

**POLICLÍNICO DOCENTE DE REMEDIOS
VILLA CLARA**

**COSTOS, BENEFICIOS Y SATISFACCIÓN POBLACIONAL DEL INGRESO
DOMICILIARIO.**

Por:

Dr. Heisbert Pedro Bouza Montano¹, Dr. Pedro Manuel Márquez Borroto², Dr. Jesús Martín Soter Manso³, Dra. Gladys Montano Duménigo⁴, Dra. Rosa Elena Romero Marín² y Dra. Mariesly Vergel García¹

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
2. Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Bioestadística.
4. Especialista de I Grado en Medicina Interna.

Resumen

Se realizó un estudio explicativo para evaluar los resultados del ingreso domiciliario en doce consultorios del Grupo Básico de Trabajo # 2, del Policlínico Docente de Remedios, en el segundo semestre del año 2001. El universo quedó integrado por 83 pacientes que ingresaron en el domicilio en el período prefijado; la información fue recogida mediante entrevistas a pacientes, familiares, personal de salud que brindó la atención, miembros del departamento de estadística, economía y documentos del médico de asistencia. Predominaron los pacientes del sexo femenino, y los grandes grupos correspondientes a niños, adulto joven y adulto mayor estuvieron representados con similares porcentajes. Entre las causas de ingreso predominaron las bronconeumonías y, en conjunto, las afecciones respiratorias. La mayoría de los enfermos fueron visitados diariamente, y aproximadamente más de la tercera parte recibió valoración por el especialista respectivo. La tercera parte de los pacientes manifestó que la información no fue la más adecuada. El balance económico arrojó un saldo positivo del ingreso domiciliario respecto al costo del ingreso hospitalario, lo que representó un ahorro considerable para la familia y el estado. Se concluye como satisfactoria la evaluación de costos, beneficios y satisfacción poblacional con el ingreso domiciliario en el área estudiada. Se recomiendan estudios más abarcadores que den continuidad a esta investigación, así como que nuestros médicos perfeccionen la comunicación social.

Descriptores DeCS:

SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD A
DOMICILIO
COSTOS DE LA ATENCION DE SALUD
ANALISIS DE COSTO-BENEFICIO

Subject headings:

HOME CARE SERVICES
HEALTH CARE COSTS
COST-BENEFIT ANALYSIS

Introducción

En los últimos años la atención primaria ha alcanzado la posición más relevante en nuestro sistema de salud; ello se justifica porque es en la comunidad donde ocurre la mayor parte de los sucesos que repercuten sobre la salud de los individuos, la familia y la población en general; como modalidad de este tipo de atención se utiliza el ingreso domiciliario.

Según consta en la bibliografía, la hospitalización domiciliaria aparece informada desde 1947 en New York, como una extensión del hospital hasta el domicilio del paciente; entre las razones de su aparición se expone: descongestionar los servicios hospitalarios, reducir sus costos y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación. Desde entonces han existido múltiples experiencias de este tipo en Norteamérica, Europa y otros países, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud^{1,2}.

En Cuba, la mejoría sostenida en la utilización y en la calidad del ingreso en el hogar ha impactado en el uso de la cama hospitalaria. Alrededor de 500 000 ingresos en el hogar se producen cada año, lo que representa satisfacción para la familia cuyos miembros reciben este tipo de atención³.

Nuestro municipio en el año 2001 informó 2 654 casos de ingreso a domicilio, y nuestro policlínico 920.

Teniendo en cuenta el interés despertado por trabajos anteriores y considerando que esta modalidad constituye una de las estrategias de impacto en nuestro sistema nacional de salud, decidimos orientar nuestro trabajo sobre este tópico, y planteamos las siguientes interrogantes: ¿Cómo se comporta esta forma de atención en nuestro Grupo Básico de Trabajo?, ¿Qué gastos para la familia y el estado ocasionan los ingresos domiciliarios y hospitalarios?

Métodos

Se realizó una investigación explicativa para demostrar los costos, beneficios y estado de satisfacción familiar con el ingreso domiciliario en el GBT # 2 del Policlínico Docente de Remedios, en el período comprendido entre junio y diciembre del año 2001. El universo del estudio quedó integrado por los pacientes que ingresaron en el hogar en el período prefijado.

La información fue recogida mediante entrevistas que se realizaron a pacientes, familiares, médicos de familia, miembros del departamento de estadística y economía del policlínico. Además, se tomaron datos de documentos, como historias clínicas ambulatorias, que nos permitieron conocer detalles de la terapéutica, estadía y causas de ingresos.

Para el logro de los objetivos se tomaron los siguientes criterios operativos:

1. Edad, sexo, días que permaneció ingresado, causa que motivó el ingreso, satisfacción con el ingreso, inconvenientes, costos para la familia y el estado del ingreso domiciliario y hospitalario.
2. La información primaria se procesó manualmente con la ayuda de una calculadora de mesa, y para su análisis estadístico se emplearon distribución de frecuencia, frecuencias absolutas, porcentajes y pruebas estadísticas para la comparación de proporciones.

Resultados

En el semestre fueron ingresados en el hogar 83 pacientes de 12 consultorios, pertenecientes al GBT # 2 del Policlínico Docente de Remedios, en su mayor parte adultos: 58 (69,9 %); de ellos, 41 mujeres (49,4 %). Los niños representaron 30,1 % de los ingresados y entre ellos predominaron los de 1-4 años (14,5 % del total) y los menores de un año con 10,8 % (tabla 1).

Tabla 1 Edad y sexo de los ingresados.

Edades (años)	Masculino		Femenino		Total	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
< 1	5	16,1	4	7,7	9	10,8
1-4	7	22,6	5	9,6	12	14,5
5-14	2	6,5	2	3,8	4	4,8
15- 60	8	25,8	21	40,4	29	34,9
> 60	9	29,0	20	38,5	29	34,9
TOTAL	31	37,3	52	62,7	83	100,0

Fuente: Encuesta.

Distribución por edad y sexo: χ^2 (1gl) = 6,17 p < 0,05

Fem vs masc: Z = 2.31 p < 0,05

< 15 vs 15-60: Z= 0.38 p > 0,05

En la tabla 2 se observa que los ingresos obedecieron a 31 causas diferentes, y totalizaron 413 días para una estadía promedio de 4,64 días. Sobresalieron las bronconeumonías, motivo de ingreso para 22 pacientes (26,5%) y 4,91 días promedio de estadía. Les siguieron los postoperatorios con 9,6 %, las bronquitis agudas (7,2 %), sepsis urinaria (6,0 %) y asma bronquial (4,8 %).

Las enfermedades respiratorias se destacaron como agrupación al sumar 37 pacientes, próximos a la mitad del total de los ingresados (44,6%), así como por estar presentes en cuatro de los seis casos que se ingresaron por dos causas.

Tabla 2 Principales causas de ingreso y estadía.

Causa	Pacientes		Días ingresado	
	Cantidad	%	Total	Promedio
Bronconeumonía	22	26,5	108	4,91
Postoperatorios	8	9,6	37	4,63
Bronquitis aguda	6	7,2	31	5,17
Sepsis urinaria	5	6,0	24	4,80
Asma bronquial	4	4,8	11	2,75
Amigdalitis aguda	4	4,8	18	4,50
EPOC	3	3,6	9	3,00
EDA bacteriana	3	3,6	14	4,67
Hepatitis viral aguda	3	3,6	12	4,00
Amenaza de parto pretérmino	3	3,6	24	8,00
Celulitis	3	3,6	14	4,67
Otras 20 causas	25	30,1	111	4,44
TOTAL POR CAUSAS (1)	89	107,2	413	4,64

Fuente: Encuesta.

(1) Seis pacientes ingresaron por dos causas.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

EDA: Enfermedad diarreica aguda.

Sólo 5 de los 20 pacientes que recibieron mala información consideraron lo anterior como un inconveniente, y para tres de ellos esto fue causa de que no pudieran opinar sobre la modalidad. Para uno de los seis pacientes no visitados después del ingreso, la falta de atención constituyó un motivo de insatisfacción. En total, 12 pacientes o sus familiares (14,5 % de los encuestados), manifestaron inconvenientes con el ingreso domiciliario; la mitad de ellos por factores subjetivos y la otra mitad por limitación circunstancial de recursos, ninguno de los cuales fue motivo de insatisfacción. De ahí que 79 pacientes y sus familiares (95,2 % de los casos) se hayan mostrado satisfechos con el ingreso domiciliario, uno insatisfecho (1,2 %) y 3 (3,6 %) no manifestaron su opinión (tablas 3 y 4).

Tabla 3 Inconvenientes según los pacientes o sus familiares.

Falta de:	Pacientes		Motivo de insatisfacción		No opina sobre la modalidad	
	Cantidad	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Información	5	6,0	0	0	3	60,0
Medicamentos	4	4,8	0	0	0	0
Otros recursos (cama)	1	1,2	0	0	0	0
Material de curaciones	1	1,2	0	0	0	0
Atención (no visitado)	1	1,2	1	100,0	0	0
TOTAL	12	14,5	1	8,3	3	25,0

Fuente: Encuesta.

Tabla 4 Nivel de satisfacción de los pacientes o sus familiares.

Nivel	Total	
	Pacientes	%
Satisfecho	79	95,2
Insatisfecho	1	1,2
No opina	3	3,6
TOTAL	83	100.0

Fuente: Encuesta. Satisfecho vs los demás: $Z = 8,25$ $p < 0,001$.

El análisis económico de los ingresos domiciliarios se resume en la tabla 5. El costo global del ingreso domiciliario ascendió a 2 645,25 pesos (31,87 pesos promedio). De haber sido hospitalizados los 83 pacientes del estudio, hubieran costado 24 174,46 pesos (291,26 pesos promedio), y esto representa un ahorro total de 21 529,21 pesos, de ellos: 19 960,00 pesos para la economía del país y 1 569,21 pesos para la familia.

Tabla 5 Costo por tipo de ingreso y ahorro familiar y estatal por el ingreso domiciliario.

Tipo de ingresos y gastos	Importe (en MN)	Costo (en MN)
Ingreso domiciliario:		
Gastos por la familia:	1 736,36	
- Salarios dejados de percibir	1 136,23	
- Medicamentos	600,13	
Gastos por el estado:	908,89	
- Medicamentos	343,03	
- Salarios por la atención	565,86	
Costo total		2 645,25
Costo por paciente		31,87
Ingreso hospitalario:		
- Salario que hubieran dejado de percibir los familiares	3 305,57	
Hospitalización:		
413 días a 50,53 por día-paciente	20 868,89	
Costo total		24 174,46
Costo por paciente		291,26
Ahorro con el ingreso domiciliario:		
Familiar	1 569,21	
Estatal	19 960,00	
Para ambos		21 529,21

Fuente: Encuesta.

Discusión

No aparece en la bibliografía consultada información respecto a edad y sexo de los pacientes bajo ingreso domiciliario, pero sí se recoge que esta modalidad está llamada a cambiar estrategias que caracterizan la atención hospitalaria, por una prestación de servicios acorde a las demandas sociales, demográficas y de gestión^{4,5}.

En el análisis comparativo con otros estudios, donde aparecen las causas de ingreso domiciliario, coincidimos con Colomer².

No se corresponden nuestros resultados con estudios relacionados en Canadá, Estados Unidos y Francia, donde las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores ocupan las primeras causas de ingreso⁶⁻¹².

Saura de la Torre¹³ plantea que dentro de los requisitos necesarios para desarrollar el ingreso domiciliario se encuentra: elevar el nivel de conocimiento de la familia, la comunidad y la sociedad, es decir, incrementar tanto la promoción como la prevención, por lo que se infiere que mientras en mejores condiciones se encuentre este aspecto, mejorará la participación de la población en el ingreso domiciliario, lo que contribuirá a mejorar el estado de salud.

Con el ingreso domiciliario se obtiene un evidente beneficio para la economía familiar y del país, lo que coincide con lo planteado por estudios nacionales¹⁴ y otros de la bibliografía internacional sobre este tópico^{15,16}.

Summary

An explicative study was carried out to assess the results of at-home admission in 12 offices of Basic Working Group number 2 at Remedios Teaching Polyclinic in the second semester of 2001. The universe comprised 83 patients admitted at home in the pre-determined period. Information was gathered through interviews to patients, relatives, health personnel giving assistance, number of statistics department, economy and documents from the assistant physician. There was a prevalence of females and big groups of children, young adults and the elderly showed similar percentages. Among the causes of admission, there was a prevalence of bronchopneumonias together with respiratory diseases. Most of the patients were visited every day and almost more than a third was checked by the respective specialist. One third of patients said information was not enough adequate. Economical balance between at-home and hospital admission was positive, representing considerable savings for the family and the state. As a result, we consider that the assessment of costs, benefits and satisfaction of the population with at-home admission is satisfactory in the area studied. We recommend further and more comprehensive studies as well as the development of social communication among our doctors.

Referencias bibliográficas

1. Martín AP, García FJC, Correa ME. Factores de riesgo de ingreso hospitalario en mayores de 64 años. *Gac Sanit* 2000;14(5):363-70.
2. Colomer J, González MJI, González RVJ. Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda. En: Del Llano J, Ortún V, Millán J, Gené J. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson; 1998. p. 359-401.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. *Carpeta metodológica de atención primaria de Salud y medicina familiar*. La Habana: MINSAP; 2002.
4. Segura JCC. La atención a domicilio como forma de atención compartida (editorial). *Aten Primaria* 2000;25(8):1-5.
5. Hernández J. Evolución en las relaciones entre la asistencia primaria y la asistencia especializada. *Todo Hospital* 1999;65:17-23.

6. Cotta RMM, Morales Suárez-Varela M, Llopis González A, Filho JSC, Ramón Real E, Díaz Ricós A. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Pública* 2001;10(1):45-55.
7. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet* 1999;354(25):1077-83.
8. Hadley J, Rabin D, Epstein A, Stein S, Rimes C. Posthospitalization home health care use and changes in functional status in a medicare population. *Med Care* 2000;38(5):494-507.
9. Crome P, Malham A, Baker D, Smith AE, Bloor R. Domiciliary visits to the old and the mentally ill: how valuable? *J R Soc Med* 2000;93(4):187-90.
10. Lazar HI, Eitzgerald CA, Ahmad T, Bao Y, Colton T, Aspira OM, et al. Early discharge alter coronary artery bypass graft surgery: are patients really going home earlier? *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001;121(5):943-50.
11. Gabich C, Parker D, Maddocks I. The emotions and coping strategies of caregivers of family members with a terminal cancer. *J Palliat Care* 2001;17(1):30-6.
12. Ardersen IIE, Jurgensen KS, Boysen G. Intervention for apoplexy patients discharged from hospital. Physical training: a literature review. *Ugeskr Laeger* 2001;163(9):1255-9.
13. Saura de la Torre I, Hernández Vergel LI, Rodríguez Brito ME. Requisitos necesarios para el desarrollo del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(5):479-83.
14. Saura de la Torre I, Hernández Vergel LI, Rodríguez Brito ME. Ventajas del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(5):494-8.
15. Kellogg FR, Brickner PW. Long-term home health care for the impoverished frail home-bound aged: a twenty-seven-year experience. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(8):1002-11.
16. Waters TM, Almagor O, Finkel S, Ilarter K, Bartolozzi PR, Mitzen P, et al. Understanding cost of home and community based services. *Manag Care Q* 2001;9(1):45-53.