 13.5% de los pacientes geriátricos recién ingresados a la asistencia domiciliaria padecían depresión mayor. La mayoría de los pacientes deprimidos (78%) no recibían tratamiento para la depresión. De los tratados, a un tercero grupo no se le había prescrito una dosis adecuada de acuerdo con las pautas de tratamiento aceptadas. La depresión mayor geriátrica es el doble de frecuente en los pacientes que reciben atención domiciliaria que en los que reciben atención primaria. La mayoría de las depresiones en pacientes que reciben atención domiciliaria no reciben tratamiento. El mal estado funcional y médico de estos pacientes y la compleja estructura organizativa de la atención médica domiciliaria plantean un desafío para determinar estrategias seguras y efectivas para tratar a pacientes ancianos con asistencia domiciliaria

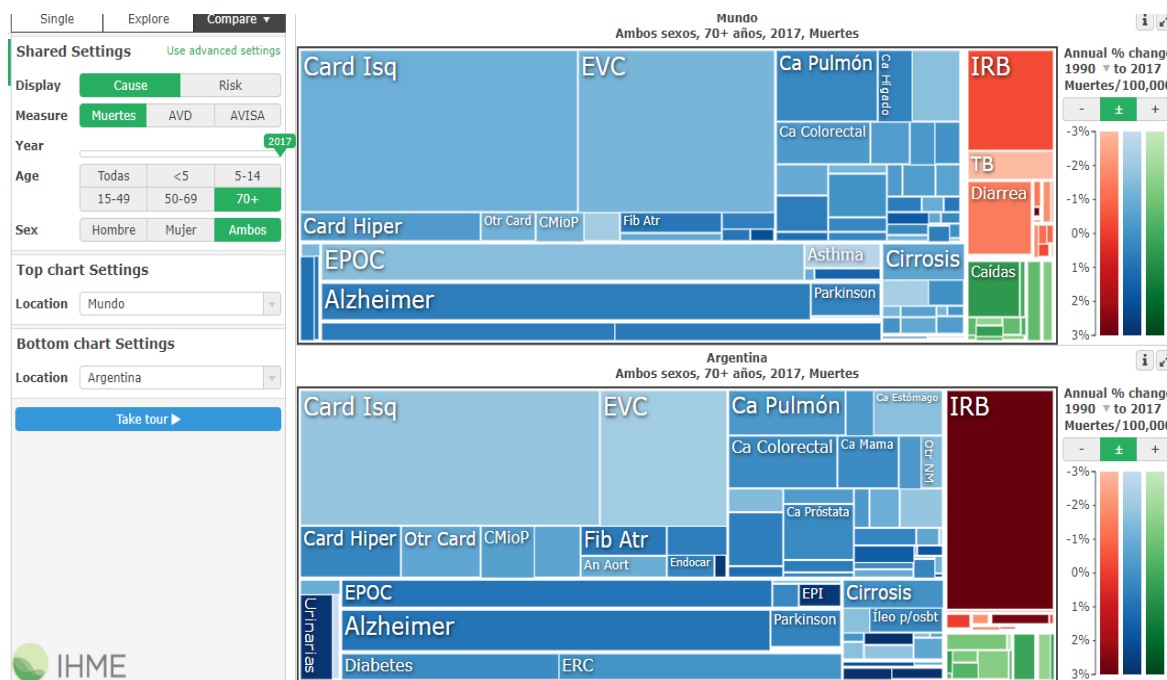
deprimidos. Los cambios demográficos y epidemiológicos aceleran en la actualidad el envejecimiento de la población con enfermedades de tipo crónico-degenerativo, que afectan la calidad de la vida y provocan un importante aumento de los costos en la atención sanitaria, tanto para el Estado como para las familias. Este proceso afecta a los países de América Latina y el Caribe, entre ellos a Argentina, situado en el puesto once del índice regional de envejecimiento del 2011 según la OMS/OPS, siendo de importancia las políticas públicas gerontológicas, los grandes síndromes geriátricos, las estrategias de rehabilitación basadas en la comunidad, las enfermedades crónicas de la vejez, la atención a las demencias, la participación de las personas mayores, la valoración geriátrica integral, la vulnerabilidad y fragilidad, la sexualidad en la vejez, el trabajo de las organizaciones en el sector, el auto concepto y la imagen positiva en esta etapa de la vida y la evaluación neuropsicológica (OMS, 2012). Cuando analizamos Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) un instituto de investigación que trabaja en el área de estadísticas de salud global y evaluación de su impacto de la Universidad de Washington en Seattle. Podemos ver causas de muerte en mayores de 70 años en el mundo como en forma comparativa con Argentina.

**Tabla 2- Causas de Muerte en el Mundo y Argentina**

<b>Cardiopatía isquemia global</b>	<b>20,72%</b>	<b>Argentina 18,8%</b>
<b>ACV</b>	<b>14,53 %</b>	<b>7,96%</b>
<b>EPOC</b>	<b>8,67%</b>	<b>5,83%</b>
<b>Alzheimer</b>	<b>8,67%</b>	<b>8,59%</b>
<b>Ca pulmón</b>	<b>3,37%</b>	<b>2,49%</b>
<b>Infección respiratoria baja</b>	<b>4,15%</b>	<b>11,17%</b>
<b>Caídas</b>	<b>1,49%</b>	<b>0,51%</b>
<b>Ca Colon-rectal</b>	<b>1,85%</b>	<b>2,67%</b>
<b>Enf. Renal crónica</b>	<b>2,37%</b>	<b>3,59%</b>

\*OPS/OMS Argentina-[www.paho.org/arg/index.2012](http://www.paho.org/arg/index.2012)

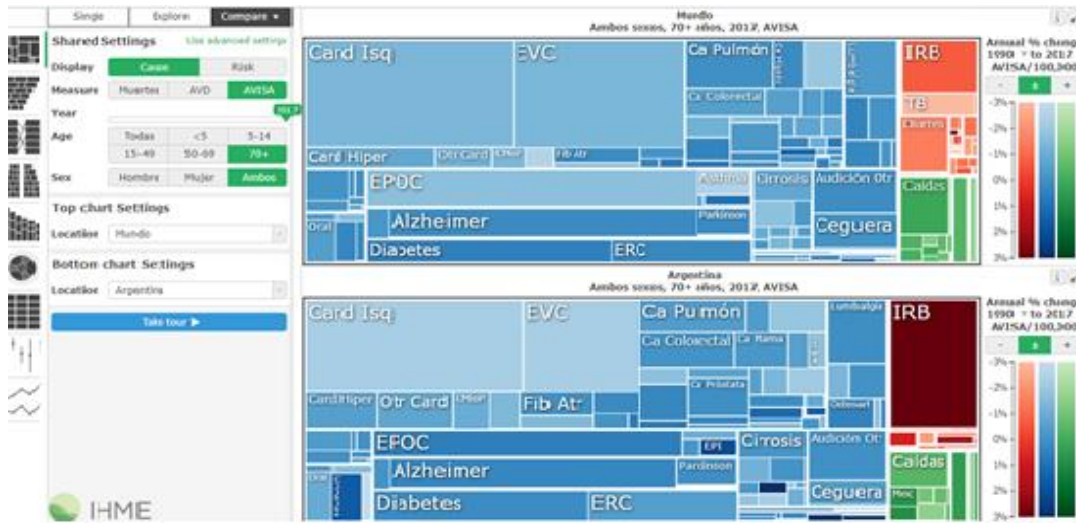
**Figura 8- Enfermedades como causa de muerte Mundo y Argentina en 2017.**



**Tabla 3- Causas de Discapacidad en Argentina y el mundo**

<b>Cardiopatía isquemia global</b>	<b>15,05%</b>	<b>Argentina 13,65%</b>
<b>ACV</b>	<b>12,4 %</b>	<b>7,09%</b>
<b>EPOC</b>	<b>8,65%</b>	<b>5,68%</b>
<b>Alzheimer</b>	<b>6,17%</b>	<b>6,18%</b>
<b>Ca pulmón</b>	<b>3,88%</b>	<b>4,58%</b>
<b>Infecciones respiratoria baja</b>	<b>2,82%</b>	<b>7,73%</b>
<b>Caídas</b>	<b>2,82%</b>	<b>1,51%</b>
<b>Ca Colo-rectal</b>	<b>1,51%</b>	<b>2,72%</b>
<b>Enf Renal crónica</b>	<b>2,2%</b>	<b>3,15%</b>
<b>Ceguera</b>	<b>2,01%</b>	<b>1,3%</b>
<b>Auditivos</b>	<b>2,61%</b>	<b>2,77%</b>

**Figura 9- Causas de Discapacidad Mundo y Argentina en mayores de 70 años**



Cuando rankeamos las causas de discapacidad, la 1- Son las enfermedades cardiovasculares, 2- las neoplasias, y repite la discordancia entre el global donde predominan las enfermedades neurologicas, mientras que en Argentina son las infecciones respiratorias bajas.

**Figura 10-Causas frecuentes de Discapacidad**

Top 10 causes of years of life lost (YLLs) in 2016 and percent change, 2005-2016, all ages, number

**What health problems cause the most disability?**

- Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases
- Non-communicable diseases
- Injuries

2005 ranking	2016 ranking	2016 Cause	% change 2005-2016
1	1	Low back & neck pain	16.7%
2	2	Skin diseases	12.2%
3	3	Sense organ diseases	14.8%
4	4	Migraine	14.4%
5	5	Other musculoskeletal	20.8%
6	6	Depressive disorders	12.6%
7	7	Anxiety disorders	12.9%
8	8	Diabetes	20.2%
9	9	Oral disorders	17.3%
10	10	Asthma	16.1%

## **Análisis de los sistemas de salud**

Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. El sistema de salud de un país es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de su población. Los sistemas de salud no surgieron solos, fueron desarrollados por los países en forma conjunta con las demás estrategias de acción y protección social. Las distintas formas de atención a la salud aparecen relacionadas con los sistemas previsionales y de asistencia social. En la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas. En poco tiempo hubo una seguidilla fundacional de hospitales, dispensarios, asilos y pequeñas salas de atención, en todo el territorio nacional, orientados a solucionar los problemas de salud de los grupos de bajos recursos económicos. En la Argentina, en 1943 se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio de Salud. Si bien tuvo sus altibajos con los distintos gobiernos, se reconoció su importancia en este último gobierno, siendo nuevamente en categoría de ministerio. Cabe destacar la actividad de las colectividades extranjeras. La medicina mutual –un rasgo peculiar de la Argentina- surge con la incorporación masiva de inmigrantes, que fundan sociedades de socorros mutuos basadas en el agrupamiento por colectividades étnicas. Ya por 1827 los comerciantes ingleses habían establecido una precursora Sociedad Filantrópica y a fin de siglo XIX se advierte el auge de las mutualidades, tales como hospital italiano, español, británico o francés. Estas mutuales fueron perdiendo poco a poco su importancia dentro del sistema, especialmente por el desarrollo avasallador de las obras sociales. Las obras sociales se iniciaron generalmente vinculadas a la acción de asociaciones gremiales de trabajadores. A partir del año 1940 el Estado toma intervención en el tema y con diferentes medidas de gobierno convalida legalmente. Los prestadores privados son hoy los principales proveedores de servicios asistenciales para los beneficiarios de las obras sociales y han constituido grandes organizaciones representativas de los prestadores de todo el país como la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales

Privados (CONFELISA), Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA) y Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA). La salud en la Argentina se trata a través de obras sociales, prepagas y hospitales públicos. “Es un sistema complejo que tiene altos costos de transacción”, donde es fundamental establecer vasos comunicantes entre las tres partes, para que el gasto sea más eficiente y todos los subsistemas funcionen bien”. El sistema de salud argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación (Galli, Pages, & Swieszkowski, 2017) (Van der Kooy, Torres, & Solomesky, 2018) que se da en primer lugar en tres grandes subsectores:

**1-Público.**

**2- De la seguridad social.**

**3- Privado.**

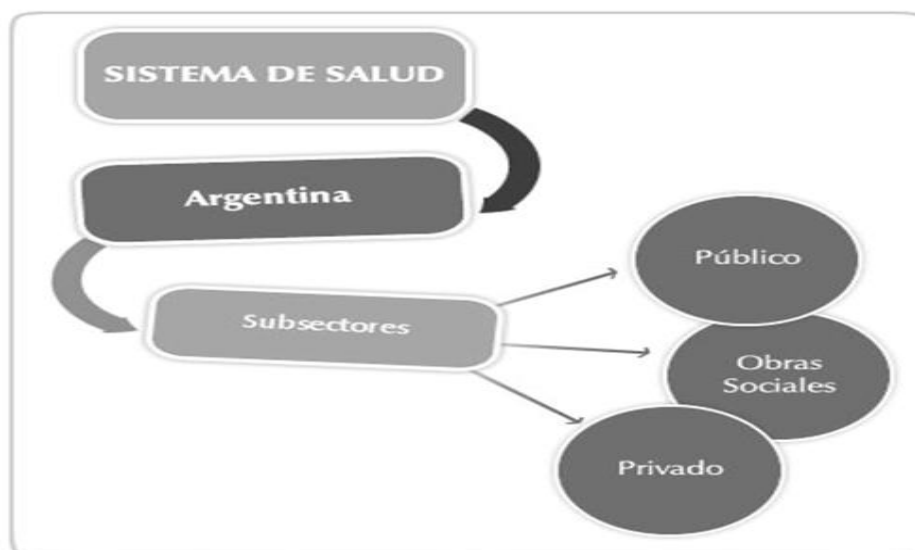
La fragmentación continúa hacia dentro de cada uno de los subsectores: 1-El subsector público, fragmentado en los niveles Nacional, Provincial y Municipal queda sometido a normativas emanadas de las distintas jurisdicciones. Es importante señalar que la mitad de la población del país no tiene cobertura social y su atención depende exclusivamente del subsector público. 2- El subsector de la seguridad social: implica cuatro universos diferentes: A. Obras sociales nacionales (285 en total, con cobertura a una población de dieciocho millones) y, entre ellas, una de especiales características: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP habitualmente conocido como PAMI, siglas de Plan de Atención Médica Integral), que da cobertura a aproximadamente a 5 millones de habitantes. B. Obras sociales provinciales (una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), que dan cobertura a unos cinco millones de personas.

\* Amanda Galli, Marisa Pagés y Sandra Swieszkowski, et al. Sistema de Salud Argentina. Material producido por el Área de Docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología., Diciembre 2017, pág. 1-32.

\*Ernesto Van der Kooy, Ruben Torres, Sergio Solomesky, et al. Gasto Catastrofico en Salud. Estimación del gasto en rubros seleccionados. Libro-Isalud 2018.



**Figura 11-Sistema de Salud Argentino**

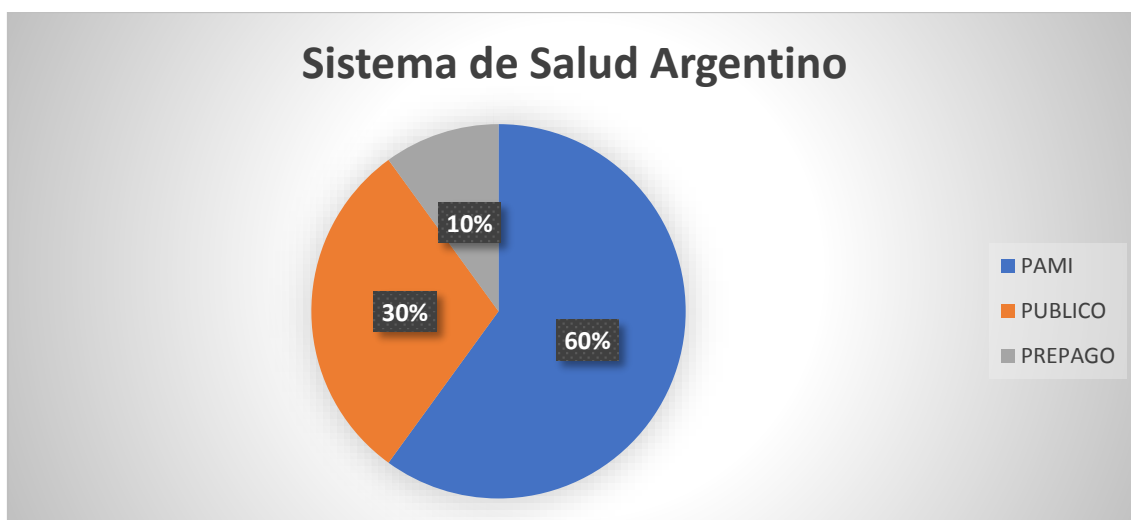


C. Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, cubriendo aproximadamente ochocientas mil personas D. Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial, con trescientos veinte mil beneficiarios. 3-El subsector privado, que, en lo que hace a los seguros voluntarios (medicina prepaga), se halla expresado en numerosísimas entidades, con una población cubierta de aproximadamente dos millones ochocientas mil personas. Superintendencia de Servicios de Salud. Las Obras Sociales (OS) nacionales son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) cuyo principal objetivo es el de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para sus afiliados. Las OS nacionales y las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) tienen la obligación de cumplir con las prestaciones que establece el Programa Médico Obligatorio (PMO) cuyo cumplimiento es supervisado por la SSS. El PMO fue creado por Decreto nacional en 1995 N° 492. Es una canasta básica de prestaciones médicas. (Programa Medico Obligatorio, 1995-Decreto 492) Si bien ha sido objeto de diversas

\*Programa Médico Obligatorio (PMO). Fusión de Obras Sociales. Reducción de Contribuciones Patronales. Trabajadores a tiempo parciales. Transformación y disolución de los Institutos de Servicios Sociales. Disposiciones Finales. Decreto N° 492/95

modificaciones a lo largo del tiempo, este Decreto garantiza el acceso de todos los beneficiarios y/o afiliados de Obras Sociales y Prepagas de la Argentina, a una serie de prestaciones consideradas básicas. El PMO obliga que toda obra social o prepaga tiene que cubrir como mínimo en cualquiera de sus planes. Así mismo, contempla el 95% de las causas de consulta ambulatoria, atención quirúrgica y hospitalaria, atención odontológica, salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos. Las obras sociales sindicales, el PAMI y las obras sociales provinciales, en conjunto aportan cobertura a alrededor de 24 millones de personas según las estadísticas disponibles de la Superintendencia de Servicios de Salud. Según datos del Censo de 2010 (los últimos disponibles), el 36% de la población no tiene cobertura médica, no tiene seguridad social (PAMI y obras sociales sindicales) ni tiene capacidad para pagar atención privada y se atiende en hospital. El porcentaje de personas que se atienden en hospitales y centros de salud públicos en todo el país esconde importantes desigualdades, ya que hay grandes diferencias entre las provincias. Mientras que, en Chubut, Tierra del Fuego y CABA la población que no tiene cobertura es menos del 30%, en Chaco, Formosa y Santiago del Estero es del 50% o más

Figura N° 12. Porcentaje de la población atendida según subsector hospitales y centros de salud públicos. OS + PAMI 60% Prepago 10% Público 30%



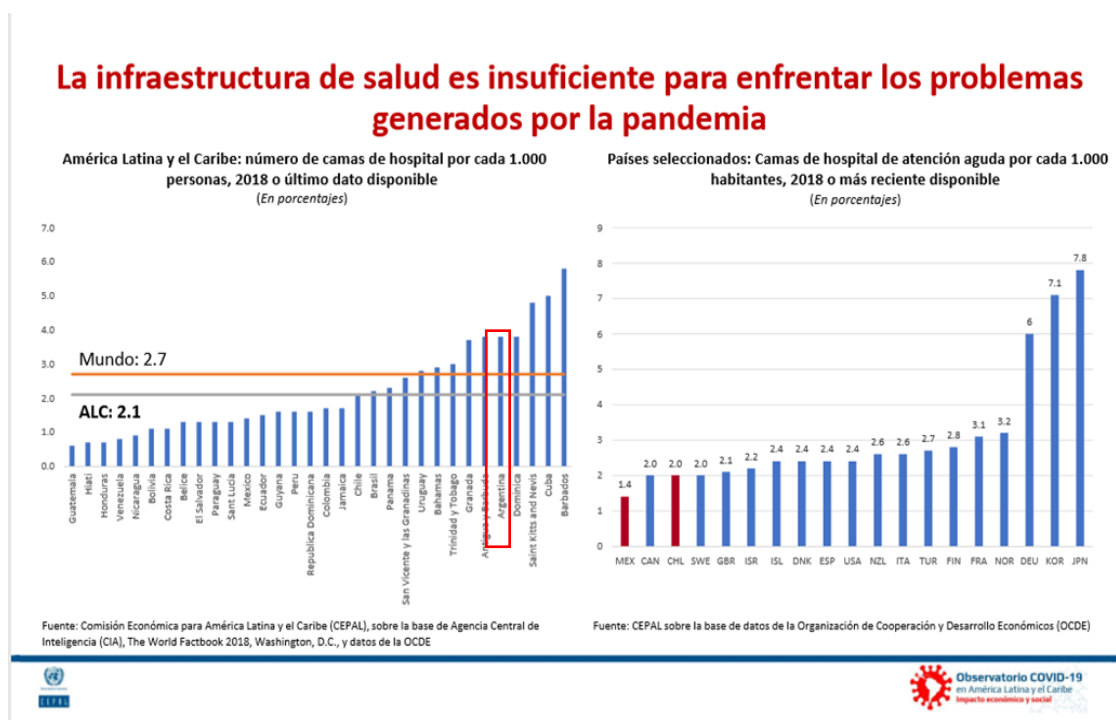
**Figura 12. Arce H. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2012; (Arce, 2012).**

Actualmente el sistema de salud argentino cuenta con 17.485 establecimientos asistenciales incluyendo los de gestión pública, de la seguridad social y del sector privado de esos, 14.534 establecimientos sin internación, de los cuales 6.456 son del subsector público. (45%). Son 3.311 establecimientos con internación de los cuales 1.271 son del subsector público. (38%). La cantidad de camas hospitalarias cada 1.000 habitantes en Argentina hay 4,7 camas. Alemania tiene 8,3 camas, España 3,2, Italia 3,5. EEUU: 3. Países de la región: Bolivia: 1,1 camas, Paraguay: 1,3, Colombia: 1,4, Perú: 1,5 Chile: 2, Brasil: 2,3, Uruguay: 3. En cuanto a la cantidad de médicos, en el país hay 166.187 médicos: 3,94 médicos cada 1.000 habitantes. En la comparación internacional, Argentina aparece posicionada al mismo nivel que varios países como por ejemplo España, Suiza, Italia y Australia. Argentina duplica la cantidad de médicos cada mil habitantes con que cuenta Brasil, por ejemplo, y casi cuadruplica los de Chile y Perú. Por un lado, la OMS recomienda 8 camas cada 1000 habitantes, por otro lado, el problema importante para nuestro país, es su distribución, dado que se encuentra concentrada en las grandes ciudades, tanto las camas como sus médicos. Por otro lado, hay que considerar las demandas, de las enfermedades estacionales, que generan conflictos de disponibilidades. En vista de la pandemia Covid 19 del año 2020, pandemia de un virus ARN-corona, con afecciones respiratoria denominado COVID 19 (de acuerdo a la explicación de la OMS, el nuevo nombre se toma de las palabras "corona", "virus" y disease /enfermedad en inglés/, mientras que 19 representa el año en que surgió, el brote se informó a la OMS el 31 de diciembre de 2019, inicio en China y extensión mundial). El tema cama hospitalaria, cobro más valor que nunca. En el mundo, incluso en primer mundo como Europa, sufrió faltas de camas, sobre todo en áreas críticas con alta demanda de respiradores. La cantidad de camas con la cuenta América Latina, en cuanto a los números publicados es insuficiente, por lo tanto, los esfuerzos de la cuarentena, no están para evitar la propagación del virus, sino para darle tiempo al sistema de salud y social que se prepare, como así aplanar la curva. Según los últimos datos de camas disponibles (Díaz, 2020). Así mismo, nuestro gobierno

\*Carlos A.Díaz. Covid en Latianoamerica hoy. [Linkedin.//www.cepal.org/es/temas/covid-19.](https://www.linkedin.com/company/cepal)  
15/05/2020

planifico, para los contagiados con afecciones leves o contagiados asintomáticos, áreas de internación con aislamiento, como forma de conseguir camas de aislamientos, y buscando evitar transmisión de la enfermedad, y evitar de esta forma seguir congestionando las camas hospitalarias.

**Tabla 4 Infraestructura de salud en pandemia**



Asimismo, la financiación y la gestión como se explicó, podemos resumirla como una organización “fragmentada” de servicios de salud. Por lo tanto, responsabilidades y capacidades de respuesta, se dan en el ámbito de cada subsector de financiación y prestación de Servicio. “En el mundo hay tres sistemas: el inglés (con cobertura gratuita en hospitales, ambulancias y consultas médicas, pero no de medicamentos); el alemán, *organizado por actividad*, y el americano, *de seguros privados*. En la Argentina desde hace casi 5 décadas tenemos un mix de los tres.

Es complejo y hay que favorecer la intercomunicación de los tres, porque si no los costos de las transacciones son muy altos y sus ineficiencias. (Anexo.Figura

**40)** A nivel micro, el hospital, que es el "estándar de oro" para la prestación de atención médica, no siendo un entorno de atención ideal para muchos pacientes. Los eventos iatrogénicos, como las infecciones nosocomiales, las úlceras por presión, las caídas y el delirio son frecuente y ocurren durante la estadía en el hospital. También se producen transiciones sub óptimas en la atención en el momento del alta hospitalaria, lo que contribuye, irónicamente, a la readmisión en el hospital. Además, una cuestión no menor, la atención hospitalaria es muy costosa. (Leff B. , Defining and disseminating the hospital-at-home mode, 2009) Los hospitales tradicionales son criticados como una (supuesta) oferta desfasada, y se enfatiza su condición que están basados en disciplinas clínicas (mientras los pacientes cada vez tienen un mayor número de problemas simultáneos). Su diseño es para tratamientos episódicos (cuando muchos pacientes sufren patologías crónicas), su operación con lotes y colas (que en general como clientes no queremos esperar), sumado a la medicina compleja actual, requiere flujos y los pacientes no quieren que se gaste su tiempo gratuitamente. La atención primaria tradicional es asimismo criticada por su (supuesta) incapacidad para aportar soluciones modernas. En conjunto, se habla de una (supuesta) no sostenibilidad del modelo hospitalario actual (Chassin, 2008-Pag 7-23) Los hospitales simplemente no pueden, pasar sin esfuerzo de tratar agudos en régimen de ingreso, a coordinarse con otros niveles para obtener sus resultados -incluso aunque fuesen capaces de simplificar los procesos operativamente. No hay soluciones sencillas y es muy probable que proliferen el "ensayo-error" en los arreglos organizativos, que incluirán cada vez más la integración del medio extra-hospitalario, e incluso de la familia, en procesos de curación cada vez más "centrados en el paciente". Algunos autores han señalado incluso el riesgo de que los costos aumenten y la calidad empeore con pérdidas de economías. Como conclusión, hay signos claros de que la asistencia sanitaria a escala internacional se halla en una situación de crisis. Como sucede en todas las crisis, cosas valiosas se ven amenazadas y existe el peligro de dañar

\* Bruce Leff. Defining and disseminating the hospital-at-home mode. in CMAJ Canadian Medical Association. Commentary CMAJ • January 20, 2009 • 180(2).

\* Mark R. Chassin. Improving America's Hospitals: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety. Noviembre 2008. Pág. 7-23.

mecanismos y arreglos que hasta ahora habían funcionado bien. Pero también es cierto que las crisis (crisis son oportunidades) abren también un mundo nuevo de posibilidades y retos fascinantes que pueden mejorar la situación de salud de millones de personas. (Mercader Casas, Oleaga Ustegui, & Carroll, 2012-Pag 4-29) El parámetro del «número de camas» (**Anexo-Figura 41-Camas de Argentina y el mundo, Tabla 15**) se suele utilizar en la planificación hospitalaria, si bien no logra captar otros aspectos claves, sobre cómo se ofrecen los servicios hospitalarios. En base a un estudio sobre proyectos hospitalarios innovadores llevado a cabo en Europa, compartimos la opinión que la planificación de los recursos hospitalarios no se debe basar en el número de camas, sino en la capacidad de ofrecer procesos. Nos adherimos a el uso de enfoques basados en un modelo de producción como el «pensamiento Lean» que se centra en el valor sumativo de los diferentes procesos para el principal cliente, es decir, el paciente (Rechel, Wright, & Barlow, 2010-Pag 561-640) La tendencia en la atención médica se encuentra en la búsqueda de alternativas a la atención tradicional de los hospitales de agudos. Como ejemplo del fracaso del sistema actual, se muestra la sobrepoblación en los departamentos de emergencia a fin evitar una internación innecesaria. Los departamentos de emergencia (DE) como lo muestran estudios de los Estados Unidos desempeñan un papel destacado en los ingresos hospitalarios, especialmente para la creciente población de adultos mayores. La atención domiciliaria, en lugar de la admisión hospitalaria desde el servicio de urgencias, ofrece una alternativa importante, especialmente para los adultos mayores que tienen un mayor riesgo de eventos adversos, como infecciones adquiridas en el hospital, caídas y delirio. Los resultados del estudio “Encuesta nacional de médicos de emergencia con respecto a las opciones de atención domiciliaria como alternativas a las admisiones hospitalarias desde el departamento de emergencias” (Stuck, Crowley, & Killeen, 2017) Sobre 1200 pacientes, sugieren que los médicos reconocen que existe un beneficio para

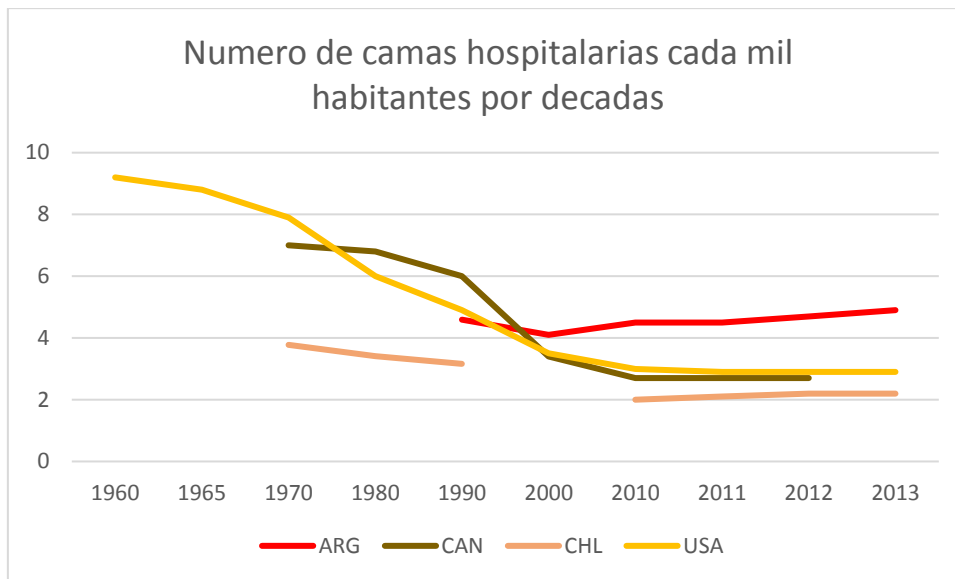
\* Juan José Mercader Casas, José Ignacio de Oleaga Usategui, Doreen Carroll et al. Evolución y tendencias futuras del hospital revisión bibliográfica sistemática. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Área de Sistemas de Salud basados en Atención Primaria en Salud (HSS) 2012. Pág. 4-29.

\*Bernad Rechel, Stephen Wright, James Barlow, et al. Planificación de la capacidad hospitalaria: desde la medición de existencias hasta el modelado de flujos. Organización Mundial de la Salud. Volumen 88, agosto 2010, 561-640

proporcionar atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización, siempre que sientan que en el hogar los cuidados son seguro, en un proceso para colocar al paciente en este entorno. Aprender sobre cuándo y por qué los emergentólogos usan esta alternativa desde el servicio de urgencias, como su sistematización, puede llegar a brindar una opción más, a fin de evitar una internación hospitalaria. Sin embargo, cuando se consideran la ID en salas de emergencias las evidencias no son sólidas y se requieren más trabajo (Crowley, Stuck, & Martinez, 2016). Por otro lado, el número de residentes gerontológicos, está aumentando. Los residentes a menudo son frágiles con comorbilidades sustanciales, deterioro funcional y cognitivo y alta susceptibilidad a enfermedades agudas. A pesar de vivir en instalaciones atendidas por profesionales de la salud, una proporción considerable de residentes se derivan al hospital para el tratamiento de deterioros agudos en la salud. Este modelo de atención de emergencia puede tener consecuencias imprevistas para los pacientes y el sistema de salud. Cuando se evalúa la evidencia disponible (Medline) sobre las consecuencias de las transferencias de hogares con cuidados médicos a los hospitales. Los criterios de inclusión fueron, participantes que vivían en hogares de ancianos, hogares de cuidado o cuidados a largo plazo, con una edad mínima de 65 años. Los estudios informaron los resultados de la transferencia a los servicios de urgencia o el ingreso hospitalario. Las conclusiones de esta revisión, muestra que no está claro los beneficios de la atención de la emergencia hospitalaria, superan las potenciales complicaciones adversas de la transferencia desde el hogar. Se necesitan investigaciones futuras para comprender mejor los resultados de la transferencia centrados en el paciente y para explorar modelos alternativos de salud de emergencia. (Dwyer, Gabbe, & Stoelwinder, 2014)

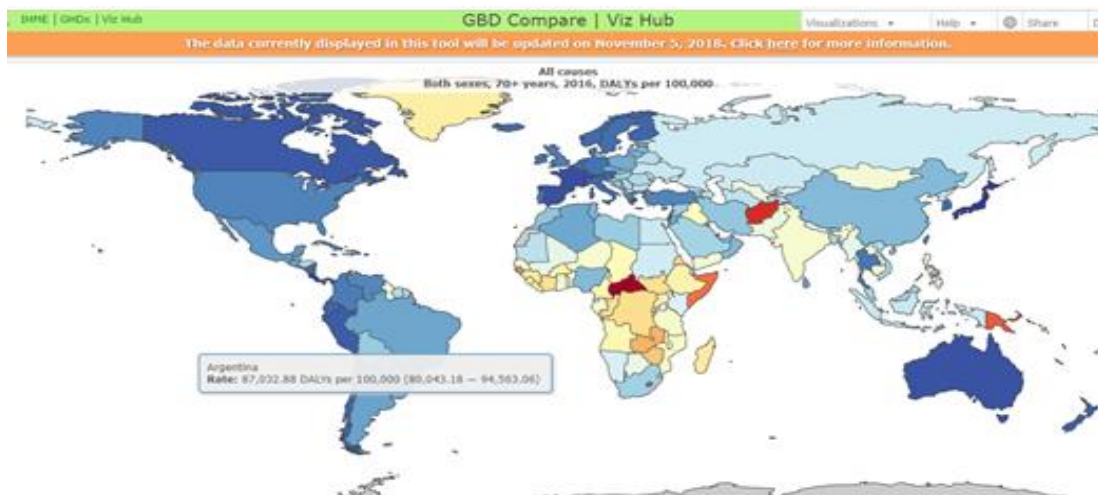
\*Amy R. Stuck; Christopher Crowley; James Killeen et al. National Survey of Emergency Physicians Concerning Home Based Care Options as Alternatives to Emergency Department-based Hospital Admissions. *J Emerg Med.* 2017;53 (5):623-628

\*Christopher Crowley, Amy Stuck, Tracy Martinez et al. Survey and Chart Review to Estimate Medicare Cost savings for Home Health as an Alternative to Hospital Admission Following Emergency Department Treatment. *The Journal of Emergency Medicine.* December 2016, Vol 51 (6) 643-647.



**Figura 13-Cuadro de tendencias comparativo del número de camas hospitalarias desde 1960 a 2015 entre Argentina, Chile (de la misma región) Canadá y EEUU según datos del Banco Mundial. En el mismo se muestra que el nivel de camas hospitalarias disponibles se mantuvo estable a lo largo de las décadas en Argentina (Banco Mundial, 2018)**

**Figura 14- Mapa global con la expectativa de Vida**



En un reporte del NEJM Catalyst Insights Council, de la escuela de negocios de Harvard en julio de 2018, el 42% de los encuestados dicen que cree que los

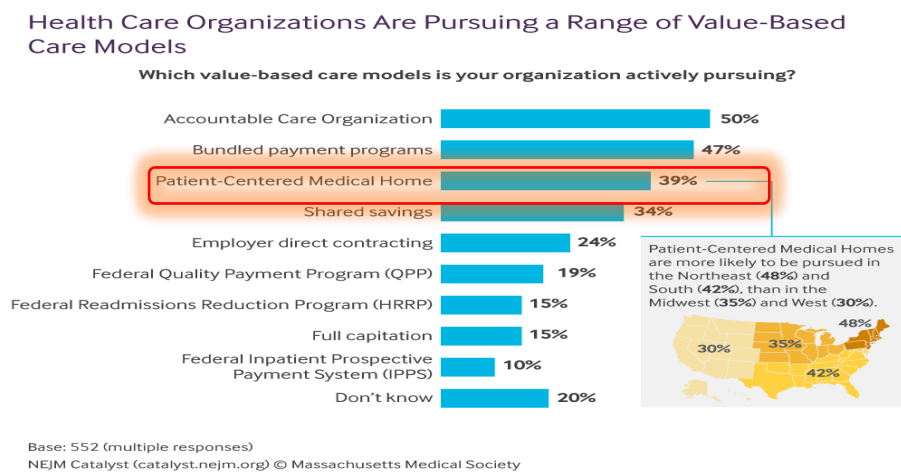
\*-Rosamond Dwyer, Belinda Gabbe, Johannes U. Stoelwinder et al. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and Ageing*, Volume 43, Issue 6, 1 November 2014, Pages 759–766

\*Camas hospitalarias. Grupo Banco Mundial. 2018. [www.bancomundial.org](http://www.bancomundial.org)



modelos de reembolso basados en el valor de la atención médica, serán el principal modelo de ingresos para de los EE. UU. De hecho, esta transición ya está ocurriendo. Los encuestados informan que un cuarto de reembolso en sus organizaciones se basa en el valor, en promedio. Si bien tres cuartas partes de sus ingresos siguen siendo de tarifa por servicio, vemos un cambio notable en un sistema de reembolso que fue estático durante décadas. En el gráfico se muestra las tendencias en cuanto a la organización de los cuidados de salud (Feeley & Motha, 2018). En el mismo se puede ver que casi el 40% muestra la atención médica a nivel domiciliario.

**Figura 15-Modelos de cuidados**



En el año 2020, a raíz de la pandemia de un virus ARN-corona, con afecciones respiratoria denominado COVID 19 (de acuerdo a la explicación de la OMS, el nuevo nombre se toma de las palabras "corona", "virus" y disease /enfermedad en inglés/, mientras que 19 representa el año en que surgió, el brote se informó a la OMS el 31 de diciembre de 2019). En USA, incluso mucho antes de que la pandemia de COVID-19 interrumpiera, se estaban investigando formas innovadoras de brindar atención al subconjunto de pacientes que podrían recibir servicios médicos a nivel de hospital en la comodidad de sus propios hogares.

\*Thomas W. Feeley, Namita Seth Motha. New Marketplace Survey: Transitioning Payment Models: Fee-for-Service to Value-Based Care. Harvard Business School NEJM Catalyst. Insights Report · November 8, pag 1-16.2018

Ante esta crisis, se han podido acelerar cronogramas para tener tantas camas disponibles como sea posible para los pacientes cuya atención solo se puede brindar en el hospital, especialmente aquellos que necesitarán un respirador y atención crítica. (Terry, 2020)

\*Ken Terry-'Hospital at Home' May Boost COVID-19 inpatient Capacity. April 26, 2020.  
Medscape medical news

**“Si sentimos que nuestra tropa, nuestras fuerzas, nuestras estrategias y nuestro valor, son menores que las del adversario, entonces debemos retirarnos y buscar otra salida”**

**Sun Tzu**

### **CONCLUSION MARCO CONCEPTUAL:**

**Podemos decir que los cuidados domiciliarios, atención domiciliaria o la internación domiciliaria, son tomados como conceptos de igual significación en la literatura internacional, si bien en nuestro país, tiene implicancias económicas significativas, entrado en el concepto de gastos catastróficos, según la denominación de la Universidad ISALUD como se va desarrollar más adelante. La internación domiciliaria vendría a cubrir todos los conceptos de los requerimientos médicos en domicilios (similar a un hospital o segundo nivel), y los cuidados domiciliarios o atención domiciliaria, es un apoyo de los cuidados de salud, con limitación de la cobertura económica (no incluye por ejemplo medicaciones), lo cual no es menor en términos de gastos. Llamaremos a todos estos cuidados como Internación domiciliaria, a fin de no confundir. Así mismo, podemos resumir, a estos cuidados como una estrategia de atención extra hospitalaria donde se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, por un equipo multi-disciplinarios cuya misión es promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes según su diagnóstico y evolución, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humanas que permite brindar servicios de salud humanizados y oportunos. Representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con un relativo menor costo comparado con la atención tradicional. La internación domiciliaria está dirigida a aquellos que han sufrido una patología aguda, y requieran de una lenta rehabilitación, o bien aquellos que presentan una patología terminal o crónica grave y requieran atención frecuente en su domicilio. La internación domiciliaria es aceptada como alternativa válida, eficiente y confiable en aquellos casos que no**

requieran estrictamente una internación institucional, pero que tampoco en ellos es adecuada una atención ambulatoria. En el modelo de consulta de cuidados paliativos es la máxima expresión de los cuidados domiciliarios. Las indicaciones de cuidados domiciliarios incluyen, un florido y amplio abanico de posibilidades que van desde el paciente inmóvil, deterioro cognitivo (demencia) o una condición psiquiátrica grave, a pacientes con condiciones de etapa final como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, afecciones neurológicas graves (p. Ej., Enfermedad de Parkinson, demencia, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica-ELA) y cáncer en diferentes etapas, aunque muchas veces se inicia la internación de paliativos mucho antes de llegar a etapa terminal. Un tema, de importancia, es que la internación domiciliaria facilita el alta precoz, que en la nueva nomenclatura se denomina “transferencia”. Donde el éxito depende de la adecuada evaluación médica y coordinación de recursos para el alta. En cuanto al objetivo principal de la internación domiciliaria, es atención integral de acuerdo a las necesidades tanto médicas como familiares. En Argentina, esta visión se ha ampliado a cuidados crónicos, además de los cuidados paliativos. A las problemáticas del sistema de salud, se agrega que la salud no es segura. El error médico parece ser la 3 era causa de muerte, a pesar de los masivos incrementos de los gastos en salud. Según Organización Mundial de la Salud (OMS) la seguridad del paciente es un grave problema de salud pública en todo el mundo. Se ha calculado que el costo global de los errores de medicación son millonarios, sin contar las pérdidas de ingresos para los trabajadores, los costos sanitarios y la pérdida de productividad. Esta cifra representa casi el 1% del gasto sanitario mundial. Por otro lado, el alcance de la fragilidad en los individuos de mediana edad o mayores y la atención aguda se encuentra en revisión continua. Según estas revisiones, se concluye, con una serie de recomendaciones de consenso con respecto a las futuras prioridades de investigación en esta importante área. La medicina actual se maneja con la Medicina basada en la Evidencia.

Es razonable pensar que, mediante guías de práctica basadas en la mejor evidencia científica, pueda limitarse el uso de procedimientos inefectivos, manteniendo a la vez margen para la libertad de decisión clínica. En este punto en los últimos 20 años, ha cobrado cada vez más importancia las revisiones de Cochrane. A través de diferentes revisiones, en diferentes años, sean de Cochrane (sumo unos cerca de 5000 pacientes) no logro dar evidencia suficiente del beneficio económico. Si mostrando beneficio en un grupo de alta precoz, para disponibilidad de camas hospitalarias, bien hoy más que valorado. Otro grupo donde la ID mostro efectividad, son los pacientes añosos frágiles o más enfermos, en este grupo los estudios, la evidencia es moderada. Otra revisión realizada por Gobierno de Estados Unidos (AHRQ) del 2015. Un importante número de pacientes más de 10.000 pacientes fueron enrolados. La evidencia más fuerte (moderada) fue que la ID reduce las hospitalizaciones y la estadía hospitalaria. Una revisión sistemática hecha en el 2017 NCBI, ideada para identificar y sintetizar la mejor evidencia sobre las experiencias de las personas mayores que viven en el hogar con el uso de la tele asistencia en los servicios de atención domiciliaria. La evidencia es de muy baja calidad lo que significa que no es concluyente si la intervención puede influir en la calidad. A pesar de la falta de una fuerte evidencia, en las ID en pacientes paliativos o terminales, es casi indiscutible. La ID es modelo de uso extendido en todo el mundo. Si bien la evidencia científica no lo respalda en todos sus puntos. Se cree que es un modelo alternativo ahorro, de costó efectividad, de alternativa a la admisión en hospitales de agudos, sobre todo en pacientes añosos y frágiles. Un tema pendiente y a la vez muy problemático es el tiempo de cobertura de la ID. El cual se plantea a nivel global, no solamente en nuestro país, afectando a las organizaciones tanto públicas como privadas.

La auditoría médica actúa en el proceso de la atención de la salud, monitoreando los resultados de las acciones sanitarias realizadas, tendiendo a lograr la mayor calidad posible durante una situación dada como un proceso interdisciplinario que permita realizar la evaluación del acto médico, desde el inicio hasta la evaluación final de los resultados. Podemos decir que la auditoria médica es una herramienta para tratar de

alcanzar la calidad, componente esencial en todo sistema de salud. El seguimiento de la calidad de la atención médica, se puede realizar por medio de las encuestas de opinión y de satisfacción. Gestionar la calidad, no necesariamente es generar más gastos, y como consecuencia, optimizar los procesos, los cuales puede llegar a lograr una utilización racional de los recursos. Logrando un costo beneficio favorable. La auditoría médica se considera como una instancia educadora más que punitiva, donde se intenta aprender de las experiencias (negativas como positivas), y a través de las mismas ir generando en forma gradual, correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los involucrados del sistema de salud. Es una intervención práctica, razonablemente económica, paso intermedio para otras intervenciones, como el pago por rendimiento y la continuación educación, puede ser efectivo por sí mismo, si se ejecuta correctamente puede ser dañino, si se ejecuta mal. Según revisiones importantes la evidencia científica podría llegar a ser discutida, en efecto neto es positiva, creemos que su uso e implementación mejora la calidad total médica, con beneficios globales, lo que hace de esta práctica, sea considera de vital importancia en los sistemas médicos. Podríamos decir que la expectativa de vida en el mundo está en aumento, siendo la Argentina no ajena a esta situación. Lo cual llevo su configuración poblacional de tipo piramidal a una distribución en punta de flecha, siendo la expectativa de vida a claro cambio, con disminución de la base (nacimientos y primeros años de vida) y mayor expectativa de vida. En los años 80 los mayores de 60 años eran un 11,9% proyectándose para el 2050 más del 23%, es decir el doble. Este cambio del poblacional, trae implícito numerosas consecuencias, abriendo un panorama que va desde la salud a la enfermedad pasando por la fragilidad, con su consiguiente uso de recursos. La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. Además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y a las comunidades. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud. Podemos afirmar que las personas mayores son un grupo

de mayor “vulnerabilidad” desde lo social, siendo según el informe del observatorio de la UCA un 90% en mayores de 60 que perciben ingresos por jubilación o pensión, así mismo un 20% residen en hogares con ayuda monetaria y no monetaria. La percepción alcanza al 50% en personas de extractos inferiores, y en 40% personas mayores del conurbano bonaerense. La vivienda es otro capítulo de suma importancia, ya que constituye el espacio de residencia de una persona o grupo de personas para su realización personal. Cuando se evalúa en término de calidad, en esta población pueden alcanzar déficit cercano al 30% en aquellos que residen en villas. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico. Como vemos hay grandes problemas, donde el económico y el de la vulnerabilidad son graves. Donde los escasos ingresos monetarios, los problemas inflacionarios, sumados a déficit de viviendas en tanto en cantidad como en calidad, hacen que la situación social de este grupo mayor, sea problemático.

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible en el que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales. Los cambios demográficos y epidemiológicos aceleran en la actualidad el envejecimiento de la población con enfermedades de tipo crónico-degenerativo, que afectan la calidad de la vida y provocan un importante aumento de los costos en la atención sanitaria. Son muchas las afecciones comunes de la vejez, incluyen a todos los sentidos (visión, audición, equilibrio, capacidad funcional, etc.). La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que se denominan normalmente *síndromes geriátricos*. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. A modo de referencia de la situación epidemiológica en este grupo etario, cuando analizamos resultados del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), un instituto de investigación que trabaja en el área de

estadísticas de salud. Las causas de muertes en los mayores de 70 años son: 1- cardiovasculares, 2- neoplasias, 3- a nivel global enfermedades neurológicas, mientras que las infecciones respiratorias son las 3 era causas en Argentina. Cuando hacemos el mismo análisis, pero fijándonos en los años de vida saludable perdidos o dichos de otra manera años de vida ajustados por discapacidad. Las causas de discapacidad, se repiten a las causas de muerte, la 1- Son las enfermedades cardiovasculares, 2- neoplasias, y repite la discordancia entre el global donde predominan las enfermedades neurológicas, mientras que en Argentina las Infecciones respiratorias bajas. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutaban de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable. El sistema de salud de un país es uno de los principales determinantes de la calidad de vida y dar respuesta a los problemas de salud de la población. El sistema de salud argentino se caracteriza por una excesiva fragmentación, que se da en primer lugar en tres grandes subsectores: (En el mundo hay tres sistemas: el inglés (con cobertura gratuita en hospitales, ambulancias y consultas médicas, pero no de medicamentos); el alemán, organizado por actividad, y el norte-americano, de seguros privados. En la Argentina desde hace tenemos un mix de los tres. 1-Público corresponde 30% de la torta 2- De la seguridad social, con un 60% (la más importante) 3- Privado con 10% del total. Si esto lo llevamos a números, esto representa en la Seguridad social unos 28 millones, donde PAMI representa 5 millones, siendo la obra social más importante de latino américa. A fin de respuesta a las necesidades sanitarias, se creó el Programa médico obligatorio, una canasta básica de prestaciones. Surgió como un Decreto Nacional en 1995 (y ha sido objeto de diversas modificaciones a lo largo del tiempo). Este Decreto garantiza el acceso de todos los beneficiarios y/o afiliados de Obras Sociales y Prepagas de la Argentina, a estas prestaciones. Su limitación; no todas las provincias están adheridas. Por otro lado, el hospital, que es el "estándar de oro" para la prestación de atención médica aguda, no es un entorno de atención ideal para muchos pacientes, dado de las múltiples complicaciones, riesgos



siendo además de alto costo. El parámetro del «número de camas» se suele utilizar en la planificación hospitalaria, si bien no logra captar los aspectos claves sobre cómo se ofrecen los servicios hospitalarios (calidad). En Argentina hay 4,7 camas cada 1,000 habitantes, siendo estable su número a lo largo de las décadas. Que, si bien no alcanza a las 8 que recomienda la OMS, está muy bien posicionada a nivel global y mejor aún en latino américa. La atención primaria tradicional es asimismo criticada por su incapacidad para aportar soluciones modernas. En conjunto, se habla de la no sostenibilidad del modelo hospitalario actual, donde hay signos claros de que la asistencia sanitaria a escala internacional se halla en una situación de crisis. La tendencia en la atención médica se encuentra en la búsqueda de alternativas a la atención tradicional de los hospitales de agudos Podemos concluir que con un gasto en salud cercano al 10% del PBI, estimamos que alrededor del 66% de la población tiene cobertura formal, mientras que el 34% restante es atendido exclusivamente por el sector público. Este sector es el sector de nivel socioeconómico más bajo y su población la que padece la mayor carga de morbilidad y enfermedades vinculadas a la pobreza. La fragmentación y la segmentación de la cobertura generan fuertes inequidades en el acceso como así también en la cantidad y calidad de los servicios prestados. El sistema de Salud “es un sistema complejo que tiene altos costos de transacción”, donde es fundamental establecer vasos comunicantes entre las tres partes, para que el gasto sea más eficiente y todos funcionen bien

**“La innovación es la que distingue al líder de los seguidores”**

**Steve Jobs**

## **EVALAUCION DE LAS NUEVAS TECNOLOGIAS**

El uso de nuevas tecnologías en salud (o sea la combinación de nuevos recursos e insumos médicos) tiende a encarecer los costos de las prestaciones. A fin de mejorar los diagnósticos y la calidad de los servicios de salud, se incorporan no solamente más capital (equipamientos) sino recursos humanos más calificados (nuevas especialidades profesionales con competencias para operar e interpretar estos nuevos equipos tecnológicos). Todo eso, conlleva mayores gastos de los servicios de salud. La correcta utilización de los recursos invertidos en salud es exigible siempre, más allá del presupuesto disponible. En las últimas décadas, el evidente aumento de los recursos que se invierten en la financiación de los sistemas de salud, ha motivado preocupación, por la adecuada utilización de los recursos invertidos. Dado que los profesionales de la salud son los principales responsables de la asignación de recursos, es lógico que la atención se haya centrado en analizar los criterios que los mismos utilizan para la toma de decisiones. Distintos estudios realizados han aportado datos de valor, al señalar la existencia de variaciones arbitrarias en la forma de practicar la medicina. Han puesto en tela de juicio la creencia de que los profesionales de la salud, para cada condición clínica, indican el tratamiento de mayor efectividad, de forma uniforme. En muchos casos, la ausencia de explicaciones razonables (morbilidad accesibilidad o preferencias de los pacientes), ha hecho plantear dudas sobre la evidencia que sostiene cada estilo de práctica y, en un contexto de recursos limitados. Por eso se recalca, lo importante que la formación de los profesionales de la salud incorpore en el análisis de las decisiones diagnósticas y terapéuticas, la evidencia sobre la eficacia y la efectividad de las prestaciones, el análisis de las razones de la variabilidad en la práctica médica, elaboración de protocolos y de guías de práctica clínica y su gestión en la utilización. Es razonable pensar que, mediante guías de práctica basadas en la mejor evidencia, hoy llamada Medicina Basada en la Evidencia (MBE), puedan

limitarse el uso de procedimientos inefectivos, manteniendo a la vez margen para la libertad de decisión clínica. Sin embargo, podría fácilmente caerse en la tentación de considerar que, en la práctica clínica diaria, las decisiones que deben tomarse para el cuidado y el tratamiento de los pacientes se acaban dónde acaba la evidencia contrastada disponible. A lo que debemos sumar todas las variabilidades de las prácticas, como se ha observado en los múltiples estudios que se han realizado al respecto. Esto lo llamamos variabilidad y hace a la práctica profesional. Podemos afirmar que, según la MBE, las decisiones clínicas deberían basarse en los tratamientos de mayor efectividad demostrada. Sin embargo, aún en el mejor de los casos (en presencia de datos sólidos y contrastados sobre efectividad), en la práctica de la medicina, se caracteriza por la necesidad de tomar conductas en situación de incertidumbre y por la presencia de situaciones, en que las medidas consideradas de alta efectividad fracasan. Hay un gran número de condiciones clínicas en las que no es posible una intervención de efectividad demostrada. El constante avance tecnológico brinda medidas de intervención que son potencialmente efectivas, a un ritmo superior al que es posible evaluarlas adecuadamente. Si a esto se agrega, que está en riesgo la salud o la vida de un paciente particular e identificado. Estas situaciones, frecuentes en la práctica clínica, motivan que los profesionales de la salud recurran al uso de tecnologías y tratamientos en condiciones de baja eficiencia, con la intención de agotar todas las posibilidades razonables para rescatar a sus pacientes de la enfermedad. Existe una larga lista de situaciones clínicas, que podrían utilizarse como paradigma de los problemas éticos y económicos, que la escalada tecnológica plantea en los sistemas sanitarios. Es un claro exponente de un problema cada vez más frecuente en la práctica clínica diaria, la utilización de nuevas tecnologías en situaciones de efectividad escasa o desconocida. El avance tecnológico plantea estos problemas en la práctica de la medicina, a su vez, no menos importantes son las repercusiones en la percepción de la población. En los valores de las sociedades actuales, está profundamente arraigada, una obligación de invertir recursos con el fin de salvar la vida y mejorar la salud de personas identificables. Siempre que haya una mínima posibilidad de éxito, independiente del costo que ello suponga. Esta conducta es la que algunos han definido como la regla del rescate y, probablemente, representa el exponente máximo de la controversia entre

beneficio individual y colectivo en la organización de los sistemas sanitarios. Pero, mayor tecnología no siempre significa avance en términos de resultados de salud. Los recursos e insumos de salud, se pueden combinar en diferentes proporciones, generando mayor o menor efectividad, y por lo tanto de mayor o menor costos. Por lo tanto, tanto la tecnología como los servicios de salud tienen diferentes costos efectividad. Podemos afirmar que el mayor desarrollo tecnológico supone una fuente constante de nuevos dilemas éticos, que la medicina de hoy debe analizar y resolver:

¿Hasta dónde se debe utilizar la tecnología?,

¿Cómo identificar a los pacientes en los cuales una determinada tecnología no es útil o no se puede beneficiar?

¿Cómo establecer el límite entre el uso de técnicas y el respeto a la dignidad humana?

El problema más grave que se deriva de la carrera tecnológica es, sin duda, la búsqueda de la sustentación financiera de los sistemas sanitario para afrontar esta problemática. Los diferentes sistemas de salud han buscado auxilio, en entidades como las Instituciones de Evaluación Tecnológicas. En nuestro país actualmente contamos con *la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC)* que lleva adelante su labor hasta que se debata en el Congreso de la Nación la creación de la *Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AGNET)* (Comision Nac. de Evalaucion Tecnologias de Salud, 2018). Esto nos demuestra que la economía en salud, es de vital importancia, para la sustentabilidad de los sistemas sanitarios. Una de las tecnologías a mencionar, son los avances tecnológicos en tele-salud. Han mejorado la capacidad de los médicos para observar pacientes, realizar exámenes e intercambiar información a distancia. Sumado a la mayor expectativa de los consumidores, para mejorar las experiencias de los cuidados,

\* Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). Ministerio de Salud. Resolución 623/2018. Ciudad de Buenos Aires, 27/03/2018.



**Figura 16- Uso de Tecnologías**

la presión de los pacientes para desarrollar alternativas de alta calidad a menores costos como alternativa a la atención hospitalaria. Esto ha generado la opción de la misma en la atención domiciliaria. Los tele-cuidados o asistencia a distancia, que actualmente se conoce como telemedicina, es vista como una forma de abordar las necesidades futuras de atención de la población que envejece, ayudándolos para mantener su independencia el mayor tiempo posible, por lo cual requerirían menor cuidados. Tele-cuidados define como el uso tecnología en la comunicación, puede proporcionar salud y varias soluciones tecnológicas confiables, que brindan seguridad para las personas que viven en sus propios hogares. La telemedicina, evoluciona, pasando sus aplicaciones en tres categorías. Los dispositivos de primera generación, siendo la forma más simple de tele-cuidados, e incluye un botón de alarma activada por el usuario. Los sistemas de segunda generación utilizan una gama de sensores que detectan riesgos, y no requieren que los usuarios los activen. Finalmente, son los sistemas de tercera generación, los que tienen capacidades complejas y puede incluir medidas, y recolección y análisis de datos en el hogar del usuario. La tecnología, se ve, como una solución para algunos de estos desafíos, se ha invertido mucho esfuerzo en desarrollo de tecnología para apoyar el envejecimiento en su hogar, sin necesidad de requerir internación. Sin embargo, todavía hay una comprensión limitada de las experiencias de los ancianos con el real uso de tele asistencia, todavía no sido completamente desarrollada ni entendida. En Japón se están desarrollando tecnologías de asistencia, como robots de monitorización domiciliaria para apoyar la atención a

las personas mayores. Sin embargo, para desarrollar un robot de atención domiciliaria, es necesario que estos respondan a las necesidades de la persona mayor. Un estudio que se inició en el año 2017, con el objetivo de comprender las percepciones de las personas mayores que reciben cuidados en el hogar, cuidadores familiares y profesionales de atención domiciliaria para ayudar al desarrollo de dichos robots. De los resultados que surjan, podría llegar a ser una opción futura (Suwa, Tsujimura, & Ishimaru, 2017). Se diseñó un cuestionario y se envió a 4.445 personas. Los participantes incluyeron personas mayores que reciben atención domiciliaria, así como cuidadores familiares y profesionales de atención domiciliaria en una prefectura en Japón. El cuestionario fue diseñado para comprender su percepción de un robot de atención domiciliaria y su utilidad. El avance de las ciencias médicas, la mayor longevidad, los factores socioeconómicos, el mejor conocimiento de las enfermedades, sus avances tecnológicos entre sus principales causas, traen aparejado un aumento del número de pacientes crónicos. Este incremento se ve reflejado en el aumento de la estadía hospitalaria y dificultad en la externación. Así es como la población aumenta, y la más vulnerable también, la demanda de Internación domiciliaria ha ido acompañando este aumento. Esta tendencia en la población general también se espera que cause un déficit de profesionales de la salud, por lo cual surgen las necesidades de nuevas formas de organizar los servicios de la salud. Para el sistema de salud existe una tendencia mundial a dejar las camas hospitalarias para las patologías agudas. La internación hospitalaria no es la panacea para el paciente y la familia. Suele ser estresante y agotadora tanto física como en el plano psicológico. La internación domiciliaria es una respuesta a las necesidades de atención de la salud de nuestra sociedad. 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 Una concepción moderna que combina la eficiencia de un equipo de salud interdisciplinario, con recursos técnicos de actualidad para lograr así una a estar más cerca de los pacientes que necesitan ser atendidos.

\*Sayuri Suwa, Mayuko Tsujimura, Mina Ishimaru, et al. How Do People Perceive Home-care Robots? A Questionnaire Study with Older People, Family Caregivers, and Care Professionals in Japan. *Age and Ageing*, Volume 46, Issue Suppl\_3, 1 September 2017, Pages iii1–iii12.

prestación ambulatoria, cuyo papel fundamental es resguardar la autonomía y calidad de vida del paciente. Este perfil propio y único contribuye a la descentralización hospitalaria de los enfermos; a la vez a la formalización de un accionar interdisciplinario. El hecho de asumir los múltiples aspectos que hacen a la salud de las personas implica la aceptación y valoración de otras miradas profesionales que permitan evaluar las condiciones emocionales, socioeconómicas, culturales, y habitacionales en la que se encuentra el enfermo. La intervención está centrada en la persona, se centrará en las necesidades expresadas por las personas mayores y tomar decisiones compartidas con respecto a la planificación de la atención, y promueve a la salud que permita a las personas mayores aumentar el control sobre su propia salud. La intervención permitirá a la persona mayor y su familia, junto con su personal de salud tener conversaciones y priorizar el contenido del cuidado que puede satisfacer aspectos psicosociales, físicos y funcionales necesidades de la persona mayor. Podemos decir que el cambio tecnológico modifica el concepto y el alcance de la atención sanitaria, el propio concepto de salud y de enfermedad, los estilos de práctica clínica, la cualificación del capital humano del sector, el gasto sanitario, la cobertura aseguradora, el bienestar social de las poblaciones, la equidad de los sistemas de salud, la convergencia entre sistemas, y la organización de la atención sanitaria. Las tecnologías sanitarias no son homogéneas, ni los son los instrumentos para regularlas. Según su alcance, las tecnologías pueden ser extensivas o intensivas y estas últimas son complementarias o sustitutivas de las preexistentes. Según sus resultados clínicos, pueden tener valor de rescate, alargar vidas o mejorarlas en calidad de vida, con distinto grado de efectividad. Hay tecnologías que ahorran costos de tratamiento de una determinada enfermedad, otras hacen aumentar el gasto medio y/o su varianza. La alta tecnología se caracteriza por tener altos costos fijos y por proceder mayoritariamente del progreso de disciplinas científicas ajenas a las biomédicas. Hay un entramado de factores sociales, profesionales, financieros e institucionales que afectan el ciclo de la innovación tecnológica en sanidad, probablemente mucho más sensible a las fuerzas sociales que a las científicas. Por último, la innovación en las políticas clínicas pasa por cuatro etapas relativamente bien definidas: desarrollo o adopción, difusión, dominación y desilusión. Se adoptan y difunden por contagio profesional nuevas tecnologías

inadecuadamente contrastadas y, una vez que dominan la práctica, convertidas en hábito, difícilmente se replantea la necesidad de su evaluación. Además, el desarrollo tecnológico supone una fuente constante de nuevos dilemas éticos que la medicina de hoy debe analizar y resolver: ¿hasta dónde utilizar la tecnología?, ¿cómo identificar a los pacientes en los cuales una determinada tecnología no es útil? y ¿cómo establecer el límite entre el uso de técnicas y el respeto a la dignidad humana? Aunque cada una de estas situaciones representa por si sola una situación por resolver, el problema más grave que se deriva de la carrera tecnológica es, sin duda, el del sostenimiento de la financiación en los sistemas sanitarios.

### **EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO**

Una buena parte de las dificultades anteriores surgen de la propia naturaleza de nuestro sistema de cuidados de salud, que está orientado a solucionar problemas agudos y no crónicos. A su vez, ni la llamada medicina basada en la evidencia ni algunos de los instrumentos como las guías de práctica clínica basadas en evidencias, han resuelto problemas conocidos hace décadas. Como la excesiva variación de las prácticas clínicas frente a un mismo problema de salud, o a el escaso fundamento científico de algunas prácticas. Muchas de las guías no son conocidas por los médicos; cuando las conocen no están de acuerdo o a menudo hay aspectos de ellas que no les gustan, y como resultado, no las siguen. Probablemente, parte del problema, está en las dificultades en ponerlas en práctica, se por falta de coordinación entre las distintas sociedades científicas y/o a su difusión.

Las estrategias de eficacia, incluyen la auditoría médica (que voy a desarrollar en otro ítem). La información para los médicos sobre los resultados de una estrategia, para compararlos con los obtenidos con en el conjunto de los médicos de la organización, o con la conducta considerada deseable. Ello suele ser eficaz para mejorar la prescripción de pruebas diagnósticas y de algunos tratamientos implementados. Otras estrategias efectivas, son las sesiones educativas impartidas por médicos líderes de opinión, así como y las conferencias/sesiones de consenso para adaptar las guías de práctica clínica, recogidas de la literatura, a las circunstancias de la organización sanitaria y los pacientes. Así mismo las



estrategias generalmente eficaces podríamos decir que son los recordatorios en papel o mediante un sistema informático sobre la conducta del médico que es deseable ante un paciente concreto. Los encuentros educativos en el centro de trabajo con expertos externos, deben ser interactivos, es decir, el flujo de información debe ir del experto externo a los médicos y viceversa, se debe abordar de forma explícita las dificultades o barreras locales para la implementación de las guías. Por último, las intervenciones que parecen más eficaces son las llamadas «multicomponente», que incluyen simultáneamente varias de las intervenciones anteriores. Es decir, que los usos combinados de todas las herramientas mejoran los resultados.

Entre las distintas modalidades a tener en cuenta para la gestión clínica, se encuentra la planificación del alta hospitalaria, las consultas de enfermería, las visitas domiciliarias por personal sanitario no médico, la kinesiólogía domiciliaria, la utilización de recursos comunitarios de interés terapéutico o para la formación del paciente y/o la familia, la atención telefónica y las hospitalizaciones preventivas. Estas modalidades pueden acompañar a otras formas de asistencia que hasta ahora han estado restringidas a algunas especialidades médicas como la geriatría; es el caso de los hospitales o centros o también llamados hospitales de día. Otras formas de atención, como las consultas de enfermería o las visitas domiciliarias, no son excepcionales en el sistema sanitario, las cuales actualmente están suficiente generalizadas. La planificación del alta hospitalaria establece unos objetivos clínicos explícitos que el paciente debe haber alcanzado en el momento del alta que reducen la probabilidad de descompensación de una enfermedad crónica al llegar al domicilio. Además, pretende garantizar a la salida del hospital, el paciente reúne unas habilidades mínimas para la resolución personal de problemas relacionados con la enfermedad, cuando se encuentre en la comunidad. La atención por telemedicina, por profesionales con formación en el manejo de trastornos crónicos, pretende contribuir también al seguimiento de los pacientes, en particular para verificar y reforzar el cumplimiento terapéutico, detectar precozmente efectos adversos de la medicación y descompensaciones de la enfermedad crónica. Transmitir al paciente sensación de seguridad en el manejo de sus problemas de salud, etc. Es un instrumento relativamente barato que, además, mejora la satisfacción de los pacientes del que los recibe. Hoy en día

con gran crecimiento e impacto en los sistemas médicos. Como se ha descrito, muchas de estas modalidades de asistencia tienen un fuerte componente educativo. La clave es, que no se limitan a dar información, sino que pretenden entrenar y capacitar (generar empower es decir empoderar) al paciente como a su familia para resolver los propios problemas de salud. El objetivo último de estas actividades educativas es que el paciente pueda vivir con la máxima calidad de vida que le permita la enfermedad crónica. Aunque estas nuevas actividades educativas no han sido lo suficientemente evaluadas, las evidencias de ensayos clínicos sugieren que; son más eficaces que la simple información al paciente para mejorar los resultados clínicos; en algunas circunstancias, pueden mejorar resultados clínicos y reducir costos asistenciales.

Podemos decir que las atenciones de pacientes con enfermedades crónicas son demasiado complejos como para que se puedan resolver todas las dificultades. Sin embargo, los programas por gestión de enfermedades parecen ser una forma de avanzar que, como ya se indicó, deben ser evaluadas de forma más completa. Además, los resultados pueden variar de unos sistemas sanitarios a otros, por lo que deben ser evaluados localmente. Los programas de gestión por enfermedades, o sus componentes individuales, podrían incorporarse poco a poco y de forma permanente a las organizaciones sanitarias. La mejora en la atención a los enfermos crónicos, requiere también más investigación en el área de servicios sanitarios. No se conoce lo suficiente sobre la razón, del por qué los médicos no siempre siguen las mejores evidencias disponibles sobre el control de las enfermedades, o sobre los procedimientos que utilizan sobre cada paciente en concreto. Se desconocen los determinantes de cumplimientos terapéuticos por los pacientes, y las razones por las que demandan asistencia sanitaria y vuelven a la consulta para el seguimiento clínico. Por último, la buena asistencia requiere un tiempo mínimo para atender a los pacientes y esto no es fácil de conseguir en las condiciones actuales de trabajo de nuestro sistema sanitario. Por ello, y por otras razones, que tienen que ver con la facilitación del cambio en la práctica clínica, una mejor asistencia requiere no sólo pedir a los médicos más esfuerzos, sino, además un rediseño del sistema sanitario. Los médicos, por su parte, deben garantizar competencia clínica durante toda su carrera profesional (mediante la adecuada formación continuada) y empatía con los pacientes. Además de oír hay que escuchar a los pacientes, y desear resolver

los problemas (para ello hay que compadecerse o «padecer con» los enfermos). Por ello, la medicina no es una simple ocupación, sino es una profesión.

En la actualidad, aunque no es el único, el criterio de delimitar y priorizar los recursos, parece contar con mayor número de partidarios. **La eficiencia, medida en términos de costo-efectividad, costo-utilidad o costo-beneficio.** El concepto, en principio parece atractivo, debido a que en sentido estricto y sin entrar en el análisis de posibles contradicciones entre eficiencia y otros objetivos en salud, exigir un uso eficiente de los recursos, es a todas luces una obligación independiente sea cual fuere el presupuesto disponible. Además, está en forma relativa libre de connotaciones éticas, sociales o políticas y sin duda puede complementar cualquier otra alternativa en la gestión de los recursos que se pretenda implementar. Los defensores de estos criterios, argumentan que, si se pretenden maximizar las prestaciones en salud con recursos limitados, este tipo de análisis, es el único adecuado para ordenar prioridades, ya que se centra en el resultado que se ha obtenido con los recursos empleados. En su máxima expresión, este punto de vista ha llevado a la propuesta de que la medicina se desarrolle y evolucione hacia una medicina basada en la eficiencia, como objetivo fundamental que todos los sistemas sanitarios deben perseguir.

El concepto de medicina basada en la eficiencia, se centra, sobre todo en buscar relación costos-resultados de las alternativas terapéuticas (y no sólo en su eficacia y seguridad), y en lograr que los recursos existentes se asignen y distribuyan de acuerdo con el interés global de la sociedad, no buscando sólo el bien individual de cada paciente. Su fin último es que, sistemáticamente, se utilicen las opciones terapéuticas que presenten una mayor eficiencia, relegando a un segundo plano el resto de las alternativas que podrían emplearse. Desde esta perspectiva, la gestión eficiente de los servicios sanitarios implica, por tanto, que los recursos económicos de que disponen los diferentes sistemas de salud, sirvan para producir el máximo resultado posible en términos de salud poblacional.

La existencia de contradicciones entre los objetivos de eficiencia, y los de equidad puede considerarse casi una controversia en políticas sanitarias. El criterio de eficiencia implica asignar recursos a las personas que más pueden beneficiarse de ellos y, por ello, supone una discriminación sistemática de los

pacientes crónicos o afectados de discapacidades que, asimismo, acostumbran a ser los más necesitados de recursos.

Podemos decir que hay una información deficitaria sobre la efectividad de las intervenciones sanitarias. Sin el conocimiento de efectividad, no es posible determinar eficiencia. Aunque la medicina basada en la evidencia se halla en un proceso de desarrollo y extensión continua como disciplina, persigue ofrecer al profesional sanitario, instrumentos para la toma de decisiones adecuadas, basadas en la mejor evidencia posible. Debe tenerse en cuenta que el proceso de generación de evidencias sobre efectividad es largo y complejo y no está exento de costos. El avance de los criterios de eficiencia, está claramente supeditado a las decisiones a cómo debe generarse la nueva evidencia, y quién debe sustentar los elevados gastos de este proceso.

Dijimos que **eficacia**, es el resultado de una intervención cuando es aplicada en condiciones ideales. En términos económicos, una definición de eficacia puede ser el grado de cumplimiento de las metas perseguidas a través de un plan de actuación, sin tener en cuenta la economía de medios empleados para la consecución de los objetivos. Es decir, cumplir la meta.

**Eficiencia** es la capacidad de lograr ese efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles o en el menor tiempo posible. Es decir, se cumple la meta con los menores recursos.

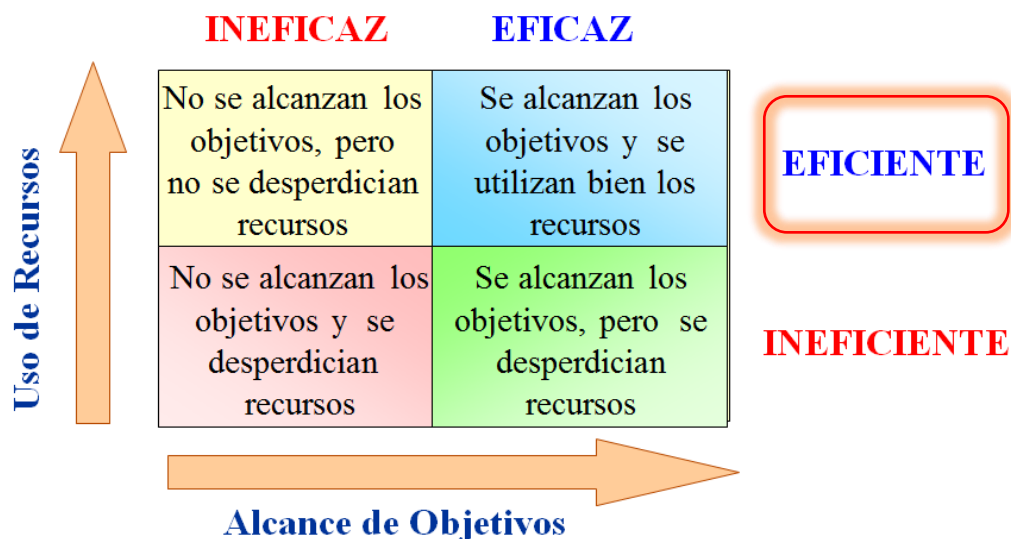


Figura 17-Recursos y Objetivos

### **Satisfacción del paciente-cliente- calidad de vida**

Suele convenirse que la evaluación económica de los programas sanitarios se fundamenta en los principios de la economía del bienestar, parcela de la ciencia económica encargada de ofrecer criterios para tomar decisiones sociales o colectivas. El primer principio que establece la economía del bienestar es donde las personas toman decisiones de forma tal que su bienestar sea el mayor posible (en Economía se dice que «maximizan su utilidad») sujetos a una determinada restricción o límite (por ejemplo, tiempo, dinero...). Hoy en día, en el sistema sanitario se realizan consultas clínicas breves. El médico se concentra en el examen de los resultados de las pruebas diagnósticas y la prescripción del tratamiento, pero no tiene tiempo de explicar en detalle, e informar por escrito, sobre las características de la enfermedad a los pacientes y cómo tratar aspectos básicos de ella. A menudo el médico tiene sensación de urgencia porque tiene bastantes visitas a las que atender en un período corto de tiempo. Esta sensación se transmite al paciente, ello genera un paciente desinformado, ansioso e insatisfecho. Percibe que sólo se atiende el motivo concreto de la consulta y algunos problemas de salud en la forma que el médico los entiende o percibe, pero no los auténticos problemas de la forma que él paciente los vive. Por último, a menudo se espera que la próxima consulta se produzca por la demanda del paciente, si se presentan nuevos problemas o no se han resuelto los que motivaron la primera. Estas nuevas visitas, no fueron planificadas por el médico, para atender cuestiones pendientes previamente (p. ej., enseñar al paciente la auto medición de la glucemia, tensión arterial, modificar pautas terapéuticas ante signos de descompensación de la insuficiencia cardiaca, enseñar a preparar menús agradables bajos en sal y grasas saturadas, y ricos en frutas y verduras, y pescado, verificar el cumplimiento terapéutico, etc.). Un sistema sanitario así planteado, puede funcionar bien en resolver un esguince en una articulación, una infección aguda de las vías respiratorias, etc., aunque para encauzar los trastornos crónicos quizá sea necesario rediseñarlo. En especial la atención primaria de salud que es el nivel donde se atiende a la mayoría de ellos. Este cambio propone en su libro de Gestión Clínica y Sanitaria

Vicente Rubio (Ortun Rubio, 2002) “1. Implementar de forma más generalizada sistemas de apoyo a la decisión clínica.

2. Introducir nuevas modalidades de asistencia sanitaria.

3. Dar a los pacientes mejores instrumentos para manejar los problemas de salud.

4. Mejorar los sistemas de información sanitaria”

El grupo de adultos mayores en el mundo va en aumento. En un mundo donde los adultos mayores prefieren envejecer en la comunidad dentro de un ambiente familiar en su lugar, incluyendo sus cuidados en su hogar. Las visitas domiciliarias preventivas basadas en mediciones periódicas, la evaluación geriátrica puede ser una medida para apoyar esta preferencia. Además, reducir costos de salud devenido de la atención, como consecuencia de evitar las admisiones y costos de los hogares de ancianos u hospicios.

Los datos de ID a nivel nacional e internacional han sido criticados por no cumplir con las necesidades psicosocial de las personas mayores. Personas mayores que reciben atención en sus propios hogares han informado experiencias de encontrarse solitarios, aislados, inactivos, poco estimulados y resultantes de estrés en la vida. La esencia de esta crítica se relaciona con las percepciones de que las ID se otorgan principalmente y entregado en base a las necesidades físicas y funcionales, mientras que las necesidades psicosociales y las necesidades de calidad de vida; se les ha dado menos prioridad. Esto significa que hay parece ser una brecha actual entre necesidades y servicios, que, entre las expectativas y las experiencias, lo que puede conducir a expresiones de insatisfacción. La satisfacción con la ID se ha estudiado en todo el mundo, se ha detectado una falencia, con respecto a ayuda limitada para participar en actividades sociales y actividades diurnas.

Por lo tanto, parece haber consenso internacional que indica que las personas mayores experimentan deficiencias con respecto a los aspectos psicosociales de la atención proporcionado por ID. Un enfoque centrado en la persona, se basa en la toma de decisiones compartida con los destinatarios y que

\* Vicente Ortun Rubio. Gestion Clinica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Libro edición Elsevier y Doyma, Barcelona España, 2002.pag 223-255

sistemáticamente explora y documenta las experiencias subjetivas, expectativas, necesidades de la persona, e incorpora estos en los planes de atención y entrega, ha demostrado facilitar la atención de alta calidad. Existe evidencia que sugiere que la atención centrados en la persona mayores en hogares de ancianos, tienen mayor calidad de vida. Estas personas que reciben un programa centrado en la persona y guardería colaborativo, describieron tener vidas más significativas y un mayor bienestar. Que cuando se comparaban con una atención no centrado en las personas mayores en hogares de ancianos, y personas mayores con demencia leve, que viven en el hogar. Por lo tanto, parece razonable interpretar que los servicios de atención en el hogar centrados en la persona y la promoción de la salud, pueden tener el potencial de aumentar la toma de decisiones compartida, aumentar la atención en cuestiones psicosociales de la atención, aumentar la calidad de vida, la prosperidad y la satisfacción con la atención. Se está llevando en Suecia estudios sobre esta población, a fin de demostrar sus beneficios (Bolenius, Lamas, & Sandman, 2017) Para medir el impacto de las visitas domiciliarias preventivas en relación a la calidad de vida, así como permitir la comparación con otras intervenciones (preventivas). En Alemania en el año 2015 (Brettschneider, Luck, & Fleischer, 2015) (citado en el Centro Nacional para la Información Biotecnológica o National Center for Biotechnology Information (NCBI) es parte de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos /National Library of Medicine/, una rama de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health o NIH). analisis costo utilidad, del análisis de visitas domiciliarias preventivas desde una perspectiva social. Este estudio presentado sobre 278 individuos, fue controlado aleatorio multicéntrico, no ciego, con el objetivo de la reducción de admisiones de hogares de ancianos. Los participantes tenían más de 80 años y vivían en su casa. Hasta tres visitas a domicilio se llevaron a cabo para otras afecciones, deben llevarse análisis de costo-utilidad a cabo. Un estudio identificar los déficits de autocuidado y los factores de riesgo, para generar recomendaciones e implementar soluciones. El grupo de control recibió atención habitual. Un análisis de costo-utilidad utilizando años de vida ajustados por calidad (QALY o AVAC) basado en el EQ-5D.

\*Bölenius K, Lämås K, Sandman PO, et al. Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services - a study protocol of a non-randomised controlled trial. BMC Geriatr Feb 16. 2017; 17(1): 57.

Sus conclusiones, muestran que el programa de visitas domiciliarias preventivas es poco probable que sea rentable o muestre costo utilidad.

Si bien este estudio tiene sus limitaciones, abre la puerta a medir la satisfacción y calidad de Vida y su consideración en la ID

El Qaly fue desarrollado con la década del 60 para facilitar los análisis económicos en salud. El EQ-5D es un cuestionario de Calidad de Vida que se desarrolló para ello. Se va a desarrollar más adelante. En la práctica, los conjuntos de valores, traducen la salud en utilidades para su uso en evaluaciones económicas. A través de sus tabulaciones de costo y resultados de calidad de vida, los análisis de costo-utilidad se utilizan ampliamente en países desarrollados para ayudar en el proceso de toma de decisiones entre tecnologías sanitarias nuevas y existentes y determinar cobertura de tecnologías de salud donde las restricciones presupuestarias impiden igualdad de acceso a todas las alternativas.

En muchos países, al mismo tiempo, los usuarios / clientes / ciudadanos / pacientes y en general los “stakeholders” (partes interesadas) con intereses en los sistemas sanitarios, tienen una influencia mayor que la antes considerada para la aceptación de éstos. Más importante aún, han cambiado sus preferencias. La gente se siente en condiciones de evaluar y juzgar los servicios de todo tipo que recibe y acepta peor la “asimetría de la información” intrínseca en las relaciones con los profesionales sanitarios; conseguir su satisfacción es más difícil ahora que nunca antes. Ello responde a que los niveles de formación en los países desarrollados y de ingresos medios han mejorado drásticamente y los ciudadanos se han habituado al manejo de tecnologías de la información y las comunicaciones. La gente es asimismo consciente de que “puede comprar” casi cualquier cosa a distancia, recibiendo las entregas a domicilio, tiene cada vez más movilidad -viaja más y recorre mayores distancias, se concentra más en entornos urbanos, etc., lo que sin duda afecta a sus actitudes en relación con los servicios sanitarios. Más aún, crecientemente se ve expuesta a una forma de presentar los servicios sanitarios como una suerte de maquinaria capaz de evitar cualquier dolor o sufrimiento que les invita a hacer un uso creciente de los mismos, buscando segundas opiniones, incluso traspasando las fronteras de sus países o practicando alguna variante de lo que se ha dado en llamar “turismo médico”. Como consecuencia, están aumentando notablemente el volumen total



de los servicios, su intensidad y su variedad. La percepción de los ciudadanos de su dignidad y sus derechos, expectativas de servicios, etc. afectan especialmente a su percepción de la calidad. Por encima de lo que “convenga” al centro sanitario, los pacientes ahora exigen respuesta a sus preferencias -de ahí la auténtica explosión de aplicaciones de técnicas de gestión a favor de la calidad con base estadística tomadas de otros sectores de la industria (como la gestión por procesos, el “lean management”, el “six-sigma”, etc.). Dicho sea de paso, en ciertas circunstancias basar la calidad, en el seguimiento estricto de guías y normas tiene ventajas claras por las propias razones antes comentadas. Pero aplicado en exceso, el enfoque a veces genera el peligro de socavar la capacidad de innovación al “volver común” situaciones de mucha variabilidad, hacia medidas estadísticas como la media y la mediana. La publicación de estándares para el diseño de centros sanitarios es un reflejo de esta situación. Así, por ejemplo, para las unidades de neonatología se contemplan requisitos relativos al espacio, ubicación de la unidad, área de atención directa al neonato, instalación eléctrica, iluminación y nivel de ruido, equipamiento, personal de enfermería, sistemas de comunicaciones, mantenimiento y renovación a fin de garantizar una adecuada privacidad e intimidad y la necesidad de apoyo social y comunicación, así como de flexibilidad y accesibilidad. (Mercader Casas, Oleaga Ustegui, & Carroll, 2012-Pag 4-29)

En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, Quality of Life Assessment Group. *Que es calidad de vida?*, 1996-Pag 385-387) fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud al definirla, ya en 1948, como "... un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad" Las medidas específicas para evaluar el resultado de una enfermedad grave o su tratamiento incluyen la cantidad y calidad de vida y el costo económico para el paciente es decir, la carga financiera de la atención. Aunque previamente se consideró que la duración de la supervivencia era la más importante, el impacto de la enfermedad en términos de calidad de vida ha recibido un reconocimiento

\*WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). *Que es la calidad de vida?* / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud 1996*; 17(4) : 385-387

cada vez mayor. Durante más de 30 años, la mejora en la calidad de vida es uno de los dos beneficios potenciales que busca la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los EE. UU. Quienes la consideran básica, para la aprobación completa de los nuevos medicamentos contra el cáncer. Más recientemente, la FDA publicó una guía específica para el desarrollo y la validación de medidas de la calidad de vida que podrían ser adecuadas para fines reglamentarios. Los componentes de la calidad de vida recomendados para el etiquetado de medicamentos, incluyen síntomas relacionados con la enfermedad, función física y eventos adversos informados por el paciente. (Kluetz, PG; Slagle, A; Papadopoulos, EJ,; 2016) La calidad de vida es difícil de definir. Es un concepto dinámico subjetivo, para ser demostrado, se han utilizado instrumentos de diferentes dimensiones. Muchas medidas utilizadas para evaluar la calidad de vida son medidas de salud, como son el estado funcional, el comportamiento social o el bienestar psicológico. Siendo algunas, no adecuadas para las personas que viven en hogares de cuidado. Las listas predeterminadas de preguntas en muchas medidas existentes, se basan en suposiciones sobre los factores que determinan la calidad de vida de un individuo, a menudo determinados por profesionales de la salud. Por lo tanto, se basan en sistemas de valores externos, que pueden no ser relevantes para las personas. Históricamente, la calidad de vida ha sido una preocupación fundamental de la práctica oncológica, desde 1949, Karnofsky y Burchenal fueron quienes desarrollaron una escala clínica para cuantificar el rendimiento funcional en los pacientes con cáncer. El interés creciente en la evaluación sistemática de la calidad de vida en pacientes con cáncer, que utilizan medidas estandarizadas y auto administradas que han surgido en las últimas tres décadas, y se han convertido en un importante foco de beneficio para terapias más nuevas. Así como una base para documentar y justificar la calidad del cuidado del cáncer.

### **El QALY o AVAC es una medida de salud basada en varios supuestos**

\* Kluetz PG, Slagle A, Papadopoulos EJ, et al. Focusing on Core Patient-Reported Outcomes in Cancer Clinical Trials: Symptomatic Adverse Events, Physical Function, and Disease-Related Symptoms. Clin Cancer Res. 2016 Apr;22 (7):1553-8. Epub 2016 Jan 12.

1. La salud se puede reducir a dos componentes que son la calidad (Q) y la cantidad de vida (Y).
2. Cualquier estado de salud se puede representar mediante una combinación de cantidad y calidad de vida, esto es, mediante un par (Q,Y).
3. Los pacientes prefieren, en ocasiones, vivir menos años, pero con mejor calidad de vida
4. La salud de una persona puede medirse como la suma de la calidad de vida durante los años que dura su vida.

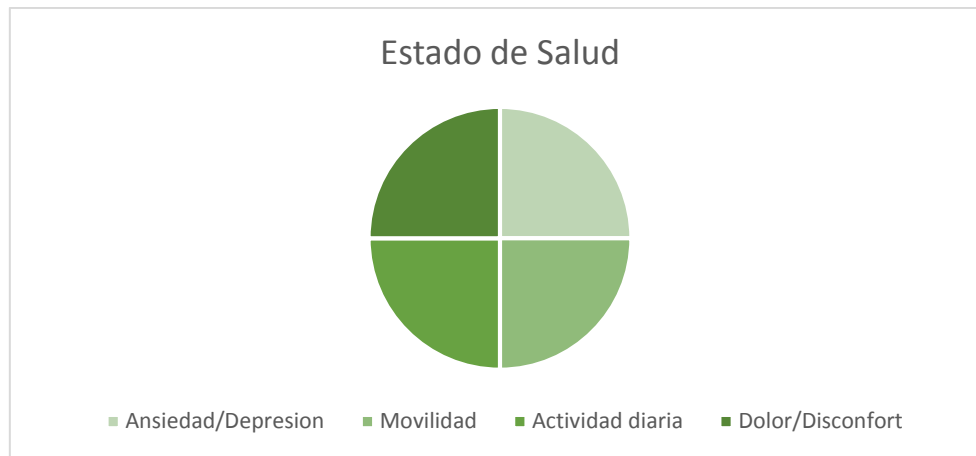
El grupo Euro Qol es una red de investigadores multidisciplinarios internacionales dedicados a la medición del estado de salud, establecido en 1987, el grupo Euro Qol originalmente estaba formado por investigadores de Europa, pero hoy en día incluye miembros de América del Norte, Asia, África, Australia y Nueva Zelanda. El grupo es responsable del desarrollo de EQ-5D, una medida del estado de salud basada en preferencias que ahora se usa ampliamente en ensayos clínicos, estudios de observación y otras encuestas de salud. Las áreas de investigación incluyen: valoración, uso de EQ-5D en estudios clínicos y encuestas de población, experimentación con el sistema descriptivo EQ-5D, aplicaciones computarizadas, interpretación de clasificaciones EQ-5D y el papel de EQ-5D en la medición de las desigualdades sociales en auto-evaluación salud reportada. EQ-5D es una medida estandarizada del estado de salud desarrollada por el grupo EuroQol con el fin de proporcionar una medida simple y genérica de la salud para la evaluación clínica y económica (sistema descriptivo) (The EuroQol Group, 2015-Pag 199-208) Cabe destacar, que el Eq-5D ha sido validado en Argentina en el año 2009 (Augustovski, Irazola, & Velazquez, 2009) Este sistema de evaluación toma al estado de salud considerando. Cada una de las 5 dimensiones que comprende EQ-5D, el cual se divide en 3 niveles de problemas percibidos:

**Nivel 1: indica que no hay problema**

**Nivel 2: indica algunos problemas**

**Nivel 3: indica problemas extremos.**

Un estado de salud único se define por combinando 1 nivel de cada una de las 5 dimensiones.



**Figura 18- EQ-5D**

Un total de 243 posibles estados de salud se define de esta manera. Se hace referencia a cada estado en términos de un código de 5 dígitos. Por ejemplo, el estado 11111 indica que no hay problemas en ninguna de las 5 dimensiones, mientras que el estado 11223 indica que no hay problemas con la movilidad y el cuidado personal, algunos problemas con la realización de actividades habituales, dolor moderado o incomodidad y ansiedad extrema o depresión

### **Cuestionario de Calidad de vida**

Cuestionario que comprende cinco preguntas relacionados con problemas actuales en la enfermedad:

**1- movilidad;**

**2- autocuidado (cuidados personales como higiene);**

**3- actividades habituales;**

**4- dolor / incomodidad; y**

**5- ansiedad / depresión.**

\*The EuroQol Group. EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 16(3):199-208.2015.

\*Augustovski FA1, Irazola VE, Velazquez AP, et al. Argentine valuation of the EQ-5D health states. Value Health. 2009 Jun;12(4):587-96

Respuestas en cada dimensión se dividen en tres niveles ordinales codificados:

**1, sin problemas;**

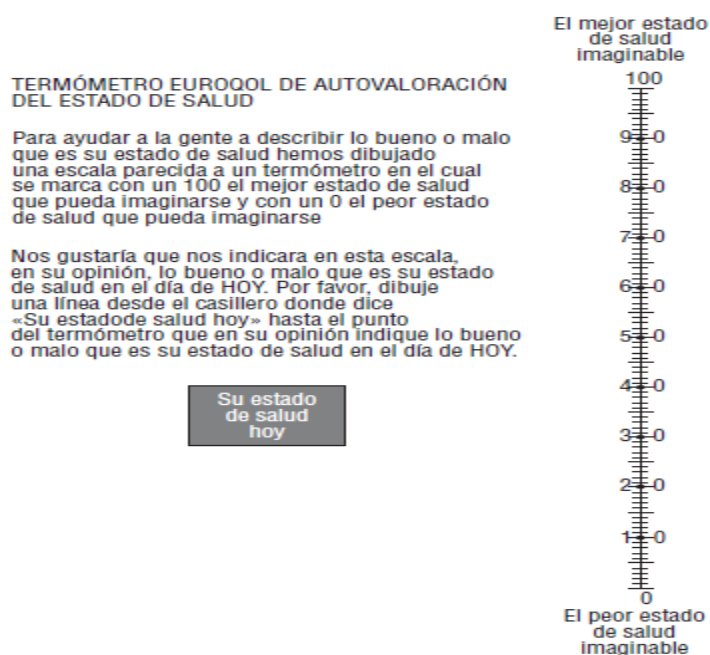
**2, problemas moderados;**

**3, problemas extremos**

El EQ-5D-3L ha sido desarrollado para la evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva del individuo. Permite a las personas nominar las áreas de la vida que consideran más importantes para ellos, calificar su funcionamiento en cada una e indicar la importancia relativa de cada una. El SEIQoL-DW es una forma abreviada, que utiliza un procedimiento más simple para medir la importancia relativa de las áreas de vida. Los detalles de la administración se encuentran en Datos adicionales disponibles en edad y envejecimiento en línea. Aunque se ha demostrado que el SEIQoL-DW es práctico de administrar en contextos clínicos ocupados, y se sugiere como medida de resultado en ensayos, práctico y conceptual se han planteado preocupaciones, y la medida se ha utilizado con poblaciones de mayor edad con diversos grados de éxito. **Conversión de estados del EQ-5D en un solo índice de resumen** Los estados de salud EQ-5D, definidos por el sistema descriptivo EQ-5D, se pueden convertir en un único índice de resumen aplicando una fórmula que esencialmente une valores (también denominados pesos) a cada uno de los niveles en cada dimensión. El índice se puede calcular deduciendo los pesos apropiados de 1, el valor para la salud completa (es decir, el estado 11111). La información en este formato es útil, por ejemplo, en el análisis de utilidad de costos. Los datos recopilados con EQ-5D-3L se pueden presentar de varias maneras. Se puede realizar una subdivisión básica de acuerdo con la estructura del EQ-5D-3L:

- 1.** Presentación de resultados del sistema descriptivo como un perfil de salud
- 2.** Presentación de los resultados del EQ VAS como una medida del estado general de salud autoevaluado (visual)
- 3.** Presentación de resultados del valor del índice EQ-5D-3L.

**Figura 19- EQ-VAS**



El índice EQ-5D se puede presentar de la misma manera que los datos EQ VAS en una escala visual. A veces es más conveniente dicotomizar los niveles de EQ-5D en "sin problemas" (es decir, nivel 1) y "problemas" (es decir, niveles 2 y 3), cambiando así el perfil en las frecuencias de los problemas informados. Esto significa que, para el índice, puede presentar una medida de la tendencia central y una medida de dispersión. Esto podría ser los valores medios y la desviación estándar (o error estándar). Si los datos están sesgados, se podrían presentar los valores de la mediana y los percentiles 25 y 75. (Brooks, 1996) Otro método de evaluación de la calidad de vida es por compensación temporal: se obtiene preguntando por la cantidad de años que una persona está dispuesta a ceder a cambio de una mejora en la calidad de vida. El QALY no son otra cosa que los años de vida ajustados por calidad y combina mortalidad con morbilidad, toma ponderadores de 0 (muerte) a 1 (salud) asociados a muerte y salud perfecta

\*Brooks R EuroQol: the current state of play. Health Policy 37(1):53-72. (1996).

respectivamente y que se multiplican por la cantidad de años de vida en que se padece la afección (Asenette & Vega, 2013). Por ejemplo, una persona con una expectativa de vida de 20 años está dispuesta a ceder 5 años por no tener Alzheimer. Es decir que 20 años con Alzheimer seguido de muerte es equivalente a 15 años de buena salud seguida de muerte. Así la calidad de vida de un paciente con Alzheimer es 0,75 U ( $15/20$ ). A partir de aquí, este valor puede aplicarse para obtener los beneficios de cualquier política sanitaria que tenga como beneficio la reducción en el tiempo con Alzheimer. Supongamos ahora que evaluamos una intervención sanitaria que permite evitar el Alzheimer durante 20 años. Entonces calculamos  $(1-0.75) \times 20 = 5$ . La alternativa terapéutica provee 5 QALYs. Supongamos que para la gente es indistinto vivir 20 años parapléjico que 10 en buen estado de salud. El valor de U es entonces 0.5. Evitar dicho estado durante 20 años es equivalente a 10 QALYs  $(1-0.5) \times 20$ . Lo que estos números nos permiten decir es que el valor de un tratamiento que no evita estar en una calidad de vida 0.75 es la mitad de uno que nos evita estar la misma cantidad de tiempo en un estado 0.5 de calidad. Es decir que las relaciones entre las ganancias no son lineales. El otro método disponible es el denominado de la lotería estándar o lotería normalizada que se basa en el porcentaje de riesgo de muerte que una persona está dispuesta asumir para evitar un problema de salud. La utilización de los datos de la calidad de vida, es decir la información sobre el impacto de una enfermedad o condición médica en la calidad de vida se puede utilizar de varias maneras. Ensayos clínicos: los ensayos clínicos que comparan dos (o más) tratamientos a menudo incluyen un análisis de la calidad de vida como un medio para determinar el beneficio clínico general, particularmente cuando los efectos secundarios relacionados con el tratamiento son considerables. En comparación con la terapia de control, la opción de tratamiento alternativo puede asociarse con una variedad de combinaciones de beneficio de supervivencia relativa y calidad de vida. Éstas incluyen:

\*Daniela Asenette Shokiche Vega. Estudio del problema de salud pública asociado a la patología oftalmológica retinopatía diabética en Chile y dimensionamiento del potencial impacto de un método de detección basado en tecnología para abordar este problema. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas departamento de ingeniería industrial. 2013.

- Mayor supervivencia con mejor calidad de vida.
- Supervivencia similar pero mejor calidad de vida
- Menor supervivencia, pero mejor calidad de vida.
- Mayor supervivencia, pero con menor calidad de vida.
- Supervivencia más corta con una calidad de vida inferior.

Si bien ninguna persona seleccionaría deliberadamente un tratamiento que resulte en una supervivencia más corta y una peor calidad de vida, la mejoría de la calidad de vida durante el tratamiento puede percibirse como lo suficientemente convincente (particularmente durante el tratamiento del cáncer) para superar una duración de supervivencia algo más corta. La mejora en la calidad de vida como un punto final en la investigación clínica requiere el reclutamiento de un número suficiente de sujetos para que un ensayo tenga el poder adecuado (Cheung, Goh, & Thumboo, 2005) En cuanto a las limitaciones del uso de QALYs, podemos decir que existen controversias, respecto de los métodos para obtener valores de calidad de vida. Ante todo, depende de cómo planteamos la pregunta, si parto de 15 de buena salud como expectativa, ¿cuánto más deberá vivir para justificar vivirlo con Alzheimer? Además, ambos métodos suponen que la calidad de vida es igual a través de todos los años, lo cual no es cierto para un caso como para el otro (es decir que por un lado a través de los años la calidad de vida se deteriora y por otro en estado de enfermedad o discapacidad hay adaptación y por lo tanto tampoco es constante; incertidumbre. En el horizonte temporal, aunque los QALY de dos tratamientos sean equivalentes pueden no ser alternativas equivalentes para los financiadores. No es lo mismo pagar el 80% de un tratamiento en el primer año seguido por el pago del 20% lo restante en 4 años, que pagar el 20% anual del costo del tratamiento por 5 años. ¿Así, debería aplicarse una tasa de descuento a los costos que se asuman a lo largo del tiempo, pero otra controversia es qué tasa de descuento debe aplicarse? ¿Debería, además, aplicarse un descuento en los beneficios? Es decir, ¿vale lo mismo el primer QALY que los que lo siguen? Si fuera así, los programas

\*Cheung YB, Goh C, Thumboo J, et al. Variability and sample size requirements of quality-of-life measures: a randomized study of three major questionnaires. J Clin Oncol. 2005;23(22):4936.



preventivos tendrían menos valor. La evaluación de calidad de vida es una herramienta de planificación para la atención clínica futura, dado que la información de la misma puede proporcionar una evaluación detallada de los efectos de la enfermedad y el tratamiento, y su impacto global en la vida diaria del individuo. Se puede utilizar como una herramienta de planificación para evaluar la necesidad de tratamiento adicional, rehabilitación o cuidados paliativos. En particular, la evaluación de la calidad de vida puede revelar ansiedad o síntomas depresivos, o una queja de dolor o disnea que puede iniciar la comunicación médico-paciente sobre intervenciones médicas, psicológicas o sociales para mejorar el bienestar del **paciente** (McLachlan, Allenby, & Matthews, 2001). A modo de resumen el John Hopkins University (Althoff, 2018) dice los QALY o AVAC --- combina datos sobre la calidad y cantidad de vida vivida.

-Se utiliza como medida de beneficio en evaluaciones económicas.

- AVAC/QALY que cuantifican el costo de un año saludable de vida.
- Una intervención es rentable en USA si cuesta <\$ 50,000 / 100.000 dólares QALY

QALY: 1 = salud perfecta, 0 = muerte

. Los AVAC se pueden usar para medir las tendencias y la gravedad de la enfermedad

- Los AVAC se pueden medir a nivel nacional

A su vez, la evaluación de la calidad de la atención médica, hasta la fecha ha utilizado en gran medida medidas que evalúan el proceso de atención. Estas medidas de rendimiento pueden incluir evaluaciones como sus profesionales realizan las prescripciones, como por ejemplo que realizan en un examen de un pie en pacientes diabéticos, o que recomiendan o prescriben, en un tratamiento indicado para una condición específica. Cada vez más, los financiadores y los

\*McLachlan SA, Allenby A, Matthews J, et al. Randomized trial of coordinated psychosocial interventions based on patient self-assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer. J Clin Oncol. 2001;19(21):4117.

\*Keri Althoff. Epidemiology in Public Health Practice. Universidad Johns Hopkins Bloomberg school of Public Health.2018

proveedores de salud están interesados en utilizar adicionalmente las medidas de la calidad de vida. Las medidas de rendimiento de resultados informados por el paciente incluyen evaluaciones, como el nivel de síntomas depresivos informados por el paciente, el grado de función física, el dolor y la calidad del sueño. Debemos tener nociones de economía para poder entender conceptos que voy a desarrollar más adelante por lo tanto voy a tratar de claro para su entendimiento.

Se realizan evaluaciones económicas de la salud para informar las decisiones en la asignación de recursos, estas evaluaciones han ido cobrando suma importancia a nivel global. La evaluación económica se ha definido como "el análisis comparativo de cursos de acción alternativos en términos de sus costos y sus consecuencias". (Husereau, Drummond, & Petrou, 2013) En cualquier sociedad no utópica, los recursos (o bienes) son finitos (por lo tanto, escasos) y se distribuyen constantemente a individuos para satisfacer sus necesidades (deseos y preferencias). Los recursos tienen que ser producidos (por vendedores) para reponer el consumo por parte de individuos (consumidores), que voluntariamente lo dejaron ir de otros recursos (dinero) para acumular los recursos de su preferencia (la elección del consumidor). Dicha transacción (compra y venta) entre un consumidor y vendedor es una reasignación de recursos a un precio mutuamente acordado, donde los consumidores tienen la disposición a pagar lo dispuesto, y los vendedores cumplen a aceptar lo dispuesto. Aquí, los consumidores disfrutan de un beneficio del bien / servicio pagando a los vendedores los costos de los bienes. El precio indica el equilibrio entre la oferta y la demanda.

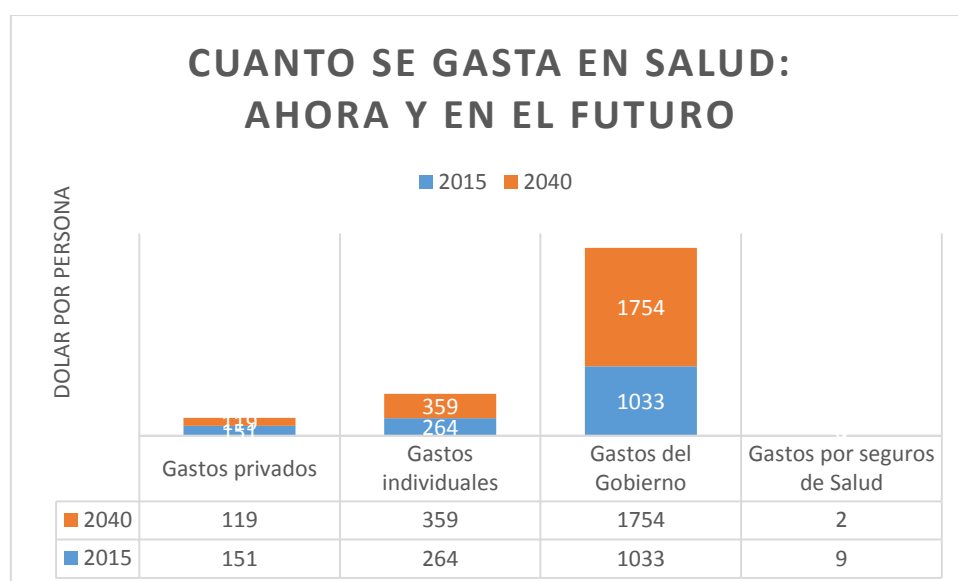
## **EVALUACION ECONOMICA-ECUACIONES COSTO-ECONOMICAS**

En cualquier sociedad no utópica, los recursos (o bienes) son finitos (por lo tanto, escasos) y se distribuyen constantemente a individuos para satisfacer sus necesidades (deseos y preferencias). El incremento progresivo del gasto

\* Don Husereau, Michael Drummond, Stavros Petrou. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement .BMJ 2013; 346: marzo 2013.

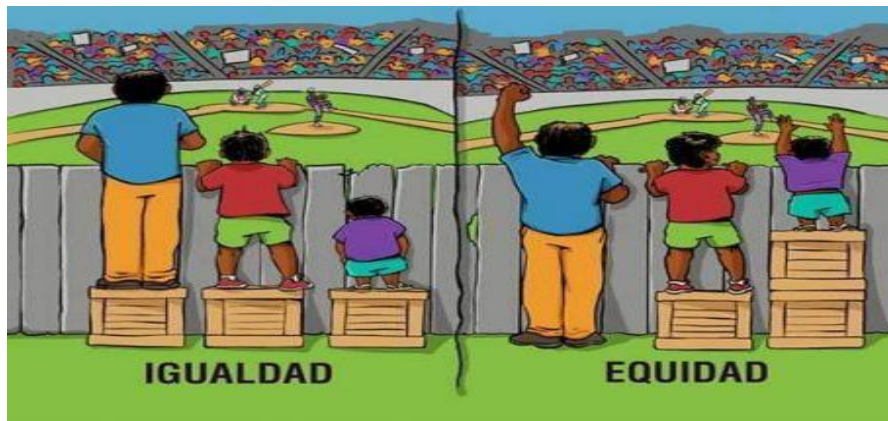
sanitario no ofrece lugar a dudas, e indica que la mayor parte de éste (tanto como el 80 %) se debe al aumento en la prestación real media por persona, es decir, en la cantidad y la calidad de la atención sanitaria provista. Esto es debido a las demandas crecientes de una población más informada y, sobre todo, a la introducción constante de innovaciones tecnológicas tanto de producto (fármacos) como de proceso (técnicas de diagnóstico y tratamiento). Una proyección simple hacia el futuro indica que la carrera tecnológica no ha hecho, sino empezar. El desarrollo de nuevos fármacos para el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, de nuevos agentes antineoplásicos (biológicos), las posibilidades de tratamiento con células madre, la extensión de los programas de trasplante de órganos, el diagnóstico y la terapia génica son tan sólo algunos ejemplos de los nuevos retos a los que los sistemas de salud deberán enfrentarse en un futuro próximo siendo ya parte de nuestra realidad. Ante la evidente inviabilidad de mantener una cobertura de salud global, se está planteando abiertamente la necesidad de racionar explícitamente y priorizar las prestaciones que pueden ser financiadas con recursos públicos. En la situación actual, nuestro sistema sanitario define el derecho universal al acceso a la asistencia sanitaria pública, más allá de la capacidad de pago.

**Figura 20- Gastos de Salud presente y futuro, recursos de los mismo. Fuente Financing Global Database 2017. (en dólar por persona)**



Partiendo de esta base, todo proceso en la definición de las prestaciones y de establecer preferencia, implica reducir la oferta y decidir de forma explícita los servicios que pueden ser recibidos, quién los recibirá y quién no. Este proceso de delimitación y de priorización está cargado de juicios de valor y tiene grandes implicaciones jurídicas, sociales, éticas y económicas. Por ello, es inevitable que se genere debate y controversia a la hora de decidir cuáles son los procedimientos que deben utilizarse. Considerar que aquello que no es efectivo no debe ser incluido ni financiado resulta obvio. El problema es que, a pesar de la buena intención que hay implícita en la propuesta promulgada por Archibald “Archie” Cochrane en 1935 (Hortiales Gonzalez, Gomez Navarro, & Barajas Navas, 2017) «todo tratamiento efectivo debe ser gratis», no todo aquello que es efectivo y es autorizado públicamente podrá ser financiado con cargo al presupuesto del sistema de salud. Desde una perspectiva utilitarista, se considera que es necesario encontrar alguna fórmula que permita emplear las intervenciones efectivas de manera que los recursos económicos de que dispone el Sistema Nacional de Salud sirvan para producir el máximo resultado posible en términos de salud. El aumento en la expectativa de vida de los pacientes crónicos plantea afrontar etapas más avanzadas y costosas de las enfermedades. Podemos afirmar que uno de los grandes problemas que se debe enfrentar desde lo económico es lo que denominamos “**Eficiencia**” a lo que se debe agregar la “**Equidad**” y sobre todo ser sostenible en el tiempo, de hecho se ha afirmado que ningún país del mundo tiene los recursos suficientes para proveer a sus ciudadanos todos los servicios con el máximo de estándar de calidad posible, esto ha sido refrendado por la OMS, que ningún país de mundo, por más rico que sea, está en capacidad de proveer a toda la población todas las intervenciones o tecnologías que podrían mejorar o prolongar la vida.

\*Arantxa Fátima Hortiales González·Jorge AntonioGómez Navarro·Leticia AndreaBarajas Nava· et al. Archibald Cochrane: evidence, effectiveness and decision-making in health. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Volume 74, Issue 5, September–October 2017, Pages 319-32



**Figura 21-Igualdad Equidad**

En economía, una preferencia por los recursos / bienes o su percepción, su satisfacción se llama *utilidad*. Este concepto de utilidad permite al economista comprender las elecciones de los consumidores y la toma de decisiones para productos básicos y servicios. El término "utilidad marginal" se refiere a la utilidad extra ganada, con la adquisición del próximo incremento de bienes / servicios. Una economía se considera eficiente cuando todas las entradas posibles se han canalizado a produciendo máximos rendimientos al menor costo (eficiencia productiva), y los recursos escasos se han reasignado para atender servicios óptimos en los individuos. La reasignación de recursos siempre es un reto, cuando abundan las múltiples alternativas, cada decisión conlleva diferentes consecuencias y costos de oportunidad. Por lo tanto, los economistas conceptualizan el mandato de la evaluación económica (EE): un método estandarizado para analizar y comparar los costos de una decisión (y sus alternativas) contra los beneficios reales (o proyectados) para determinar si la elección prevista es más rentable. Desde el punto de vista técnico existen 4 técnicas:

**El costo de minimización** compara costos de dos o más alternativas terapéuticas bajo el supuesto que los beneficios son iguales. El ejemplo más claro es el uso de medicamentos genéricos. "También puede aplicarse a la comparación por ejemplo de la internación nosocomial vs la domiciliaria para una misma patología". La primera evaluación económica fue acreditada a Jules Dupuit, quien evaluó los costos de implementación de obras públicas, en comparación con los beneficios, podrían recuperarse el primer análisis de costo-beneficio (ACB). Otras variantes del ACB evolucionaron cuando se adoptaron

los resultados de efectividad y utilidad en lugar de dinero, a saber, análisis de costo-efectividad (ACE) y análisis de costo-utilidad (ACU). Además, estas tres herramientas cardinales de EE (ACB, ACE y ACU) todas comparten una razón: para permitir la planificación y las decisiones de intervenciones públicas (o políticas) con la máxima eficiencia económica y las mejores acciones de todas las partes cuando sea posible. (Leung, 2016). **Los análisis de costo-beneficio (ACB)** requieren que las consecuencias de la intervención a evaluar sean expresadas en términos monetarios. El hecho que tanto los beneficios como los costos estén expresados en una misma unidad, facilita que los resultados finales sean analizados no sólo en el ámbito de la salud. Los beneficios típicamente incluyen la reducción en los costos futuros de la atención sanitaria con mayores ganancias, o mejor dichos menores gastos, a la mejor salud de aquellos que reciben la atención. En términos generales existen tres métodos para asignar un valor monetario al beneficio en salud: capital humano (capacidad productiva), preferencias reveladas (discernir la mejor opción posible sobre la base del comportamiento del consumidor) y disposición de pago o valoraciones de contingencia. El análisis de Costo-beneficio puede comprenderse como el rendimiento de una inversión. **El análisis de costo-efectividad (ACE)** se trata de técnicas de evaluación económica más usada para la comparación de estrategias terapéuticas alternativas y la consecuente toma de decisiones. En los análisis de costo-efectividad los beneficios de las estrategias a evaluar no son equivalentes y son medidos en unidades naturales es una forma de análisis económico que compara los costos relativos y los resultados (efectos) de diferentes cursos de acción. El análisis de costo-efectividad es distinto del análisis de costo beneficio, que asigna un valor monetario a la medida del efecto. El análisis de costo-efectividad se usa a menudo en el campo de los servicios de salud, donde puede ser inapropiado para monetizar el efecto en la salud. Los ACE tienen la limitación de ser *unidimensionales*, es decir, evalúan sólo una dimensión de los beneficios. Esto no sólo dificulta el proceso de elección del outcome (o evolución) a evaluar,

\*Lawrence Leung. Health Economic Evaluation: A Primer for Healthcare Professionals. University of Ottawa. Primary Health Care 2016, 6:2. 12 October 2016..

ya que se debe tratar de elegir al más representativo de la intervención, sino que además limita las posibilidades de comparación entre distintas intervenciones. **El análisis de costo-utilidad (ACU)** es *multidimensional* ya que considera como beneficio una unidad común que considera tanto la calidad de vida como la cantidad o largo de vida obtenida, consecuencia de una intervención. Esta característica permite comparar entre sí, distintas intervenciones para distintos problemas de salud. Las unidades más conocidas y utilizadas para medir beneficios en los ACU son los años de vida ajustados por calidad (AVACs o QALYs), los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) y los años saludables equivalentes (HYE).

“La medida de resultado más utilizada es la duración de la vida ajustada por la calidad (QALY)”. La perspectiva de análisis de costo –económico depende del punto de vista desde el cual se enfocará el mismo: el de la sociedad, del financiador de los servicios sanitarios, de las compañías aseguradoras, de los hospitales, de las unidades de atención primaria, de los médicos, de las familias o de los propios pacientes. La elección de una u otra perspectiva tiene importantes implicancias en el resto de los elementos del análisis, ya que la utilización de una perspectiva amplia supone incluir muchos más costos que la utilización de una perspectiva más limitada. La perspectiva que se recomienda es la de la sociedad, precisamente porque el costo de oportunidad de los recursos utilizados, tiene como referencia otros usos alternativos en el seno de la sociedad y en sus intercambios. El NICE (National Institute for Health and Care Excellence autoridad sanitaria del Reino Unido, cuya función es reducir la variación en la disponibilidad y la calidad de los tratamientos y el cuidado. Indica que se considera costo- efectiva una tecnología cuando sus beneficios en salud son mayores que los costos de oportunidad de los programas desplazados para cubrir la tecnología en el contexto de un presupuesto fijo y limitado (Corazza, 2016)

La evaluación económica tiene que responder una pregunta bien definida, que represente una incertidumbre sobre la eficiencia de intervenciones alternativas.

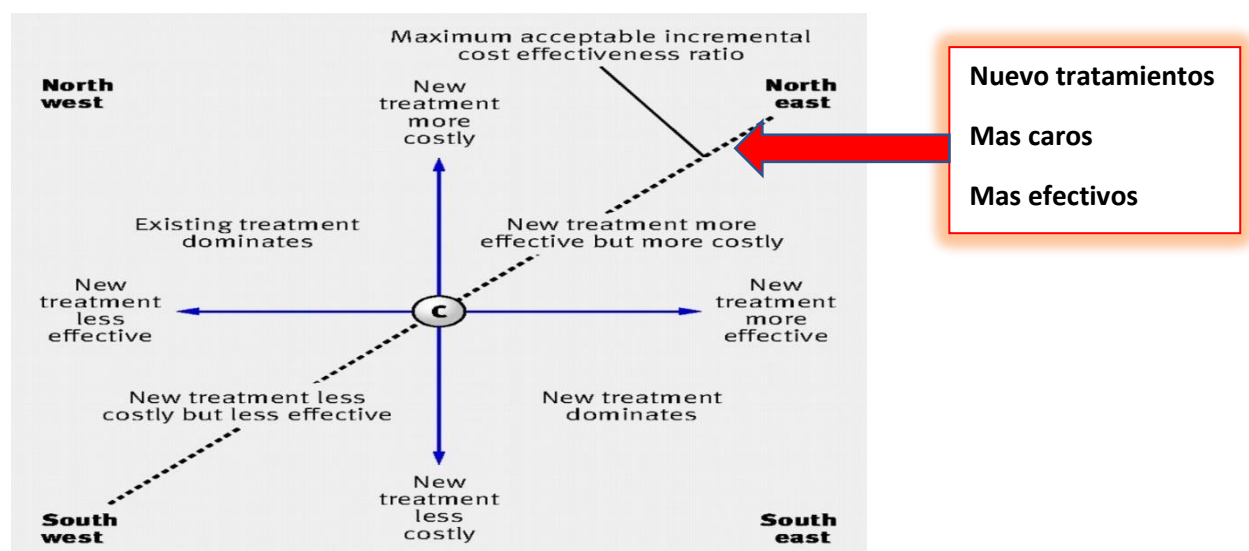
\*Sandra Corazza. Evaluación de Tecnologías Sanitarias. [www.fsg.org.ar/20160503](http://www.fsg.org.ar/20160503). Mayo 2016.

La naturaleza de la pregunta que la evaluación económica pretende responder determinará tanto el diseño del estudio como la técnica de análisis. La pregunta tiene que contemplar una decisión, sobre dos o más opciones, que se compararán en el transcurso del análisis. También debería ser la alternativa terapéutica más usada en la indicación evaluada o el mejor estándar de tratamiento. Esto, a veces es complejo porque dentro de una patología hay que ver subgrupos. Podemos decir a modo de resumen que el análisis de costo beneficio, a menudo se visualizan en un plano (ver gráfico siguiente) que consta de cuatro cuadrantes, el costo representado en el eje x y la efectividad en el eje y. El análisis de costo- efectividad se enfoca en maximizar el nivel promedio de un resultado, el análisis distributivo de costo-efectividad extiende los métodos centrales de análisis para incorporar preocupaciones por la distribución de resultados, así como su nivel promedio y hacer concesiones entre equidad y eficiencia. Estos métodos más sofisticados son de particular interés cuando se analizan intervenciones para abordar la desigualdad en la salud. Cuando hablamos de costo: son tanto los costos directos como los indirectos

**- Directos:**

Médicos tratamientos, equipamientos

No médicos:



**Figura 22- Stavros Petrou, Alastair Gray. El plano de la rentabilidad o costo efectividad (Petrou & Gray, 2011)**

\*Stavros Petrou, Alastair Gray. Economic evaluation alongside randomised controlled trials: design, conduct, analysis, and reporting. The BMJ vol 363 lue 8178,d1548. 7 April 2011



El eje x muestra la diferencia en la efectividad entre el nuevo tratamiento y el comparador y el eje y muestra la diferencia en el costo. La pendiente de la línea desde cualquier punto en la figura hasta el origen es la relación de costo-efectividad incremental. Existing treatment dominates: tratamientos dominantes que existen; new treatment more effective but more costly: Tratamiento menos costoso, pero menos efectivo, new treatment less costly but less effective: tratamientos menos costosos pero menos efectivos, new treatment dominates: nuevos tratamientos dominantes, maximum acceptable incremental cost effectiveness ratio: índice de incremento máximo aceptable costo efectivo.

**-Indirectos:** Pérdida de productividad, otros usos del tiempo

- Intangibles: dolor, sufrimiento, reacciones adversas

- Costos futuros: los que derivan del aumento de la expectativa de vida

Medidas de valoración de la efectividad: debe ser expresada en QALYs.

A su vez, la expresión e interpretación de los resultados de costo efectividad, pueden expresarse como costo neto sobre su beneficio neto. Este valor relativo de la intervención se expresa habitualmente como el cociente que se obtiene al dividir el costo neto de la intervención por su beneficio neto o efectividad,

denominado como “**costo-efectividad medio**” (CEM).

a) Ratio de costo efectividad *en el caso de alternativas independientes*

b) Ratio de costos efectividad incremental *en caso de alternativas excluyentes:*  
*Se trata de una medida de contraste entre el incremento de los costos y el incremento de efectividad entre diferentes alternativas terapéuticas*

$$\text{RCEI} = \frac{(\text{CM b} - \text{CM a})}{(\text{EM b} - \text{EM a})}$$

CM b Costo medio de tratar un paciente con la terapia b

CM a Costo medio de tratar un paciente con la terapia a

EM b Efectividad media tratando con b

EM a Efectividad media tratando con a

El análisis costo-efectividad utiliza también, otro indicador numérico conocido como “**costo-efectividad incremental**” (CEI), mediante el cual los costos y efectos de una intervención se comparan con los costos y efectos de otra intervención, para cualquier problema de salud cuyos resultados se expresen en las mismas unidades. Si bien el uso del CEM es correcto, es menos informativo

que el CEI, puesto que este último nos indica cuál es el costo extra por unidad de beneficio adicional conseguido con una opción respecto a la otra. (Cabo, Bellmont, & Cabo, 2018) Este análisis de ACE se realizará en nuestro trabajo más adelante.

**Limitaciones del análisis:** A pesar de que los ACE se revelan como una herramienta fundamental en el contexto de la toma de decisiones, hay que ser cauteloso a la hora de interpretar la afirmación de que una terapia es más costo-efectiva que otra. En general, cuando se realiza una evaluación fármaco-económica nos encontramos delante de productos que son más efectivos en términos clínicos o de calidad de vida pero que, por otra parte, son más costosos que las terapias existentes. Los responsables de la toma de decisiones deben decidir entonces si el incremento de beneficio vale el incremento de coste resultante para la población tratada. En este tipo de decisiones hay que valorar las circunstancias que las rodean, ya sean presupuestarias, de objetivos clínicos, prioridades en salud, etc. En el **anexo, la Tabla 16** se pueden visualizar los costos directos en pesos chilenos actualizados al 30 de julio de 2016 de las 47 intervenciones en salud estudiadas, los DALYs evitados y el ranking de costo-efectividad obtenido en el Estudio del Ministerio de salud de Chile (Reveco, Gutierrez, & Riedemann, 2017) Es un ejemplo como su conocimiento permite saber que procedimiento es realmente costo efectivo, a la hora de poder optar para tomar la mejor decisión. Durante el mundial de futbol del año 2018, el diario Infobae (Ingrassia, 2018) tomo datos de OPS. Realizo un hipotético mundial de la salud, siguiendo el índice de acceso y calidad en salud del Instituto para las Métricas y Evaluaciones en Salud (IHME). Este se basa en causas de muerte que hubieran sido prevenibles en la presencia de un sistema de salud efectivo en términos de acceso, calidad, y factores de riesgo. El análisis del IHME utilizo datos estimados sobre la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores

\*Javier Cabo, Verónica Cabo, Marian Bellmont et al. Medicina basada en la eficiencia (costo-efectividad y costo-utilidad) como refuerzo de la Medicina basada en la evidencia. Rev Argent Cardiol 2018;86:218-223. Junio 2018.

\*Roberto Reveco, Herenia Gutiérrez, Juan Pablo Riedemann. Impacto de diferentes métodos de asignación de costos indirectos estructurales de hospitales públicos, en el ranking costo-efectividad de 47 intervenciones en salud. Rev. méd. Chile vol.145 no.10 Santiago oct. 2017.

\* Victor Ingrassia. OPS mundial-de-la-salud-en-que-posicion-esta-la-argentina-y-quien-es-el-

campeon/ www.infobae.com/salud/2018/07/15

de riesgo en 195 países y territorios. Argentina y Colombia quedarían terceros en sus respectivos grupos, mientras Brasil y México caerían ante todos sus rivales, terminando últimos. En el mundo hispano hablante, solo España tendría oportunidades de clasificar a la etapa de cuartos de final, ubicándose en quinto lugar entre las 32 naciones participantes, con un puntaje de 89.6 en acceso y calidad de la salud. Esta posición global, sin embargo, no le alcanzaría para meterse a la semifinal. En una escala de 0 a 100, siendo 100 el mejor puntaje, el índice ubica a los países según su capacidad de brindar acceso a servicios de salud con la mejor calidad posible. En base a los puntajes del índice, los grandes finalistas habrían sido Islandia (93.6), Suiza (91.8), Suecia (90.5) y Australia (89.8), coronando campeón del mundo a la tierra de los vikingos. Al otro lado de la tabla, entre las posiciones 24 a la 28 de 32 países, quedarían Perú, Argentina, Colombia, Brasil, Panamá y México; es decir, casi todos los países de la región que lograron clasificarse. Mejorar la cobertura y el acceso a los servicios de salud es importante, pero su impacto disminuye si no se cuenta con infraestructura, equipamiento y personal de salud adecuado; es decir, si la calidad de la atención no es suficiente. "Este ejercicio hipotético tiene el propósito de hacernos reflexionar sobre lo que podemos hacer para alcanzar un mejor puntaje de acceso y calidad a la salud en la región". El mundial del desarrollo no sucede cada 4 años ni deja una copa simbólica; se juega a diario y tiene un efecto real sobre nuestras poblaciones. Este ejemplo, llevado a lo cotidiano, es una realidad de gran impacto, como es la efectividad de los sistemas de salud en comparación global. Nuestra realidad muestra **un 30% de la población no accede al sistema de salud por motivos financieros, un 20% por motivos de barreras geográficas.**

**"Calidad significa hacer lo correcto cuando nadie está mirando".**

***Henry Ford***

**Tabla 5-Ranking de países que participaron del Mundial de Futbol según su Calidad en Salud**

1		Islandia	93.6
2		Suiza	91.8
3		Suecia	90.5
4		Australia	89.8
5		España	89.6
6		Japón	89
7		Bélgica	87.9
8		Francia	87.9
9		Alemania	86.4
10		Rep. Corea	85.8
11		Dinamarca	85.7
12		Inglaterra*	84.6
13		Portugal	84.5
14		Croacia	81.6
15		Polonia	79.6
16		Arabia Saudita	79.4
17		Serbia	75.4
18		Costa Rica	72.9
19		Uruguay	72
20		Rusia	71.7
21		Irán	71.1
22		Túnez	70.1
23		Perú	69.6
24		Argentina	68.5



**Figura 23-Evaluación de Argentina en términos de accesibilidad, atención médica y PBI según OPS/OMS**

## CONCLUSIONES CAPITULO I

El uso de las nuevas tecnologías en Salud (o sea la combinación de recursos e insumos médicos) tiende a encarecer los costos de las prestaciones. Al mejorar el diagnóstico y la calidad de los servicios de salud, incorpora no solamente más capital (equipamientos) sino recursos humanos más calificados (nuevas especialidades profesionales con competencias para operar e interpretar estos nuevos equipos tecnológicos). Todo eso, encarece los servicios de salud. Es razonable pensar que, mediante guías de práctica basadas en la mejor evidencia, Medicina Basada en la Evidencia, pueda limitarse el uso de procedimientos inefectivos manteniendo a la vez margen para la libertad de decisión clínica. Podemos afirmar que el mayor desarrollo tecnológico supone una fuente constante de nuevos dilemas éticos, que la medicina de hoy debe analizar y resolver. Hay tecnologías que ahorran costos de tratamiento de una determinada enfermedad, otras hacen aumentar el gasto medio y/o su varianza. La alta tecnología se caracteriza por tener altos costos fijos y por proceder mayoritariamente del progreso de disciplinas científicas ajenas a las biomédicas. El problema más grave que se deriva de la carrera tecnológica es, sin duda, es la búsqueda de la sustentación de la financiación de los sistemas sanitario para afrontar esta problemática. Dentro de los avances en tecnologías, los de la tele salud o tele consulta, se engloban en la Telemedicina. La misma, ha mejorado la capacidad de los médicos para observar pacientes, realizar exámenes e intercambiar información a distancia. Sumado a la mayor expectativa de los consumidores por mejorar las experiencias de los cuidados, más la presión por desarrollar alternativas de alta calidad a menor costos, como alternativa a la atención hospitalaria, ha generado la opción de la atención domiciliaria. Sin embargo, todavía falta una comprensión de las experiencias de los ancianos con el real uso de tele asistencia. Todavía no está completamente desarrollada ni entendida, si bien las publicaciones en el tema están aumentando, y en un tiempo no lejano, podremos disponer

de conclusiones útiles en este tema. La visión es, que la práctica de la medicina evolucione por un camino virtuoso, utilizando la mejor evidencia disponible (eficacia), para posteriormente proseguir por el camino de la investigación de resultados de las intervenciones (efectividad). Finalmente, incorpore los datos de efectividad en un contexto de medicina costo-efectiva y al mismo tiempo basada en criterios de eficiencia social. Es evidente que deben establecerse las vías organizativas adecuadas para llevar a cabo el proceso. Desde el punto de vista social, el análisis correcto, no es considerar que las medidas necesarias para llegar a una medicina costo-efectiva son difícilmente aplicables por ser impopulares. Sino considerar, que el consenso social pide, es que los sistemas de organización, delimitación y priorización, de prestaciones basados en criterios de eficiencia no impidan incorporar los valores sociales imperantes en cada comunidad. Las evoluciones de los sistemas organizativos sugieren que los responsables de la organización de los sistemas de salud, parecen haber interiorizado ya la necesidad de incorporar los valores y las preferencias sociales en la toma de decisiones. Queda todavía un largo camino por recorrer. Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, el primer paso es, sin duda, llenar el vacío existente en cuanto al conocimiento de la eficacia y la efectividad de las nuevas, y en muchos casos de las no tan nuevas, tecnologías y medicamentos, ya que, sin conocimiento de efectividad, no hay criterio económico de eficiencia posible. Este proceso debe llevarse a cabo tanto en las enfermedades más prevalentes, así como en el elevado número de enfermedades huérfanas en el sentido amplio del término, aunque de incidencia baja, concentran un elevado porcentaje de los costos. Pensando en la gestión eficiente de los servicios sanitarios implica, por tanto, que los recursos económicos de que dispone el sistema de salud, sirvan para producir máximo resultado posible en términos de salud poblacional.

Satisfacción del paciente es un tema central en medicina. La relación paciente-sistema sanitario ha evolucionado hasta situar al paciente como eje del sistema, y su satisfacción se ha consolidado como un importante componente de calidad, al considerarse en sí misma una medida de

resultado; y determinar los índices de satisfacción de forma periódica. Se está consolidando como una herramienta imprescindible para valorar la evolución de la calidad del servicio. Debido a fallas del sistema sanitario actual, como falta de tiempo del médico con el paciente y por ende en su comunicación. Ha generado un paciente desinformado, no aliviado e insatisfecho, que percibe que sólo se atiende el motivo concreto de la consulta y algunos problemas de salud no con una visión. Nuestro actual sistema sanitario puede funcionar bien para resolver una patología de agudo, pero para encauzar mejor la atención a pacientes con trastornos crónicos quizá sea necesario rediseñarlo. La gente se siente en condiciones de evaluar y juzgar los servicios que recibe y acepta peor, la “asimetría de la información” intrínseca en las relaciones con los profesionales sanitarios; conseguir su satisfacción es más difícil ahora que nunca antes. Ello responde a que los niveles de formación en los países desarrollados y de ingresos medios han mejorado drásticamente y los ciudadanos se han habituado al manejo de tecnologías de la información y las comunicaciones. La calidad de vida es difícil de definir porque es un concepto dinámico subjetivo. Para ser demostrado, se han utilizado instrumentos, que contienen diferentes dimensiones, para su evaluación. El QALY o AVAC es una medida de salud basada en varios supuestos 1. La salud se puede reducir a dos componentes que son la calidad (Q) y la cantidad de vida (Y). 2. Cualquier estado de salud se puede representar mediante una combinación de cantidad y calidad de vida, esto es, mediante un par (Q,Y). 3. Los pacientes prefieren, en ocasiones, vivir menos años, pero en mejor calidad de vida 4. La salud de una persona puede medirse como la suma de la calidad de vida durante los años que dura su vida. Es decir que al hablar de QALY o AVAC nos permite inferir un análisis de costo-utilidad utilizando años de vida ajustados por calidad. El Grupo Euro QoL es una red de investigadores multidisciplinarios inter- nacionales dedicados a la medición del estado de salud. El Grupo es responsable del desarrollo de EQ-5D (Sistema Descriptivo), una medida del estado de salud basada en preferencias que ahora se usa ampliamente en ensayos clínicos, estudios de observación y otras encuestas de salud, el EQ-5D es una medida estandarizada del estado de salud desarrollada por el Grupo con el

fin de proporcionar una medida simple y genérica de la salud para la evaluación clínica y económica. En cualquier sociedad, los recursos son escasos y se distribuyen constantemente a los individuos para satisfacer sus necesidades. El incremento progresivo del gasto sanitario se debe: al aumento en la prestación real media por persona, es decir, en la cantidad y la calidad de la atención sanitaria provista, debido a las demandas crecientes de una población más informada y, sobre todo, a la introducción constante de innovaciones tecnológicas tanto de producto (fármacos) como de proceso (técnicas de diagnóstico y tratamiento). Este proceso de delimitación y de priorización está cargado de juicios de valor y tiene grandes implicaciones jurídicas, sociales, éticas y económicas. Por ello, es inevitable que se genere debate y controversia a la hora de decidir cuáles son los procedimientos que deben utilizarse. Considerar que aquello que no es efectivo no debe ser incluido ni financiado resulta obvio. Y pensar en la utopía que «todo tratamiento efectivo debe ser gratis», no todo aquello que es efectivo y se autoriza públicamente podrá ser financiado con cargo a presupuestos del sistema de salud. El aumento en la expectativa de vida de los pacientes crónicos plantea afrontar etapas más avanzadas y costosas de las enfermedades. Podemos afirmar que uno de los grandes problemas que se debe afrontar desde lo económico es lo que denominamos “Eficiencia” a lo que se debe agregar la “Equidad” y sobre todo ser sostenible en el tiempo, de hecho, se ha afirmado que ningún país del mundo tiene los recursos suficientes para proveer a todos sus ciudadanos. Se realizan evaluaciones económicas de la salud para informar las decisiones en la asignación de recursos. La evaluación económica se ha definido como "el análisis comparativo de cursos de acción alternativos en términos de sus costos y sus consecuencias". Una economía se considera eficiente cuando todas las entradas posibles se han canalizado a produciendo máximos rendimientos al menor costo (eficiencia productiva), y los recursos escasos se han reasignado para atender servicios óptimos de individuos. La evaluación económica (EE): es un método estandarizado para analizar y comparar los costos de una decisión (y sus alternativas) contra los beneficios reales (o proyectados) para determinar si la elección prevista es más rentable. Con cuatro técnicas



para la EE: Análisis de costo de minimización (ACM), costo beneficio (ACB), análisis costo-efectividad (ACE) y análisis costo utilidad (ACU) todos comparten una razón: para permitir la planificación y las decisiones de intervenciones públicas (o políticas) con la máxima eficiencia económica y las mejores acciones de todas las partes cuando sea posible. La búsqueda de la mejor atención médica al menor costo es el objetivo común de todas las sociedades, donde los costos están en aumento, su optimización es de vital importancia. La internación domiciliaria, si bien es costosa, sigue siendo una alternativa en esa búsqueda.

**“Entender las variaciones es clave para el éxito en la calidad y los negocios”**

**Edwards Deming**

**“La información previa no puede obtenerse de fantasmas ni espíritus, ni se puede tener por analogía, ni descubrir mediante cálculos. Debe obtenerse de personas que conozcan la situación del adversario”**

**Sun Tzu (Piacentini, 2012)**

## **OBJETIVOS OBJETIVOS GENERALES**

Demostrar que el uso racional de las internaciones domiciliarias para pacientes frágiles, a través de la intervención de la auditoría médica, sea por su aprobación, así como por las asignaciones del tipo de las mismas (ID por acto dispositivo, ID por módulos) es eficiente, siendo una herramienta costo-efectiva, más aún, si se compara con los costos hospitalarios.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Evaluar la ID en el contexto de los sistemas y servicios de salud (obra social nacional) en Capital Federal, y medirla incidencia y prevalencia de la ID por sus dos formas, actos dispositivos y por módulos

Evaluar si las modificaciones de los cambios de tipo de ID, tiene impacto económico, así como si son costo-efectiva.

Evaluar las características en términos de calidad de vida de la población estudiada.

Evaluar si con la intervención de la ID disminuye la prevalencia de los recursos de amparos.

## HIPOTESIS

La internación domiciliaria, es una herramienta útil, como apoyo a nuestro sistema de salud, donde los hospitales de agudos tienen necesidades, como la disponibilidad de cama de internación, además estos hospitales, independiente del grado de complejidad, requieren altos costo en su mantenimiento, además de estar en un sistema de salud fragmentado, e ineficiente, como defectos de relevancia.

La internación domiciliaria es una opción válida para liberar camas hospitalarias, sea al evitar su internación o lograr disminuir la estada, al lograr altas precoces o completar tratamientos en su domicilio. Su gestión a través de la auditoría medica es de relevancia, pues permite optimiza de los recursos, con lo cual se generan ahorros económicos importantes, en un sistema finito desde lo económico. La ID pues es costo-efectiva, sobre todo en una población con alta demanda de atención de su salud, donde su calidad de vida se encuentra afectada de manera significativa.

Asimismo, la internación domiciliaria ayuda a disminuir la conflictividad legal (través de la disminución o resolución favorable de amparos).

**“A menos que tu corazón está totalmente abierto y tu mente en orden, podrás manejar los acontecimientos de manera infalible, ni enfrentar a las dificultades graves e inesperadas sin confundirte, ni dirigir cada cosa sin conflicto”**

**Sun Tzu**

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGIA**

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, de cohorte, sin grupo control, con población de dos obras sociales nacionales, con lugar en CABA. Este estudio se realizó en una institución pública referente en el área social y salud, el Instituto de Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados INSSJP, institución creada por ley 19032 en 1971 por Dr. Manrique, también conocida históricamente como PAMI (Programa de Atención Medica Integral). Cuenta con una muy importante cantidad de afiliados, alrededor de 5 millones, de gran impacto en cuanto a necesidades de recursos (4to presupuesto nacional, así como por su población vulnerable), lo cual se sumó discapacitados y los veteranos de la guerra de Malvinas. Como organización tiene un organigrama con un área denominada nivel central (nivel central divididas en secretarías y gerencias), y áreas de gestión locales (unidad de gestión local o UGLs) divididas en 36 según áreas de cobertura, cubriendo todo el país, con más 500 bocas de atención (en cada UGL se encuentra divididas de agencias), convirtiéndose en la Obra Social más grande del país y latino américa. Fue fundado con la idea de ser un ente autónomo, pero hasta ahora, todos sus directores ejecutivos o interventores fueron designados por los presidentes de turno, por lo cual tiene gran influencia política. Su objetivo primario es la atención integral, tanto medico como social, de los jubilados y pensionados. Depende del ministerio de salud, el cual depende del poder ejecutivo. Cuando analizamos a su vez dicha estructura local, estas se dividen en áreas médicas, sociales, además de las administrativas contables. Siendo las distintas UGLs con distintos niveles de importancia, según

el área poblacional de cobertura y su cantidad de afiliados. Este estudio, fue retrospectivo a principios del año 2016. Se realizó en la UGL de Capital Federal, siendo la UGL responsable de las prestaciones médicas de aproximadamente 380 mil afiliados. El área médica se encarga de las internaciones en hospitales de agudos, tanto de los afiliados de CABA, como de recibir derivaciones de otras UGLs, por falta de alta complejidad o camas. La Capital Federal, centraliza la mayor complejidad del país, tanto en hospitales de agudos, como para realización de estudios de alta complejidad, además de internación domiciliaria complejas, gestión de provisión de insumos médicos, internación en centros de rehabilitación de complejidad. Además, el área médica, se encarga de dar apoyo a las áreas sociales, discapacidad y legales, coordinar actividades con el equipo de nivel central, entre las funciones más importante. En el año 2016, el sistema de prestación médica, continuo lo que se venían realizando de la gestión anterior, es decir, pago **por prestación**. Se llama así, al pago de las misma según las prestaciones brindadas, como se sabe, dicho sistema conlleva el riesgo de la sobre prestación (cobrar más de lo que realmente se realizó), por lo que la función de la auditoria asume un rol central. Al terminar el año 2016, se contó con muchos registros y datos, que permitió analizar, y sacar conclusiones. Basado en estas observaciones, se confirmó que la importancia de la auditoria. Se debe aclarar que, durante el año 2017, se modificó el sistema de salud de INSSJP pasando a un **sistema capitado**, en vista de la crisis económica, teniendo este sistema como virtud ser económicamente previsible, y presentando como desventaja la sub prestación (negación a dar servicios en una población asignada, con fines de ahorro).

El análisis calidad de vida se realizó en una población de una obra Social nacional, con una población de afiliados que rondan los 400 mil en todo el país, con un gran control de sus prestaciones médicas. La población evaluada fue en Capital Federal con una población de aproximadamente 80 mil afiliados. Por cuestiones técnicas, no se pudo realizar en la misma población del análisis anterior. Se tomó la población de Capital Federal, con un numero de internaciones domiciliarias que rondan las 70 pacientes de manera mensual, que incluyen población mayor, algunos con discapacidad (población teóricamente similar). Si bien, los datos no son extrapolables.

## DISEÑO DEL ESTUDIO

Se dividió en dos estudios, una parte corresponde a internación domiciliaria del INSSJP y una segunda parte realizada en una población de otra obra social.

La primera parte del estudio realizado en su metodología fue la siguiente:

Observacional,

Retrospectivo

De Cohorte longitudinal,

Sin grupo control

Durante el mes de febrero del año 2016, se realizó en primer lugar un relevamiento de la cantidad de Internación domiciliarias en CABA en INSSJP, dentro de una población de 380 mil afiliados.

El estudio abarco desde el primer registro se realizó en marzo y hasta noviembre del mismo año, todos con la misma modalidad.

La parte del estudio de la calidad de vida, fue realizada en el año 2017, siendo observacional, de cohorte, sin grupo control.

## UNIDAD ANALISIS

Se computo unas **2800 asignaciones a ID**, mientras que en promedio se ocupaban en promedio unas **1800 camas en hospitales de Agudos** de diferentes complejidades (desde la baja complejidad a la alta complejidad, incluyendo Hospitales públicos dependiente del gobierno de la ciudad, universitarios, así como privados) y unos **120 pacientes en centros de rehabilitación**, siendo estas últimas solo privadas.

Camas de Hospitales	1800 mes
Asignación a ID	2800 mes
Camas en centros de Rehabilitación:	120 mes

En el análisis de calidad de vida se tomó todas las asignaciones a ID siendo unas 50 asignaciones.

## VARIABLES UTILIZADAS

Para entender la situación prestacional en la internación domiciliaria, es importante conocer las dos variables utilizadas.

**Asignación por acto dispositivo (AD):** Se llama a la designación o asignación a una prestación por excepción, siendo justificado en virtud de la situación de urgencia y necesidad, es este caso, de una prestación médica. Debe llevar la firma del coordinador médico siendo refrendada por la dirección ejecutiva local. En términos prestacionales, da una libertad máxima en la asignación de las posibles prestaciones a otorgado, como por ejemplo asignaciones de 24hs de enfermería, cuidadores, etc. Su costo, varía de acuerdo a las prestaciones ejecutadas (costo variable).

**Asignación por módulos (AM):** Asignaciones a modelos prestacionales médicos prefijados. Dichos módulos, son formateados por nivel central, con modelos de prestaciones fijas (ejemplo enfermería 3 veces por día), siendo las prestaciones designadas por las UGLs. Dichas prestaciones, de acuerdo al módulo, tienen sus costos, es decir montos fijos de dichas prestaciones (costo fijo).

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se incluyeron todas las internaciones domiciliarias asignadas durante el año 2016, que estaban asignadas a las diferentes empresas de internación domiciliarias que tenían convenio con la obra social.

Para la evaluación de calidad de vida se tomó todas las asignaciones de ID.

## TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se recabo todas las internaciones domiciliarias asignadas que figuran en el sistema informático de la obra social, así mismo los nuevos ingresos son enviados para su control quedando registrado en una base de dato. Los datos económicos y legales son proporcionados por las respectivas áreas de contable y legales.

## **PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION**

Los resultados se presentan mediante ecuaciones, gráficos y tablas.



“Un buen líder es aquel que habla poco, hace su trabajo y cumple sus objetivos, y su gente dice [Lo hicimos nosotros] Si no honras a tu gente, ellos no te honraran”

Lao Tzu

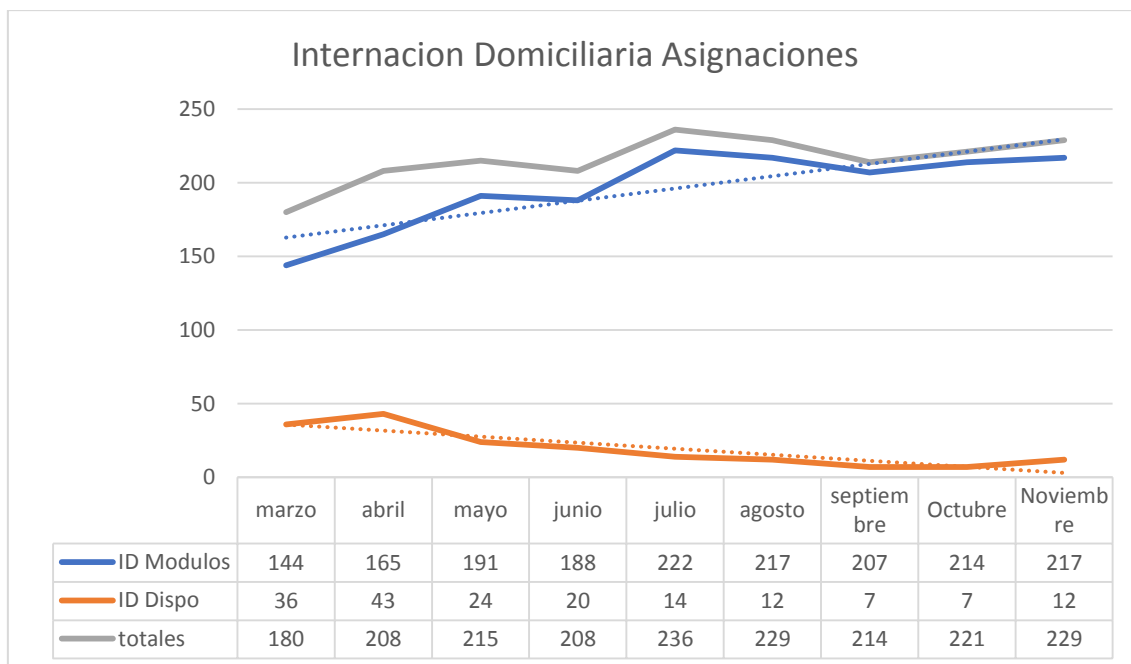
### CAPITULO III

#### RESULTADOS OBTENIDOS

A principio del año 2016, se asignaban por acto dispositivo (AD), su incidencia (casos nuevos), era elevada para esta modalidad, siendo la prevalencia (casos acumulados con las mismas características) 58%, siendo la asignación por módulos (AM) en un 42%. Desde el inicio de la auditoria médica, en la asignación de pacientes, cambio de manera notable esta incidencia, invirtiendo la cantidad de nuevos casos de ID, a AD por AM, como se ve en la tabla número 8.

**Tabla 6- Comparación de asignaciones de ID módulos versus acto dispositivo**

<b>Asignaciones a Módulos 2016</b>	<b>Asignaciones a ID (Acto dispositivo)</b>
<b>Marzo: 144 pacientes</b>	<b>36 ptes</b>
<b>Abril: 165 ptes</b>	<b>43 ptes</b>
<b>Mayo: 191 ptes</b>	<b>24 ptes</b>
<b>Junio: 188 ptes</b>	<b>20 ptes</b>
<b>Julio: 222 ptes</b>	<b>14 ptes</b>
<b>Agosto: 217 ptes</b>	<b>20 ptes</b>
<b>Septiembre: 207 ptes</b>	<b>7 ptes</b>
<b>Octubre: 214 ptes</b>	<b>7 ptes</b>
<b>Noviembre 217 ptes</b>	<b>12 ptes</b>
<b>Totales acumulados: 1765 pacientes (89,7%)</b>	<b>183 pacientes (10,3%)</b>



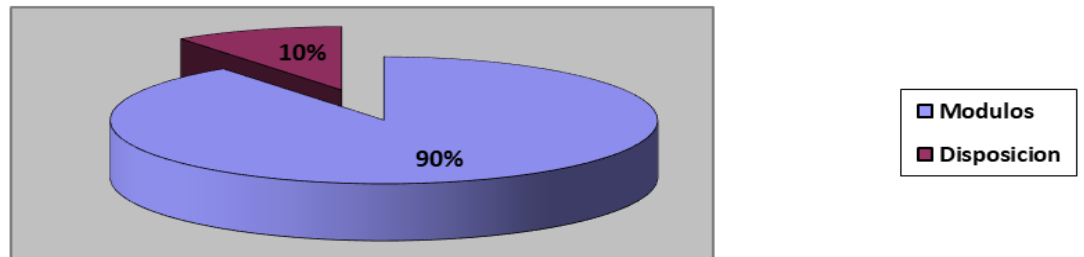
**Figura 24- Tendencia asignación de ID**

En la figura 24, se muestra, que si bien la tendencia es neutral de las ID totales, también muestra, el aumento de la ID por módulos con disminución de las asignaciones por acto dispositivo. Cabe aclarar el número total de pacientes en ID fueron 2844 y al final del estudio 2779.

Detalle por empresas por Módulos (**Anexo-Tabla 18**), detalle de las empresas de ID por acto dispositivo (**Anexo –Tabla 19**)

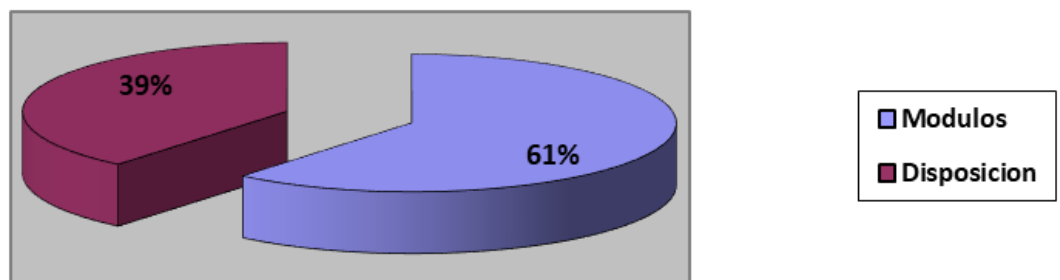
El eje operativo de la auditoría médica, en las asignaciones, fueron ejecutadas, por médicos expertos en medicina interna y medicina crítica. Los cuales designaba la prestación adecuada, según las características clínicas y sus pronósticos. Quedando los casos de medicina paliativa para los actos dispositivos, dado que estos pacientes, dichas asignaciones, son temporarias, dado el mal pronóstico de sus diagnósticos. En todos los casos, las empresas asignadas fueron de manera aleatoria. Por intervención de la auditoría médica, se logró invertir su incidencia a un 10%, dejando esta asignación a pacientes de altos riesgo, en general, como ya se expuso, a pacientes oncológicos con requerimientos de cuidados paliativos, en los cuales la internación domiciliaria es incuestionable y necesaria.

**Figura 25 – Incidencia de la relación de ID de AD y de AM en durante en el año 2016 (siendo que van de un 26 a un 13%, promediando un 10%)**

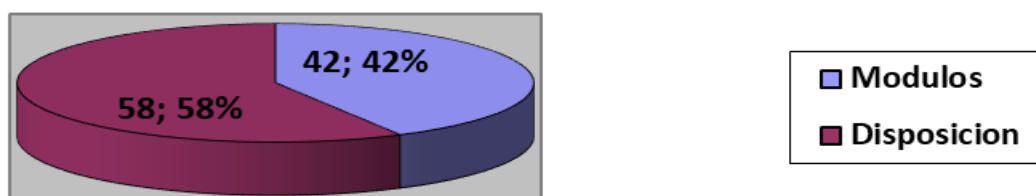


Cuando analizamos **la prevalencia**, es decir todas las asignaciones acumulativas, eran a principio **de marzo del 2016, unos 1650 pacientes (de las 2800) con ID por acto dispositivo (AD)**, lo cual se analiza en proporciones, nos daba que el **58 % de los pacientes con ID** eran por **acto dispositivo**, siendo un **42% las ID por módulos**

**Figura 26-Prevalencia-Relación Módulos de Internación domiciliaria versus ID por Disposición noviembre 2016**



**Figura 27-Prevalencia relación ID módulos versus ID por actos dispositivos marzo 2016**



En noviembre del mismo año, con la tendencia en descenso de la ID por acto dispositivo como se mostró previamente, se invirtió la prevalencia como lo marca las tortas de asignaciones.

Es decir, que la Prevalencia cambio de un

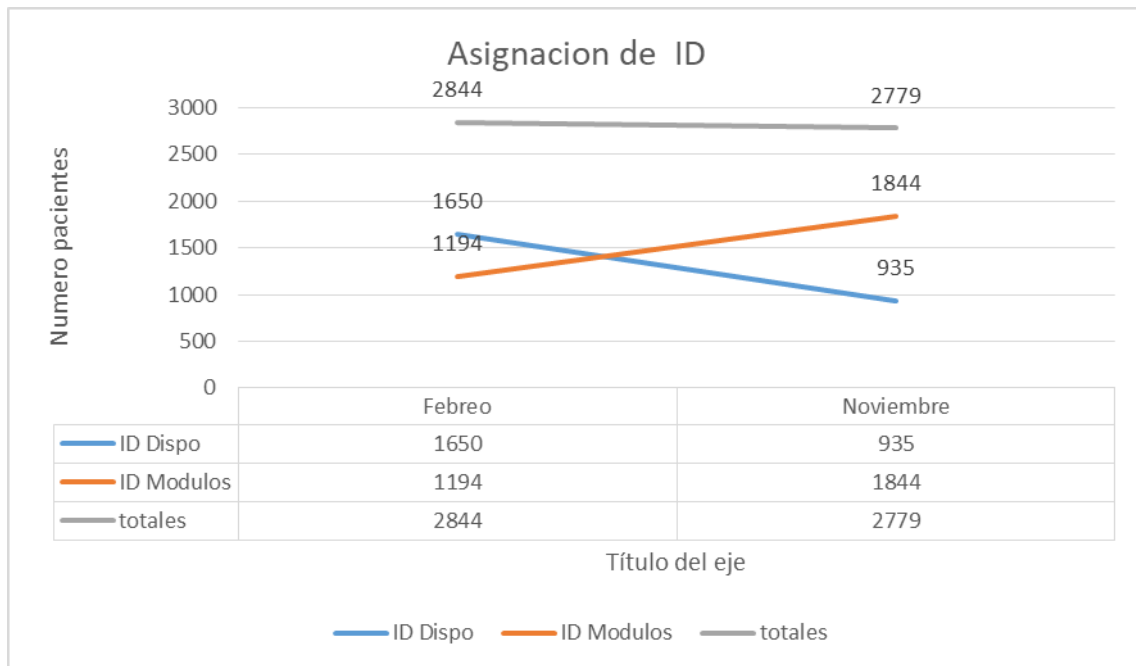
**58% a 39% ID por acto dispositivo**

**42% a 61% ID por módulos (diferencia neta del 19%)**

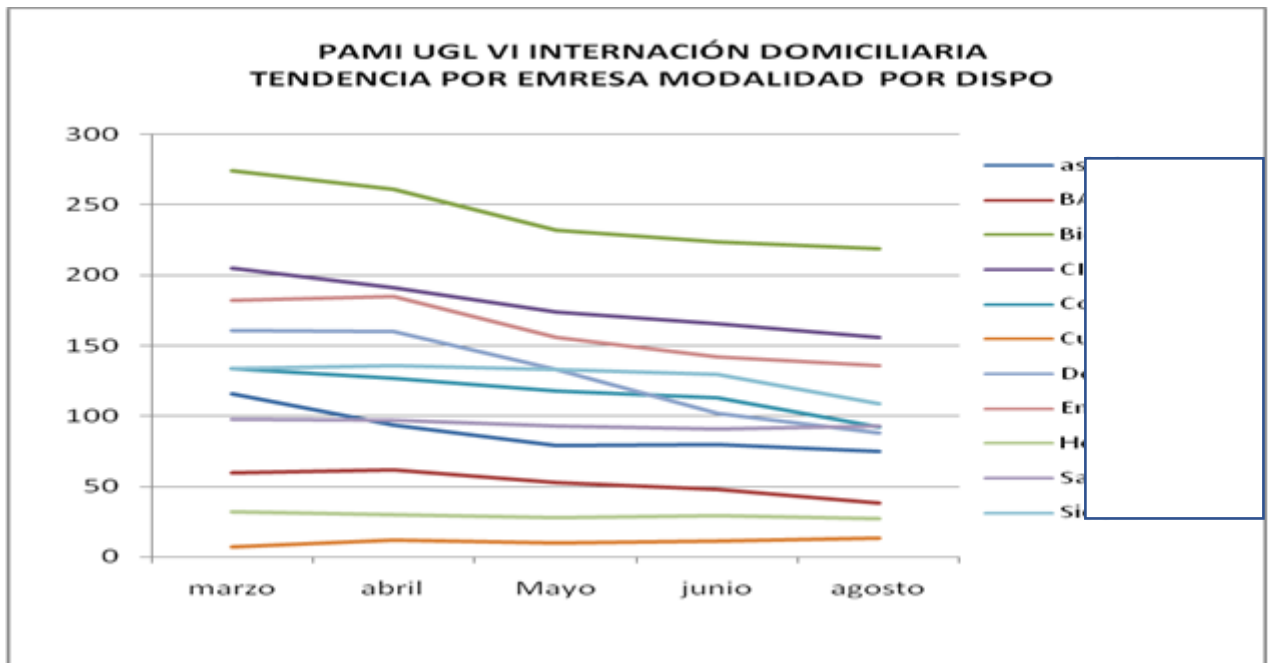
**Tabla 7-Internación Domiciliaria por Modulo y por empresas asignadas**

Prestador	MMA D total	MMAD mod. A	MMAD mod. B	MMAD mod. C	Por acto dispositivo	Pacientes total
AIXX	454	115	305	34	0	454
AsiXXXX	0				61	61

<b>BAXX</b>	<b>53</b>	11	41	2	<b>38</b>	<b>91</b>
<b>BienXXXXX</b>	<b>1</b>	1	0	0	<b>198</b>	<b>199</b>
<b>ChXX MediXXXX</b>	<b>40</b>	10	28	4	<b>20</b>	<b>60</b>
<b>CXX HOXX</b>	<b>65</b>	10	54	1	<b>131</b>	<b>196</b>
<b>ConXXXXX</b>	<b>121</b>	16	101	4	<b>111</b>	<b>231</b>
<b>CuidXXXX</b>	<b>30</b>	5	23	2	<b>7</b>	<b>37</b>
<b>DoXXX</b>	<b>98</b>	22	73	3	<b>79</b>	<b>177</b>
<b>EfiXXX</b>	<b>132</b>	29	99	4	<b>0</b>	<b>132</b>
<b>EmXXXXX</b>	<b>96</b>	21	73	2	<b>101</b>	<b>197</b>
<b>HeaXXX HoXX</b>	<b>0</b>				<b>22</b>	<b>22</b>
<b>PriXXX HoXX</b>	<b>119</b>	18	90	11	<b>0</b>	<b>119</b>
<b>San FXXXXXXX</b>	<b>309</b>	127	167	15	<b>61</b>	<b>370</b>
<b>SiXXX</b>	<b>326</b>	157	147	22	<b>106</b>	<b>428</b>
<b>Total UGL</b>	<b>1844</b>	542	1201	104	<b>935</b>	<b>2779</b>



**Figura 28- Evaluación longitudinal asignación de ID. Donde se muestra sin un cambio significativo del número de pacientes en ID, pero un claro descenso de la ID por AD y aumento de las ID por AM.**



**Figura 29- Tendencia de las asignaciones de ID por acto Dispositivo por empresas.**

### Resultados Parte I:

En primer término, con la intervención de la auditoría médica, a través, de una evaluación médica eficiente, se logró disminuir la incidencia (casos nuevos), de las ID de acto dispositivo a un 10% aproximadamente, logrando a fin de año, revertir la prevalencia a favor las ID por módulos, con una diferencia neta del 19%, siendo el neto de pacientes que disminuyendo del acto dispositivo superior a las 700 asignaciones. A principio del año 2016, por acto dispositivo, su prevalencia era un 58% (1650 pacientes), siendo la asignación por módulos un 42%(1194 pacientes), totales del primer conteo en febrero 2016 fueron 2844. En noviembre del 2016, la prevalencia cambio a un 39% (935 pacientes) ID por acto dispositivo, mientras que la ID por módulos paso a 61% (1844 pacientes), con total de 2779. Es decir, que no se modificó el número

necesarios de ID, sino la calidad de las asignaciones.

## Parte II-Análisis económico

Ahora es importante analizar, si esas modificaciones tendrían impacto económico. Si bien la prestación por ID por módulos es más económicas, y a primera vista, uno aseguraría que debería correlacionarse con dichos cambios. En primer lugar, la 1era evaluación económica, es comparar los costos de la ID por módulos contra ID por actos dispositivos. En segundo lugar, se va a realizar una comparación teórica, los costos de las internaciones hospitalarias de baja complejidad contra los costos de la ID global. Las camas hospitalarias de baja complejidad, son por definición las más baratas en los sistemas de salud hospitalario.

**1er Análisis:** Se realizó la comparación neta de facturación de ID por acto dispositivo en dos meses, febrero y septiembre del mismo año (2016). Como se muestra en el cuadro comparativo abajo la **diferencia neta de más de 8 millones de pesos, a menor facturación en septiembre con respecto a febrero.**

**Tabla 8- Costos de las empresas de ID en febrero y septiembre 2016**

Empresa	Febrero	Septiembre
Asixxxx	\$ 2.035.000	\$ 1.722.000
Bienexxxx	\$ 8.368.000	\$ 6.350.000
Cxx	\$ 4.970.000	\$ 3.594.000
Cuixxxxx	\$ 106.000	\$ 234.000
Heaxxx	\$ 497.000	\$ 210.000
Italxxxx	\$ 340.000	\$ 221.000
Sixxx	\$ 6.800.000	\$ 5.564.000

<b>Baxx</b>	\$ 1.047.000	\$ 1.706.000
<b>Conxxxxx</b>	\$ 3.472.000	\$ 3.298.000
<b>Emxxxxx</b>	\$ 3.282.000	\$ 1.731.000
<b>San Franxxxxx</b>	\$ 4.700.000	\$ 4.136.000
<b>Chxx</b>	\$ 0	\$ 166.000
<b>Doxxx</b>	\$ 4.573.000	\$ 2.861.000
<b>Total mensual</b>	<b>\$ 40.190.000</b>	<b>\$ 31.793.000</b>

**TOTALES ID x Dispositivo 2016**

Total Febrero ID x Dispositivo	\$ 40.190.000
Total Septiembre ID x Dispositivo	\$ 31.793.000
<b>Reducción ID x Dispositivo Feb. Contra Sept.</b>	<b>\$ 8.397.000</b>

Ahora, si bien disminuyo el costo de la ID por Acto Dispositivo, es lógico que los monto de ID por módulos aumenten, como se muestra en la tabla siguiente.

Siendo un aumento de 6 millones 300 mil pesos.

**Tabla 9- Costos totales de Módulos de ID**

**Totales ID por Módulos**

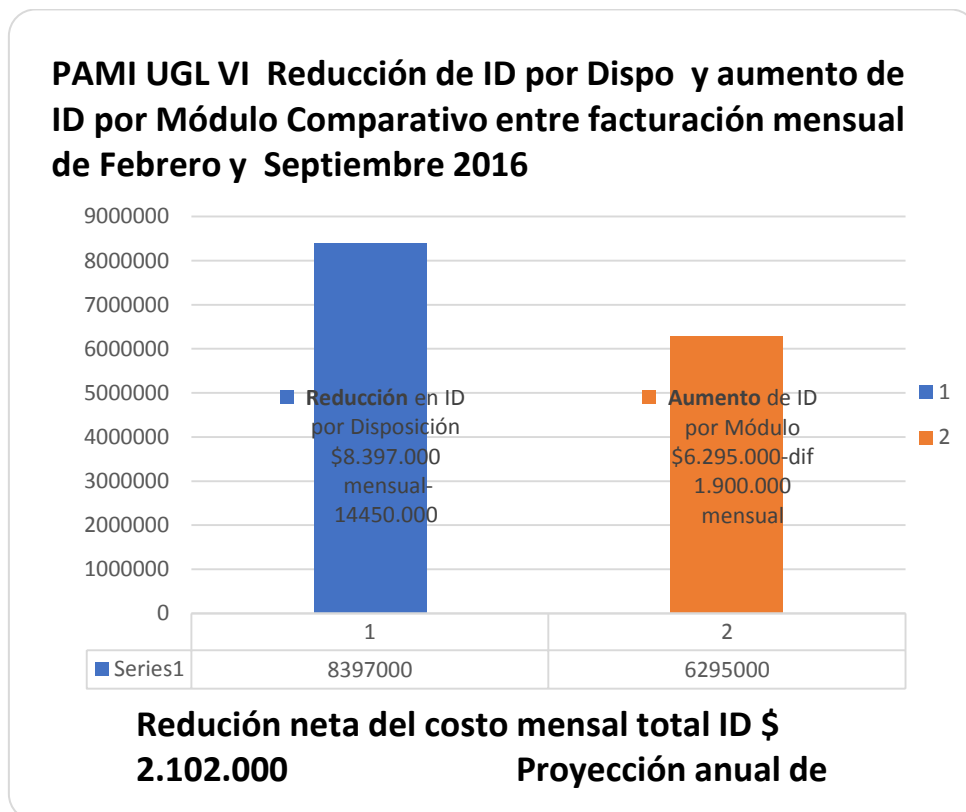
	total ID por módulo Feb/16	\$ 11.159.000
	total ID por módulo Sept/16	\$ 17.454.000
	<b>Aumento ID x módulos Feb a Sept/16</b>	<b>\$ 6.295.000</b>



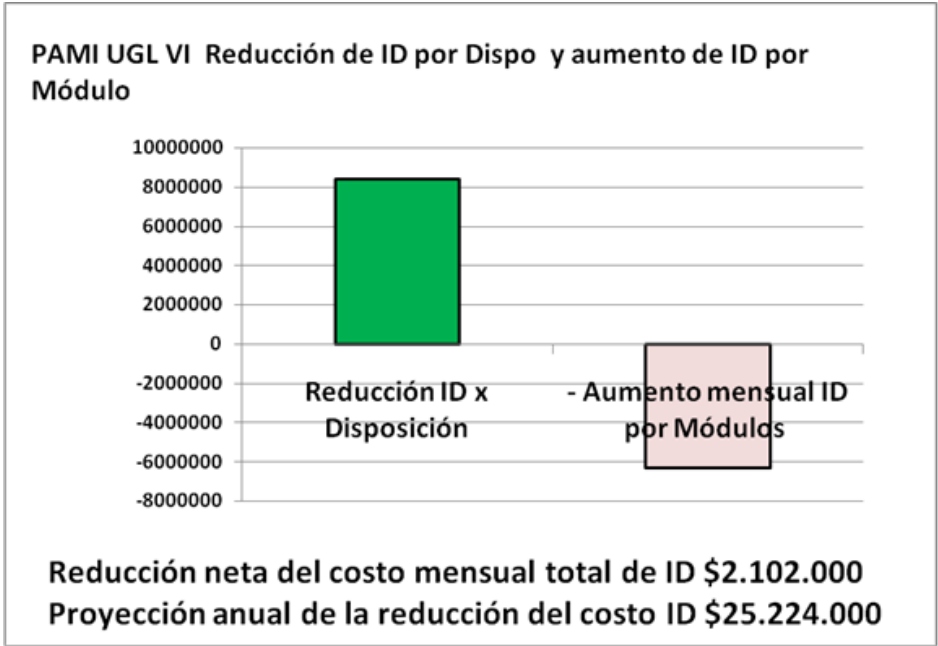
<b>Reducción ID x Disposición</b>	<b>- Aumento mensual ID por Módulos</b>
<b>\$ 8.397.000</b>	<b>\$ 6.295.000</b>

Es decir, que si vemos la diferencia neta entre la disminución de los costos de ID por acto dispositivo en 8.397.000 contra un aumento de los costos de ID por módulos en 6.295.000, nos deja un monto neto de ahorro de 2.100.000. Esto es una comparación mes contra mes. Si asumimos que esto fue gradual, y poniendo un valor medio 1, 5 millón y realizamos una proyección anual de los ahorros, estaríamos hablando de entre unos 18 millones/año hasta unos 25 millones/año.

**Tabla 10- Diferencias de costos ID módulos –disposiciones**



**Tabla 11- Diferencias neta de costos de ID**



Ahora también sabemos, que la inflación es un mal de nuestro país, por ende, no podemos dejar de analizar.

Se sabe que la inflación del año 2016 estuvo alrededor del 40%, siendo la **inflación entre febrero y septiembre alrededor de un 24,8%** como se muestra en el cuadro de barras abajo. Estas cifras son tomadas el Índice de precios al consumidor (IPC) que elabora el Congreso de la Nación, con una inflación promedio mensual del 2,9%: **(Anexo –Figura 44)**

**Si adecuamos los valores a inflación del 25%. Nuestros valores quedarían formados de la siguiente manera**

<b>ID Dispositivo</b>	<b>10.500.000</b>
<b>ID Módulos</b>	<b>7.000.000</b>
<b>Diferencia</b>	<b>2.600.000</b>
<b>Adecuamos Diferencia</b>	<b>1900.000</b>
<b>Proyección anual</b>	<b>22.800.000</b>

Ahora, bien si bien los números, son grandes, el paso tiempo e inflación, puede llevar a perder, la dimensión real de los ahorros. así que pasé a dólar valor de momento (2016) y lo convertí a valor actualizado dólar (2020)

**Dólar 2016: 16 pesos: 22.800.000 son 1.400.00 dólares**

**Dólar oficial más imp. mayo 2020: 90 pesos: 1.400.000 serian 126.000.000 pesos**

Este juego de números, es para magnificar los resultados obtenidos. **Es decir, estos casi 23 millones actualizados vendrían a ser más 126 millones de pesos actuales.**

**2-Analisis:** También lo vamos a comparar contra los costos hospitalarios. En ese momento, una cama de hospital de baja complejidad salía desde 2000 mil pesos, en un hospital complejidad media 5000 hasta las camas de alta complejidad que salía 7000 pesos. **Elegí comparar a la cama del hospital de baja complejidad, pues es el que más se le acerca a la complejidad y usos de recursos de la ID.** Se realizó en calculo con la cantidad de pacientes en ID x costo de cama de hospital de baja complejidad

**2800 pacientes x 2000 pesos x 30días= 168 millones**

**Costo global de la ID (módulos más Dispositivo): 57 millones**

**Diferencia neta: 111 millones a favor de la ID. Dólar actual: 624 millones pesos.**

Es decir, para la masa de 2800 pacientes de ID, si estuvieran internados en un hospital de baja complejidad, requeriría un costo teórico de 168 millones, que comparando con los costos globales de la ID de 57 millones redondos, nos genera un ahorro de más de 111 millones.

### **Resultados Parte II:**

**En el análisis económico, demostramos que estos cambios de asignaciones realizadas por la auditoria médica, se correlacionaba con los ahorros económicos. Los costos de ID por acto dispositivo bajo a 8.397.000, contra un aumento de los costos de ID por módulos en 6.295.000, la diferencia nos deja un monto neto de ahorro de 2.100.000. Esto es una comparación mes a mes. Si asumimos que esto fue gradual, y poniendo un**

valor medio 1,5 millón y realizamos una proyección anual de los ahorros, estaríamos hablando de unos 18 millones/año. Si lo adaptamos a tasa de inflación de ese momento, la proyección anual es de casi 23 millones. Si lo llevamos a precio dólar del 2016, son unos 1.600.000 \$, su conversión actualizada (dólar 90 pesos) serían hoy más de 126 millones. Mostrando su gran impacto presupuestario. También se realizó un análisis teórico comparando con costo diario de sala general de un hospital de baja complejidad, costo diario era de 2000 pesos, mientras que un día de internación domiciliaria salía 480 pesos, siendo el QALY similar, por lo que la diferencia neta es de 1520, con un cálculo mensual de 45000 mil pesos, a favor de la internación domiciliaria por lo que queda demostrado el costo-beneficio, o lo que es más exacto hablar, de costo de minimización. Cuando esto se lo lleva a la cantidad de pacientes estudiados el ahorro teórico ronda los 111 millones (624 millones actualizados).

### **III PARTE: Análisis calidad de vida**

La calidad de vida es de difícil definición. Muchas medidas utilizadas para evaluar la calidad de vida son usadas en salud, el estado funcional, el comportamiento social o el bienestar psicológico, y algunas, no son adecuadas para las personas que viven en hogares de cuidado.

Se usó la evaluación realizada por el Grupo EuroQol, red de investigadores multidisciplinarios internacionales dedicados a la medición del estado de salud.

Es decir que el EQ-5D es una medida estandarizada del estado de salud, y que ha sido validada en el país. Proporciona una medida simple y genérica el estado de la salud para la evaluación clínica y económica.

Se completó la encuesta de la Calidad de Vida con el siguiente cuestionario:

#### **Cuestionario de Calidad de vida**

Comprende cinco preguntas relacionados con problemas actuales en la enfermedad:

- 1-Movilidad;
- 2- Autocuidado (cuidados personales como higiene);
- 3- Actividades habituales;
- 4- Dolor / incomodidad;
- 5- Ansiedad / depresión.

Respuestas en cada dimensión se dividen en tres niveles ordinales codificados en 1,2 y 3

- 1, Sin problemas;
- 2, Problemas moderados;
- 3, Problemas extremos.

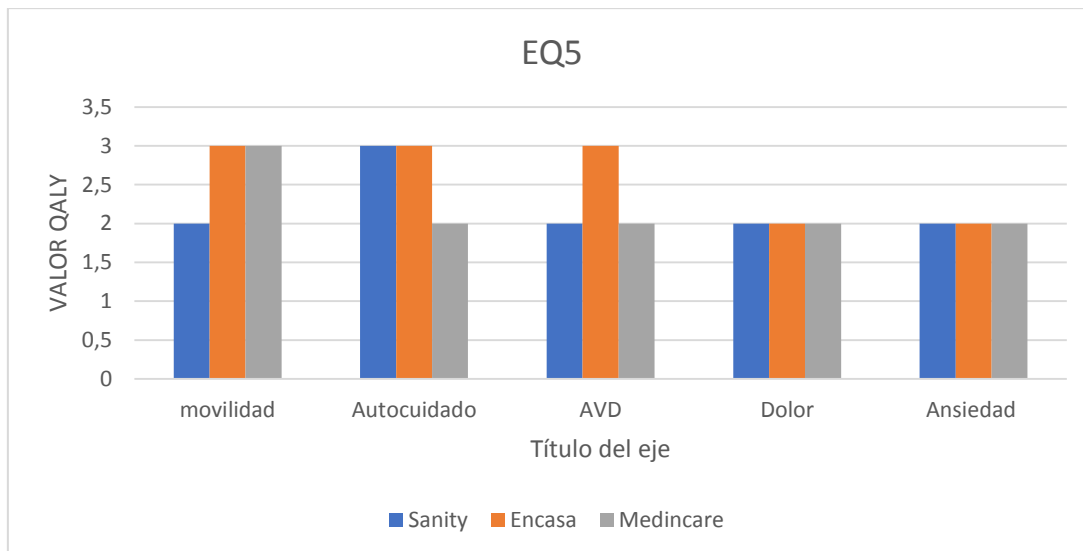
**Tabla 12- Score de Calidad de Vida en ID**

	Movilidad	Autocuidado	Act diaria	Dolor	Ansiedad/de presion	Numero	Mediana
<b>Sanxxx</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>2</b>
<b>Encxxx</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>2</b>
<b>Medinx xx</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>
	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>49</b>	<b>49</b>

Podemos decir, que esta población, tiene alto grado de necesidad de asistencia, asistidas por tres empresas de capital federal, con un número de pacientes asistidos y evaluados cercanos a los 50, hemos encontrado los siguientes datos que están detallados: **(Anexo- Tabla 20)**

En una población mucho menor, pero de adultos mayores. Se evaluó el Score de Calidad, donde se **muestra con moderado a severo grado de compromiso**

**Si lo analizamos en forma dicotómica lo podemos resumir en pacientes “con problemas” (2-3). Analizando 1 salud 0 muerte, donde por el QALY representa afección moderada a severa: 0,75 por lo tanto la evaluación seria: 1-0.75: 0.25, es decir que se redujo un 75% la expectativa de vida.**



**Figura 30- Análisis de Qaly descriptivo.**

### **Resultados Parte III:**

Se encontró en la población evaluada sobre casi 50 pacientes, en quienes el Qaly desde un punto vista descriptivo mostro compromiso moderado a severo (2-3), si lo evaluamos desde punto de vista dicotómico, como “con problemas”, y si lo hacemos temporal, con una reducción del 75 % de su expectativa de vida. Es decir que es un grupo de pacientes muy enfermos, en quienes la ID juega un rol muy importante. Si bien, no es la población inicial, es una población similar, sea por edad, como por lugar de vida. Así mismo, muchas publicaciones, asumen que dicha población, al compararlas con los hospitales de agudos, como a similar Qaly.

### **IV Parte: Análisis Económico**

Como se dijo, existen varias herramientas para el análisis económico, que se van a ir desplegando

El análisis desde el punto **de Costo Efectividad** donde

A es el tratamiento convencional (hospitalario) **Ca**

B es el tratamiento alternativo (Internación domiciliaria) **Cb**

**La efectividad o beneficio se evalúa en Qaly: (Ea o Eb)**

Donde hacemos un cálculo teórico teniendo en cuenta los datos que tenemos y la población en estudio, donde nuestra población con una expectativa de 10 años de vida, está dispuesta a ceder 5 años por para tener buena calidad de vida. Así la calidad de vida (QALY) de un paciente adulto mayor es 0,5 U (5/10). **Nosotros usamos los resultados de Qaly obtenida en la población usada es decir 0.25**

**Así mismo dado que la población es similar de la internación domiciliaria al de la internación hospitalaria en sala general, por lo que se considera que no hay diferencia en términos de QALY.**

Usando la fórmula de:

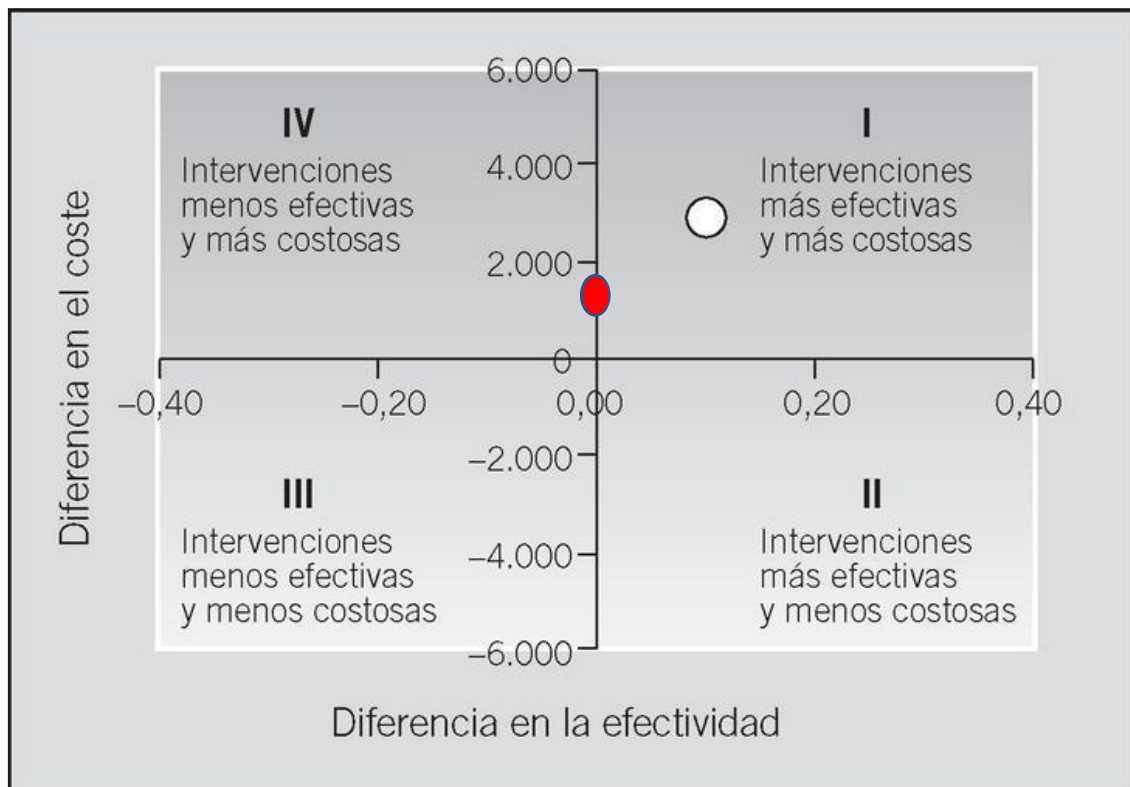
$$ACE: \frac{Ca - Cb}{Ea - Eb} = \frac{2000 - 480}{0.25 - 0.25}$$

A: 2000 (hospital) E: 0.25 CEM 4000 D 1520

B: 480 (ID) E: 0.25 CEM 960

**A: tratamiento hospitalario, B tratamiento ID, E: QALY, CEM: costo efectividad media, D diferencia costo.**

Un costo diario de sala general de un hospital ascendía a 2000 pesos, un día de internación domiciliaria salía 480 pesos, siendo el QALY similar. La diferencia neta es de 1520 pesos, con un cálculo mensual de 45000 mil pesos, a favor de la internación domiciliaria por lo que queda demostrado el costo-beneficio o mejor dicho costo de minimización (a iguales Qaly).



● **Figura 31-ACE.** En el gráfico de plano de costo-efectividad, el eje horizontal muestra la diferencia entre la intervención hospital versus ID, el eje vertical muestra la diferencia de costos. Nos queda efecto neutro en cuanto a efectividad, pero positivo en cuanto a diferencia de costo.

#### Resultados Parte IV:

Entonces, desde el punto del análisis de económico, el análisis de costo beneficio la ID confirma los mostrado en los anteriores análisis, es decir sus beneficios. Con las limitaciones del Qaly, si asumimos, como lo describe la bibliografía, la población es similar en las dos muestras en términos de Qaly, sea ID como en las camas de los hospitales de baja complejidad. La ID es costo-efectiva o, mejor dicho, tiene beneficios en costo de minimización.

#### **V Parte: Análisis de conflictividad legal (amparos)**

Cuando analizamos el grado de conflictividad legal, representado por la cantidad o número de amparos legales. La ID sirvió para bajar los mismos, ya sea por cierre (finalización) o sentencias favorables. Si bien el análisis es general, es decir no está discriminado, estos datos son orientativos, y en nuestra



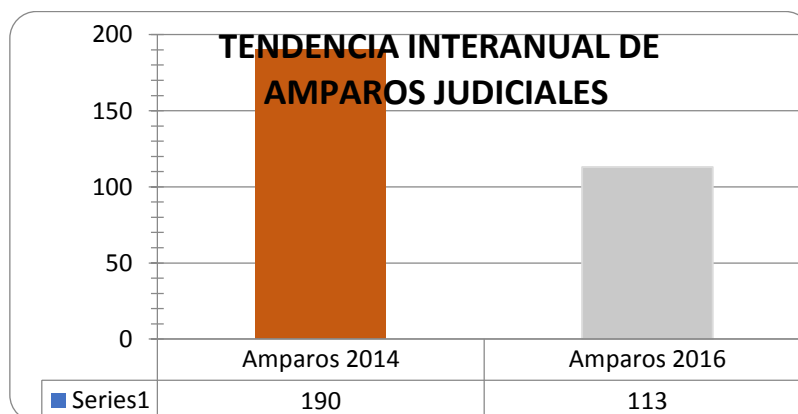
experiencia, la ID favoreció altas hospitalarias, las cuales estaban demoradas, en algunos casos por años, siendo una herramienta muy útil, al fin de liberar camas. Las cuales además del costo, son muy preciadas, por la alta demanda de las mismas. Cabe aclarar que los costos que implican estos procedimientos legales son elevados. La cantidad de amparos en el año 2014 fueron 190 contra 109 en el año 2016, con archivo de los mismos a agencia en el año 2014 26 contra 57 en el periodo 2016.

### Actuaciones enero noviembre 2016

**Tabla 13- AMPAROS JUDICIALES UGL VI PAMI-**

<b>UNIVERSO DE AMPAROS DEL DPM UGL VI</b>	-
<b>TOTAL AÑO 2014</b>	<b><u>190</u></b>
<b>FALLECIDOS</b>	51
<b>DESJUDICIALIZADOS CON PASE A AGENCIA</b>	26
<b>TOTAL ACTIVOS AÑO 2016</b>	<b><u>113</u></b>
<b>ATENCION MENSUAL DE AFILIADOS POR MEDICAMENTOS</b>	113
<b>AFILIADOS A DERIVAR A AGENCIA POR SITUACIÓN DE AMPARO EN ARCHIVO DEFINITIVO</b>	57

**Tabla 14- Tendencia Inter anual de Amparos entre año 2014 y 2016.**



### Resultados Parte V :

**Con la intervención de la ID, podemos decir que, se ha logrado disminuir el número global de las acciones legales ya iniciadas, lo que nos permite inferir, consecuentemente ahorros económicos, si bien esto no fue analizado en el presente estudio. La ID a través de su intervención, facilito la finalización de internaciones prolongadas en centros de mayor complejidad ordenada cautelarmente a partir de dichas acciones judiciales. Asimismo, se evitó con esta herramienta, el dictado de sentencias desfavorables contra la Institución, obteniendo acuerdos consensuados con los accionantes, disminuyendo también así el alto margen de conflictividad. Sin perjuicio de lo expuesto cabe advertir que el presente análisis se efectuó mediante datos globales y no por cada caso en particular, pudiendo de ser necesario aunar esfuerzos en pos de afinar las conclusiones arribadas en el presente análisis.**

**“Para gobernar hay que organizar. Se debe ejercer la autoridad sobre muchas personas como si fueran pocas, por eso es necesario dividir las en grupos o sectores”**

**Sun Tzu**

## **CAPITULO IV** **DISCUSION**

### **ASPECTOS EPIDERMIOLOGICOS DE LA INTERNACION DOMICILIARIA**

Según la Cámara Argentina de Empresas de Internación Domiciliaria (Cadeid), agrupa a 23 empresas que brindan cuidados domiciliarios a más de 200.000 personas en el país en el año 2017, mientras que en el año 2011 se hablaba de unos 80.000 pacientes enrolados, con lo cual se puede ver el vertiginoso crecimiento del mismo. (*Figueiras, 2017*)

### **EVALAUCION ECONOMICA EN MEDICINA**

Otro concepto importante es el costo, en economía, el coste o costo es el valor monetario de los consumos de factores, que supone el ejercicio de una actividad económica destinada a la producción de un bien, servicio o actividad. Todo proceso de producción de un bien supone el consumo o desgaste de una serie de factores productivos, el concepto de costo está íntimamente ligado al sacrificio incurrido para producir ese bien. Todo costo conlleva un componente de subjetividad, que toda valoración supone. En economía, el costo de oportunidad o costo alternativo, designa el costo de la inversión de los recursos disponibles, a costa de la mejor inversión alternativa disponible, o también el valor de la mejor opción no realizada. El término fue acuñado por Friedrich von Wieser en su *Theorie der gesellschaftlichen Wirtschaft* (*Teoría de la economía social*, 1914).

\*Adriana Figueiras.Desafios-de-la-asistencia-domiciliaria-en-Argentina-20171110-0096.  
www.cronista.com

Se refiere a aquello de lo que un agente se priva o renuncia cuando hace una elección o toma una decisión. Es evidente que consumir recursos en condiciones

de baja efectividad esperable, la perspectiva de beneficio para un paciente en particular, supone reducir los recursos que pueden ser empleados en otras opciones más efectivas, con la perspectiva de beneficio a otros grupos de pacientes, de manera general.

Con la idea de priorizar recursos, la que parece contar con un mayor número de partidarios, es el de eficiencia, medida en términos de costo-efectividad, costo-utilidad o costo-beneficio. El concepto, en principio, que parece atractivo en sentido estricto, y sin entrar en el análisis de posibles contradicciones entre eficiencia y otros objetivos en salud, exige un uso eficiente de los recursos de salud; que es a todas luces una obligación independientemente sea cual fuere el presupuesto disponible. Además, está relativamente libre de connotaciones éticas, sociales o políticas y sin duda puede complementar cualquier otra alternativa en la gestión de los recursos que se pretenda implementar. Los defensores de este criterio de eficiencia, argumentan que, si se pretenden maximizar las prestaciones de salud con recursos limitados, este tipo de análisis es el único adecuado para ordenar prioridades ya que se centra en el resultado que se ha obtenido con los recursos empleados. En su máxima expresión, este punto de vista ha llevado a la propuesta de que la medicina se desarrolle y evolucione hacia una medicina basada en la eficiencia, como objetivo fundamental u horizonte que todos los sistemas sanitarios deben perseguir. El concepto de medicina basada en la eficiencia se centra, sobre todo en buscar relación costo-resultados de las alternativas terapéuticas (y no sólo en su eficacia y seguridad). En lograr que los recursos existentes se asignen y distribuyan de acuerdo con el interés global de la sociedad, no buscando sólo el bien individual de cada paciente. Su fin último es que, sistemáticamente, utilicen las opciones terapéuticas que presenten una mayor eficiencia, dejando a un segundo plano el resto de las alternativas que podrían emplearse.

Entonces, es lógico pensar en la gestión eficiente de los servicios sanitarios, para lograr, que los recursos económicos de que dispone el sistema de salud, sirvan para producir máximo resultado posible en términos de salud poblacional. (Hysong S. , Theory and Evidence-Based Design of Audit and Feedback to Improve Quality of Care, 2017) Ello supone admitir a la vez, que es inevitable establecer restricciones y priorizaciones, y llevarlas a cabo de forma explícita y

desde un criterio de costo-efectividad (o similar) es más razonable, que hacerlo de forma implícita y potencialmente arbitraria.

En el aumento de gastos médico, varios factores se consideran responsables, como el uso masivo de tecnología médica, cambios epidemiológicos (debido a modificaciones genéticas, fenotípicas, nutricionales, conductuales, etc.) aumento de las enfermedades no trasmisibles, así como el mayor grado de cobertura médica. En la literatura especializada va ganado popularidad el concepto de **“gasto catastrófico en salud”**, como lo muestra la presentación del libro del mismo nombre realizado por prestigiosos profesionales de diferentes áreas pertenecientes a la Universidad Isalud (Van der Kooy, Torres, & Solomesky, 2018) Dicho concepto se centra en un importante desembolso monetario que excede el nivel considerado como normal. Fue Xu, quien definió el gasto catastrófico, como el desembolso familiar hacia el sistema de salud, cuando supera el 40% de sus ingresos, concepto que fue tomado por OMS 2003. Este universo de gastos catastróficos es muy heterogéneo, hay casos de gastos de asumidos en tratamientos médicos muy altos por única vez, en otros demandan un nivel de gasto no tan alto, pero que requieren ser hecho de manera repetitiva, por un periodo prolongado de o por toda la vida (tratamientos crónicos). La internación domiciliaria o los cuidados domiciliarios son tratamientos generalmente crónicos, en muchos casos de por vida y entrarían en la definición de gastos catastróficos en salud. Se puede decir que el impacto financiero de estos gastos catastróficos tiende a ser mayor, con la misma intensidad, que las poblaciones experimentan su transición demográfica y evolución epidemiológica. El índice con el que se mide la evolución de los costos de la atención médica en las instituciones privadas de salud de nuestro país está cercano a cumplir dos décadas. Lo que comenzó siendo una medición del abrupto desajuste de precios relativos causado por la mega-devaluación del 2002, siendo hoy, donde se convirtió en una herramienta de seguimiento

\*Sylvia J. Hysong Theory and Evidence-Based Design of Audit and Feedback to Improve Quality of Care. Center of Innovations in Quality, Effectiveness and Safety HSR&D QUERI Cyber Seminar .February 2, 2017

periódico de la inflación en los precios de insumos de la medicina privada. El Índice de Adecra+Cedim (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Rep. Argentina + Cámara de Entidades de Diagnóstico y

Tratamiento) es referente a la hora de medir los costos de la atención médica privada en Argentina. Donde muestran un aumento de los costos médicos, debido a múltiples factores, si bien la producción nunca dejó de crecer (Adecra, 2018) **(Anexo Figura 42, 43 ,45 ) (Anexo -Tabla 16 de Costos)**. Por otro lado, el Instituto de Servicios Sociales para jubilados y pensionados (INSSJYP-PAMI) comenzó brindando sus servicios sólo en Capital Federal. Hoy está presente en todo el país y cuenta con más de 650 oficinas en capitales, ciudades y pueblos de todas las provincias argentinas. Son más de 4.800.000 afiliados, entre jubilados y sus familiares a cargo, discapacitados, pensionados y veteranos de Malvinas. Los cuidados en salud resultan onerosos, en especial, la población añosa, que representa una problemática. En nuestro país, el presupuesto del INSSJP representa el 4 presupuesto del país, con 116.467 millones de pesos (resolución 001/2017 intranet resoluciones PAMI) en el año 2017. (INJJYP, 2017)

En el año 2016 su presupuesto fue: \$82.365 millones

Actividades: \$ 12363 millones.

Salud: \$ 54215 millones

Promoción y Asistencia Social: \$ 15786 millones

En el año 2016, una cápita de internación en Hospitales se dividió según su complejidad como número de camas, en alta, media y baja complejidad; siendo el costo de las camas de baja complejidad a 325 pesos x paciente. Siendo el número de beneficiarios en ese año de 380.000. Sin embargo, esta problemática, no nos es propia. Michael E. Porter, profesor de la Harvard Business School, en su libro «Redefining Health Care» (Porter & Olmsted Teisberg, 2006) publicado en 2006, en un artículo en Jama en 2007 y

\*Adecra. La medicina privada una economía convulsionada. [www.adecra.org.ar/.../informe-15-2018](http://www.adecra.org.ar/.../informe-15-2018)

\* [www.pami.org.ar/Gobiernoabierto](http://www.pami.org.ar/Gobiernoabierto).

\*Michael E. Porter and Elizabeth Olmsted Teisberg Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Libro 25 de mayo 2006

posteriormente en 2010 en The New England Journal of Medicine, discutía sobre el modelo organizativo norteamericano poco centrado en las necesidades de los pacientes. Se sorprendía con la ausencia de indicadores que midieran el valor

aportado a la salud de las personas y que las actividades clínicas se remuneraran por el volumen de trabajo, independientemente de los resultados en salud proporcionados. Porter analizó las dificultades que presentaba la mejora de la atención sanitaria. No haber logrado medir el valor salud es uno de los principales motivos. A diferencia de lo que ocurre en otros campos, en sanidad, los actores implicados (pacientes, profesionales, gestores, financiadores) por lo general, tienen objetivos dispares que son a menudo contradictorios. Esto conlleva enfoques distintos, lentitud en las mejoras y falta de asunción de algunas responsabilidades en la gestión de los cambios. Lograr un alto valor para los pacientes, debe convertirse, por tanto, en el objetivo primordial de la prestación de los servicios de salud, consiguiendo un valor definido en términos de resultados en salud, por cada moneda gastada. Se postula que la búsqueda de resultados en salud, objetivo que importa a los pacientes, debería ser un elemento dinamizador que beneficie los intereses de todos, y que aumente la sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios. Para ello, es necesario que el valor de la atención en la salud se mida por los resultados logrados y no por el volumen de los servicios entregados, y que se haga en términos de eficiencia. Porter “anima a los médicos a que tomemos conciencia de que la asistencia sanitaria debe vertebrarse en torno a tres propuestas fundamentales:

- 1) El objetivo de nuestra práctica clínica debe ser mejorar la salud de las personas.
- 2) La asistencia debe organizarse en función de los diagnósticos de los pacientes y de los ciclos propios de las enfermedades
- 3) Debemos medir los resultados en salud, ajustados por riesgo y por costo.”

Por otro lado, el IHI (Institute for Healthcare Improvement) para el mejoramiento de la salud de Estados Unidos de Norteamérica, en el año 2007, describe un enfoque para optimizar el rendimiento del sistema de salud. Es la creencia de IHI que se deben desarrollar nuevos diseños para perseguir simultáneamente tres dimensiones, lo que llamamos el "Triple Objetivo o Metas": (Sevin, Schal, & Lewis, 2018)

- 1- Mejorando la experiencia de cuidado del paciente (incluyendo calidad y satisfacción);
- 2- Mejorando la salud de las poblaciones; y
- 3- Reducir el costo per cápita de la atención médica



**Figura 32-Beneficios para un enfoque en línea con el triple objetivo de IHI**

El sistema de atención médica de los Estados Unidos es el más costoso del mundo, representa el 17% del producto interno bruto (PBI) y estima que ese porcentaje aumentará a casi el 20% para 2020. (Proyecciones del gasto nacional en atención médica, 2010-2020. Centros para Servicios de Medicare y Medicaid)

Al mismo tiempo, los países con sistemas de salud que superan a los EE. UU. también están bajo presión, para obtener mayores resultados por los recursos dedicados a sus sistemas de atención médica. Las mayores poblaciones envejecidas y el aumento de la longevidad, junto con los problemas crónicos de salud, se han convertido en un desafío, que plantea nuevas demandas a los servicios médicos y sociales. Actualmente, en la mayoría de los medios de atención sanitaria, nadie es responsable de las tres dimensiones del IHI. Para la salud de nuestras comunidades, para la salud de nuestros sistemas

\*Cory Sevin, Marie Schal, Ninon Lewis. Triple Aim - The Best Care for the Whole Population at the Lowest Cost. 2018 Institute for Healthcare Improvement(IHI).  
[//www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx](http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx).

escolares y para la salud de todos nuestros pacientes, debemos abordar las tres dimensiones al mismo tiempo. Debido a que IHI implica una mejora ambiciosa



en todos los niveles del sistema, abogamos por un enfoque sistemático para el cambio. Basado en seis fases de prueba piloto con más de 100 organizaciones en todo el mundo, IHI recomienda un proceso de cambio que incluye: identificación de poblaciones objetivo; definición de objetivos y medidas del sistema; desarrollo de un portafolio de trabajo de proyectos que sea lo suficientemente fuerte como para mover los resultados a nivel de sistema, y las pruebas y ampliaciones rápidas que se adapten a las necesidades y condiciones locales. El IHI cree que para hacer esto de manera efectiva, es importante aprovechar una serie de determinantes comunitarios de la salud, empoderar a individuos y familias, ampliar sustancialmente el papel y el impacto de la atención primaria y otros servicios basados en la comunidad, y asegurar un viaje sin interrupciones a través del sistema completo de cuidado a lo largo de la vida de una persona. En el ámbito de los EE. UU., muchas áreas de la reforma de salud pueden ser mejoradas y fortalecidas por el pensamiento triple meta, que incluye: financiadores y otros enfoques de financiación innovadores; nuevos modelos de atención primaria, como hogares médicos centrados en el paciente; correcciones de eventos evitables, como reingresos o infecciones hospitalarias; y la integración de la tecnología de la información. El equipo de innovación de IHI desarrolló un concepto de diseño y describió un conjunto inicial de componentes de un sistema que cumpliría el objetivo metas. Los cinco componentes que se enumeran a continuación, son parte del diseño conceptual.

1-Enfoque en individuos y familias

2-Rediseño de servicios y estructuras de atención primaria

3-Manejo de salud de la población

4-Plataforma de control de costos

5-Integración y ejecución del sistema.

Las organizaciones y comunidades que lo logren tendrán poblaciones más saludables, en parte debido a los nuevos diseños que identifican mejor los problemas, las soluciones, fuera de la atención médica aguda. Los pacientes pueden esperar una atención menos compleja y mucho más coordinada y la carga de la enfermedad disminuirá. Es importante destacar que estabilizar o reducir el costo de la atención per cápita para las poblaciones brindará a las

empresas la oportunidad de ser competitivas, disminuir la presión sobre los presupuestos de asistencia médica, financiados con fondos públicos. Permitirá a las comunidades ser más flexibilidad e invertir en actividades tales como escuelas y el ambiente, que aumenta la vitalidad y el bienestar de sus habitantes.

## **EVALAUCION ECONOMICA SANITARIA**

Es decir, la “Economía”, no es una cuestión menor, y es por ello que, para afrontar esta problemática, los diferentes sistemas de salud han buscado auxilio en entidades como los del Institutos de Evaluación Tecnológicas, que en nuestro país se creó recientemente. Según Resolución 623/2018, publicada el 3 de abril 2018 en el Boletín Oficial, se oficializó la creación de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). La misma funcionará en el ámbito de la Unidad de Coordinación General del Ministerio de Salud de la Nación y llevará adelante su labor hasta que se debata en el Congreso de la Nación la creación de la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AGNET). (Comision Nac. de Evalaucion Tecnologias de Salud, 2018)

Esto nos da de manifestó que la economía en salud es de vital importancia, para la sustentabilidad del sistema. Cuando uno evalúa las tecnologías sanitarias (ETS) debe responder preguntas sobre

- 1-Que permita incorporar métodos que den respuesta sobre costo efectividad, a fin de evitar mal uso de los escasos recursos.
- 2-Debe responder de manera amplia, basada en la evidencia y resultados
- 3-Se deba considerar la perspectiva de la sociedad
- 4-Considerar su impacto en los presupuestos, y si es sostenible



**Figura 33-Evaluación Tecnológicas Sanitarias**

Podríamos decir que debe responder las siguientes preguntas, como lo presenta en su libro: “Agencias de Evaluación Sanitarias. Lecciones aprendidas en Países de Latinoamérica y Europa” por el Dr. Esteban Lifschitz (Lifschitz, Catalano , & Hamilton, 2018)

“¿La tecnología es efectiva?

¿Los pacientes se benefician?

¿Es superior en términos de eficacia y seguridad estándar?

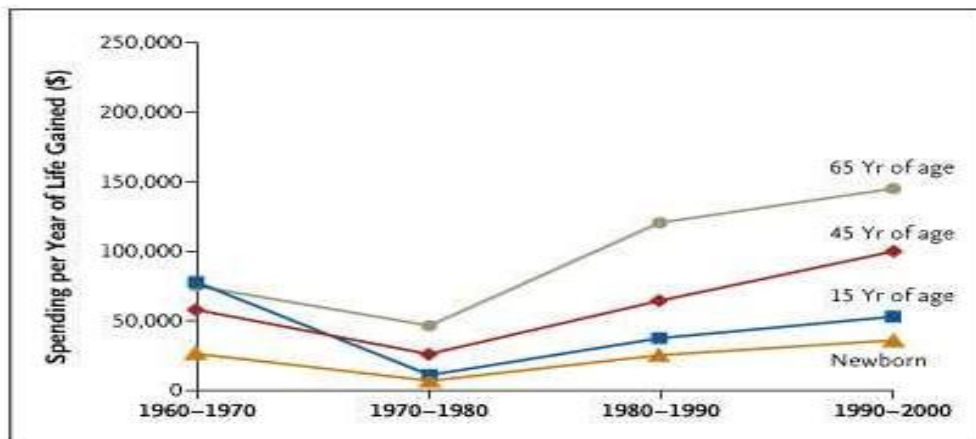
¿Se cuenta con la infraestructura necesaria para adoptar la tecnología?

¿Es posible adoptarla desde un punto de vista social y ético?”

Por otro lado, cuando hablamos de financiación, es el marco, donde se ajustan los deseos. Marco, donde la cartera de servicios que los sistemas sanitarios deberían ofrecer, y la que realmente ofrecen, por tanto, es otra influencia clave en función de la producción de servicios. Notablemente, el “aumento de los costos” (en cifras absolutas/ per cápita, como fracción del PBI, y a tasas de crecimiento mayores que el crecimiento de la economía) ha sido quizá el rasgo más notable en los sistemas sanitarios durante las últimas décadas. Las causas que parecen explicar ese fenómeno han sido siempre diversas combinaciones, como son: una mayor disponibilidad de tecnologías - probablemente responsables de un 50% del incremento histórico del gasto sanitario en Europa en décadas recientes; mayores expectativas del público (ligadas en parte al aumento de la riqueza de cada sociedad); aumento de los

\*Esteban Lifschitz, Evangelina Martich, Sebastian Tobar, et al. Agencias de Evaluación Sanitarias. Lecciones aprendidas en Países de Latinoamérica y Europa. Fundación Santorio Guemes, 2018.

costos relativos de los inputs, y en mucha menor medida; el envejecimiento de la población como causa de incapacidad y enfermedad así como otros determinantes difíciles de cuantificar. (Mercader Casas, Oleaga Ustegui, & Carroll, 2012-Pag 4-29) En el grafico siguiente, podremos ver las tendencias longitudinales, de los costos por año de vida obtenidos en cuatro grupos de edad. Siendo los mayores a 65 años los de mayores gastos



**Figura 34-. Tendencia longitudinal en costo por año de vida ganado en cuatro grupos.** Cutler DM et al. N Engl. J Med 2006. Longitudinal Trends in the Costs per Year of Life Gained in Four Age Groups (Cutler, 2006)

En respuesta a estas presiones, los sistemas han intentado actuar sobre variables del modelo, como el tamaño de la institución, los horarios, la repercusión sobre los costos unitarios de los costos comunes (“overheads”), etc. Al ofrecer la posibilidad de cerrar el edificio al final de la jornada, por ejemplo, un hospital de día, permite ahorrar costos de naturaleza puramente logística (mantenimiento, limpieza, iluminación, calefacción / refrigeración, vigilancia, etc.) y técnica (servicios comunes como los laboratorios y el diagnóstico por imagen, el banco de sangre, reducir el personal de guardia y/o su cualificación, etc.). Como elemento central, la reducción del número de camas en los hospitales y el acortamiento de la estancia media han estado en las últimas décadas entre las constantes en toda Europa. Si bien su efecto real parece no haber sido reducir

\* Cutler DM et al. Longitudinal Trends in the Costs per Year of Life Gained in Four Age Groups. N Engl J Med 2006; 355:920-927

costos, sino en todo caso mejorar el rendimiento de los recursos. Además de dejar claro, dicho sea de paso, que el “número de camas” prácticamente no refleja ya en casi nada la capacidad del hospital. El financiamiento del sistema de salud es una preocupación creciente de todas las sociedades, con un gasto en aumento, siendo nuestro país no ajeno a esa realidad. Los gastos crecientes en salud son proporcionalmente mayores al crecimiento del PBI, siendo la inflación en salud mayor que la inflación general, en la mayoría de los países.

**“La gente que está lo suficientemente loca como para creer que puede cambiar el mundo, es la gente que lo logra”**

**Steve Jobs**

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES DEL ESTUDIO:**

La internación domiciliar es una herramienta útil, en la continuidad de cuidados médicos iniciados en el hospital al domicilio. Si bien la evidencia científica está en aumento, lo que habla así de su importancia. Analizando tanto los costos, como sus evaluaciones económicas, las revisiones bibliográficas no son concluyente o su nivel de evidencia es moderada. Dada las características prestacionales de la ID, se sabe que permite descongestionar los servicios de emergencias (los cuales actúan como un buffer, es decir equilibrador o amortiguador de camas en los hospitales). Se sabe, que permite altas hospitalarias rápidas, por ende, liberando camas preciadas. Si evaluamos satisfacción de atención médica, generan beneficios positivos. En nuestro estudio, si bien la muestra se analizó de manera retrospectiva, se trata de un gran número de pacientes, dentro de una población de alto riesgo, al tratarse de pacientes adultos mayores. El tamaño de la muestra muy fue grande, posiblemente debido al tratarse de un sistema de salud de muy grandes proporciones. Si se compara con otros estudios importantes como los de Cochrane, nos da idea de el gran poder de la muestra (poder estadístico Beta). Al analizar la acción de la auditoría médica, en la categorización y asignación de las ID optimas, según su cuadro clínico; reasignando ID por acto dispositivo (AD) a prestaciones moduladas (AM), controladas desde lo prestacional como económico. Al analizarlas con las evaluaciones económicas, se confirmó, que dichas acciones bajaron los costos. Genero un ahorro muy importante, es decir un ahorro mensual de casi 2,1 millones (año 2016), estimando en

una proyección anual en casi 23 millones y a valores actualizados serian hoy, en más de 126 millones. Asimismo, con un análisis teórico, comparando gastos de la ID a los hospitalarios en estos pacientes, a precio cama en sala general, hospital de baja complejidad. También, debemos tener en cuenta, que la población es similar en términos de calidad de vida (Qaly) en las dos muestras (ID como sala general de los hospitales), esto último según la bibliografía. El análisis costo efectivo muestra los beneficios económicos claramente, con una diferencia de 1500 pesos/día a favor de la ID, con un cálculo mensual de 45 mil pesos por paciente. Cuando esto se lo lleva al total de pacientes asignados a la ID (2800) el ahorro teórico ronda los 111 millones mensual, (168 millones del hospital contra 57 millones de la ID). Es decir, desde el punto del análisis de costo-económico, sigue mostrando los beneficios de la ID. En el gráfico de costo efectividad de cuatro cuadrantes, el punto de la acción, está sobre la línea neutra de eficiencia (igual Qaly), pero si mostrando beneficio en lo económico, es decir entre los cuadrantes IV-I. Mostrando que la ID es costo-efectiva, si bien definición, lo correcto es decir que el beneficio es en término de “costo de minimización”. También, se analizó de manera global la prevalencia de amparos judiciales. Mostro que el empleo de la ID daba resultados satisfactorios en término de reducción del número de amparos. Es decir, logro disminuir los mismos, ya sean desactivándolas o logrando sentencias favorables, y en muchos casos con alta hospitalarias prolongadas (si bien esto no se analizó en el estudio). Como limitaciones, podemos decir, contra dicho análisis es general y no esta discriminado puntualmente los casos que intervino ID. Si bien, la percepción fue muy favorable. En la segunda población, se analizó la calidad de vida, siendo poblaciones de características clínicas similares. Si bien, siendo esta una muestra más pequeña. Se evaluó con EQ-5D, siendo el Qaly desde un punto vista descriptivo mostro compromiso de moderado a severo (2-3), desde la evaluación dicotómico como “con problemas”, y temporal, con reducción del 75 % de su expectativa de vida. Es decir, una población comprometida o de alto riesgo y altos requerimientos. Como limitaciones de estos hallazgos, son estudios en dos muestras distintas, es decir en dos

poblaciones, si bien, como se dijo anteriormente, con similares características en generales, siendo las evaluaciones retrospectivas, observacionales.

**Limitaciones del estudio:**

Son estudios observaciones y retrospectivos. No se pudo realizar por cuestiones técnicas en la misma población, la evaluación de calidad de vida. En los casos de los amparos, dicho análisis fue global, no siendo discriminado los casos que intervino ID.



Jean Paul Sartre, “Estamos condenados a elegir...”

En salud siempre se toman decisiones en condiciones de riesgo o incertidumbre. Si tenemos información esta incertidumbre se transforma en certeza.

## CONCLUSIONES FINALES E IMPLICANCIAS:

Analizar el sistema salud es complejo, donde la salud y lo relacionado con ella, tiene una dimensión ética que se relaciona con valores sociales, políticos y religiosos. Además de la implicancia de los avances biomédicos y nueva tecnología, que agregan un impacto económico con su repercusión en el gasto público. Se analizó un tema de importancia actual, como es la internación domiciliaria. No en visión de tomarla como un problema, más bien, como una solución, como es el problema de la demanda hospitalaria. Por un lado, la población mayor va en aumento. En nuestro país la expectativa de vida actual, es de 78 años en las mujeres y de 71,9 en los varones. Siendo mayoría la población mayor de 60 años, llevando a la inversión de la pirámide poblacional. El envejecimiento y de la vejez supone reconocer que estamos frente a una realidad compleja, en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. La vejez se caracteriza por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida, y no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan *síndromes geriátricos*. En general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. Este grupo etario, es el de mayores demandas de atención y por consiguiente mayores gastos. Son los grupos sociales más desprotegidos, en los que se ha agudizado las condiciones de vulnerabilidad. Un informe reciente del observatorio de la UCA, 9 de 10 mayores de 60 años percibe ingresos por jubilación o pensión. Así mismo un 20% reside en hogares con ayuda monetaria y no monetaria. La percepción alcanza al 50% en personas de extractos inferiores. Si a esto ponemos el contexto actual de

emergencia mundial, seguramente han empeorado estas situaciones. Un sistema de salud es un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. Nuestro sistema de salud es fragmentado, a través de obras sociales, prepagas y hospitales públicos. Es un sistema complejo que tiene altos costos de transacción, donde es fundamental establecer vasos comunicantes entre las tres partes, para que el gasto sea más eficiente y el funcionamiento se optimice. Desde hace casi 5 décadas tenemos una mezcla de los tres sistemas (Alemán, Británico y Estados Unidos). Siendo el Hospital su Gold Standard o patrón de oro. Por otro lado, tenemos dos temas no menores, como son las camas hospitalarias, tenemos 4.7 camas cada 1000 habitantes, estando en la región muy bien, siendo las recomendaciones de la OMS de 8. El problema importante para nuestro país, es la distribución de las camas hospitalarias, dada que las mismas se encuentran concentrada en las grandes ciudades. Siendo este problema tanto las camas como sus médicos, así como la complejidad de sus prestaciones. Por otro lado, se encuentran las enfermedades estacionales de gran demanda de camas. Si a esto le agregamos, que las prestaciones hospitalarias, no son un entorno de atención ideal para muchos pacientes. Esto es en vista de los eventos iatrogénicos, como las infecciones nosocomiales, las úlceras por presión, las caídas y el delirio ocurre con frecuencia durante la estadía en el hospital. Lo cual podríamos resumir como seguridad del paciente y riesgo de la actuación médica. También, se producen transiciones sub óptimas en la atención en el momento del alta hospitalaria, lo que contribuye, irónicamente, a la readmisión en el hospital. A todo esto, debemos sumarle que la atención hospitalaria es costosa. Por todo lo expuesto, los sistemas de salud, se encuentran en la búsqueda de alternativas en la atención tradicional de los hospitales de agudos, generando en esta búsqueda también, una sobrepoblación de los departamentos de emergencia, a fin evitar una internación innecesaria.

Desde lo económico, Argentina tiene un gasto en salud cercano al 10% del PBI, estimamos que alrededor del 66% de la población tiene cobertura formal, mientras que el 34% restante es atendido exclusivamente por el

sector público. Este sector es el sector de nivel socioeconómico más bajo y su población la que padece la mayor carga de morbilidad y enfermedades vinculadas a la pobreza. La internación domiciliar surge como una respuesta a estas necesidades. Un programa de atención, que sin poner en riesgo la vida del paciente y con un modelo interdisciplinario brinda una solución a los problemas de salud de ciertos pacientes (los que cumplen los criterios de inclusión). Con el objetivo en términos de ganancia en calidad de vida. Se ha definido la ID como la hospitalización a domicilio es una alternativa asistencial del área de salud, consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería, de rango hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. Los conceptos de Internación domiciliaria, cuidados domiciliarios, atención domiciliaria, son tomados como similares, en cuanto a prestaciones de atención médicas domiciliarias. En nuestro país, es importante diferenciar los cuidados domiciliarios de la internación domiciliarios, pues conllevan implicancias económicas importantes, donde en la internación domiciliaria el soporte económico es por parte de financiador y los cuidados domiciliarios es un apoyo, donde no todo el costo económico es exclusivo por los financiadores. En cuanto a sus indicaciones, la internación domiciliaria está dirigida a aquellos que han sufrido una patología aguda, y requieran de una lenta rehabilitación, o bien aquellos que presentan una patología terminal o crónica inestable y requieran atención frecuente en su domicilio. En Argentina, esta visión se ha ampliado a cuidados crónicos, sumándose a los cuidados paliativos. Cuando buscamos evidencia médica, encontramos varias revisiones de Cochrane, la última del 2016 con más de 1800 pacientes sin clara demostración del costo beneficio. Siendo una práctica creciente en el mundo y en el país, que motivo a estudiarla en nuestra población.

Podemos decir que hay una información insuficiente sobre la efectividad de estas intervenciones sanitarias. Las medidas para evaluar el resultado de una enfermedad grave o su tratamiento incluyen la cantidad y calidad

de vida, así como el costo económico para el paciente (carga financiera de la atención). Aunque previamente se consideró que la duración de la supervivencia era la más importante, el impacto de la enfermedad en la calidad de vida ha recibido un reconocimiento cada vez mayor. En cualquier sociedad, los recursos (o bienes) son finitos y se distribuyen constantemente a individuos para satisfacer sus necesidades. La internación domiciliaria o los cuidados domiciliarios son tratamientos generalmente crónicos, en muchos casos, de por vida y entrarían en la definición de gastos catastróficos en salud según la definición de la Universidad Isalud. Por todo lo dicho es conveniente estudiar este tema. Se analizó dos muestras poblacionales, 1- una, de gran número de pacientes de alto riesgo, con alto impacto económico; una 2- segunda población mucho menor número de pacientes, pero de iguales características clínicas, analizando su calidad de vida. En la primera muestra, se analizó de manera retrospectiva, una numerosa población de alto riesgo, al tratarse de pacientes adultos mayores. Su importancia radica en el elevado número de incluidos en la muestra, siendo más de 2800 pacientes. Esto cobra relevancia, si se compara con estudios importantes, como las de revisiones de Cochrane, así nos muestra el gran poder de la muestra. En dicho estudio, se analizó, la acción de la auditoría médica en la y determino su asignación del tipo de internaciones domiciliarias, reasignando prestaciones por acto dispositivo (alto costo) a moduladas (bajo costo). Confirmando que dicha intervención, bajo los costos, generando un ahorro importante, con un cálculo mensual de casi 2,1 millones (año 2016), estimando en una proyección anual estimada de casi 23 millones. A valores actualizados serían hoy más de 126 millones (conversión de dólar de ese momento a precio actual). También se hizo un cálculo teórico comparando gastos teóricos hospitalarios de estos pacientes, a precio de las camas de sala general, en hospitales de baja complejidad, dado que la población es asumida similar en términos de Qaly en las dos muestras. El análisis económico de costo efectivo muestra los beneficios claramente, con una diferencia de 1500 pesos/día, con un cálculo mensual de 45 mil pesos por paciente. Cuando esto se lo lleva al total de pacientes estudiados (2800) el ahorro teórico ronda los 111 millones. Es decir, desde el punto del

**análisis de costo-económico, la ID mostro los beneficio. Cuando se analiza el grafico de análisis económico, el resultado está sobre la línea neutra de eficiencia, pero si mostrando beneficio en lo económico, es decir entre los cuadrantes IV-I. Mostrando que la ID es costo- efectiva, que por definición (igualdad de Qaly) debemos decir que es beneficioso en términos de “costo de minimización”. Asimismo, se analizó de manera global, la prevalencia de amparos judiciales. Siendo satisfactoria el uso de ID, ayudando a disminuir las mismas, sean desactivándolas o logrando sentencias favorables, consiguiendo en muchos casos alta hospitalarias (internaciones prolongadas con altos costos). Como limitaciones del análisis, es global, no está discriminado puntualmente los casos que intervino ID, si bien la percepción fue muy favorable. En la segunda población, se analizó la calidad de vida, siendo la misma de similares características clínicas, en una muestra más pequeña. Esta se evaluó con EQ-5D, con un Qaly desde un punto vista descriptivo con compromiso de moderado a severo (2-3), desde la evaluación dicotómico como “con problemas”, y desde lo temporal, con reducción del 75 % de su expectativa de vida. Es decir, una población comprometida o de alto riesgo, con altos requerimientos. Como limitaciones de estos hallazgos, son estudios en dos muestras poblaciones distintas. Con similares características clínicas, los analices fueron retrospectivos, observacionales. También se acepta lo que referido por la bibliografía en términos de Qaly entre la internación hospitalaria y la ID. Este trabajo pretende mostrar una parte de lo que ocurre en nuestro país, en nuestra realidad diaria, con nuestra idiosincrasia, donde la ID cumple un rol de importante. Dando soporte, al paciente como a la familia, con notables ahorros económicos sobre el sistema de salud tradicional. Sin embargo, se debe emplear con juicio y de manera apropiada, debiendo ser controlada como toda practica que genera gasto, el cual a su vez es crónico, por lo cual entra dentro de gastos catastróficos. En resume que la ID da atención médica similar a la hospitalaria, libera camas de los mismos, disminuye el grado de conflictividad legal, y es beneficiosa en términos económicos.**

**A fin de confirmar dichos hallazgos, futuros estudios deberían ser realizados, bajo condiciones ideales de estudio (prospectivas)**

## BIBLIOGRAFIA

### Bibliografía

- Adecra. (2018). *La medicina privada una economía convulsionada*. Obtenido de Adecra: [www.adecra.org.ar](http://www.adecra.org.ar)
- Althoff, K. (2018). *Epidemiology in Public Health Practice*. Baltimore: Universidad Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- Arce, H. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina*, 414-418.
- Asenette, D., & Vega, S. (2013). *Estudio del problema de salud asociado a la patología oftalmológica retinopatía diabética en Chile dimensionamiento del potencial impacto de un método de detección basado en tecnología para abordar este problema*. Obtenido de Univ de Chile Facultad de Ciencia Físicas y Matemáticas departamento Ingeniería.
- Augustovski, F., Irazola, V., & Velazquez, A. (2009). Argentine valuation of the EQ-5D health states. *Value Health*, 587-96.
- Banco Mundial. (2018). *Camas hospitalarias*. Obtenido de Grupo Banco Mundial: [www.bancomundial.org](http://www.bancomundial.org)
- Blanco, G. S. (21 de Agosto de 2018). Fundamentos de la auditoría en salud. Buenos Aires, Argentina.
- Bolenius, K., Lamas, K., & Sandman, P. (2017). Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care service- a study protocol of a non-randomised controlled trial. *BMC Geriatr*, 57.
- Bonfill, X., & Schapira, P. (2010). Importancia de la medicina basada en la evidencia para la práctica clínica. *Colomb Med*, 186-193.
- Bowman, E., Flood, K., & Arbaje, A. (2014). Models of Care to Transition from Hospital to Home. Acute care elderly . En *A Model for Interdisciplinary Care* (págs. Cap 10-Pag 175-202).
- Brettschneider, C., Luck, T., & Fleischer, S. (2015). Cost-utility analysis of a preventive home visit program for adults in Germany. *BMC Health Service Research*, 15-141.
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 53-72.

- Bruce, M., McAvay, G., & Raue, P. (2002). Major Depression home Health Elderly Care Patients. *The American J Psychiatry*.
- Cabo, J., Belmont, M., & Cabo, V. (2018). Medicina basada en la eficiencia (costo efectividad y costo utilidad) como refuerzo de la Medicina basada en la evidencia. *Rev Argent Cardiol*, 218-223.
- Campillo-Artero, C., & Ortun, V. (2016). El analisis de coste-efectividad: por que y como. *Rev. Esp.Cardiol*, 370-3.
- Caram, S., & Candelmi, D. (2014). *Exitos y fracasos de la internacion domiciliaria*. Buenos Aires: Curso de auditoria medica-Hospital Aleman.
- Chassin, M. (2008-Pag 7-23). *Improving America's Hospital: The Joint Commission's Annual Report on Quality and Safety*. United States.
- Cheung, Y., Goh, C., & Thumboo, J. (2005). Variability and sample size requirements of quality-of-life measures: a randomized study of three major questionnaires. *J Clin Oncol*, 4936.
- Cochrane, A., Furlong, M., & Mcgilloway, S. (2016). *Time limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults*. Obtenido de Cochrane Database of Systematic Reviewa.
- Coleman, E., Min, S., & Chomiak, A. (2004). Post hospital care transition: patterns, complication, and risk identification. *Health Serv Res*, 1449-65.
- Comision Nac. de Evaluacion Tecnologias de Salud. (27 de Marzo de 2018). *Comision Nacional de Evaluacion de Tecnologias de Salud (CONETEC)*. Obtenido de Ministerio de Salud de la Nacion.
- Corazza, S. (Mayo de 2016). *Evaluacion de Tecnologias Sanitarias*. Obtenido de FSG: [www.fsg.org.ar](http://www.fsg.org.ar)
- Crowley, C., Stuck, A., & Martinez, T. (2016). Survey and Chart Review to Estimate Medicare Cost Saving for Home health as an Alternative to Hospital Admission Following Emergency Department Treatment. *The Journal of Emergency Medecine*, 643-647.
- Cutler, D. (2006). Longitudinal Trends in the Costs per Year of Life Gained in Four Age Group. *N Engl J Med*, 920-927.
- Cuxart Melich, A., & Estrada Cuxart, O. (2012). Hospital at home: an opportunity for change. *Med Clin*, 355-60.
- Diaz, C. (15 de Mayo de 2020). *Covid en Latinoamerica hoy*. Obtenido de Cepal/Linkedin: [www.cepal.org/es/temas/covid-19](http://www.cepal.org/es/temas/covid-19)
- Dwyer, R., Gabbe, B., & Stoelwinder, J. (2014). A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and Ageing*, 759-766.
- Feeley, T., & Motha, N. (2018). New Marketplace Survey: Transitioning Payment Model: Fee for Service Value Based Care. *NEJM*, 1-16.
- Figueiras, A. (10 de Noviembre de 2017). Desafio de la asistencia domiciliaria en Argentina. *El Cronista*.

- Freire, J. M. (2003). *La atención primaria de la salud y los hospitales en el sistema nacional de Salud*. Barcelona: Universidad de Pompeu-Fabra.
- Frellick, M. (18 de Abril de 2018). *Wachter: Why Home are Not a Threat*. Obtenido de Medscape: [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
- Galli, A., Pages, M., & Swieszkowski, S. (2017). Sistema de Salud Argentina. *Area Docencia Sociedad Argentina de Cardiología*, 1-32.
- Goldtein, N., & Morrison, R. (2013). How can palliative care be integrated into home-based primary care programs? En *Evidence-Based Practice of Palliative Medicine* (pág. 458). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Hogan, D., Maxwell, C., & Afilalo, J. (2017). A Scoping Review of Frailty and Acute Care in Middle-Age and Older Individuals with Recommendations for Future Research. *Can Geriatr*, 22-37.
- Holley, A., Gorawara-Bhat, R., & Hemmerich, J. (2009). Palliative Access Through Care at Home: experience with an urban, geriatric home palliative care program. *Geriatric Soc*, 1921-31.
- Hortales Gonzalez, A., Gomez Navarro, J., & Barajas Navas, L. (2017). Archibald Cochrane: a evidence, effectiveness and decision-making in health. *Boletín del Hospital Infantil de Mexico*, 319-32.
- Husereau, D., Drummond, M., & Petrou, S. (2013). Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS). *BMJ*, 246.
- Hysong, S. (2009). Meta-analisis: audit and feedback impact effectiveness on care quality. *Med Care*, 356-63.
- Hysong, S. (2017). *Theory and Evidence-Based Design of Audit and Feedback to Improve Quality of Care*. Center of Innovations in Quality, Effectiveness and Safety. Cyber Seminar.
- Hysong, S. (Febrero de 2017). *Theory and Evidence-Based Design of Audit and Feedback to Improve Quality of Care*. Obtenido de Center of Innovations in Quality, Effectiveness and Safety. Cyber Seminar.
- Ingrassia, V. (15 de Junio de 2018). OPS mundial de la salud en que posición está la Argentina y quien es el campeón. *INFOBAE*.
- INJJYP. (2017). *Gobierno Abierto*. Obtenido de Pami: [www.pami.org.ar/gobiernoabierto](http://www.pami.org.ar/gobiernoabierto)
- Instituto for Health Metrics and Evaluation . (2018). *IHME*. Obtenido de University of Washington: [www.ghdx.healthdata.org](http://www.ghdx.healthdata.org)
- IOMA. (Septiembre de 2007). *Internación Domiciliaria Resolución 1357*. Obtenido de IOMA. Gba.gov: [www.ioma.gba.gov.ar](http://www.ioma.gba.gov.ar)
- Jhon, G., Gerstel, E., & Jung, M. (2014). Urinary incontinence as a marker of higher mortality in patients receiving home care service. *BMJ*, 113-9.
- Karlesen, C., Ludvigsen, M., & Moe Kristin, C. (2017). Experiences of the home-dwelling elderly in the use of telecare in home care service: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 1249-1255.



- Kenkmann, A., Backhouse, T., & Lane, K. (2016). Modelo alternativo ahorro de costo y efectividad en admisión hospital agudos en pacientes añosos frágiles. En *Age and Aging* (pág. 327).
- Kluetz, PG; Slage, A; Papadopoulos, EJ;. (2016). Focusing on Core Patient-Reported Outcomes in Cancer Clinical Trials: Symptomatic Adverse Event, Physical Function and Disease Related Symptoms. *Clin Cancer Res*, 1553-8.
- Leff, B. (2009). Defining and disseminating the hospital-at-home mode. *CMAJ Canadian Medical Association*, 180-2.
- Leff, B. (2015). Modelos de cuidados en gerentes. En B. Leff, *Hospital en domicilio* (págs. 165-171).
- Leff, B., Burton, L., & Mader, S. (2005). Hospital at home: feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann. Intern. Med*, 798-808.
- Leung, L. (2016). Health Economic Evaluation: A Primer for Health Professionals. Universidad of Ottawa. *Primary Health Care*.
- Levine, D., Ouchi, K., & Blanchfield, B. (2018). Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Gen Intern Med*, 729-36.
- Lifschitz, E., Catalano, H., & Hamilton, G. (2018). *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Argentina ¿Por qué, para qué, cómo?* Buenos Aires: Fundación Sanatorio Guemes.
- Lukas, L., Foltz, C., & Paxon, H. (2013). Hospital outcomes for a home-based palliative medicine consulting service. *J Palliat Med*, 179-84.
- Makary, M., & Daniel, M. (2016). Medical Error- the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 2139.
- Martinez-Ramos, M., Flores-Pardo, E., & Uris-Selle, J. (2016). Rediseño del proceso de alta hospitalaria. *J of Healthcare Quality Research*, 67-12.
- Mayo, N. (2016). Stroke Rehabilitation at Home. *Stroke*, 1685-1691.
- McLachlan, S., Allenby, A., & Matthews, J. (2001). Randomized trial of coordinated psychosocial intervention based on patient self assessments versus care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer. *J Clin Oncol*, 4117.
- Mercader Casas, J. J., Oleaga Ustegui, J. I., & Carroll, D. (2012-Pag 4-29). *Evolución y tendencias futuras del hospital revisión bibliográfica sistemática*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Área de Sistemas de Salud basados en Atención Primaria en Salud: [www.ops/oms.com](http://www.ops/oms.com)
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016-Reso 357/2016). *Normas de organización y funcionamiento en cuidados paliativos*.
- Montalto, M. (2010). The 500-bed hospital that isn't there: the Victorian Department of Health review of the Hospital in the Home program. *Med J Aust*, 598-601.

- Montaño Hernandez, M., Hernandez de Dios, R., & Zavaleta Suarez, M. (2016). Vulnerabilidad, protección y asistencia social en adultos mayores en México. *Revista Doxa Digital*, 210-241.
- Oliveira, S., Kruse, M., & Santor, S. (2015). Enunciados sobre la atención domiciliar en el panorama mundial: revisión narrativa. *Enferm glob*, 39.
- OMS. (2012). *Argentina OMS/OPS*. Obtenido de Paho: [www.paho.org/arg/index](http://www.paho.org/arg/index)
- Organización Mundial de la Salud. (2015-Pag 3-126). *Informe Salud y Envejecimiento*. Obtenido de OMS: [www.who.org](http://www.who.org)
- Organización Mundial para la Salud. (Septiembre de 2018). *Informe sobre Seguridad del paciente*. Obtenido de WHO: [www.who.int/patientsafety/research](http://www.who.int/patientsafety/research)
- Orlando, A., & Barbagallo, S. (2007-pag 4-22). *Internación domicilia: herramientas de la auditoría médica*. Buenos Aires: Curso de auditoría médica-Hospital Alemán.
- Ornstein, K., Leff, B., & Covinsky, K. (2015). Epidemiology of the Homebound Population in the United States. *JAMA*, 1180-6.
- Ortun Rubio, V. (2002). *Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona, España: Elsevier y Doyma.
- Palliative Care Australia. (8 de Septiembre de 2014). *Standards for providing quality palliative care for all Australians*. Obtenido de Palliative Care: [www.palliativecare.org.au](http://www.palliativecare.org.au)
- Peek, S., Wouters, E., & Van Hoof, J. (2014). Factors influencing acceptance of technology for aging in place: a systematic review. *Int J Med*, 235-48.
- Petrou, S., & Gray, A. (2011). Economic evaluation alongside randomised controlled trials: design, conduct, analysis, and reporting. *The BMJ*, 1548.
- Piacentini, M. (2012). *El Arte de la Guerra*. Del Nuevo Extremo.
- Porter, M., & Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Review Press.
- Programa Médico Obligatorio. (1995-Decreto 492). *Reducción de Contribuciones Patronales. Trabajadores a tiempos parciales. Transformación y disolución de Institutos de Servicios Sociales*. Min Salud.
- Rapaport, L. (2018). Home Health Care Plans Don't Get Careful Review. *Ann Intern Med*.
- Rechel, B., Wright, S., & Barlow, J. (Agosto de 2010-Pag 561-640). *Planificación de la capacidad hospitalaria: desde la medición de existencias hasta el modelado de flujos*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [www.oms.org](http://www.oms.org).
- Reuben, D., & Tinetti, M. (2014). Perspective: The Hospital-Dependent Patient. *New Engl J. Med*, 694-697.
- Reveco, R., Gutierrez, H., & Riedemann, J. P. (2017). Impacto de diferentes métodos de asignación de costos indirectos estructurales de hospitales públicos en el ranking costo efectividad de 47 intervenciones en salud. *Rev Med Chile*, vol 150.

- Rosillo Molina, M., Gomez Lopez, C., & Cruz Lobo, C. (2017). Atencion en el domicilio al final de la vida. En *Salud y cuidados duante el desarrollo* (págs. 173-178).
- Ruiz, J. (2018). *¿Que aporta John Dewey acerca del rol del profesor de educacionmoral?* España: Foro de Educacion-Universidad de la Rioja.
- Sevin, C., Schal, M., & Lewis, N. (2018). *Triple Aim-The Best Care for the Whole Population at the Lowest Cost*. Obtenido de Institute for Healthcare Improvement: [www.ihl.org/engage/initiatives/tripleaim](http://www.ihl.org/engage/initiatives/tripleaim)
- Shepperd, S., & Liffe, S. (2005). *Hospital at home versus in patient hospital care*. Obtenido de Cochrane Database Sys Rev.
- Shepperd, S., Liffe, S., & Doll, H. (2016). Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Stuck, A., Crowley, C., & Killeen, J. (2017). National Survey of Emergency Physicians Concerning Home Based Care Options as Alternative to Emergency Department based Hospital Admission. *J Emerg Med*, 623-628.
- Suwa, S., Tsujimura, M., & Ishimaru, M. (2017). How Do People Percive Home-care Robots? A Questionnaire Study with Older People, Family Carigivers, and Care Professionals in Japan. *Age and Ageing*, 1-12.
- Terry, K. (Abril de 2020). *Hospital at Home May Boost COVID 19 inpatient Capacity*. Obtenido de Medscape: [www.medscape.com](http://www.medscape.com)
- The EuroQol Group. (2015-Pag 199-208). *EuroQol a new facility for the measuarement of health related quality of life*. *Health Policy*.
- Tinoboras, C. (2018.Pag 7-126). *Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos*. Barometro de la deuda social con personas mayores. Observatorio de la deuda social Argentina.
- Totten, A., White-Chu, E., & Wasson, N. (2016). *Home-Based Primary Care Interventions*. Healthcare Research and Qality (AHRQ).
- Totten, A., White-Chu, F., & Wasson, N. (2016.Pag 16). *Home-Based Primary Care Interventions*. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- Touceda, M., Rubin, R., & Garcia, C. (2007-Pag 13-65). *Programa nacionalde envejecimiento activo y salud para adultos mayores*. Buenos Aires: Ministerio de Salud .
- Twaddle, M., McCormick, E., & Ritchie, C. (Agosto de 2018). *Palliative care delivery in the home*. Obtenido de Upt to date: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Van der Kooy, E., Torres, R., & Solomesky, S. (2018). *Gastro Catastrofico en Salud. Estimacion del gasto en grupos seleccionados*. Buenos Aires: Isalud.
- Vassallo, C., & Sellanes, M. (2000 Capitulo 3, Pag 1-127). *La salud en la 3 era edad*. Buenos Aires: Secretaria de la 3era edad y accion social.
- Wanless, D. (Abril de 2002). *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View.Final Report HM Treasury*. Obtenido de HM Treasury: [www.hm-treasury.gov.uk/wanless](http://www.hm-treasury.gov.uk/wanless)
- WHO. (1996-Pag 385-387). *Quality of Life Assessment Group. Que es calidad de vida?* OMS.

WHO. (8 de Septiembre de 2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. Obtenido de World Health Organization: [www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas](http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas)

Wilson, T., & Terblanche, W. (2016). The growth of Australia's very Ederly Population: Pas Estimates and Probabilistic. En *The Frontier of Applied Demography* (págs. 115-136).

Yawar Alam, A. (1998). *Public Health Problem Solving*. Obtenido de Epidemiology and Health Service Research: [www.ejmanager.com/mnstemps/27/27-1305632556.pdf](http://www.ejmanager.com/mnstemps/27/27-1305632556.pdf)

## GLOSARIO:

**ID:** Internación domiciliaria

**CD:** Cuidados domiciliarios

**PBI:** Producto bruto interno

**INSSJP:** Instituto nacional de servicios sociales y para jubilados y pensionados

**PAMI:** Programa de atención medica integral

**IHI:** Institute for health metrics and evaluation.

**ONU:** Organización para las Naciones Unidas

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**UCA:** Universidad Católica Argentina

**EVC o ACV:** Accidente cerebro vascular

**IRB:** Infecciones respiratorias bajas

**CA:** Cáncer

**DNR:** Orden de no resucitar

**ELA:** Esclerosis lateral amiotrofica

**SSS:** Superintendencia de Servicios Salud

**PMO:** Programa médico obligatorio

**DE:** Departamento de Emergencias

**IOMA:** Instituto de obra social asistencial de la Provincia de Buenos Aires

**EMP:** Empresas de medicina prepaga

**MBE:** Medicina Basada en la Evidencia

**Qaly o AVAC:** Calidad de vida ajustada por años de vida.

**AHRQ:** Agencia de investigación en cuidados y calidad de la salud.

**NCBI:** Centro Nacional de información en Biotecnología

**RR:** Riesgo relativo

**IC:** Intervalos de confianza

**HCS:** Historia clínicas

**CONETEC:** Comisión nacional para la evaluación tecnológica en salud

**AGNET:** Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud

**EQ-5D:** Grupo EuroQOL

**EQ-VAS:** Escala de Calidad de vida visual

**EQ 5D 3L:** Índice métrico de calidad de vida

**EE:** Evaluación económica

**ACB:** Evaluación costo beneficio

**ACE:** Evaluación costo efectivo

**ACU:** Evaluación costo utilidad

**CEI:** Costo efectividad incremental

**CEM:** Costo efectividad medica

**HEY:** Equivalente a años saludable

**NICE:** National Institute the Health and Care Excelence

**ETS:** Evaluación de Tecnología Sanitaria

**QDB:** Enfermedad, lesión factores de riesgo.

## CAPITULO VI

### ANEXOS GRAFICOS Y TABLAS

#### 4.1-NORMATIVA ARGENTINA

La Dirección de Programas y Servicios de la Salud, incorporo a través de la Resolución N° 704/2000 del MS las normas de organización y funcionamiento de un servicio de internación domiciliaria al Programa nacional de garantías de calidad de la Atención Médica. Dicha norma intenta desarrollar las acciones de normatización que tienen como fin garantizar la accesibilidad, la equidad, la eficacia, y la eficiencia del sistema de salud.

#### **“Ministerio de Salud**

##### **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.

Bs. As., 29/8/2000

Visto el expediente n° 1-2002-15165/99-7 del registro del Ministerio de Salud el Ministro de Salud Resuelve:

**Artículo 1º** — Apruébanse las normas de organización y funcionamiento de servicios de internación domiciliaria, que como anexo i y ii forman parte integrante de la presente resolución.

**Art. 2º** — Incorpóranse las normas de organización y funcionamiento de servicios de internación domiciliaria que se aprueban en el artículo precedente al programa nacional de garantía de calidad de la atención médica.

**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.

**63-** Ministerio Salud. Apruébanse Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria, incorporándolas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica Ministerio de Salud  
Salud Pública. Resolución 704/2000. Bs. As., 29/8/2000.

**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. 5º** — 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 Coordinación 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.

**Definición de área:**

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 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.

**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 admisión de pacientes en internación 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.

**-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.**

7.1.2. Equipamiento que permita la comunicación en tiempo y forma con los proveedores de servicios, con los prestadores, y los pacientes y/o familiares. (fax. TE, bipper, etc.)

7.2 - Equipamiento médico:

7.2.1 Debe contar con el equipamiento e instrumental necesario y suficiente para cumplir con las prestaciones en las diferentes profesiones (médicos, kinesiólogos, fonoaudiólogos, enfermería, etc.) de acuerdo al nivel de riesgo en que actúa y a la complejidad del servicio prestado.

Dicho equipamiento e instrumental puede ser propio del servicio, de la Institución a la cual pertenece, de la organización que solicita el servicio, o del profesional actuante.

7.2.2 Debe poseer proveedores de insumos de material descartable, medicamentos, equipamiento ortopédico, equipamiento de electromedicina y gases medicinales (propios o contratados).

#### **- Recursos Humanos:**

8.1 Dirección médica:

Debe poseer antecedentes comprobados en administración de servicios de salud.

Tendrá a su cargo la responsabilidad asistencial, administrativa y legal del servicio.

Funciones:

\* Implementar los mecanismos técnicos administrativos necesarios para registrar todos los datos de movimientos dentro del servicio.

\* Llevar un registro de las actividades con fines estadístico, y de control de la gestión, tanto de la producción como de la calidad de la asistencia profesional.

\* Llevar un registro y archivo de toda la documentación necesaria desde el punto de vista legal y administrativo según esté reglamentado por la jurisdicción correspondiente.

\* Elaborar normas de procedimientos y de organización y funcionamiento del servicio y la sistematización del control de gestión interno.

\* Conducir y administrar los recursos físicos, el equipamiento y los recursos humanos a su cargo.

\* Supervisar las actividades y evaluar los resultados.

\* Determinar la dotación del personal del servicio, en cuanto a calidad y cantidad del mismo.

\* Evaluar 8.2 Coordinación asistencial:

Debe estar a cargo de un médico con experiencia clínica certificada.

Funciones:

\* Están directamente relacionadas con la Dirección Médica y con los servicios a prestar.

\* Tener a su cargo la organización, funcionamiento, coordinación y control de los profesionales intervinientes.

\* Controlar la aplicación de las normas establecidas por el servicio.

\* Reemplazar al Director Médico en su ausencia.

\* Colaborar con la Dirección Médica en todas las tareas de conducción del servicio

\* Tener comunicación fluida con los pacientes y /o familiares de los mismos que le permita el control de la asistencia y el grado de satisfacción por los servicios brindados.

8.3 Coordinador de enfermería:

Debe poseer título habilitante de enfermera/o profesional.

Su función está directamente relacionada con la coordinación asistencial y la asistencia de enfermería directa, controlando el cumplimiento de las normas administrativas y de procedimientos.

Interactúa con las demás disciplinas intervinientes en el servicio.

8.4 Médico asistencial:

En internación domiciliaria, la función del médico clínico, pediatra o especialista, es la admisión, evaluación, diagnóstico, tratamiento, control de la evolución del paciente, información, contención del paciente-familia y alta domiciliaria. Control

del consentimiento de la internación domiciliaria, confección de la Historia Clínica y dar las indicaciones pertinentes a los profesionales requeridos.

Deberá actuar en forma coordinada con el médico de cabecera del paciente.

#### 8.5 Enfermería:

Su función es evaluación del paciente, cumplimiento del tratamiento médico prescripto, evolución del paciente, coordinación con las otras disciplinas y los servicios complementarios (Rx, laboratorio, oxigenoterapia, farmacia, ortopedia, etc.) registros en la Historia Clínica, e información y contención del paciente y la familia.

#### 8.6 Kinesiología:

Su función es evaluación del paciente, cumplimiento del tratamiento médico prescripto, registro en la Historia Clínica, información y contención del paciente y su familia, e intercomunicación con el equipo de salud.

#### 8.7 Nutricionistas:

Evaluación, cumplimiento del tratamiento médico prescripto, y registro en la Historia Clínica, información y contención del paciente y su familia, e intercomunicación con el equipo de salud.

#### 8.8 Asistente social:

Evaluación, diagnóstico de situación, registro en la Historia Clínica, información y contención del paciente y su familia, e intercomunicación con el equipo de salud.

#### 8.9 Acompañantes Domiciliarios (también llamados Cuidadores Domiciliarios o Ayudantes Sanitarios)

Son personas capacitadas para brindar servicios de cuidado y acompañamiento en el hogar, cuyo objetivo primordial es brindar ayuda al paciente y sus familiares (alimentación, higiene, control de la toma de medicamentos, actividades recreativas, etc.) satisfaciendo las necesidades de los mismos con un referente formador reconocido por autoridad sanitaria.

#### 8.10 Psicólogos:

Evaluación, diagnóstico, registro en Historia Clínica, información y contención del paciente, la familia y el equipo de salud.

#### 8.11 Fonoaudiología:

Evaluación, diagnóstico y tratamiento, registro en la Historia Clínica, información y contención del paciente y su familia e intercomunicación con el equipo de salud.

Este enunciado de las diferentes profesiones del equipo de salud no es restrictivo el desempeño del personal a su cargo.

### **Perfil de los miembros del equipo de salud de internación domiciliaria:**

Los profesionales actuantes en esta modalidad asistencial deben tener actitud y aptitud para:

- \* Reconocer la importancia de la asistencia integral de las personas asignadas a su cuidado.
- \* Evaluar los cuidados delegados a la familia o al tutor responsable del paciente.
- \* Planificar y coordinar las visitas domiciliarias observando y relacionando la situación paciente familia y patología.
- \* Integrar un equipo multi profesional e interdisciplinario, evaluando información relevante en la interacción del tratamiento
- \* Observar los aspectos negativos de la situación imperante y revertirlos en equipo para darle solución a las problemáticas que se presentaran en la interacción con el paciente- familia y el equipo.
- \* Adaptarse a las situaciones socioeconómicas, cultural y espiritual de cada familia.
- \* Escuchar a las personas cuando expresen sus ideas, necesidades, interés y problemas, teniendo en cuenta el secreto profesional

### **Organización y funcionamiento**

El servicio de Internación Domiciliaria programará sus actividades de acuerdo con los objetivos del establecimiento en que se encuentre funcionando o que ha sido contratado, desarrollando su misión con la profundidad adecuada al Nivel de Riesgo.

Desarrollará tareas asistenciales en el domicilio de los pacientes y colaborará además en tareas de prevención y promoción de la salud interactuando con los demás servicios del HOSPITAL, según las directivas de la Dirección.

Aplicará las normas de procedimientos, de organización y funcionamiento y de diagnóstico y tratamiento que han sido aprobadas por las diferentes jurisdicciones en el que se desenvuelve, así como también las normas y procedimientos emanados del establecimiento al cual pertenece o le brinda el servicio.

Redactará sus propias normas que le permita un buen funcionamiento del servicio con una calidad asistencial adecuada.”

**“Resolución Ministerial N° 357/2016 se aprobaron las NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS.**

Artículo 1° — Deróganse las normas de organización y funcionamiento en cuidados paliativos aprobada por resolución del ministerio de salud n° 643/00.

Artículo 2° — Apruébanse las directrices de organización y funcionamiento en cuidados paliativos que como anexo forma parte integrante de la presente.

Artículo 3° — Invítase a las autoridades sanitarias jurisdiccionales y entidades académicas, universitarias y científicas profesionales a efectuar observaciones dentro de un plazo de sesenta (60) días a partir de la fecha de su publicación en el boletín oficial.

Artículo 4° — En el caso que la autoridad jurisdiccional realizara alguna adecuación a la presente directriz para su aplicación a nivel de la jurisdicción deberá comunicar a la coordinación 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.

**Directriz de organización y funcionamiento en cuidados paliativos**

**1.Introducción**

1.1.Definición de Área Asistencial La Organización Mundial de la Salud, en su reporte técnico serie 804, Ginebra, 1990, definió inicialmente el Cuidado Paliativo como la “asistencia activa y total de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo”.

Sin embargo, ese concepto fue modificado y ampliado al comenzar el segundo milenio, luego de evaluar diferentes experiencias y programas desarrollados en aquella década. De este modo, en el documento “Políticas y Pautas para la Gestión de Programas Nacionales de Control de Cáncer” del año 2004, la OMS redefine los Cuidados Paliativos del siguiente modo: “La asistencia paliativa es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias al afrontar los problemas asociados con una enfermedad en potencia mortal, gracias a la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.” Por ello, en la actualidad se reconoce ampliamente

que los principios de los cuidados paliativos deben aplicarse lo antes posible en el curso de cualquier enfermedad crónica y en última instancia mortal, de acuerdo al estadio en que se encuentra. Esta modificación del criterio surgió de una nueva comprensión de que los problemas encontrados al final de la existencia tienen sus orígenes en un momento anterior en la trayectoria de la enfermedad.

El área asistencial de los Cuidados Paliativos incluye pacientes con enfermedades oncológicas, neurológicas evolutivas o degenerativas, renales crónicas, SIDA, enfermedades metabólicas, genéticas, y otras potencialmente letales. Es entonces cuando los Cuidados Paliativos despliegan sus acciones con el objetivo de preservar y promover la mejor calidad de vida posible. Estas acciones son implementadas, idealmente, en el trabajo con un equipo multiprofesional e interdisciplinario (enfermería, medicina, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, farmacia, kinesiología y otras profesiones de salud), con la inclusión de cuidadores, voluntarios, ministros de fe y otros miembros, según sea necesario con un enfoque socio-sanitario adecuado. Estos cuidados tienen entre sus objetivos controlar los síntomas y entender y aliviar el sufrimiento por el cual pasan indefectiblemente los pacientes, sus familias y su entorno afectivo, a los que llamaremos, de aquí en adelante, Unidad de Tratamiento. Este concepto asistencial es aplicable a enfermos niños, adolescentes, adultos y ancianos, en el contexto de los diferentes sistemas de salud y las distintas modalidades de asistencia (domicilio, hospital, centros comunitarios, hogares geriátricos, casas de cuidados paliativos, atención ambulatoria, etcétera).

### **Objetivos generales de los cuidados paliativos**

1. Detección y evaluación de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, espirituales de las personas con enfermedad avanzada, progresiva a pesar de los tratamientos instituidos, potencialmente mortal a corto o mediano plazo.
2. Promoción e implementación de estrategias interdisciplinarias de cuidado del paciente y su familia destinados a proporcionar bienestar y calidad de vida hasta el final de la vida.
3. Establecimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

destinados a brindar alivio del dolor y/o cualquier otro síntoma que produzca sufrimiento al paciente.

4. Implementación de planes para el adecuado acompañamiento y apoyo emocional del paciente y su familia, durante el curso de la etapa paliativa de la enfermedad.

5. Promoción de sistemas de detección y prevención de secuelas en la familia y/o en el entorno significativo.

6. Disponibilidad de ámbitos o sistemas de soporte para brindar seguimiento de duelo a la familia y/o entorno significativo que lo requiera luego de la muerte del paciente.

7. Organización y ejecución de medidas de prevención de síntomas de agotamiento en los cuidadores profesionales o no profesionales.

8. Promoción de conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y familia.

9. Organización de estrategias de tratamiento para los equipos asistenciales ante la presencia de síntomas de agotamiento en sus miembros.

10. Implementación de tecnologías orientadas a la emancipación y autonomía de las personas que, por razones relacionadas con su enfermedad específica (física, sensorial, mental, psicológica y/o social) presentan temporaria o definitivamente dificultad en la inserción y participación en la vida social.

11. Optimización en la dispensación de estupefacientes y su seguridad tanto en farmacias oficinales como institucionales.

12. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento farmacológico.

13. Facilitación de la permanencia en el propio hogar, particularmente durante la etapa final de la vida, toda vez que sea la voluntad de la persona enferma y se cuenten con los recursos mínimos imprescindibles.

#### **Marco normativo de funcionamiento del equipo General**

- Brindar asistencia a los pacientes con criterio de Cuidados Paliativos.
- Favorecer reuniones regulares interdisciplinarias.
- Asistir a ateneos interhospitalarios: opcional recomendado.
- Realizar interconsultas y/o derivaciones con notas de referencia y solicitando notas de contrar referencia.
- Registrar datos de documentación específica y de consentimiento informado.

Internación 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 multi profesional 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.

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 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



## 1. LISTA DE TABLAS

**Tabla 15- Camas Hospitalarias según Banco Mundial**

Indicadores del desarrollo mundial		1960	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012
<b>ARG</b>	<b>6,35225058</b>		<b>5,58580017</b>		<b>4,59429979</b>	<b>4,1</b>	<b>4,5</b>	4,5	4,7
AUS	11,1999998	11,3000002	11,6999998	12,3000002		7,80000019	3,9		
BOL	1,84541929		2,3217001		1,31780005			1,1	1,1
BRA	3,20179534		3,69180012		3,34529996		2,4	2,3	2,3
CAN	6,19999981		7	6,80000019	6	3,4	2,7		
CHL	3,67429018		3,77640009	3,40639997	3,15860009		2,1	2,1	
COL	2,57554722		2,09730005	1,56410003	1,36670005			1,4	1,5
DEU	10,5		11,3000002	11,5	10,3999996	9,10000038	8,25	8,2	
ESP			4,69999981	5,4000001	4,5999999	4,0999999	3,16	3,1	
FIN			15,1000004	15,6000004	12,5	7,5	5,85	5,5	
LCN	3,43103405		3,46233557		2,47946004		2,23670003	2,00197669	
NAC	8,92944374		7,81522255	6,07812946	5,01019676	3,49016729	2,9702884	2,9	
PER	2,41143894		2,17280006		1,41320002		1,5	1,5	1,5
PRY	2,38925076		1,62940001		0,93220001		1,3	1,3	
URY	5,51182032		5,91270018		4,52260017		1,2	3	2,5
USA	9,19999981		7,9000001	6	4,9000001	3,5	3	2,9	

**Tabla 16 - Ranking de intervenciones conforme a sus razones de costo-efectividad estudio de Minsal (\$ chilenos actualizados al 30 de julio de 2016)**

Código Intervención	Costo	Dalys	RCE
42	Tratamiento de erradicación de la úlcera péptica (por 14 días, cualquier esquema)	59.686	0,6619 90.174

<b>Código Intervención</b>	<b>Costo</b>	<b>Dalys</b>	<b>RCE</b>
<b>3b</b> Cirugía laparoscópica en apendicitis aguda	253.260	2,6176	96.753
<b>13</b> Tratamiento ortopédico de la displasia congénita de cadera (según grado de severidad)	123.010	1,1227	109.566
<b>3a</b> Cirugía abierta en apendicitis aguda	302.205	2,4961	121.071
<b>2</b> Tratamiento ortopédico y quirúrgico de las anomalías congénitas tratables del aparato locomotor (pie bot)	721.503	3,7223	193.832
<b>23</b> Cirugía con uso de malla en hernias de la pared abdominal	477.871	2,3221	205.793
<b>24</b> Derivativa en hidrocefalia congénita al momento de diagnóstico	1.191.316	4,9288	241.705
<b>34</b> Fototerapia en psoriasis	293.714	0,5542	529.978
<b>20</b> Terapia farmacológica tópica en glaucoma	532.591	0,9296	572.925
<b>43b</b> Escleroterapia en várices	42.101	0,0707	595.492
<b>8</b> Cirugía de cáncer de vejiga + terapia intravesical	3.454.036	2,7276	1.266.328
<b>40</b> Trasplante de hígado (insuficiencia hepática terminal)	16.528.571	10,8726	1.520.204
<b>36</b> Atención odontológica integral de la embarazada	200.310	0,1252	1.599.920

<b>Código Intervención</b>	<b>Costo</b>	<b>Dalys</b>	<b>RCE</b>
<b>6</b>	Estudio de ganglio centinela en cáncer de piel + tratamiento	1.285.956	0,7870 1.633.998
<b>30b</b>	Tratamiento con banda gástrica en obesidad mórbida	1.668.600	1,0017 1.665.768
<b>5</b>	Cirugía de cáncer de ovario + quimioterapia	5.729.995	3,1942 1.793.875
<b>30a</b>	Tratamiento quirúrgico bypass en obesidad mórbida	2.980.524	1,6337 1.824.401
<b>39</b>	Trasplante de corazón (insuficiencia cardiaca terminal)	22.789.228	11,8922 1.916.317
<b>29</b>	Psicoterapia (individual y grupal) en el maltrato infantil	266.286	0,1059 2.514.507
<b>11</b>	Tratamiento de la depresión en adolescentes	231.991	0,0900 2.577.681
<b>28</b>	Tratamiento integral del lupus eritematoso sistémico	2.497.945	0,9368 2.666.466
<b>44</b>	Consejería orientada a la mujer en violencia intrafamiliar (adultos)	32.764	0,0118 2.776.589
<b>41</b>	Valvuloplastia con cirugía abierta de los trastornos valvulares reumáticos y no reumáticos	6.386.130	2,2197 2.877.024
<b>21</b>	Tratamiento de inmunoglobulina en Guillain-Barré	10.415.586	3,3889 3.073.442
<b>43a</b>	Safenectomía en várices	462.489	0,1454 3.180.803
<b>18</b>	Tratamiento de la epilepsia en adultos	2.041.051	0,6002 3.400.619

<b>Código Intervención</b>		<b>Costo</b>	<b>Dalys</b>	<b>RCE</b>
<b>12</b>	Tratamiento farmacológico y terapia de apoyo del desorden bipolar	5.318.150	1,4118	3.766.929
<b>32</b>	Cirugía en osteosarcoma mas quimioterapia pre y post cirugía (en personas de 15 años y más)	18.287.734	4,6940	3.895.981
<b>10</b>	Tratamiento integral para la cesación del tabaquismo	277.703	0,0654	4.246.216
<b>33</b>	Tratamiento con toxina botulínica tipo A en parálisis cerebral infantil	5.726.221	1,3321	4.298.642
<b>26<sup>a</sup></b>	Inducción ovárica en el tratamiento de la infertilidad	1.444.413	0,2793	5.171.545
<b>14</b>	Tratamiento integral de la enfermedad de Alzheimer	419.181	0,0781	5.367.238
<b>1b</b>	Cirugía abierta en aneurisma aórtico abdominal	2.402.599	0,3833	6.268.194
<b>9</b>	Cirugía de cáncer de vesícula biliar y vías biliares + quimioterapia	5.861.425	0,9029	6.491.776
<b>26b</b>	Fertilización in vitro en el tratamiento de la infertilidad	2.320.399	0,3527	6.578.959
<b>4</b>	Cirugía de cáncer de colon + quimioterapia	13.388.044	1,8667	7.172.038
<b>22</b>	Tratamiento de la hepatitis c (peginf + ribavirina)	13.795.843	1,4768	9.341.714

<b>Código</b>	<b>Intervención</b>	<b>Costo</b>	<b>Dalys</b>	<b>RCE</b>
17	Angioplastia por stent en enfermedad isquémica del corazón	3.549.819	0,3195	11.110.544
35	Reemplazo hormonal en el climaterio (estrógenos conjugados más progestágenos)	669.573	0,0520	12.876.394
7	Cirugía de cáncer de pulmón + quimioterapia	9.816.986	0,7065	13.895.239
37	Tratamiento farmacológico e intervención psicosocial del síndrome de déficit atencional del niño	1.738.791	0,1096	15.864.884
16	Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Parkinson	5.640.163	0,2924	19.289.201
1ª	Stent endovascular en aneurisma aórtico abdominal	10.010.796	0,4459	22.450.765
19	Interferón beta-la para esclerosis múltiple rr	21.422.265	0,7104	30.155.215
38	Tratamiento del sobrepeso y obesidad infantil (por 4 meses, incluye dieta, ejercicio y apoyo psicológico)	242.591	0,0018	134.772.917
31	Terapia de reemplazo hormonal (calcio y vitamina D) en la osteoporosis	1.251.256	0,0025	500.502.500
15	Terapia de reemplazo enzimático en enfermedad de Gaucher	4.185.235.711	0,9348	4.477.145.605

## Tabla 17- Aumentos de Costos en Atención Médica

Cuadro 1. Aumentos anuales de los ítems de costo de la atención médica

2001-2017

	2001 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Costos laborales	34%	34%	23%	33%	31%	22%	31%
Insumos médicos	83%	7%	7%	12%	27%	13%	16%
Insumos no médicos	140%	11%	7%	14%	24%	18%	33%
Servicios públicos	55%	12%	10%	8%	22%	12%	22%
Inversiones	83%	7%	6%	12%	5%	18%	26%
<b>ÍNDICE DE COSTOS</b>	<b>62%</b>	<b>21%</b>	<b>16%</b>	<b>25%</b>	<b>27%</b>	<b>20%</b>	<b>29%</b>
Salario sanidad		41%	19%	20%	25%	19%	27%
Dólar oficial	193%	-1%	5%	1%	2%	18%	5%
Dólar paralelo							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Costos laborales	29%	27%	26%	31%	26%	37%	22%
Insumos médicos	16%	14%	33%	58%	24%	18%	11%
Insumos no médicos	37%	23%	28%	59%	29%	31%	31%
Servicios públicos	16%	2%	11%	14%	9%	292%	200%
Inversiones	34%	23%	18%	50%	33%	22%	16%
<b>ÍNDICE DE COSTOS</b>	<b>29%</b>	<b>25%</b>	<b>27%</b>	<b>40%</b>	<b>27%</b>	<b>37%</b>	<b>25%</b>
Salario sanidad	33%	28%	28%	30%	32%	39%	27%
Dólar oficial	6%	10%	32%	37%	37%	41%	11%
Dólar paralelo	n/c	42%	52%	39%	29%	n/c	n/c

Fuente: Adecra+Cedim.

## Tabla 18- Empresas de ID en asignación a sistema de Módulos

Detalle	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Acumulado
<b>Módulo</b>										
AL	47	48	32	20	18	21	25	25	19	255
AS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BA	0	0	0	0	21	18	25	24	16	104
BI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CC	0	9	32	20	21	40	25	43	44	234
CH	0	0	0	19	17	19	0	0	0	55
CID	0	0	0	19	0	18	22	15	0	74
CU	0	0	0	25	23	0	3	0	16	67
DC	0	8	31	25	23	0	3	0	18	108
EF	0	0	0	0	28	50	48	32	18	176
EM	0	8	32	25	23	0	3	43	30	164
HE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PR	0	0	0	0	28	50	47	32	18	175
SID	49	45	32	10	5	1	3	0	20	165
SA	48	47	32	25	15	0	3	0	18	188
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>165</b>	<b>191</b>	<b>188</b>	<b>222</b>	<b>217</b>	<b>207</b>	<b>214</b>	<b>217</b>	<b>1.127</b>

**Tabla 19- Asignación por acto dispositivo de ID**

Detalle	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Acumulado
<b>Internación Domiciliaria</b>										
AL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AS	4	3	2	2	1	0	2	2	2	18
BA	3	2	2	1	1	2	2	1	1	15
BI	3	4	4	0	0	0	0	0	0	11
CC	6	5	2	3	1	8	2	3	4	34
CH	3	4	2	2	0	8	0	0	0	19
CID	5	4	3	2	1	1	1	1	0	18
CL	3	1	1	3	3	0	0	0	1	12
DC	3	4	2	2	3	0	0	0	0	14
EF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EM	3	4	2	2	1	0	0	0	1	13
HE	3	3	0	0	0	0	0	0	0	6
PR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SID	0	5	2	1	0	0	0	0	3	11
SA	0	4	2	2	3	1	0	0	0	12
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>43</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>157</b>

**Tabla 20- Evaluación de Calidad Vida según EQ5**

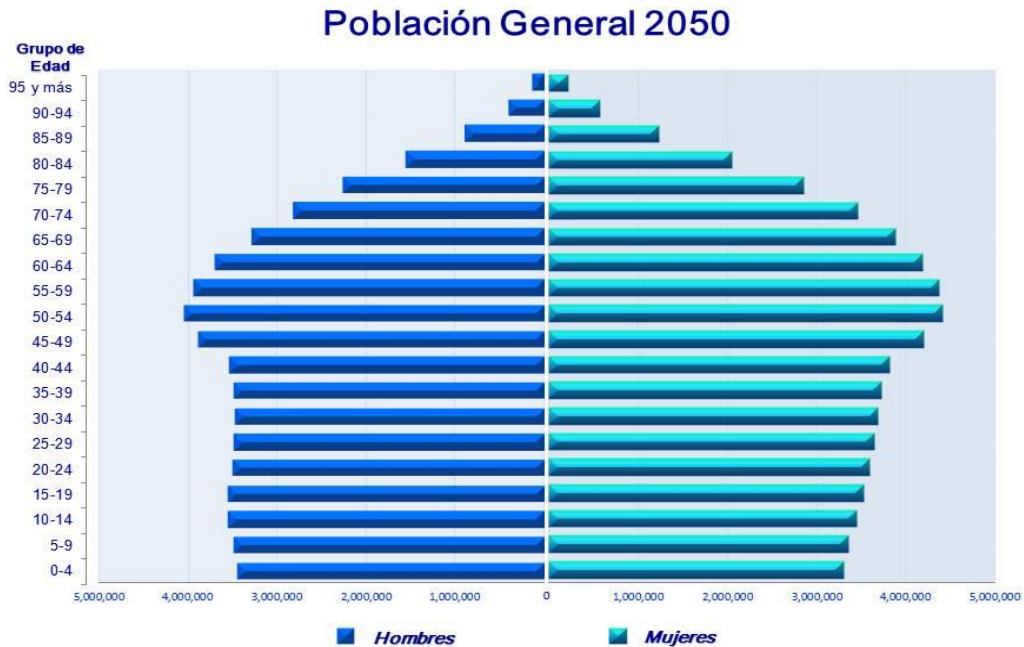
	1- MOVILIDAD	2- AUTOCUIDADO	3- ACTIVIDADES HABITUALES	4- DOLOR/INCOMODIDAD	5- ANSIEDAD/DEPRESION	Media
ADENOCARCINOMA DE COLON	2	2	2	3	3	2
ANCIANA FRAGIL - DETERIORO COGNITIVO	2	2	2	3	3	2
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y HEPATICA	2	1	1	2	1	1
ACV	3	3	3	3	2	3
ANEMIA CRONICA - DETERIORO GENERAL	3	2	2	2	1	2
DISCA	3	3	3	3	3	3
EPOC SEVERA	2	2	2	3	3	2
DISCA	3	3	3	3	3	3
FA cronica - Alzheimer severo	3	3	3	2	2	3
POP DIVERTICULITIS COMPLICADA - COLOSTOMIA	3	3	3	3	2	3
DISCA	3	3	3	3	3	3
ANCIANO FRAGIL	3	3	2	2	2	2
FX DE CADERA - ARTROSIS	2	2	2	2	3	2

INSUFICIENCIA RENAL	2	2	2	1	1	2
DIABETES – OBESIDAD	3	3	3	2	2	3
ACV - ARTROSIS COLUMNA	2	3	3	2	2	2
PARAPLEJIA TRAUMATICA	3	3	2	2	2	2
ANCIANO FRAGIL - EPOC	3	3	3	2	3	3
EPOC SEVERO – DBT	2	3	3	2	2	2
	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	



## 2. GRAFICOS

**Figura 35-** Población estimativa para 2050, inversión de base poblacional

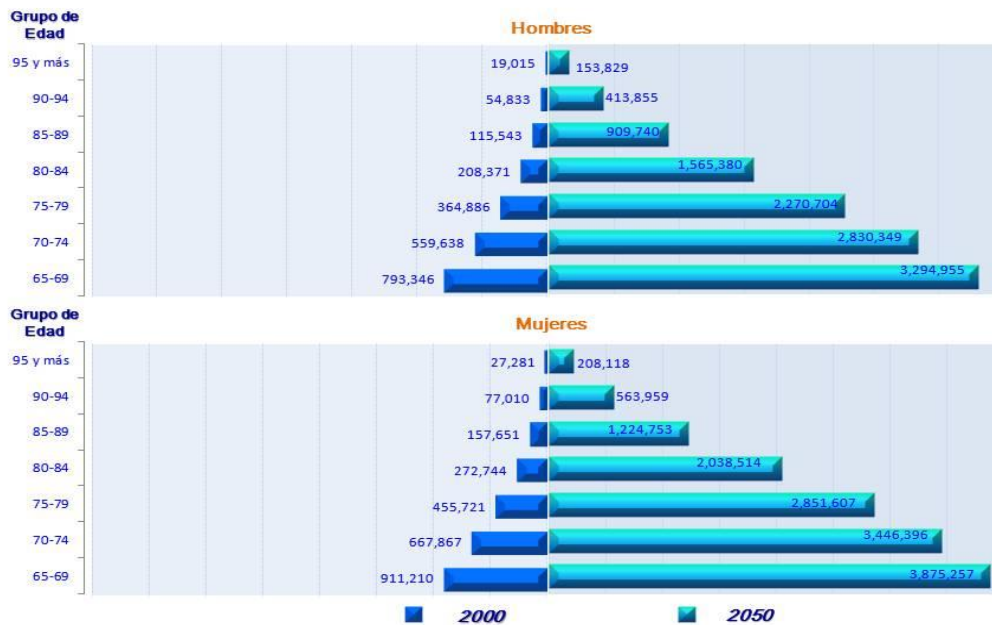


Fuente: Consejo Nacional de Población

Elaborada por la Dirección de Educación en Salud

**Figura 36**

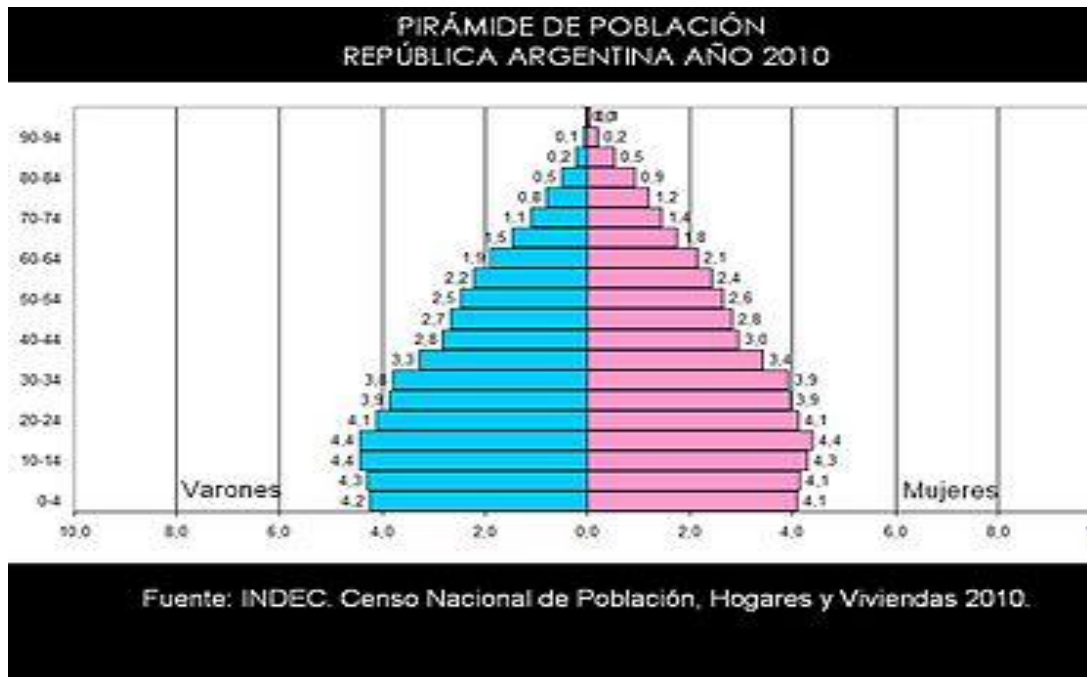
**Pirámides poblacionales de mayores de 65 años, según género 2000-2050**



Fuente: Consejo Nacional de Población

Elaborada por la Dirección de Educación en Salud

**Figura 37. típico poblacional Censo 2010**

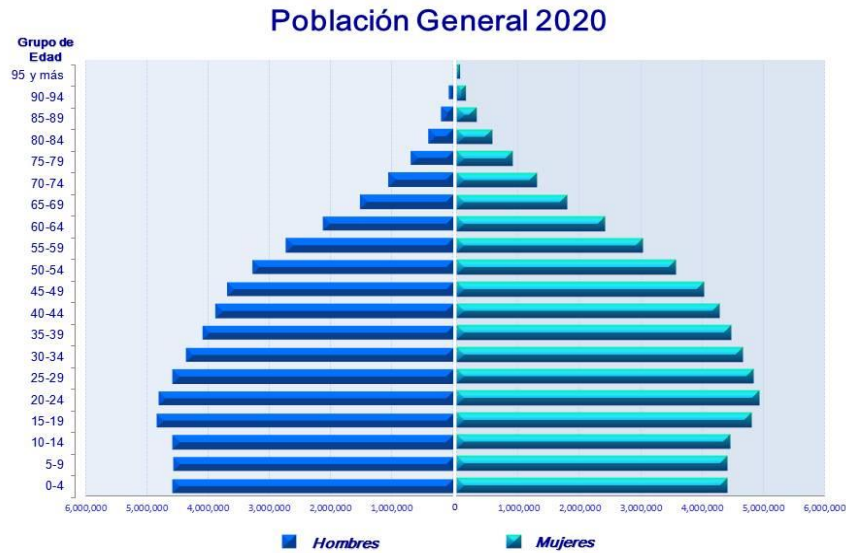


**Figura 38**

Censo donde la base (nacimiento y primeros años de vida) es claramente mayor, con vértice (triangular) con disminución de la cantidad de habitantes mayores



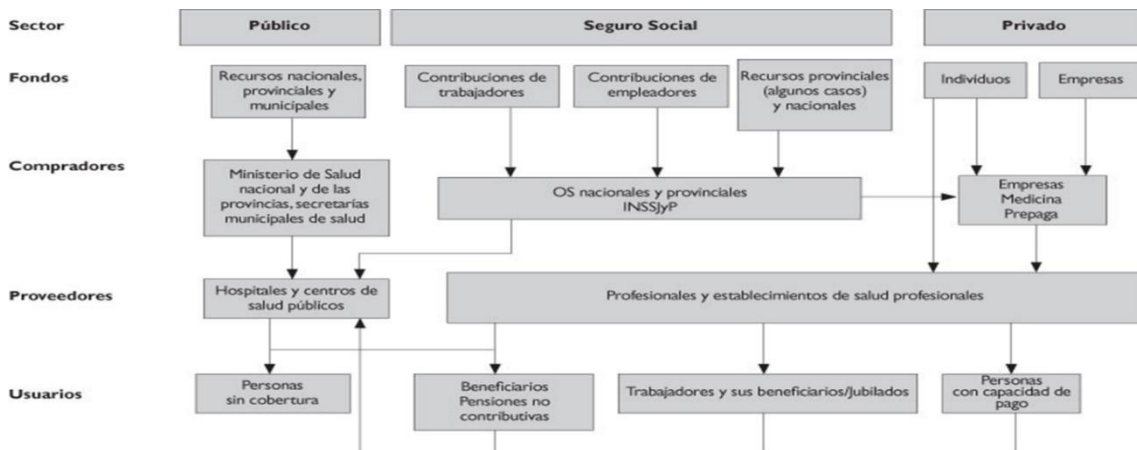
**Figura 39-** Proyección poblacional para 2020, donde la configuración cambia, base natal y primero años levemente menor a edad media, disminuyendo la expectativa de vida a partir de 70 años (configuración punta de flecha)



Fuente: Consejo Nacional de Población

Elaborada por la Dirección de Educación en Salud

**Figura 40-** Fragmentación del Sistema de Salud Argentino



OS: Obras Sociales  
INSSjyP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Fuente: Referencia 1

El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores: público, seguro social y privado. El sector público está integrado por los ministerios nacional y provinciales, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Este sector se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. Además, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias. Las provincias cuentan con una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y los patrones. El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, y a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga que se financian con primas que pagan las familias o las empresas y con recursos derivados de contratos con las OS. Los servicios que ofrecen se prestan en consultorios e instalaciones privadas.

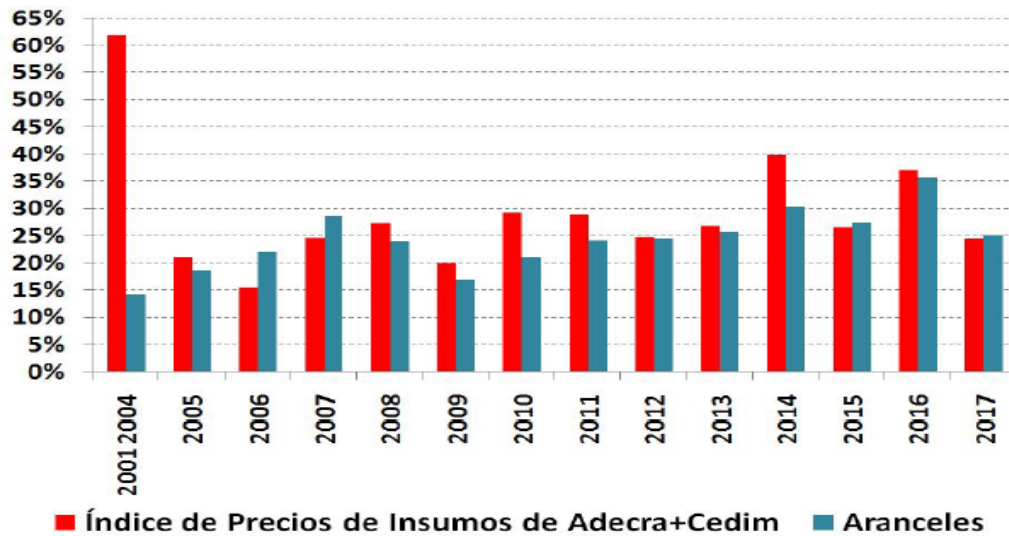
**Figura 41-**

**Número de camas hospitalarias comparativas según Banco Mundial**

Nombre del país	1960	2012	
Uruguay	5,5	2,5	••
Reino Unido	10,7		•
Estados Unidos	9,2		•
Argentina	6,4	4,7	•
Mundo			•

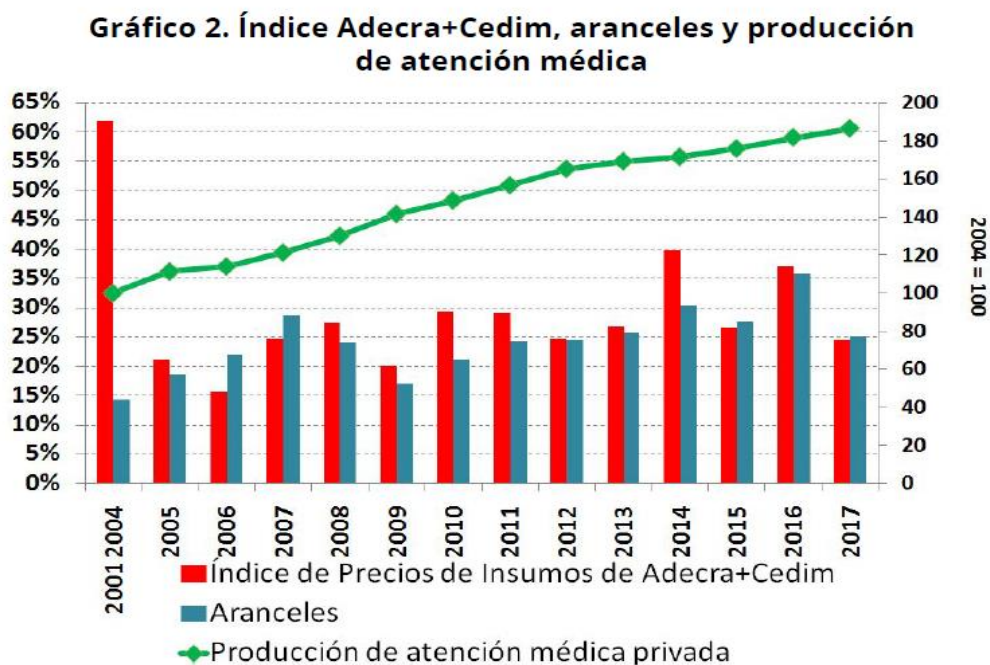
**Figura 42- Informe de Adecra de los incrementos de aranceles entre 2012 y el 2017.**

**Gráfico 1. Índice de Adecra+Cedim y aranceles médicos**



Fuente: Adecra+Cedim

**Figura 43-Índice Adecra –Cedim , aranceles y produccion de atencion medica**



**Figura 44- Índice inflacionario 2016.**

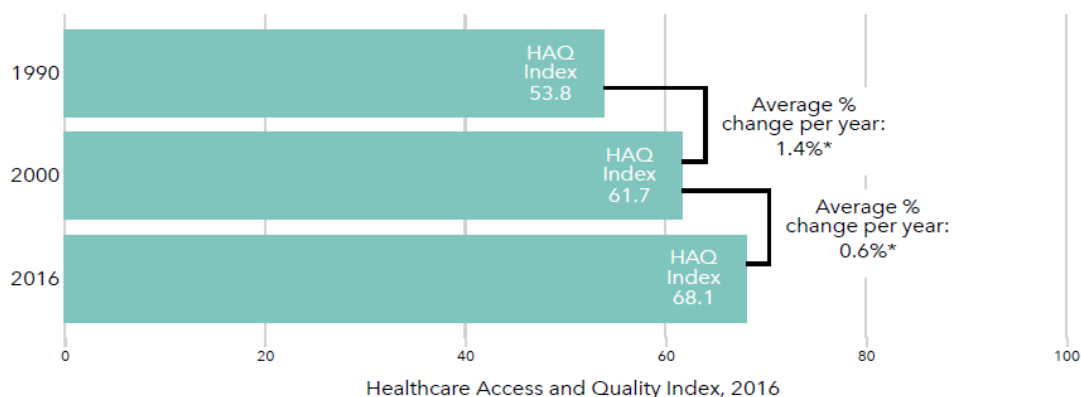


**Figura 45- Índice de acceso a salud y calidad entre 1990 y 2016**

16/10/2018

Argentina | Institute for Health Metrics and Evaluation

## How does personal healthcare access and quality measure up?



Stars indicate the average rate of change was statistically significant for that time period.

Source: [bit.ly/HAQ-GBD2016](http://bit.ly/HAQ-GBD2016)

The Healthcare Access and Quality (HAQ) Index provides a summary measure of healthcare access and quality for a given location. This measure is based on risk-standardized mortality rates or mortality-to-incidence ratios from causes that, in the presence of quality healthcare, should not result in death - also known as amenable mortality.

**Figura 46- Ranking de muertes de Argentina y el Mundo comparativa 1990 versus 2017.**

El siguiente cuadro muestra de manera comparativa década 90 comparaciones con datos 2017, primer cuadro datos globales en los siguientes datos de Argentina.



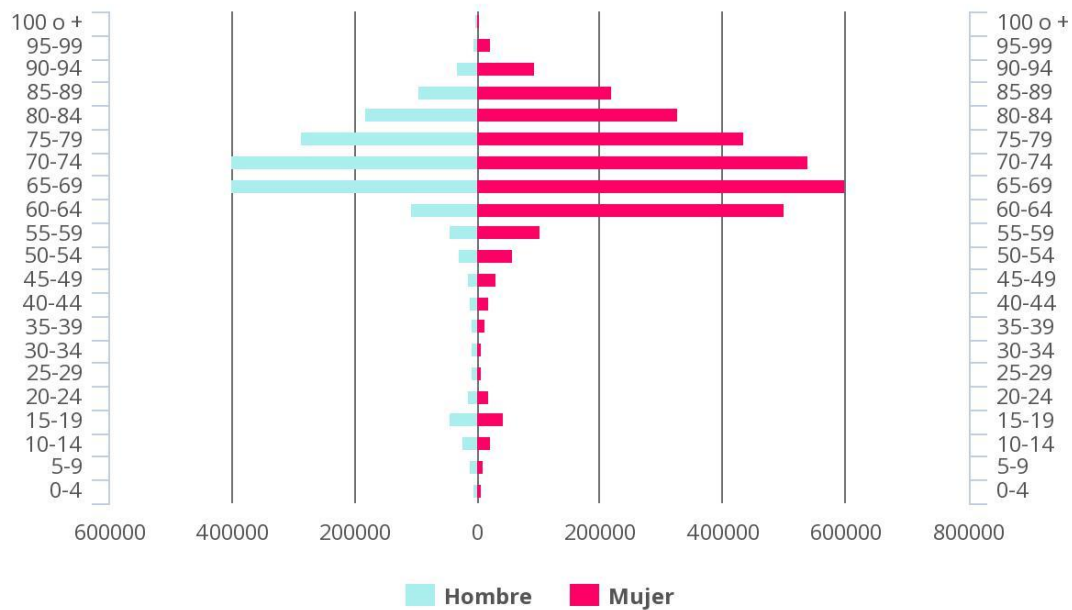
Donde se destaca en orden de importante de muerte 1\_causas cardiovasculares, 2-Neoplasias, 3- a nivel global enfermedades neurológicas, contra infecciones respiratorias, como cambios al global.

Cuando hacemos el mismo análisis pero analizando años de vida saludable perdidos o dichos de otra manera años de vida ajustados por discapacidad, como una forma particular de los QALYs (calidad de vida ajustada a los años de vida/ Quality Adjusted Life Years) para integrar en un único indicador la duración de la vida y su calidad.

**Figura 47- Ranking de Discapacidad de Argentina y el Mundo comparativa 1990 versus 2017.**



### ACTUALIZADO AL 30/06/2016



**Figura 48-Padron afiliados a INSSJP gestión gobierno abierto 2016**



**UCES**  
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

Buenos Aires, 06 de Julio de 2020

Por la presente se autoriza el pasaje del documento de Trabajo Final: "La internación domiciliaria como alternativa a la hospitalización" del alumno Alejandro Fabian Iraitorza, correspondiente a la Carrera Teles para optar al título de Doctor en Ciencias de la Salud Pública, con mención en Sistemas y Servicios de Salud, aprobado por las autoridades de la carrera, para su evaluación por parte de los jurados:



Firma y aclaración del Director/Tutor:

Firma y aclaración del Coordinador de Trabajo Final de la Carrera:.....



Dra. Kumiko Elgueta  
Coordinadora Académica  
de la Carrera de Doctorado  
de Salud Pública

Firma y aclaración del Director de la Carrera:



Prof. Dra. María Carmen Luciani  
Directora de la Carrera de Doctorado  
de Salud Pública, UCES