

La internación domiciliar y la APS

O internamento domiciliar e a atenção primária à saúde

Home internment and primary health care

*Eduardo Filgueira Lima**

RESUMEN: De manera creciente y a lo largo del desarrollo de nuestro sistema de salud, la atención sanitaria se ha conformado de manera "hospitalocéntrica". Seguramente muchos aspectos contribuyeron a este proceso. Por una parte el importante desarrollo tecnológico que incorporaron las ciencias médicas y por otra la medicalización sufrida por la sociedad y que este proceso implica, ya que se entendió que los problemas de salud solo podían ser resueltos en el ámbito de la complejidad que ofrece el hospital. En este mismo sentido el cuerpo médico aceptó una alta fragmentación en especialidades y subespecialidades, con cada vez mayor sofisticación tecnológica y con cada vez mayores dificultades en el vínculo médico – paciente (persona). El pensamiento hegemónico aplicó criterios reduccionistas de interpretación y hasta los indicadores que son conocidos como "sanitarios" (sin serlo exclusivamente) fueron interpretados como consecuencia de los adelantos tecnológicos y de causalidad operativa sanitaria. Sin embargo esta concepción tuvo graves consecuencias, ya que muchos aspectos inherentes a la caracterización social, económica, familiar y psicológica de los pacientes fue omitida, con ruptura creciente del tradicional vínculo entre el médico y el paciente como persona, incipiente desconfianza de los procedimientos médicos – que demostraron en muchos casos no ser inocuos – e incluso la multiplicidad de reclamos ante los problemas a los que el hospital "de agudos" no podía ofrecer soluciones.

PALABRAS-LLAVE: Asistencia domiciliaria, Servicios de salud, Políticas públicas de salud

RESUMO: De modo crescente e durante todo o desenvolvimento de nosso sistema de saúde, a atenção sanitária foi organizada de maneira "hospitalocêntrica". Certamente muitos aspectos contribuíram para este processo. De um lado, o grande desenvolvimento tecnológico que as ciências médicas incorporaram e de outro a medicalização a que foi submetida a sociedade, algo que este processo implica, uma vez que se compreendia que os problemas de saúde só poderiam ser resolvidos no ambiente complexo oferecido pelo hospital. Nesse mesmo sentido, a equipe médica aceitou uma ampla fragmentação em especialidades e subespecialidades, com uma sofisticação tecnológica sempre maior e conseqüentes maiores dificuldades no vínculo médico-paciente (pessoa). O pensamento hegemônico aplicou critérios reducionistas de interpretação e mesmo os indicadores conhecidos como "sanitários" (sem que o fossem exclusivamente) foram interpretados como resultando dos avanços tecnológicos e da causalidade operativa sanitária. Não obstante, essa concepção teve graves conseqüências, já que muitos aspectos sociais, econômicos, familiares e psicológicos inerentes à caracterização dos pacientes foram omitidos, causando uma ruptura crescente do vínculo tradicional médico-paciente (como pessoa), uma desconfiança incipiente nos procedimentos médicos, que em muitos casos provaram não ser inócuos, para não mencionar as múltiplas queixas por problemas para os quais o hospital de "casos agudos" não poderia oferecer soluções.

DESCRIPTORIOS: Assistência domiciliar, Serviços de Saúde, Políticas públicas de saúde

ABSTRACT: Increasingly and throughout the development of our health system, sanitary attention has been organized in a "hospital-centered" way. Surely many aspects contributed to this process. On the one hand, the important technological development that medical sciences incorporated and on the other the medicalization society undergone and that this process implies, since it was understood that the problems of health could only be solved in the complex setting offered by the hospital. In this same sense, the medical staff accepted a high fragmentation in specialties and subspecialties, with an ever greater technological sophistication and the ensuing greater difficulties in the physician-patient (person) bond. The hegemonic thought applied reductionistic interpretation criteria and even the indicators known as "sanitary" (without being exclusively so) were interpreted as resulting from technological advances and sanitary operative causality. Nevertheless, this conception had serious consequences, since many social, economic, familiar and psychological aspects inherent to the characterization of patients were omitted, causing an increasing rupture of the traditional bond doctor-patient (as a person), an incipient distrust on medical procedures, that in many cases proved not to be innocuous, not to mention the multiple complains for problems to which the "acute cases" hospital could not offer solutions.

KEYWORDS: Home care, Health services, Public policies of health

De manera creciente y a lo largo del desarrollo de nuestro sistema de salud, la atención sanitaria se ha conformado de manera "hospitalocéntrica".

Seguramente muchos aspectos contribuyeron a este proceso.

Por una parte el importante desarrollo tecnológico que incorporaron las ciencias médicas y por otra la medi-

calización sufrida por la sociedad y que este proceso implica, ya que se entendió que los problemas de salud solo podían ser resueltos en el ámbito de la complejidad que ofrece el hospital.

* Mag. en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Director médico de *Priority Home Care*.

En este mismo sentido el cuerpo médico aceptó una alta fragmentación en especialidades y subespecialidades, con cada vez mayor sofisticación tecnológica y con cada vez mayores dificultades en el vínculo médico – paciente (persona).

El pensamiento hegemónico aplicó criterios reduccionistas de interpretación y hasta los indicadores que son conocidos como “sanitarios” (sin serlo exclusivamente) fueron interpretados como consecuencia de los adelantos tecnológicos y de causalidad operativa sanitaria.

Sin embargo esta concepción tuvo graves consecuencias, ya que muchos aspectos inherentes a la caracterización social, económica, familiar y psicológica de los pacientes fue omitida, con ruptura creciente del tradicional vínculo entre el médico y el paciente como persona, incipiente desconfianza de los procedimientos médicos – que demostraron en muchos casos no ser inocuos – e incluso la multiplicidad de reclamos ante los problemas a los que el hospital “de agudos” no podía ofrecer soluciones.

Cuando hablamos de los “efectos” de esta concepción destacamos el basamento en un modelo “médico biologicista” hegemónico, la subsecuente pérdida de la visión holística del individuo y del “proceso salud-enfermedad”, el incremento insostenible de los costos en la atención sanitaria, ya que la mayoría de esta tecnología es aplicada para la resolución de problemas en aquellos pacientes “ya enfermos”, lo que equivale a decir una alta concentración de recursos en un reducido número de personas (esto puede apreciarse en la Figura 2) y ello desde el punto de vista de la población en su conjunto no representa mejoras proporcionales y significativas, ya que estos procedimientos tienen una mala relación “costo/efectividad” en términos sanitarios.

Ello significa que los recursos en salud son aplicados en su gran mayoría a un reducido número de personas, que son las conocidas como “enfermos”, dejando a nivel poblacional a una gran mayoría librada a su suerte.

No se nos escapa que una multiplicidad de medidas llevadas adelante durante muchos años y dirigidas a la mejora de la salubridad pública, como también la educación, las mejoras ambientales, de vivienda, etc. han contribuido grandemente a la disminución de las enfermedades transmisibles, a un incremento significativo de la expectativa de vida y con ello – transición epidemiológica mediante – al aumento del peso relativo de las enfermedades crónico-degenerativas que acompañan al creciente número de personas de mayor edad.

En nuestros países, que presentan enormes disparidades regionales, podemos decir que existen regiones en las que dicha transición epidemiológica no se ha producido, con prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas y una expec-

Figura 1 “La concepción Hospitalocéntrica” (Tomado de “Una visión actual de la Atención Primaria de la Salud”, Dr. Eduardo Filgueira Lima, 1994)

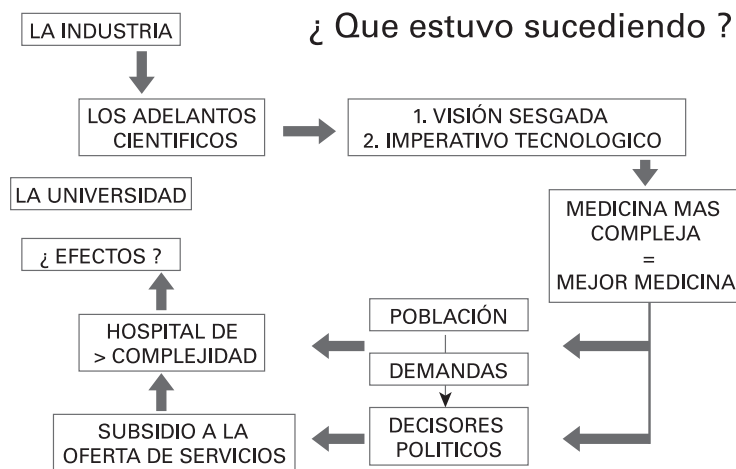
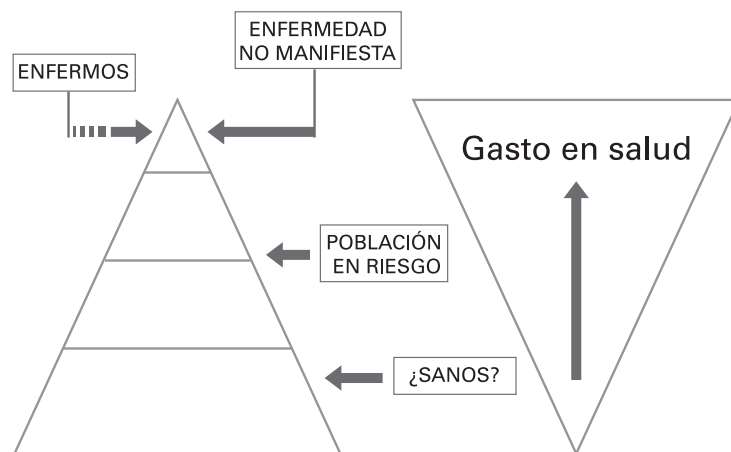


Figura 2 “las Pirámides invertidas : Asignación del gasto en salud” (Id. Op. Cit.)



tativa de vida menor, mientras otras regiones – en mejores condiciones socioeconómicas – este proceso ha acompañado al que se observa en los países desarrollados.

Sin duda que el desarrollo tecnológico aludido ha contribuido en gran medida para la generación de estos procesos evolutivos, pero precisamente cuanto mayor ha sido la transición, mayor es el peso relativo que adquieren los sistemas sanitarios en lo referente a la “atención de la enfermedad”.

Sin duda que el impacto económico de esta situación sobre los costos sanitarios hace de los mismos una espiral inflacionaria difícilmente sostenible, mucho más aún en nuestros sistemas de salud donde los costos se ven incrementados ante su alta fragmentación y la frecuente ineficiencia asignativa.

Por otra parte en gran medida las patologías crónicas degenerativas y/o terminales, parecen no tener cabida dentro del sistema de atención sanitaria más que desde el punto de vista formal, ya que en su gran mayoría la acentuación no solo ha sido hospitalocéntrica sino a su vez concentrada en la atención de “agudos”, dejando librados a muchos que ante las nuevas contingencias tienen pocas posibilidades de contención si la misma no se centra en el hogar.

Uno de los problemas paradigmáticos es por ejemplo el de los cuidados paliativos, donde el sistema sanitario se autoexcluye ante situaciones que considera irrecuperables, sin contabilizar el importante papel que le cabe en la ayuda al buen morir.

Estos y otros problemas sumados, han obligado a retomar el debate sobre la necesidad de volver a instalar en los sistemas de salud aquellas acciones que se demuestren mejor costo-efectivas, en términos de permitir mejores resultados, mayor satisfacción de los pacientes y la resolución de sus problemas – muchos de los cuales como hemos dicho son

desatendidos – y esto con la mayor calidad y a un costo razonable.

Más grave aún, muchos pacientes – que no se caratulan como “agudos” – quedan sin una respuesta adecuada para la resolución de sus problemas, por ejemplo cuando se cronifican, cuando son pacientes terminales o cuando la tecnología hospitalaria no tiene alternativas que brindarles.

En este marco la internación domiciliaria – de creciente desarrollo en nuestro país y en el mundo – debe ser considerada como una posibilidad de alto impacto para brindar una atención apropiada a los enfermos con determinadas características, en su medio familiar y comunitario, para mantener su la mejor funcionalidad e independencia posibles y con una mejor calidad de vida.

Por un lado existe desconocimiento poblacional y profesional del importante marco de contención que la atención domiciliaria puede brindar a determinado tipo de pacientes que de otra manera se encontrarían en total indefensión y por otro también existe un alto grado de resistencia a cambiar modelos que se incorporaron a través de los años como hegemónicos: ¿ Como puede concebirse fácilmente que en el marco del domicilio del paciente pueden brindarse alternativas de atención con las características de complejidad que brinda un hospital?

El cambio de paradigma no es concebible de un día para otro.

Deberemos despojarnos de prejuicios y concepciones rígidas, pues los avances en este campo no significan el desconocimiento que los aportes tecnológicos han brindado en el campo de la salud, sino su complementación.

Muchos pacientes portadores de patologías crónicas – recuperables o no – quedan, una vez superado algún episodio que pudiera requerir su internación “en agudo”, en total indefensión para proseguir de una

manera adecuada su atención una vez que abandonan el hospital.

En este punto debemos distinguir algunas características que no han sido suficientemente explicitadas y que hacen a modalidades diferentes de asistencia domiciliaria.

Por ejemplo podemos considerar diferencias entre “atención domiciliaria”, “internación domiciliaria” y “hospitalización domiciliaria”, cada una de las cuales tiene características y particularidades propias, que son pasibles de criterios de inclusión diferentes para pacientes con necesidades diferentes y que abordaremos en sucesivas oportunidades.

Otro aspecto que debe ser clarificado es quienes son pasibles de este tipo de asistencia, pues podemos remitirnos a criterios de absoluta restricción – lo que obligaría a limitarnos a aquellos cuyas necesidades pasan por la atención de un equipo especializado multidisciplinario – hasta (y en el otro extremo) ser extremadamente amplios en los criterios de inclusión e incorporar pacientes cuyo componente esencial es de índole social.

Esto es decir que los “criterios de inclusión” pueden ser muy variables, dependen de los pacientes y sus necesidades y además fundamentalmente de las políticas institucionales.

En nuestro país el sistema de salud no tiene incorporada masivamente esta modalidad de atención.

Los Establecimientos Asistenciales públicos (o Estatales) dependientes en su gran mayoría de los Estados Provinciales en general ni contemplan esta modalidad de atención, salvo escasas excepciones y con grandes limitaciones en su accionar, lo que en algunas Jurisdicciones ha sido suplido con algunas iniciativas personales de escasos recursos.

El subsistema de la Seguridad Social (Obras Sociales Nacionales), tiene incorporada esta modalidad

asistencial en los requerimientos del PMOE – actualmente en vigencia – pero en muchos casos, aún indicación mediante, no se cumple o solo se lo hace en forma parcial.

En este aspecto el problema mayor parece ser la resistencia existente entre el cuerpo profesional a reconocer la posibilidad de asistencia extramuros del hospital mediante esta modalidad.

Tampoco las Obras Sociales tienen cabal noción que el costo diario de atención mediante la asistencia domiciliaria es mucho menor que en situación de internación del paciente.

Lo que sucede es que en general se trata de tratamientos y asistencia prolongada y además que si no se tienen criterios limitantes, la población con perspectivas de ser asistida por esta modalidad resulta creciente, por motivos de envejecimiento poblacional, restricciones motoras, psíquicas o funcionales, pacientes terminales etc. y aún algunos cuyo componente esencial puede ser casi exclusivamente social, como serían por ejemplo muchos casos de Enfermedad de Alzheimer, cuyos cuidados de no ser asumidos por la familia solo requieren de acompañantes domiciliarios.

Es seguro que los costos unitarios de asistencia son menores en la internación domiciliaria que en el paciente hospitalizado, pero también lo es que la generación de esta demanda puede tener límites imprecisos que incrementen globalmente el gasto.

El envejecimiento poblacional por una parte, el incremento de la expectativa de vida, las tecnologías que posibilitan el sostenimiento de la vida hasta límites impensados hace pocos años, los cuidados paliativos para pacientes terminales y otros problemas de alto contenido social seguramente incrementarán a futuro las necesidades en este aspecto y con ello las demandas.

Sin embargo: “envejecimiento no es igual a enfermedad”.

El envejecimiento posibilita a nivel poblacional, la aparición de enfermedades crónico-degenerativas o “enfermedades del desgaste”, vinculadas a la transición epidemiológica y con ello a la necesidad de facilitar en algunos casos la asistencia y en otros la cooperación para permitir la auto valía y el normal desempeño en las tareas cotidianas, a fin de posibilitar una mejora de la calidad de vida, es decir que si bien no son iguales – envejecimiento y enfermedad – por lo menos “son socios” en alguna medida.

En nuestra población más del 13% de la misma tiene más de 60 años.

Más de la mitad de ellos viven en hogares unipersonales y de ellos más del 15% tienen dificultades de auto valía de diferente gravedad, incluso para las actividades de la vida diaria.

El sistema de salud podrá hacerse el distraído por un tiempo, pero finalmente esta modalidad de atención tiene amplias y excelentes potencialidades de ampliar su campo de acción y ser inclusive un importante vehículo para potenciar la atención primaria en el sistema de salud, aspecto tantas veces declamado y tan pocas veces efectivizado.

Esto es tanto más así en cuanto la asistencia domiciliaria presupone equipos interdisciplinarios capacitados, con alta e intensiva coordinación, en un marco de trabajo que debe no solo contemplar todos los aspectos del “paciente-persona” – con una visión holística – sino incluir en la asistencia al grupo familiar y el entorno social como partícipes de la contención y asistencia.

En este aspecto la asistencia domiciliaria tiene la perspectiva de contribuir grandemente a realizar otras acciones de impacto en el sis-

tema de salud como son aquellas referidas a la promoción de salud y a la prevención de enfermedades (en especial en la prevención terciaria).

El planteo básico es dilucidar cuestiones que son atinentes a criterios sanitarios y sociales con otras que se vinculan a los costos que las mismas insumen.

Sin duda alguna la atención domiciliaria resulta de alto valor en la socialización y contención afectiva de los pacientes al posibilitar su asistencia en el marco y ambiente de su familia.

Seguramente esto permitirá una mejor asistencia, reduciendo las consecuencias de anonimato y despersonalización de la atención hospitalaria, pero ambas no deben ser vistas como contrapuestas sino como necesarias y complementarias.

La participación del grupo familiar resulta así de fundamental importancia y con ello la comunicación y coordinación entre el mismo y el equipo de salud que realiza la asistencia.

Asimismo deben establecerse canales de referencia y contrarreferencia con los centros asistenciales de mayor complejidad y los profesionales comprometidos en la tarea deben tener incentivos suficientes para afrontar situaciones que en muchos casos resultan de alto compromiso y lesividad emocional.

Hasta el momento esta modalidad de atención domiciliaria solo se encuentra utilizada muy limitadamente, a pesar que sus potencialidades son enormes, como lo es su campo de acción y los beneficios que se supone puede brindar en el campo de la salud pública.

¿Podremos revertir la situación?

Necesitamos capacitar, vencer algunas resistencias y brindar un servicio cada vez de mayor calidad y eficiencia, atendiendo además al desarrollo de sus potencialidades no descubiertas.

Recibido em 14 de fevereiro de 2006

Aprovado em 01 de março de 2006