

COSTO DE UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN
MEDELLÍN COMO ALTERNATIVA DE LA HOSPITALIZACIÓN
INSTITUCIONAL.
PERIODO ENERO-DICIEMBRE DE 2007.

Carolina Restrepo Trujillo
Juan Carlos Echavarría Estrada
Nury Stella Villegas Restrepo
Lady Ruth Bedoya Ramírez

Trabajo de grado para optar al título de Auditor en Salud
Universidad CES, Medellín.

Asesores

Dr. Rubén Darío Manrique H.
Dr. Juan Esteban Valencia Z.

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADOS DE SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2009

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION	3
2. JUSTIFICACION	4
3. OBJETIVOS	5
3.1 OBJETIVO GENERAL	5
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
4. MARCO TEORICO	6
5. METODOLOGIA	15
5.1.TIPO DE ESTUDIO	15
5.2. POBLACION Y MUESTRA	15
5.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	15
5.4. TECNICA DE RECOLECCION	15
5.5. VARIABLES	15
6. CONSIDERACIONES ETICAS	16
7. PROCESAMIENTO DE DATOS	17
8. RESULTADOS	18
9. ANALISIS	20
10. CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	24

1. INTRODUCCION

En la dinámica de la atención en salud a la luz de la cobertura y de las políticas de seguridad social actuales, se buscan alternativas que conjuguen una excelente atención para los pacientes con unos costos razonables para el sistema, que permita tanto a las aseguradoras como a los prestadores de servicios de salud sobrevivir en el mercado.

La situación se torna compleja en cuanto que la longevidad de la población es cada vez mayor, así como el acceso a tecnología y cuidados de salud más avanzados que permiten el manejo de patologías crónicas, lo que impacta directamente en el costo.

Para permitir un equilibrio razonable en un sistema de salud en evolución es necesario buscar alternativas que representen un impacto real en todo el universo de la atención involucrando desde el costo hasta la satisfacción final del usuario.

Históricamente en los primeros inicios de la medicina, existía la figura del médico familiar, esta tradición involucraba a un profesional de la salud que asistía al paciente en su domicilio brindando todos los cuidados pertinentes y necesarios para la mejoría de este, acorde a las condiciones de disponibilidad de recursos para su época; Conforme a esto, la tecnología, el concepto de salud y su atención fueron evolucionando, se crearon los hospitales que por el avance tecnológico han llegado a ser grandes instituciones de salud de niveles de complejidad muy altos con intervenciones sobre el paciente que pueden representar un gran costo para las aseguradoras así como para el paciente y su grupo familiar.

Como una de las respuestas para la contención de costos y la mejoría del estado de salud de los pacientes favorecido por el hecho de la atención en su ambiente familiar, se han creado programas de hospitalización domiciliaria que desarrollan su modelo de atención adaptando sus condiciones a la vivienda habitual del paciente, prestando una atención similar a la que se le podría brindar en una institución hospitalaria mostrándose como una alternativa cierta de manejo médico que ha sido implementada por diferentes aseguradoras y prestadores de servicios de salud.

Muchos de estos servicios de hospitalización domiciliaria desarrollan su trabajo con la convicción de estar impactando en el costo para el asegurador y su familia con efectividad equiparable a la atención que potencialmente estos pacientes pudiesen estar recibiendo en un servicio de hospitalización institucional.

2. JUSTIFICACION

No existe en el medio un estudio que de manera cierta permita obtener sacar conclusiones validas luego de hacer una comparación juiciosa entre las condiciones y costos de atención, que involucran los servicios de hospitalización domiciliaria e institucional que se prestan en la ciudad de Medellín.

Es importante que se logre demostrar por medio de un estudio controlado con rigor estadístico, cual es el verdadero impacto de los programas de hospitalización domiciliaria en el costo para las aseguradoras y los pacientes, así como lograr establecer bases que permitan hablar de perfiles epidemiológicos de atención que los hagan comparables con otros sistemas de atención domiciliaria en ámbitos de salud de otros países.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Valorar el costo del servicio de hospitalización domiciliaría en comparación a la hospitalización institucional, como herramienta alternativa para la disminución del gasto y la promoción del bienestar del usuario en su ambiente.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el perfil clínico y epidemiológico del servicio de hospitalización domiciliaria y del servicio de hospitalización institucional.
2. Establecer y comparar el promedio de días estancia hospitalaria domiciliaria e institucional según patología.
3. Calcular el costo promedio por patología según días estancia discriminado de acuerdo a tipo de hospitalización domiciliaria e institucional.

4. MARCO TEORICO

El lugar de atención en salud a la población enferma, varía según nivel de complejidad de esta, por esto el sistema de salud en cuanto a los prestadores se organiza también en diferentes niveles de atención, que van desde el primer nivel o básico pasando por los segundo y tercer nivel que involucran la posibilidad de hospitalización y cirugía, hasta centros de cuarto nivel en los que se ofrecen cuidados intensivos subespecializados según el sistema comprometido.

A partir de estos niveles de atención surge la alternativa de la hospitalización domiciliaria como complemento estratégico que brinda la posibilidad de tratamiento a los pacientes en su lugar de residencia, con una serie de características de servicio que hacen de este una herramienta muy importante de atención.

Como primer paso hay que definir que es hospitalización domiciliaria. Existen múltiples conceptos, empezando por la de la OMS (Organización Mundial de la Salud), que dice: "Es la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos"¹. (1)

Definición tradicional francesa: "La hospitalización a domicilio es una alternativa asistencial del Área de Salud, que 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".

Definición del servicio de atención domiciliaria clínica Dr. Marañón en Madrid España:

"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".

Por otra parte el Dr. Néstor Bustamante pionero en Latinoamérica para la implementación de servicios de hospitalización domiciliaria lo define como: "Trasladar al hogar del paciente el personal, los servicios y la tecnología necesarios para su recuperación o tratamiento en igual cantidad y calidad que

¹ Bustamante Ramírez Néstor, La hospitalización domiciliaria *Descripción y análisis del modelo de atención*, abril 2006, disponible en [URL:www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_46429_HTML.html?idDocumento=46429](http://www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_46429_HTML.html?idDocumento=46429) - 47k

en el hospital, propiciando la participación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico"². (Ibíd., 1)

Hay menciones históricas de la atención domiciliaria a través de las cuales se puede hacer un recorrido cronológico de su desarrollo que empieza por el juramento de Hipócrates en el que se encuentra escrito: "En toda casa que yo visite iré solo para beneficio del enfermo, permaneciendo libre de toda injusticia intencional, de toda acción mala y en particular de relaciones sexuales con mujeres u hombres, sean ellos libres o esclavos...". Hipócrates (400a. C.).

En las cartas morales a Lucilio, Séneca (4 a. C.-65 d. C.) habla de Seneción y sus visitas a un enfermo moribundo: "Este hombre, dotado de gran sobriedad (Seneción Cornelio), tan atento a su patrimonio como a su salud, aquella mañana me había visitado como de costumbre, había asistido todo el día y parte de la noche a un amigo enfermo y desahuciado, y después de haber cenado alegremente, sufrió el ataque de una dolencia fulminante, la angina, que apretándole la garganta, lo tuvo agonizando hasta la madrugada" (Carta CI, sobre la muerte de Seneción).

En la Edad Media y el Renacimiento, los textos de historia de la medicina relatan los tipos de atención médica, y en ellos se encuentran múltiples testimonios del uso del modelo de hospitalización domiciliaria, que estaba reservada a los poderosos y a las personas con capacidad de pago, y era prestada por personas prestantes de la sociedad; y el de atención en monasterios e instituciones de caridad, que dependían de organizaciones religiosas y atendían a los pobres e indigentes.

En el siglo XX persiste la atención domiciliaria y se inicia el auge de la institucionalización de atención en salud. "Para 1900, en el Reino Unido el 70% de las muertes se da en el domicilio y 30% en instituciones, hoy esa proporción es inversa"³ (2)

En 1947 se inaugura, en el Montefiore Hospital del Bronx de NY, E. U., el primer programa formal de hospitalización domiciliaria, con el fin de descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación. En 1951 se crea, en el Hospital Tenon en París, la primera unidad de hospitalización domiciliaria en Europa, y en 1957 se establece, en la misma ciudad, el Sante Service, una ONG que

² Bustamante Ramírez Néstor, La hospitalización domiciliaria *Descripción y análisis del modelo de atención*, abril 2006, disponible en URL: www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_46429_HTML.html?idDocumento=46429 - 47k.

³ J Montoya Carrasquilla, Cuidados paliativos pasado presente y futuro, ED Planeta, Barcelona 1990.

presta servicios de cuidados paliativos a pacientes con enfermedades crónicas y en fase terminal.

En 1965 nace, en el Reino Unido, el Hospital Care at Home. En la década de los 70 se desarrolla el modelo de hospitalización domiciliaria en Alemania y Suecia, y en 1980 el *ospedalizzazione* a domicilio en Italia.

Los años 80 generan un gran desarrollo del modelo de hospitalización domiciliaria en Europa y E. U., por dos grandes razones. En Europa, una gran cantidad de sobrevivientes de la segunda guerra mundial, que nunca conformaron nuevas familias, después de haberlas perdido en la guerra, se convirtieron en octogenarios solitarios, y a medida que perdían la capacidad de valerse por sí mismos, su salud se deterioró dramáticamente, congestionando los centros hospitalarios y aumentando la morbimortalidad de este grupo etéreo. Como respuesta a este problema aparecieron los modelos de hogares asistidos, los hospicios o unidades de cuidados intermedios, brindados por enfermería (*Nursing Homes*), y los servicios de hospitalización en casa. Al mismo tiempo, en E. U. el sistema de salud se enfrenta a una situación crítica, causada por los elevados costos de su modelo de atención, altamente institucionalizado, y por el intenso uso de la tecnología, que lo lleva a buscar modelos de mayor eficiencia en el manejo de los recursos, manteniendo buenos niveles de calidad y satisfacción al usuario. Esto da origen a la industria del home care, que para el año 2000 reportó ventas por 60 billones de dólares, 17.000 entidades dedicadas a proveer servicios o suministros, 700.000 empleos directos y la atención de ocho millones de personas (Health Services Industry Report. Health Care Group, Research Note. Dean Witter)

En 1992 se reconoce oficialmente en Francia la hospitalización domiciliaria, a través de los Decretos de Octubre; y en 1996, la oficina Europea de la OMS inicia el programa *From Hospital to Home Health Care*, dirigido a promover, estandarizar y registrar adecuadamente esta modalidad de atención.

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

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

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

Esta modalidad de atención requiere de un gran compromiso del equipo de salud quien se relaciona con el paciente en un escenario ajeno al soporte institucional que le confiere el hospital. Esta situación les exige a los profesionales elaborar respuestas inmediatas y puntuales generando así una actitud pro-activa frente a las situaciones adversas que se pueden presentar.

Múltiples programas de hospitalización domiciliaria en Colombia desarrollan su servicio con diferencias en sus características individuales de atención pero todos apuntando a impactar en salud y ayudar en la contención de costos de las aseguradoras.

El planteamiento que motiva la instauración de un programa de hospitalización domiciliaria es la premisa o la intención de la aseguradora y el equipo de salud de lograr una alta satisfacción del usuario y su familia reduciendo los días estancia y optimizando el recurso hospitalario.(3).

Incluso se encuentran estudios controlados en los que se reporta que en poblaciones especiales como los ancianos el programa de hospitalización domiciliaria no aumenta la sobrevida pero reduce las rehospitalizaciones institucionales y todos los gastos económicos que estas acarrearán para las aseguradoras y para el entorno familiar del usuario. (4,5).

Es importante aclarar que la intención del funcionamiento de estos programas no es la especialización en la atención específica de pacientes ancianos, el abanico de posibilidades de atención es múltiple, pudiéndose abordar desde lo que la literatura a nivel mundial nos reporta.

Por ejemplo en el área oncológica específicamente en un servicio de atención de cáncer en Barcelona España se realizó un seguimiento a pacientes neutropénicos febriles con antibiótico terapia parenteral domiciliaria presentando un muy bajo índice de rehospitalizaciones con un costo muy por debajo de lo que resultaría en un medio institucional (6), incluso hay otros reportes de costo menor en pacientes de este tipo en series en otros países en América (7)

Existen otras posibilidades como la implementación de un programa de oxigenoterapia domiciliaria, en la cual existe una importante casuística justificándolo a través de demostraciones de costo efectividad (8)

El campo grande de acción que históricamente ha enfocado a los programas de hospitalización domiciliaria es el del manejo de patologías de origen infeccioso que requieren antibiótico terapia parenteral, pues se trata del gran paquete representativo en costos para las aseguradoras, pero que por su naturaleza y lo imperativo que representa su resolución, desarrolla una actitud temerosa del sistema y su entorno para el manejo de estos pacientes en un ambiente domiciliario. Respecto a este punto el colegio de médicos y cirujanos de la universidad de Columbia en Nueva York desarrollo un estudio en el que demuestra que los antibióticos parenterales intravenosos domiciliarios son seguros y su tratamiento es costo efectivo además se atreve a sugerir que en el futuro estos manejos domiciliarios se deben aumentar para lograr un impacto general que afecte positivamente el sistema de salud (9); Sumado a lo anterior en Canadá se desarrollo un estudio de seguimiento al manejo de patologías infecciosas tales como osteomielitis, artritis séptica, endocarditis, fibrosis quística con neumonía, bacteriemia por Estafilococo y celulitis en general, en el que además de la efectividad se demostró que estos manejos en comparación con la hospitalización institucional pueden representar el 30% del costo y el ahorro de miles días cama hospitalaria. (10)

Si se quiere tratar el tema desde la costo efectividad concretamente, hay estudios reportados desde el estado de Virginia en los Estados Unidos hasta Australia que sustentan la teoría de la hospitalización domiciliaria como alternativa de la institucional (11-12), con cifras de ahorro que van desde el 18% al 75% como se demuestra en un reporte hecho en Winnipeg Canadá (13)

Incluso estos pacientes no solo pueden ser remitidos hacia el domicilio desde el servicio de hospitalización de una IPS de segundo nivel en adelante, pues en el hospital Txagorritxu Vitoria-Gasteiz de España hay una serie que reporta el seguimiento de 515 pacientes durante 5 años de funcionamiento del programa con unas remisiones de mas de 50% desde el servicio de urgencias y agregan que mas de 90 % presentaron una adecuada evolución hacia la mejoría. (14)

Expertos como la doctora Rosângela Minardi Mitre Cotta se refirió a las ventajas de la hospitalización domiciliaria de los pacientes ancianos, tema que ha abordado en sus trabajos de investigación destacando que: "a la hospitalización domiciliaria se le ha atribuido la ventaja de efectuarse en un 'mejor lugar terapéutico', manteniendo el paciente en su entorno familiar, a la vez que se proporciona una atención integral, más humanizada, y disminuye los riesgos y iatrogenias inherentes a la hospitalización"⁴.(15)

⁴ Las personas mayores y la utilización de los servicios sanitarios: Análisis de la Hospitalización Domiciliaria en cuanto alternativa asistencial Agustín Llopis González, José Sette Cotta Filho, María Morales Suárez-Varela, Enrique Ramón Real, Rosângela Minardi Mitre Cotta, José Antonio Dias Ricós. Revista multidisciplinaria de gerontología, ISSN 1139-0921, Vol. 12, N° 4, 2002, Págs. 178

Las posibilidades que ofrece la hospitalización también permiten hacer comparaciones con la hospitalización institucional desde las condiciones inherentes a los riesgos de esta última, que pueden representar complicaciones para el usuario y costos tanto para la familia como para la aseguradora, estamos hablando concretamente de los riesgos de infecciones nosocomiales, las cuales representan un impacto muy grande pues su aparición suscita no solo la posibilidad de aumentar la carga de morbi/mortalidad en un momento dado si no también el hecho de incurrir en costos excesivos

La OMS define las infecciones nosocomiales como “una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección.. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento⁵” (16)

Son una pesada carga para el paciente y para el sistema de salud pública. Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de 14 países representativos de 4 Regiones de la OMS (a saber, Europa, el Mediterráneo Oriental, el Asia Sud-Oriental y el Pacífico Occidental) mostró que un promedio de 8,7% de los pacientes hospitalizados presentaba infecciones nosocomiales. En un momento dado, más de 1,4 millones de personas alrededor del mundo sufren complicaciones por infecciones contraídas en el hospital (17)

Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de la vida. Son una de las principales causas de defunción (18). Los costos económicos son enormes (19,20). Una estadía prolongada de los pacientes infectados es el mayor factor contribuyente al costo (21,22, 23). Un estudio (24) mostró que el aumento general del período de hospitalización de los pacientes con infecciones de heridas quirúrgicas fue de 8,2 días y osciló entre 3 días en casos de una intervención quirúrgica ginecológica, 9,9, una general y 19,8, una ortopédica. Una estadía prolongada aumenta no solo los costos directos para los pacientes o los pagadores, sino también los indirectos por causa del trabajo perdido. El mayor uso de medicamentos, la necesidad de aislamiento y el uso de más estudios de laboratorio y otros con fines de diagnóstico también elevan los costos. Las infecciones nosocomiales agravan el desequilibrio existente entre la asignación de recursos para atención primaria y secundaria al desviar escasos fondos hacia el tratamiento de afecciones potencialmente prevenibles.

⁵ Tikhomirov E. WHO Programme for the Control of Hospital Infections. *Chemiotherapia*.1987; 3:151. Duce G et al. Guide pratique pour la lutte contre l'infection hospitalière. WHO/BAC/79.1.2).

Los establecimientos de atención de salud son un entorno donde se congregan las personas infectadas y las expuestas a un mayor riesgo de infección. Los pacientes hospitalizados que tienen infección o son portadores de microorganismos patógenos son focos potenciales de infección para los demás pacientes y para el personal de salud. Los pacientes que se infectan en el hospital constituyen otro foco de infección. Las condiciones de hacinamiento dentro del hospital, el traslado frecuente de pacientes de una unidad a otra y la concentración de pacientes muy vulnerables a infección en un pabellón (por ejemplo, de recién nacidos, pacientes quemados, cuidados intensivos) contribuyen a la manifestación de infecciones nosocomiales. La flora microbiana puede contaminar objetos, dispositivos y materiales que ulteriormente entran en contacto con sitios vulnerables del cuerpo de los pacientes. Además, se siguen diagnosticando nuevas infecciones bacterianas, por ejemplo, por bacterias transmitidas por el agua (micobacterias atípicas), además de infecciones víricas y parasitarias.

Todo lo anterior teóricamente es evitable en el ambiente domiciliario, un ambiente en el cual se encuentran gérmenes de “comunidad”, aquellos con los que convivimos diariamente, de algunas maneras más “inofensivas” y potencialmente menos patógenas que aquellos cuyas características fueron expuestas en los párrafos anteriores.

En pacientes con trasplante Autólogo de células, con Neutropenia Febril, tratados con antibioticoterapia domiciliaria, se demostraron resultados satisfactorios y perceptiblemente menos costosos comparados con el mismo tratamiento institucional. (6)

Una de las consecuencias del actual crecimiento de la longevidad es el predominio de las enfermedades crónicas y sus complicaciones. A medida que aumenta el número de ancianos y la esperanza de vida, se hacen más frecuentes las complicaciones por enfermedades crónicas degenerativas (secuelas de accidentes cerebrovasculares y fracturas por caídas, limitaciones provocadas por enfermedades cardiovasculares y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, demencia causada por enfermedades mentales como la demencia de Alzheimer, por la diabetes o por enfermedades terminales, etc.). Estas enfermedades son la principal causa de muerte en los ancianos y también sus problemas de salud más prevalentes, incrementando vertiginosamente la demanda asistencial y los costos sanitarios. (25).

El cuidado Médico llevado del hospital al hogar como alternativa de cuidado para los pacientes mayores con exacerbaciones agudas de EPOC, se asocia a una reducción substancial en el riesgo de readmisión del hospital en 6 meses, costos más bajos del cuidado médico, y una mejor calidad de vida.(26)

Las razones del interés que despierta la hospitalización domiciliaria tienen sustento en dos puntos de vista. Por un lado están las consideraciones sobre efectividad. Se reconoce que el sistema de hospitalización domiciliaria suele

traducirse en una mejor atención, así como en mayor satisfacción y participación por parte del paciente y sus familiares durante el tratamiento, también se asocia con una mejor evolución clínica, con la reducción de ciertas complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada e innecesaria, y con asistencia más personalizada.

Numerosos autores han argumentado que la hospitalización domiciliaria, al permitir un uso más adecuado y racional de los recursos, tiende a disminuir el gasto en salud. La práctica de la atención en el domicilio aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internación en los hospitales. Los costos de agregar camas en la hospitalización en el domicilio son menores que las inversiones necesarias para crear camas hospitalarias, aparte de que los costos por estancia son menores en la hospitalización domiciliaria que en la hospitalización tradicional, hecho que se ha demostrado en varios trabajos. (27).

La hospitalización domiciliaria es una alternativa costo efectiva de la estancia hospitalaria aunque esto es de público conocimiento, son pocos los estudios publicados que así lo demuestran. (28).

Por todo lo expuesto consideramos que dado en aumento de la longevidad de la población en general, y la necesidad de reducir los costos en salud, la hospitalización domiciliaria es una alternativa válida para la atención de los pacientes dándole en su domicilio cuidados médicos y de enfermería en igual calidad y cantidad que en el hospital, sumando a la familia para una mejor asistencia y cuidado, comprometiéndolos a brindar junto al equipo de salud un abordaje integral y multidisciplinario, y por sobre todo, reduciendo los costos en salud.

El cuidado paliativo en el hogar aumenta perceptiblemente la satisfacción de los pacientes, mientras que reduce el uso de servicios médicos y los costos de asistencia médica a finales de la vida (29).

No solo para los pacientes en casa es beneficiosa la hospitalización domiciliaria, también para los pacientes que viven en Clínicas de reposo u Hospicios, donde se ha demostrado que los tratamientos tienen resultados clínicos comparables con la hospitalización institucional, además de reducir el número de rehospitalizaciones y los costos del cuidado médico (30)

Todos estos planteamientos, con un análisis multifactorial de las diferentes circunstancias que juegan alrededor de la decisión de una hospitalización domiciliaria Versus una hospitalización institucional, sumados a toda la literatura que versa sobre el tema y que ha sido expuesta en todo el marco teórico, apoya la necesidad de un estudio que de las primeras pistas sobre las condiciones comparativas entre estos dos sistemas en la ciudad.

Pretendemos ser pioneros al establecer este análisis diagnóstico de la situación y empezar a trazar los primeros indicadores de comparación entre las dos condiciones de atención, con el fin de que las decisiones que se tomen para contemplar una u otra opción se basen en fundados conceptos de la realidad que se pueda diagnosticar no solo con este, el primer estudio en el ámbito local que contemple este tema si no con subsecuentes que aborden el problema bajo la óptica de otros aspectos específicos que afecten la asegurabilidad, la atención y finalmente la recuperación y el bienestar de los pacientes y su familia.

|

|

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal.

5.2 POBLACION Y MUESTRA

Todos los pacientes pertenecientes a una compañía de seguros con productos como pólizas de salud y medicina prepagada, vinculados al servicio de hospitalización domiciliaria en el periodo comprendido entre los meses de Enero a Diciembre del año 2007.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

- Todos los pacientes vinculados en el servicio de hospitalización domiciliaria que hayan recibido tratamiento por más de 24 horas.
- Pacientes cuyo diagnostico de egreso se encuentre entre las diez primeras causas de hospitalización en el perfil epidemiológico del servicio.
- Pacientes que hayan recibido manejo hospitalario domiciliar que sea homologable al manejo hospitalario institucional.
- Los criterios de exclusión son los contrarios a los planteados en los de inclusión.

5.4 TECNICA DE RECOLECCION

La extracción de los datos se hará a partir de fuentes secundarias, como son:

- Registros de historias clínicas de los pacientes vinculados al servicio de hospitalización domiciliaria que cumplan los criterios de inclusión.
- Bases de datos estadísticos institucionales.
- Bases maestras institucionales de convenios tarifarios con las aseguradoras.

5.5 VARIABLES

- Días estancia.
- Diagnósticos de egreso.
- Servicio origen de la hospitalización.
- Estado al alta.
- Especialidad del medico remitente.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

"CADA SER HUMANO ES UN FIN EN SÍ MISMO Y NO PUEDE SER TOMADO POR OTRO COMO MEDIO " E. KANT.

Esta investigación no tiene consideraciones éticas, debido a que extraeremos los datos necesarios de la historia clínica, estos no tienen ninguna información donde se comprometa la intimidad del paciente.

Solo buscamos avanzar en un nuevo conocimiento que nos ayude en la búsqueda para procurar disminuir el sufrimiento humano y apoyar la mejoría de la calidad de vida.

Buscamos resultados para ponerlos al servicio del hombre, pero al mismo tiempo defender al hombre, que no es un objeto de investigación, sino el fin y el sentido de la misma.

7. PROCESAMIENTO DE DATOS

- Contamos con el consentimiento de la aseguradora y el prestador del servicio de hospitalización domiciliaria para la recopilación de información por medio de las bases de datos.
- La base de datos fue recogida en un archivo de Excel con un control estricto para evitar inconsistencias.
- Los datos fueron llevados al programa SPSS para obtener la muestra, esta fue tan amplia que decidimos tomar la totalidad de la población. Los resultados fueron recopilados en una tabla de Excel donde quedaron consignados los costos por patología y el costo promedio por día de estancia, tanto para la hospitalización institucional como para la domiciliaria, basados en esta se realizó el análisis.

8. RESULTADOS

La selección de casos se realizó de dos grupos con las siguientes características:

- Ser beneficiarios de un plan adicional: Póliza de salud o Medicina Prepagada, diferente al Plan Obligatorio de Salud (POS) determinado por la legislación.
- Haber recibido atención en la zona del área Metropolitana del Valle de Aburra.
- La hospitalización institucional o domiciliaria ocurrió en el periodo Enero – Diciembre de 2007.
- La discriminación para pertenecer a uno u otro grupo se determinó por el hecho que el lugar de la hospitalización fuese en una institución hospitalaria o en un servicio de hospitalización domiciliaria.

Adicionalmente la recolección de datos incluía:

- Diagnóstico de egreso.
- Días de estancia hospitalaria.
- Costo de la hospitalización.

Se presentaron dificultades en la recolección de la información pues esta se encontró de manera fragmentada en las bases de datos de la aseguradora, después del procesamiento de los datos, logramos agrupar una serie de casos con datos completos de ambos grupos.

No logramos un estudio comparativo apareado entre los servicios de hospitalización domiciliaria e institucional, pero realizamos un análisis de la relación entre la atención de las dos poblaciones, definiendo su perfil epidemiológico, el número de días estancia por patología y el promedio del costo por día de estancia.

Los hallazgos condensados se encuentran en las siguientes tablas.

|

Tabla 1

PACIENTES HOSPITALARIOS	COSTO TOTAL	Nº DE CASOS	PROMEDIO DE COSTO POR Nº DE CASOS	TOTAL DIAS ESTANCIA	PROMEDIO DE COSTO POR DIA DE ESTANCIA
BRONQUITIS	4,642,042	3	1,547,347	8	580,255
CELULITIS	17,838,962	9	1,982,107	43	414,859
EDA	57,530,369	47	1,224,050	118	487,545
EPOC	34,172,943	10	3,417,294	44	776,657
ITU	30,951,706	9	3,439,078	31	998,442
NEUMONIA	62,210,070	17	3,659,416	95	654,842
TOTAL		95		339	3,912,600

Tabla 2

HOSPITALIZACION DOMICILIARIA	COSTO TOTAL	Nº DE CASOS	PROMEDIO DE COSTO POR Nº DE CASOS	TOTAL DIAS ESTANCIA	PROMEDIO DE COSTO POR DIA DE ESTANCIA
BRONQUITIS	18,550,824	34	545,612	174	106,613
CELULITIS	67,869,210	76	893,015	422	160,827
EDA	5,986,200	16	374,137	49	122,167
EPOC	19,792,478	23	860,542	403	49,112
ITU	65,268,915	73	894,094	458	142,508
NEUMONIA	103,840,242	113	918,940	811	128,039
TOTAL		335		2,317	709,266

9. ANÁLISIS

Se agruparon los pacientes en 6 patologías diferentes como causa de hospitalización domiciliaria e institucional, cabe resaltar que el perfil epidemiológico de ambos escenarios es similar en todas sus patologías aunque varían en su frecuencia de aparición. El perfil epidemiológico encontrado fue: Bronquitis, Celulitis, EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), Neumonía, ITU (Infección del Tracto Urinario), EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica).

La dificultad para la obtención de casos con la información completa nos muestra que existe un subregistro en la información proveniente de las instituciones hospitalarias que atienden pacientes para el asegurador, la fuente de la información de la entidad de hospitalización domiciliaria es más confiable, pues permitió un mayor número de casos con la información completa.

Las patologías muestran diferente comportamiento en el perfil epidemiológico de ambos grupos, especialmente en la frecuencia y en la casuística, pues resulta más fácil ingresar en el servicio de hospitalización domiciliaria por una patología de baja complejidad o en un estadio temprano. El médico basado en la historia natural de la enfermedad, en las condiciones físicas del paciente, en su entorno familiar y social, es quien define si este es potencial usuario de un servicio de hospitalización domiciliaria o institucional.

Al realizar el análisis de los días estancia, se encuentra que en promedio corresponden a un mayor número de días los pacientes con hospitalización domiciliaria, esto se debe a que los pacientes tienen una primera fase de tratamiento y estabilización en la Institución y una segunda fase de continuación del tratamiento y recuperación en casa, a través de la atención medica domiciliaria, esto promueve altas Institucionales tempranas y un tiempo prolongado de manejo domiciliario.

Algunas patologías como EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) tienen días estancia hospitalaria domiciliaria desproporcionadamente largos comparados con la hospitalización institucional, debido a que se toman como días hospitalarios domiciliarios aquellos que comprenden tratamiento con manejos complementarios para la estabilización de estos pacientes, como oxígeno y/o terapias respiratorias y no tratamiento en su fase aguda como sería el uso de antibióticos y otros medicamentos intravenosos, lo que en el escenario de la clínica institucional no significaría en realidad algún tipo de prolongación de los días de estancia.

A nivel hospitalario se encuentra un mayor índice de pacientes con diagnóstico de EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) los cuales se encuentran asociados con desequilibrio Hidro-Electrolítico, intolerancia a la vía oral o diarrea de alto débito, lo que hace necesaria una vigilancia estricta del paciente, tanto en

parámetros de laboratorio tipo ionograma, como es su estado de hidratación y control de ingresos y pérdidas de líquido.

En la hospitalización domiciliaria predominan los pacientes con diagnóstico de neumonía, patología que se encuentra en segundo lugar en instituciones hospitalarias, es decir esta afección pulmonar domina el panorama del perfil epidemiológico.

El promedio del costo por patología es menor en el ámbito de la hospitalización domiciliaria, aunque en el análisis de este resultado debemos considerar sesgos como la realización de ayudas diagnósticas de alta complejidad y costo a nivel intrahospitalario, intervenciones adicionales relacionadas con las patologías como eventos asociados sin ser parte del diagnóstico principal, traslados en ambulancia, medicamentos orales que cubre el plan de beneficios del seguro en hospitalización institucional y no en domiciliaria. Todos estos aspectos encarecen la hospitalización institucional y hacen que haya de base un desequilibrio para el análisis de las cifras de costos, descontar estos valores de estos pacientes institucionales no es posible pues las bases de datos nos muestran cifras sin posibilidad de desagregación por utilidades individuales de prestaciones específicas al interior de la institución hospitalaria.

Adicionalmente en la hospitalización domiciliaria se purifica de alguna manera el gasto global de la atención, puesto que este no incluye el servicio de hotelería, que si está incluido en la hospitalización institucional (Como costo de habitación, alimentación, atención del acompañante) y trastorna de manera importante lo referente a los costos que implican las intervenciones en la salud del paciente.

Otro aspecto importante para comparar es la frecuencia de complicaciones poshospitalarias, es difícil medir el número de rehospitalizaciones institucionales, debido a que cada internación se toma como un evento diferente y no se asocia al evento anterior, además no llevan un registro, si comparamos esto con la hospitalización domiciliaria encontraríamos que se tienen mayor número de rehospitalizaciones, esto es debido al registro adecuado de casos.

Las patologías asociadas son factores que intervienen en la evolución y costo del tratamiento, pues no se pueden homologar los tratamientos y costos en dos pacientes con patologías que son causa principal de la hospitalización si hay patologías de base como diabetes que son determinantes en la evolución.

Por los resultados del análisis económico, es evidente que es menos costosa la hospitalización domiciliaria, pero está sujeta a factores adicionales que no la hacen comparable con la institucional.

Las atenciones de los pacientes domiciliarios incluidos en este estudio, tienen un convenio comercial de características particulares, pues el prestador de atención domiciliaria pertenece al grupo de compañías del que hace parte el

asegurador, lo que podía llevar a un trato con beneficio comercial con este ultimo que se refleja en prestaciones a un menor costo, las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) hospitalarias no guardan ningún grado de afinidad con el asegurador por lo que no hay algún trato preferencial de tipo tarifario con este.

El promedio de costo día estancia es mayor en la institución hospitalaria, pues se deben considerar factores asociados adicionales como que el médico tratante es especialista, lo que conlleva un mayor costo y demanda una serie de interconsultas por las comorbilidades del paciente, situación de muy baja ocurrencia a nivel domiciliario.

En el análisis individual por patología un costo tan bajo como el día estancia de los pacientes con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) a nivel domiciliario, muestra que hay un sesgo del costo pues no es hospitalización neta, por el contrario es el uso exclusivo de oxígeno cuyo costo es mucho más bajo como monoterapia.

En los pacientes intrahospitalarios inciden factores que producen desequilibrio en el análisis como en aquellos que requieren manejo en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) durante su estancia, esto se traduce en un alto costo, que no es posible comparar con el ambiente domiciliario pues con este tipo de recursos no se cuenta.

Es importante revisar de igual manera las guías de manejo de cada patología según instituciones, lo que muestra variabilidad en el manejo.

10. CONCLUSIONES

- Al analizar el perfil epidemiológico de ambos grupos encontramos que es similar, aunque su frecuencia es diferente, además hallamos ciertas patologías de manejo exclusivo institucional y otras de baja complejidad de manejo domiciliario.
- Por las patologías descritas en el perfil epidemiológico del grupo de hospitalización domiciliaria podemos concluir que las especialidades que más remiten a este servicio son Medicina Interna y Pediatría.
- Encontramos que el costo de la hospitalización domiciliaria fue el 18% del total del costo de la hospitalización institucional, discriminado según el perfil epidemiológico podemos decir que: Bronquitis (18.37%), Celulitis (38.76%), Enfermedad Diarreica Aguda (25.05%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (6.32%), Infección del Tracto Urinario (14.27%), Neumonía (19.55%). El mayor costo de la hospitalización institucional puede deberse a varios factores como: manejo por médico especialista, honorarios por interconsultas, costo de hotelería, utilización de servicios especializados como Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), entre otras.
- El número de días estancia fue menor en la hospitalización institucional, esto puede explicarse por que los pacientes tienen altas tempranas y terminan el tratamiento de manera ambulatoria o en el servicio de hospitalización domiciliaria, además en este último se encuentran pacientes con estancias prolongadas por monoterapia como es el caso de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en tratamiento con oxígeno.
- El servicio de hospitalización domiciliaria no solo es una alternativa para aminorar los costos, sino que ofrece al paciente una recuperación en su entorno, propiciando la participación de el y su familia en el proceso terapéutico.
- Teniendo la hospitalización domiciliaria como alternativa, la hospitalización institucional se puede reservar solo para casos de patología aguda descompensada y así garantizar la oportunidad del servicio cuando este se requiera.

BIBLIOGRAFIA

1. Bustamante Ramírez Néstor. La hospitalización domiciliaria Descripción y análisis del modelo de atención. Abril 2006, disponible en: URL:www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_46429_HTML.html?idDocumento=46429 - 47k.
2. J Montoya Carrasquilla. Cuidados paliativos pasado presente y futuro. ED Planeta. Barcelona 1990.
3. Hazas J, Fernández-Miera MF, Sampedro I, Fariñas MC, García de la Paz AM, Sanroma P. Domiciliary intravenous antibiotic therapy. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1998 Dec 16(10):465-70.
4. Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Oster P, Schlierf G. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age Ageing*. 1999 Oct 28(6):543-50.
5. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA*. 1999 Feb 17; 281(7):613-20.
6. Fernández-Avilés F, Carreras E, Urbano-Ispizua A, Rovira M, Martínez C, Gaya A, Granell M, Ramiro L, Gallego C, Hernando A, Segura S, García L, González M, Valverde M, Montserrat E. Case-control comparison of at-home to total hospital cares for antilogous stem-cell transplantation for hematologic malignancies. *J Clin Oncol*. 2006 Oct 20; 24(30):4855-61.
7. Maltoni M, Travaglini C, Santi M, Nanni O, Scarpi E, Benvenuti S, Albertazzi L, Amaducci L, Derni S, Fabbri L, Masi A, Montanari L, Pasini G, Polselli A, Tonelli U, Turci P, Amadori D. Evaluation of the cost of home care for terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer*. 1997 Sep 5(5):396-401.
8. Jones A, Wood-Baker R, Walters EH. Domiciliary oxygen therapy services in Tasmania: prescription, usage and impact of a specialist clinic. *Med J Aust*. 2007 Jun 18;186(12):632-4.
9. Scully BE. Home intravenous antibiotic therapy. *N J Med*. 1992 Jan 89(1):48-51.
10. Stiver HG, Trosky SK, Cote DD, Oruck JL. Self-administration of intravenous antibiotics: an efficient, cost-effective home care program. *Can Med Assoc J*. 1982 Aug 1;127(3):207-11.

11. Grayson ML, Silvers J, Turnidge J. Home intravenous antibiotic therapy. A safe and effective alternative to inpatient care. *Med J Aust.* 1995 Mar 6;162(5):249-53.
12. Chamberlain TM, Lehman ME, Groh MJ, Munroe WP, Reinders TP. Cost analysis of a home intravenous antibiotic program. *Am J Hosp Pharm.* 1988 Nov 45 (11):2341-5.
13. Thickson ND. Economics of home intravenous services *Pharmacoeconomics.* 1993 Mar 3(3):220-7.
14. Mendoza-Ruiz de Zuazu H, Casas-Arrate J, Martínez-Martínez C, de la Maza I, Regalado de los Cobos J, Cía-Ruiz JM. Home intravenous antibiotic treatment: a study in 515 patients. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2005 Aug-Sep 23(7):396-401.
15. Agustín Llopis González, José Sette Cotta Filho, María Morales Suárez-Varela, Enrique Ramón Real, Rosângela Minardi Mitre Cotta, José Antonio Dias Ricós. Las personas mayores y la utilización de los servicios sanitarios: Análisis de la Hospitalización Domiciliaria en cuanto alternativa asistencial. *Revista multidisciplinaria de gerontología.* ISSN 1139-0921, Vol. 12, N° 4, 2002, Págs. 178-184.
16. Tikhomirov E. Who Programme for the Control of Hospital Infections. *Chemiotherapia.* 1987;3:148–151.
17. Benenson AS. Control of communicable diseases manual. 16th edition. Washington. American Public Health Association, 1995.
18. Ponce-de-Leon S. The needs of developing countries and the resources required. *J Hosp Infect.* 1991;18 (Supplement):376–381.
19. Plowman R, et al. The socio-economic burden of hospital-acquired infection. London, Public Health Laboratory Service and the London School of Hygiene and Tropical Medicine. 1999.
20. Wenzel RP. The economics of nosocomial infections. *J Hosp Infect.* 1995; 31:79–87.
21. Pittet D, Taraara D, Wenzel RP. Nosocomial bloodstream infections in critically ill patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA.* 1994;271:1598–1601.
22. Kirkland KB, et al. The impact of surgical-site infections in the 1990's: attributable mortality, excess length of hospitalization and extra costs. *Infect Contr Hosp Epidemiol.* 1999;20:725–730.

23. Wakefield DS, et al. Cost of nosocomial infection: relative contributions of laboratory, antibiotic, and per diem cost in serious *Staphylococcus aureus* infections. *Amer J Infect Control*. 1988;16:185; 16:185–192.
24. Coella R, et al. The cost of infection in surgical patients: a case study. *J Hosp Infect*. 1993;25:239–250.
25. Minardi Mitre Cotta R, Morales Suarez-Varela M, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real ER, Días Ricós JA. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Pública* 2002;11(4):253-260.
26. Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Leff B, Scarafiotti C, Marinello R Zancocchi M, Molaschi M. Substitutive "hospital at home" versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2008 Mar 56(3):493-500.
27. Minardi Mitre Cotta R, Morales Suarez-Varela M, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real ER, Días Ricós JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Pública*. 2001;10(1):45-55.
28. Coast J, Richards SH, Peters TJ, Gunnell DJ, Darlow MA, Pounsford J. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis. *BMJ* 1998;316:1802-6.
29. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, McIlwane J, Hillary K, Gonzalez J. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc*. 2007 Jul 55(7):993-1000.
30. Loeb M, Carusone SC, Goeree R, Walter SD, Brazil K, Krueger P, Simor A, Moss L, Marrie T. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 Jun 7;295(21):2503-10.

