

CURSO

AUDITORIA MEDICA

HOSPITAL ALEMAN 2013

MONOGRAFIA:

INTERNACIÓN DOMICILIARIA

INTEGRANTES:

BERNAL LORENA

ROJAS MARIELA



INDICE

Introducción.....	Pág. 3
Objetivos.....	Pág. 3
¿Qué es la Internación domiciliaria?.....	Pág. 4
Breve reseña Histórica de la Internación domiciliaria.....	Pág. 4
Panorama Latinoamericano.....	Pág. 5
La actualidad en Argentina.....	Pág. 6
Perspectivas en América.....	Pág. 6
Realidad Hospitalaria.....	Pág. 7
Beneficios de la Internación domiciliaria.....	Pág. 8
Niveles de Internación domiciliaria.....	Pág. 9
Equipo interdisciplinario.....	Pág. 11
Aparatología.....	Pág. 12
Conclusiones Generales.....	Pág. 15
Bibliografía.....	Pág. 16

INTRODUCCION

A mediados del siglo XX, surge la idea de internación domiciliaria, no como un cambio de paradigma prestacional sino como la solución más efectiva para descongestionar las salas de los hospitales.

Sin embargo recién hoy en día, la incipiente atención domiciliaria parece intentar dejar atrás este enfoque comunitario, para retornar a la antigua medicina personalizada en lo asistencial y socializada en el abordaje, con el objetivo de reinsertar al paciente en su comunidad.

En nuestro país, lamentablemente, solo los ciudadanos que cuentan con la cobertura de una obra social, jubilados y pensionados, conforman el círculo de acceso a este modelo de prestación, y así una vez más, las desigualdades sociales impactan fuertemente en el acceso a la salud.

OBJETIVOS

Lo que intentamos, en esta monografía, es reflejar la importancia de la internación domiciliaria, cuyos beneficios consideramos tan importantes como los resultados de la internación hospitalaria, proponiendo además, que se proyecte cubrir este tipo de prestación en todos los estratos de la sociedad.

¿QUE ES LA INTERNACION DOMICILIARIA?

La internación domiciliaria es un recurso asistencial y sanitario específico, que permite tratar a los pacientes en su propio domicilio, ayudado por la convivencia familiar, sus seres queridos, su entorno diario. Se trata de una extensión del hospital, del montaje de una infraestructura sin la cual los pacientes deberían permanecer hospitalizados. La relación permanente del enfermo con su núcleo familiar, donde se mantienen sus costumbres y encuentra el sostén anímico, y la responsabilidad participativa y conjunta no exclusivamente médica, determinan las mejores condiciones para su recuperación.

La misión de la ID es promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en sus aspectos físicos, psíquicos, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana.

BREVE RESEÑA HISTORICA DE LA INTERNACION DOMICILIARIA

La internación domiciliaria (ID) nació en 1947, en Nueva York, Estados Unidos, de la mano del Dr. Bluestone del Hospital Montefiori, pensada como una prolongación del hospital hacia el domicilio del paciente. Su función era descongestionar las salas hospitalarias, otorgando al enfermo un ambiente más humano y favorable para su proceso de rehabilitación. Desde ese entonces, tanto en Estados Unidos como en Europa, se imitó la iniciativa adaptándola a las estructuras y procedimientos de cada sistema nacional de salud.

En Argentina, el hospital de la Comunidad de Mar del Plata y el hospital Castex de San Martín fueron pioneros en esta disciplina. En 1991 surge la empresa "En Casa", conformada por médicos clínicos del Hospital Italiano, y desde ese entonces, diferentes empresas privadas se lanzaron a la atención domiciliaria pensada para pacientes de prepagas, mutuales, Obras Sociales y pacientes privados.

PANORAMA LATINOAMERICANO

Colombia

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

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

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

En la actualidad, el Estado ha delegado en las EPS la supervisión y la auditoría de las empresas que prestan servicio de ID. También hay falta de personal especializado.

Brasil

La ID está financiada por el Sistema público y por el privado llevando 14 años de desarrollo, principalmente en el sector privado. En el sistema público es financiado por el gobierno federal y complementado por los recursos de los estados y municipios. Dentro de todos los Servicios públicos existen iniciativas de atención domiciliaria, pero no hay un modelo homogéneo, se trata de iniciativas locales determinadas por los programas de salud familiar, que marcan atención ambulatoria y domiciliaria. No hay organismo que controle la calidad, pero existe un control de esa especialidad a través de las fuentes que financian esos servicios.

Chile

Se ha desarrollado con fuerza hace 10 años y es financiada básicamente por las ISAPRES aseguradoras privadas que cubren el 45% de la Población, ya que los hospitales públicos tienen un modelo de atención que todavía es incipiente y solo incluye la visita domiciliaria de un profesional, pero no la implementación de una infraestructura hospitalaria en su domicilio. La internación todavía resulta muy costosa porque no se ha desarrollado en forma masiva y solo un sector de la población puede acceder a dichos servicios. Las ISAPRES cubren la ID pero solo en forma extra-contractual, es decir que ofrecen esos servicios como una forma de bajar los costos que pagan por un paciente hospitalizado en una clínica privada ya que esta especialidad todavía no se acredita y no se reconoce como una modalidad de salud, aun a pesar de que hace mucho tiempo que se está dando. Esto se debe a que el FONASA (Fondo Nacional de Salud) que cubre a la mayoría de los chilenos, no codifica

esta prestación, lo que hace que no pueda ser cubierta por las ISAPRES. A pesar de ser cara se muestra eficiente si se la compara con los costos de la hospitalización en el sector privado.

LA ACTUALIDAD EN ARGENTINA

Hoy en día, la mayoría de las empresas que brindan servicio de atención domiciliaria son empresas privadas e independientes, con una cartera de clientes muy heterogénea de obras sociales, sanatorios, clínicas privadas e incluso del estado mismo (PAMI, PROFE, etc.). Otras, forman parte de empresas de medicina prepaga.

Hay pocos ejemplos de instituciones estatales que se dediquen a este modelo prestacional. Entre ellos se han podido detectar y se encuentran desarrollando esta modalidad de atención en nuestro país, el Hospital de la Comunidad de Mar del Plata, pionero junto al hospital Castex de San Martín en ID, la Maternidad Martín en la ciudad de Rosario con su servicio de pediatría domiciliaria, enmarcado dentro del Departamento de Internación domiciliaria (CEMAR) de la Secretaría de Salud Pública de esa ciudad y hospitales del interior donde dentro del plan de desmanicomización han implementado servicios de psiquiatría y psicología a domicilio sin llegar a significar esto necesariamente un cambio en las políticas de salud existentes (ejemplo la subsecretaría de Salud de la provincia de Santa Cruz).

La práctica de la ID se encuentra concentrada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y alrededores, probablemente por la accesibilidad a la tecnología necesaria y la baja densidad demográfica en el resto del país. En las provincias del interior, esta modalidad es escasa, o directamente, inexistente.

PERSPECTIVAS EN AMÉRICA

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

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

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

REALIDAD HOSPITALARIA

La población argentina pasó de 32 millones en 1991 a más de 40 millones en la actualidad, pero la cantidad de camas disponibles en centros sanitarios sigue siendo casi la misma, lo cual refleja parte de la crisis en la infraestructura hospitalaria y las demoras para concretar intervenciones quirúrgicas o internaciones programadas. Los problemas presupuestarios y el encarecimiento en los costos de los insumos, pusieron al sistema de salud en jaque.

Las sucesivas crisis que soportó la Argentina en las últimas décadas provocaron una sensible caída en la cantidad de camas disponibles y en los recursos hospitalarios destinados a atender la creciente demanda.

Largas colas, saturación de pacientes, estado edilicio deteriorado, falta de insumos y aparatología en malas condiciones y con mantenimiento deficiente, son los síntomas actuales de algunos centros sanitarios, relegados ante otros problemas que llevaron a deteriorar sus prestaciones.

La internación domiciliaria, ante esta realidad hospitalaria devastada, se presenta entonces como una solución efectiva e incluso con mejores resultados para la descompresión del sistema sanitario.

Analizar los casos en los cuales la ID es factible, no solo garantiza poder elegir internación hospitalaria solo para los casos realmente necesarios, sino que además se presenta como una alternativa de apoyo en cuanto a la realidad social que se vive. La implementación de la atención domiciliaria posibilita la concientización de la sociedad respecto a la importancia de la prevención y refuerza los vínculos entre seres humanos, a la vez que suma el porcentaje de éxito en los tratamientos.

Pero además de la descentralización de todas las patologías en el ámbito hospitalario, reduce la posibilidad de afecciones hospitalarias, un riesgo latente en cada internación. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre el 5% y el 10% de los pacientes que transcurren internaciones hospitalarias en los países desarrollados, contraen infecciones que incluso en algunas ocasiones acaban con la vida del enfermo

BENEFICIOS DE LA INTERNACION DOMICILIARIA

A continuación, detallaremos algunas de las ventajas bio-psico-sociales que pueden contarse entre la ID y la internación hospitalaria:

PARA EL PACIENTE:

- Evita el desarraigo y la desorientación temporo espacial.
- Permanece en su espacio cotidiano, rodeado de sus seres queridos, sus cosas, lo cual incide directamente en el buen ánimo del mismo.
- Se suprime la dependencia hospitalaria.
- Recibe atención personalizada, lo cual mejora el vínculo entre profesionales y familiares.
- Reduce las demoras en la atención.
- Se optimiza su tratamiento médico.
- Favorece su autocuidado, autonomía e intimidad.
- Aumenta la autoestima, ya que el paciente toma decisiones cotidianas y puede marcar su ritmo de vida.
- Potencia la socialización y el mantenimiento de su capacidad funcional.

PARA LOS FAMILIARES:

- Evita los desplazamientos, ahorrando tiempo y costos aparejados a cuidar de un enfermo durante una internación hospitalaria.
- Permite la interacción del familiar con el grupo médico y se reducen los miedos y dudas habituales.
- Da la oportunidad de sentirse parte del tratamiento, de cuidar al ser querido y acompañarlo en el difícil momento que le toca vivir.
- Se conserva la intimidad familiar.
- Promueve el aprendizaje de la enfermedad del paciente, de los cuidados que necesita, generando más responsabilidad. El familiar que se instruye, ayuda al control del cumplimiento del tratamiento del paciente.
- En cuidados paliativos, durante la ID, el grupo familiar puede elaborar el duelo, eliminando la culpa y solucionando diferencias.

PARA LOS PROFESIONALES:

- Optimiza la relación con el paciente, el equipo de salud, y los familiares.
- Favorece la visión global de la realidad y la cercanía con el paciente.
- Optimiza la distribución y control de la utilización de materiales descartables, medicación, estudios complementarios, etc., disminuyendo los costos de internación.

PARA EL SISTEMA

- Permite administrar los recursos tecnológicos y mejorar los costos de la prestación.

NIVELES DE INTERNACION DOMICILIARIA

La atención domiciliaria es recomendable en casos de internación prolongados, a pacientes de padecimientos subagudos y crónicos, enfermedades invalidantes, oncológicos, psiquiátricos, post quirúrgicos, etc.

Para garantizar el éxito de la ID, se requiere la evaluación precisa y minuciosa de cada caso y la planificación exhaustiva del tratamiento del mismo.

Se pueden distinguir tres tipos de niveles de atención:

NIVEL I: clasifica a los pacientes independientes, que requieren principalmente de enfermería para cuidados integrales, acompañados de rehabilitación. El fin es la prevención de complicaciones en su patología de base o enfermedades secundarias.

NIVEL II: clasifica a los pacientes semi dependientes, que necesitan cuidados integrales con procedimientos invasivos y no invasivos, valoración, evolución y respuestas al tratamiento con seguimiento médico.

NIVEL III: clasifica a los pacientes dependientes con tratamientos invasivos, aplicación de tecnología, cuidados integrales, seguimiento médico y de especialidades que se determinen.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Enfermedades Respiratorias

- ≈ EPOC.
- ≈ Neumonías.
- ≈ Insuficiencias Respiratorias crónicas (enfisema, intersticiopatías).
- ≈ Sobre – infecciones de bronquiales crónicas.

PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS

- ≈ Accidentes cerebro – vasculares.
- ≈ Enfermedades degenerativas.
- ≈ Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- ≈ Post – operativos neurológicos.
- ≈ Secuelas post – traumáticas medulares.

- ≈ Parálisis cerebrales.
- ≈ Enfermedades neuro – metabólicas.

ULCERAS POR PRESIÓN (ESCARAS)

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

PACIENTES CARDIACOS

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

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

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

PACIENTES TERMINALES (ONCOLÓGICOS Ó NO ONCOLÓGICOS)

- ≈ *Neoplasias.*
- ≈ *Terminales murientes no neo – plásicos.*

TRASTORNOS METABÓLICOS (DIABETES, TRASTORNOS HIDROELÉCTRICOS)

- ≈ *Diabetes mellitus.*
- ≈ *Trastornos hidroelectrolíticos.*

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

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

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

APARATOLOGIA

Un aspecto bastante crucial en la ID es la aparatología utilizada, ya que dependiendo de la complejidad necesaria (baja para tratamientos psicológicos, cuidados paliativos o de la tercera edad, o alta y compleja de ciertas afecciones respiratorias y neurológicas) se determinará el costo de la misma. Es preciso la evaluación certera del uso de los mismos de parte de los prestadores y los financiadores de la salud, para obtener buenos resultados para ambas partes por cada tipo de prestación.

Existen casos donde el estado a través de la ID aporta tecnología, de baja complejidad, para asistir a pacientes crónicos o terminales en su proceso de curación o paliativo en su domicilio. Estos elementos no significan un gasto elevado para el Estado, en contra del costo de cada internación domiciliaria.

Algunos de los equipos más utilizados en todas las ID son:

- **Aspiradores:** Empleado para extraer secreciones de las vías aéreas en pacientes que se encuentran con afecciones respiratorias, asistidos o no por respiración mecánica. Su mantenimiento es mínimo y es sumamente importante la desinfección de sus partes luego de cada intervención.
- **Nebulizadores:** equipo utilizado para suministrar medicación o simplemente liberar las vías aéreas en patologías respiratorias como bronqueolitis, alergias o gripes estacionales.
- **Concentradores de oxígeno:** aparato que genera y concentra oxígeno a partir del aire ambiente, permitiendo al paciente con déficit de oxigenación, desplazarse dentro del domicilio sin necesidad de depender de un tubo de oxígeno metálico y pesado. Su mantenimiento es sencillo ya que solo requiere del reemplazo periódico del filtro y la revisión del correcto funcionamiento.
- **Mochila de oxígeno:** Para aquellos pacientes que deben trasladarse frecuentemente a un centro asistencial es conveniente contar además con una. Consiste en un tubo de oxígeno liviano (aluminio) con su respectivo regulador de presión y flujo acondicionado en una mochila de tela resistente. Su principal limitación es el volumen de oxígeno dado por la capacidad del tubo que ronda las dos horas dependiendo del tratamiento, es por ello que equipos más desarrollados están utilizando oxígeno líquido para aumentar su autonomía. No requiere de mantenimiento excepto la recarga de los tubos por parte de un proveedor autorizado.
- **Tubo de Oxígeno:** indicado en pacientes que se encuentran imposibilitados de trasladarse por sus propios medios o que permanecen en cama todo el tiempo. Es el elemento menos costoso y más utilizado por hospitales y prestadoras de servicios de salud. Su autonomía dependerá del tratamiento y debe garantizarse su provisión en tiempo y forma. No requiere de mantenimiento, si de controles periódicos de seguridad. Si no se instalan y fijan correctamente pueden provocarse accidentes que resultar sumamente peligrosos para la vida del paciente como de sus asistentes.

- **Aparatos de Kinesiología:** existe una gran diversidad de aparatos para uso en kinesiología, la mayoría de ellos son electrónicos y requieren de la conexión a un suministro eléctrico de 220v/50Hz. Utilizan diferentes fenómenos físicos para lograr los beneficios fisiológicos que son básicamente la relajación muscular, una mejor vasculización, la absorción de alguna medicación localizada, etc. Para ello se emplean trenes de ondas mecánicas (ondas cortas), ondas lumínicas (lámpara infrarroja), ondas eléctricas (electroestimulador), ondas magnéticas (Magnetoterapia), ondas láser (tratamientos dérmicos), etc. Generalmente estos equipos no permanecen en el domicilio del paciente ya que son suministrados por el kinesiólogo y por ende no requieren de espacio físico ni de mantenimiento.
- **Oxímetro de Pulso:** equipo encargado de monitorear (seguimiento y visualización) la saturación de oxígeno en sangre y la frecuencia cardiaca en pacientes que se encuentran con baja perfusión o con complicaciones respiratorias. Requiere de alimentación eléctrica a 220V/50Hz. y su consumo es bajo (menor a los 300 watts), poseen batería de reserva con una autonomía que varía entre 2 a 8 horas dependiendo de la marca, modelo y fabricante. Su mantenimiento es mínimo y solo requiere cuidado el Sensor por ser una pieza delicada.
- **Monitor de apnea:** equipo que censa y monitorea la frecuencia cardiaca o respiratoria de bebés que han sido enviado a casa y presentan cuadros de apnea severa, reflujo persistente, antecedentes familiares de muerte súbita o que requieren de oxígeno. Cuando la frecuencia baja por debajo de los valores razonables se dispara una alarma que advierte de la situación. Los requerimientos son eléctricos son 220v/50 Hz, aprox. 150 watts y una superficie firme para su colocación próxima al bebé. Deben estar provistos de baterías con autonomía de al menos 2 horas.
- **Monitor de Signos vitales:** también denominados multiparamétricos, registran los parámetros fisiológicos del paciente tales como ECG (electrocardiograma), SPO2 (saturación de oxígeno), PNI (presión no invasiva), respiración (pulsos por minutos), etc. Está indicado en pacientes que requieren una lectura continúa de su estado clínico para la toma de decisiones como por ejemplo aquellas que requieren de asistencia respiratoria mecánica.
- **Bombas de infusión:** (enteral o parenteral) equipo destinado al suministro de medicación o alimento en pacientes que requiere gran exactitud en la dosis administrada. Existen dos tipos de bombas de infusión, las peristálticas y las de jeringa, siendo estas últimas, más utilizadas en neonatología y pediatría. Estos equipos permiten a través de la programación de parámetros tales como volumen a infundir [ml.] y selección de tiempo [seg.] dosificar con una exactitud del 1% las dosis de medicamentos, drogas o soluciones que deben administrarse al paciente. Posen una serie de alarmas que impiden el paso de burbujas de aire en el circuito paciente, detectan oclusión tanto en la entrada a la bomba de la medicación o alimento como en el ingreso al paciente.
- **Respiradores:** existe una diversa gama de respiradores destinados a diferentes patologías cuyo grado de complejidad y costo tiene directa relación con sus prestaciones. Ellos son:

- **C-PAP:** (Continuous Positive Airway Pressure). Es un dispositivo que insufla presión positiva en las vías aéreas de pacientes que, durante el sueño sufren obstrucciones impidiendo la respiración por el lapso de 10 a 30 seg. por vez. Estas interrupciones pueden repetirse ciento de veces en una noche con consecuencias hasta fatales.
- Vienen mascararas faciales como nasales y su aplicación aumenta la presión pulmonar, mejora la oxigenación, evita los ronquidos, prevé el colapso alveolar en la expiración y disminuye el daño inflamatorio en los pulmones.
- **Bi-PAP:** (Biphasic Positive Airway Pressure) Es un dispositivo similar al anterior solo que mantiene la presión positiva tanto al final de la inspiración como de la espiración. Se aplica en pacientes con edema agudo de pulmón.
- **Luminoterapia:** aparato encargado de irradiar luz de una determinada longitud de onda para el tratamiento de la ictericia o Hiperbilirrubinemia en recién nacidos.
- **Elementos de apoyo:** se encuentran enmarcados aquí los bastones, trípodes, muletas, sillas de ruedas, etc. que permiten el traslado de los pacientes dentro y fuera de domicilio.
- **Camas ortopédicas:** Indicadas en pacientes con politraumatismos o accidentes cerebrales que le impide valerse por si mismo. Generalmente estas camas se encuentran articuladas en tres o más secciones, una cabecera, una sección donde apoya la mayor parte del cuerpo y otra destinada a las piernas. Todas poseen movimientos de ascenso y descenso y su función es permitir realizar de manera más placentera las tareas tanto del paciente como del personal de salud asignado. Dependiendo de la complejidad y la calidad de la cama estos movimientos pueden ser manuales o eléctricos siendo estos últimos más favorables en pacientes obesos o con un grado de movilidad que le permita accionar los controles sin necesitar de asistencia externa. Si bien las camas siguen teniendo su estructura metálicas, los nuevos materiales plásticos de alto impacto han suplantado a los fenolitos y maderas con los cuales se construían los respaldos y laterales. Incluso hoy los controles de movimiento se encuentran integrados a los laterales para evitar las continuas caídas de los antiguos controles remotos y sus consecuencias.
En el caso de las camas eléctricas el consumo energético dependerá de los motores que realizan los movimientos de ascenso/descenso, inclinación, etc. pero en todos los casos estas camas pueden ser alimentadas por la red domiciliaria.

CONCLUSIONES GENERALES

Proponemos la Internación domiciliaria como un cambio de paradigma en nuestro sistema de salud, que traiga aparejado políticas serias, y deje de ser una alternativa de atención, e incluso pueda llegar su aplicación a toda la población sin limitación alguna. Se trata de mejorar y garantizar la calidad de atención, desde la contención y el acompañamiento, disminuyendo los riesgos, y trazando normas claras que permitan el buen funcionamiento de las prestaciones.

Estamos convencidos de la atención domiciliaria y sus beneficios que abarcan desde el paciente, hasta la familia e incluso los profesionales, como hemos detallado anteriormente. Le permite al individuo retornar a su domicilio en forma segura, controlada, lo protege de las enfermedades intrahospitalarias y permite el contacto con su núcleo familiar. Secundariamente, por esta reducción en los tiempos de internación, disminuye el déficit de camas en los hospitales de nuestro país y las re incidencias de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- www.internaciondomiciliaria.org
- www.revistamedicos.com.ar
- www.medihome.com
- Diario La Nación, “La Población aumentó: la capacidad hospitalaria no”, informe sin fines de lucro.