

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

MATÍAS MIROFSKY^{1,2}, GISELLA GREGORI^{1,2}, MARIANELA GARRIDO^{1,2}, IRINA CASARIEGO^{1,2}, JULIA FERNANDES SEIXO^{1,2}, VIVIANA MARTINEZ¹, DIEGO BRUNET¹, GABRIELA HARGUINDEGUY^{1,2}

¹Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero, Bahía Blanca, ²Sociedad Argentina de Medicina

Dirección postal: Matías Mirofsky, Hospital Municipal de Agudos Dr Leónidas Lucero, Estomba 968, 8000 Bahía Blanca, Provincia Buenos Aires, Argentina

E-mail: mmirofsky@gmail.com

Recibido: 2-I-2025

Aceptado: 6-III-2025

Resumen

Introducción: La Hospitalización a Domicilio (HaD) es una modalidad de cuidados domiciliarios con beneficios para el sistema de salud, pacientes, familias; y con pocas experiencias en nuestro país. En este trabajo se presentan los resultados del primer año en un hospital público.

Materiales y métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 17 años, con enfermedades agudas y clínicamente estables. Se analizaron sus características clínicas, días de internación, mortalidad, reinternación y encuestas de satisfacción a pacientes y familiares. El análisis de costo es general, por día/cama y variable debido a la incorporación progresiva de recursos humanos y de aumento de camas disponibles.

Resultados: Se internaron 276 pacientes, 51% mujeres, mediana de edad de 65 años, mediana de días de internación 4 y una media de índice de Charlson 4. El porcentaje de reinternaciones fue 17.2% y de mortalidad de 6.7%, a 30 días. Se realizaron encuestas de satisfacción a 28.6% de pacientes y 13.1% de familiares: 96-100% manifestaron como muy bueno/bueno todos los puntos evaluados. El 90-95% manifestó que volvería elegir esta modalidad, recomendaría esta modalidad y la prefiere a la internación en el hospital. El costo día cama de HaD fue superior en un 70% al costo día cama de clínica médica.

Discusión: La HaD es factible de implementar y aceptada en nuestro medio. Sus costos iniciales fueron ma-

yores que en clínica médica, pero deben re-evaluarse a largo plazo donde la capacidad de camas y de recursos humanos se mantengan constantes.

Palabras clave: hospitalización a domicilio, organización para el cuidado de la salud, encuesta de satisfacción, costos en salud

Abstract

Home hospitalization: first year of experience in a public hospital

Introduction: Home Hospitalization (HH) is a modality of home care with benefits for the health system, patients, and families, and with few experiences in our country. In this paper we present the results of the first year in a public hospital.

Materials and methods: Cross-sectional study. Patients over 17 years of age with acute and clinically stable disease were included. We analyzed their clinical characteristics, days of hospitalization, mortality, readmission, and patient and family satisfaction surveys. The cost analysis is general, per day/bed, and variable due to the progressive incorporation of human resources and increase of available beds.

Results: 276 patients were hospitalized, 51% women, median age 65 years, median number of days of hospi-

talization 4 and mean Charlson index 4. The percentage of readmissions was 17.2% and mortality 6.7% at 30 days. Satisfaction surveys were carried out with 28.6% of patients and 13.1% of family members: 96-100% stated that they considered all the points evaluated as very good/good. 90-95% stated that they would choose this modality again, would recommend this modality and preferred it to hospitalization. The bed-day cost of HaD was 70% higher than the bed-day cost of a medical clinic.

Discussion: HH is feasible to implement and accepted in our setting. Its initial costs were higher than in the medical clinic, but should be re-evaluated in the long term where the bed capacity and the number of beds are higher than in the medical clinic.

Key words: home hospitalization, healthcare organization, satisfaction survey, healthcare costs

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- La hospitalización a domicilio es una estrategia en salud con beneficios para el sistema de salud, los pacientes y la familia. Esta modalidad de asistencia domiciliaria tiene poco desarrollo en el sector público de salud.

Contribución del artículo a conocimiento actual

- Nuestros datos confirman que el modelo de hospitalización a domicilio es factible de implementar y desarrollar en el sector de salud público, con satisfacción de pacientes y familiares, e impacto positivo en el sistema de salud.

En los últimos años, los hospitales han visto saturada su capacidad de internación como consecuencia de una conjunción de factores: aumento demográfico, aumento de la expectativa de vida, incremento del segmento poblacional de adultos mayores que poseen mayor número de comorbilidades y mayor demanda asistencial dentro del sistema de salud¹.

En Argentina existen experiencias en hospitales públicos y privados que prestan servicios de internación domiciliaria²⁻⁷. Estos estudios destacan la implementación y los beneficios de

los cuidados domiciliarios, demostrando su impacto positivo en la reducción de readmisiones hospitalarias y en la viabilidad de programas de cuidados a largo plazo en el hogar. Pero se pueden identificar tres diferentes tipos de modalidades de cuidados domiciliarios: asistencia/atención domiciliaria, hospitalización domiciliaria e internación domiciliaria. Cada uno de ellos tiene diferentes características de pacientes, modalidades de cuidados, objetivos terapéuticos, complejidades, dependencia desde del sistema de salud y profesionales responsables de la asistencia, como se describen en la Tabla 1. La Hospitalización a Domicilio (HaD) es la modalidad que puede sustituir la hospitalización con el objetivo de optimizar la disponibilidad de camas y reducir la carga asistencial. A diferencia de la internación domiciliaria cuyos pacientes tiene enfermedades crónicas, la HaD incorpora pacientes con enfermedades agudas que reúnan las condiciones para continuar su tratamiento en domicilio y permitan un alta a corto plazo, con rotación continua de pacientes evitando la saturación de las camas dentro de la HaD.

En Argentina la resolución 704/2000 del Ministerio de Salud de Nación reglamento las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria, que define a la internación domiciliaria como “una modalidad de la atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente – familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana”⁸.

Durante fines de 2022 y principios de 2023 se desarrolló el proyecto de HaD⁹ en el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero de la ciudad de Bahía Blanca. Comenzó con una prueba piloto durante 4 meses¹⁰, con un crecimiento continuo y progresivo, en su capacidad de internación, con aumento del número de camas e incorporación de profesionales, a lo largo del primer año de su implementación.

Los objetivos de este trabajo fueron describir los resultados del primer año de la implementación del proyecto de HaD, analizar la satisfac-

Tabla 1 | Cuadro comparativo de modalidades de cuidados domiciliarios

Característica	Atención/Asistencia domiciliaria	Hospitalización domiciliaria	Internación domiciliaria
Objetivo	Prevenir hospitalización	Sustituir hospitalización	Sustituir hospitalización
Dependencia de los profesionales	Área de atención primaria	Hospital	Hospital
Dependencia de los pacientes	Área de atención primaria	Hospital	Hospital - Centro rehabilitación
Tipo de pacientes	Agudos/Crónicos	Agudos	Crónicos
Técnicas	Poco intensivas y complejas	Poco intensivas y complejas o Intensivas y complejas	Intensivas y complejas
Tratamientos	Poco intensivos y complejos	Poco intensivos y complejos o Intensivos y complejos	Intensivos y complejos
Seguimiento	Tiempo limitado	Tiempo limitado	Tiempo ilimitado
Prevención	Mayor dedicación	Menor dedicación	Menor dedicación
Educación	Mayor dedicación	Menor dedicación	Mayor dedicación

ción de los pacientes y sus familiares, analizar los costos de la implementación y compararlos con los costos del Servicio de Clínica Médica (SCM) y evaluar el impacto de esta estrategia dentro del hospital.

Materiales y métodos

Estudio de corte transversal, descriptivo, de los resultados del primer año del proyecto de HaD, entre mayo 2023 y abril 2024. El Hospital Municipal de Agudos Dr Leónidas Lucero (HMALL) es el hospital de referencia de la ciudad de Bahía Blanca, que asiste prácticamente la totalidad de las emergencias y urgencias de la ciudad. Tiene 120 camas de internación y específicamente el SCM cuenta con 40 camas, con 100% de ocupación durante todo el año.

Los pacientes que ingresaron en HaD fueron derivados del SCM y debían cumplir con los siguientes criterios: 1) mayores de 17 años con enfermedades agudas, con estabilidad clínica y buena evolución en las últimas 48 horas de internación, que requiriesen continuar con asistencia médica factible de hacerlo en domicilio y sin requerir la infraestructura hospitalaria para continuar con su tratamiento, 2) contar con el acompañamiento permanente en su domicilio de un familiar, amigo, cuidador, durante el tiempo que se encuentre en HaD, 3) aceptar y firmar un consentimiento informado de esta modalidad de cuidado domiciliario y 4) la encuesta socio-habitacional debía asegurar las condiciones mínimas requeridas para sostener la prestación de esta modalidad.

Se diseñó una planilla Excel donde se volcaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, días de internación, índice de Charlson, cobertura social y tratamiento realizado. Las reinternaciones y mortalidad se evaluaron a 30 días. Se realizó la encuesta tipo Likert de satisfacción a pacientes y familiares, por separado, tomada de la resolución 704/2000 del Ministerio de Salud de Nación y realizada por personal administrativo entrenado, que no tuvo contacto directo durante el proceso de asistencia en HaD. A esta encuesta se agregaron 3 preguntas: 1- De poder elegir ¿volvería a ser atendido por este servicio?, 2- ¿Recomendaría esta modalidad de atención a otras personas?, 3- ¿Lo prefiere antes de la internación en el hospital? Las respuestas a estas preguntas fueron dicotómicas por sí o por no. Para la realización de las encuestas telefónicas se implementó un muestreo aleatorio simple durante los primeros 10 meses del proyecto y se realizaron luego de los 30 días del alta de HaD, a 8 pacientes y 2 familiares por mes. Para el análisis de costo se comparó el costo día cama de internación en HaD, con el costo día cama del SCM. Para evaluar los resultados hospitalarios de la implementación del proyecto, se compararon indicadores del año previo al proyecto (mayo 2022 - abril 2023) con los del período de implementación: número de pacientes internados en SCM, mortalidad y reinternaciones a 30 días, y número de internaciones en Terapia Intensiva. Estos datos se obtuvieron del sistema informático centralizado del hospital. Se realizó un análisis descriptivo con medidas de frecuencias, proporciones, medianas, rangos, rangos intercuartílicos y Chi cuadrado. Para el análisis estadístico se utilizó programa SPSS 14.

Resultados

Se internaron 276 pacientes, 51% mujeres (n=141) y 49% hombres (n=135), con una mediana de edad de 65, y representan el 15.5% de los ingresos hospitalarios a la sala del SCM. Las características generales de los pacientes se observan en la Tabla 2. El promedio de reinternaciones de período desde HaD al SCM fue 17%. En la Figura 1 se puede observar la comparación de las reinternaciones de los pacientes en HaD y de otras locaciones, en el SCM. Las enfermedades infecciosas, como neumonía, infecciones

urinarias y de piel fueron los diagnósticos más frecuentes. De las enfermedades respiratorias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica reagudizada y la crisis asmática, fueron los principales diagnósticos; y la insuficiencia cardíaca dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares.

Se realizaron encuestas de satisfacción a 28.6% (n=79) de los pacientes y 13% (n=36) de los familiares. Las respuestas a las preguntas de la encuestas se pueden observar en las Tablas 3 y 4. A las preguntas de la encuesta acerca de la “decisión de tratarlo en su casa”, “la presencia del personal”, “la eficiencia a la tarea asignada al personal”, “el trato recibido”, el cumplimiento del horario”, “el respaldo del personal”, la resolución de los problemas”, “la explicación de los cuidados”, “la explicación de la medicación” y “el interés demostrado por el equipo”, las respuestas de los pacientes como de los familiares

Tabla 2 | Características de los pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio

Variable	Resultado
Edad	65 (RIC 60-74)
Sexo, n (%)	
Femenino	141 (51)
Masculino	135 (49)
Índice de Charlson	4 (rango 1-8)
Días de internación	4 (RIC 3-7)
Enfermedades, n (%)	
Infecciosas	95 (34.4)
Cardiovasculares	42 (15.2)
Respiratorias	38 (13.8)
Hematológicas	26 (9.4)
Digestivas	15 (5.4)
Neurológicas	14 (5.1)
Urinarias	10 (3.6)
Otras	36 (13)
Mortalidad (a 30 días)	6.7%

RIC: rango intercuartílico

Figura 1 | Comparación de porcentajes de reinternación mensual en el Servicio de Clínica Médica desde Hospitalización a Domicilio vs. otras locaciones

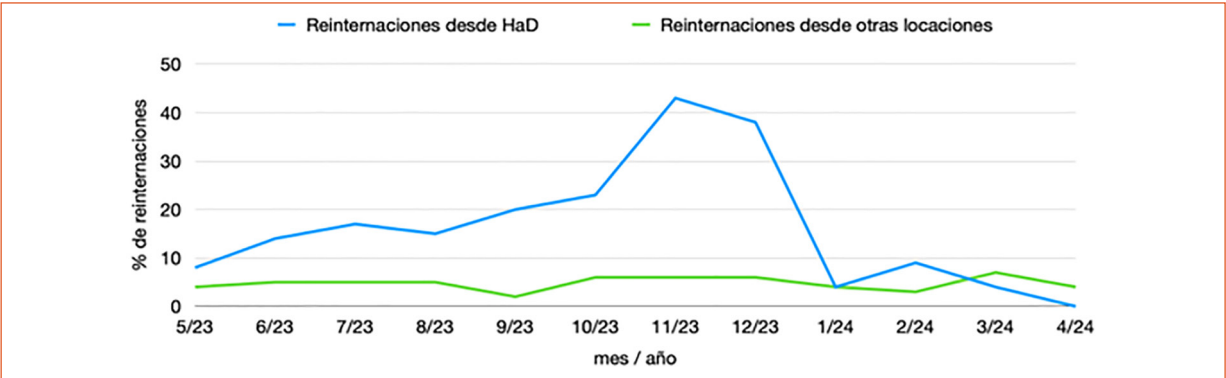


Tabla 3 | Resultados de encuesta de satisfacción de pacientes, n=79, (encuesta de la resolución 704/2000 del Ministerio de Salud de Nación)

Pregunta	Muy bueno % (n)	Bueno % (n)	Regular % (n)	Malo % (n)
Decisión de tratarlo en casa	73.4 (58)	22.8 (18)		3.8 (3)
Presencia del personal	86 (68)	10.2 (9)		3.8 (3)
Tarea asignada personal (eficiencia)	87.3 (69)	8.9 (7)		3.8 (3)
Trato recibido	87.3 (69)	8.9 (7)		3.8 (3)
Cumplimiento del horario	89.8 (62)	17.8 (14)		3.8 (3)
Respaldo del profesional	88.6 (70)	8.9 (7)		3.8 (3)
Resolución de problemas	83.5 (66)	12.7 (10)		3.8 (3)
Explicación de los cuidados	81 (64)	15.2 (12)		3.8 (3)
Explicación de la medicación	82.3 (65)	13.9 (11)		3.8 (3)
Interés demostrado por el equipo	90 (71)	6.2 (5)		3.8 (3)
La cantidad de días de internación	67 (53)	25.4 (20)	3.8 (3)	3.8 (3)

Tabla 4 | Resultados de encuesta de satisfacción de familiares, n=36, (encuesta de la resolución 704/2000 del Ministerio de Salud de Nación)

Pregunta	Muy bueno % (n)	Bueno % (n)	Regular % (n)	Malo % (n)
Decisión de tratarlo en casa	94.4 (34)	5.6 (2)		
Presencia del personal	94.4 (34)	5.6 (2)		
Tarea asignada personal (eficiencia)	97.2 (35)	2.8 (1)		
Trato recibido	97.2 (35)	2.8 (1)		
Cumplimiento del horario	86 (31)	14 (5)		
Respaldo del profesional	97.2 (35)	2.8 (1)		
Resolución de problemas	91.6 (33)	8.4 (3)		
Explicación de los cuidados	97.2 (35)	2.8 (1)		
Explicación de la medicación	97.2 (35)	2.8 (1)		
Interés demostrado por el equipo	97.2 (35)	2.8 (1)		
La cantidad de días de internación	72.2 (26)	16.8 (6)	11 (4)	

coincidieron en más de un 95% entre muy bueno y bueno. Solo ante la pregunta de “la cantidad de días de internación”, un 7.8% de los pacientes y un 11% de los familiares contestaron regular/malo. A las preguntas que se incorporaron al cuestionario, el 90-95% de los encuestados manifestó que “volvería elegir esta modalidad de asistencia”, “la recomendaría” y “la prefiere a la internación dentro del hospital”, tanto pacientes como familiares (Tabla 5).

En relación a la evaluación general de los costos de HaD, el 90% corresponden a salarios y el 10% a transporte de los profesionales, insumos y medicación. El análisis comparativo con el costo día cama del SCM, el costo día cama en HaD fue superior en un 70%: costo día cama SCM 102 mil pesos argentinos vs costo día cama HaD 172 mil pesos argentinos, valores analizados a julio de 2024.

En la Tabla 6 se pueden observar datos comparativos del período en estudio vs período inmediato anterior sin la implementación del proyecto en los Servicios de Clínica Médica y Terapia Intensiva. No se observaron diferencias significativas en mortalidad y reinternaciones, pero sí un aumento de la cantidad de internaciones en Terapia Intensiva.

Discusión

La HaD es un modelo de asistencia de pacientes en domicilio que cumple con las características y necesidades requeridas ante la saturación de camas hospitalarias. La propuesta del proyecto se visualizó como una opción ante esta realidad. Las diferentes áreas del hospital fundamentales de la implementación coincidieron en los objetivos y el desarrollo progresivo del proyecto^{9,10}.

La población en HaD se caracterizó por ser adultos mayores, con múltiples comorbilidades y con mayor frecuencia de enfermedades agudas de etiología infecciosa, respiratorias y cardiovasculares. Y los resultados de las encuestas realizadas muestran aceptación por los pacientes y familiares de esta modalidad de asistencia. La cantidad de pacientes internados en HaD representan el 15.5% de las internaciones anuales del SCM, con una disminución en la cantidad total de pacientes internados en dicho servicio cuando se comparan temporadas anuales 2022-2023 vs. 2023-2024. Esto también impacta en una disminución de la sobrecarga laboral de los profesionales de la salud. También es positivo el aumento de las internaciones en el servicio de Terapia Intensiva, al poder evacuar mayor número

Tabla 5 | Resultados de preguntas a pacientes (n=79) y familiares (n=36) sobre “elección, preferencia y recomendación de Hospitalización a Domicilio”

Pregunta	Pacientes % (n)	Familiares % (n)
De poder elegir, ¿volvería a ser atendido por este servicio?	97.5 (77)	100 (36)
Sí	2.5 (2)	-
No		
¿Lo prefiere antes de la internación en el hospital?		
Sí	83.5 (66)	88.9 (32)
No	16.5 (13)	11.1 (4)
¿Recomendaría esta modalidad de atención a otras personas?		
Sí	97.5 (77)	100 (36)
No	2.5 (2)	-

Tabla 6 | Comparación de 2 períodos anuales consecutivos, sin y con Hospitalización a Domicilio, en los Servicios de Clínica Médica y Unidad Terapia Intensiva

Variable	Período		Resultado	p-valor
	05/22-04/23 (sin HaD)	05/23-04/24 (con HaD)		
Total de internaciones SCM (n)	1955	1785	-170 (- 8.7%)	-
Total de internaciones UTI (n)	403	454	51 (11.2%)	-
Mortalidad SCM n (%)	255 (13)	224 (12.5)	-32 (-0.5)	0.65
Reinternaciones a 30 días SCM n (%)	101 (5.15)	80 (4.46)	-21 (-0.69)	0.33

HaD: Hospitalización a Domicilio; SCM: Servicio de Clínica Médica; UTI: Unidad de Terapia Intensiva

de pacientes al SCM. Pero se observó un alto porcentaje de reinternaciones y un costo superior en HaD en comparación con los del SCM.

Un dato negativo fue el porcentaje de reinternaciones con un 17%. Esta situación se observó durante el 5to.-6to. mes de implementación del proyecto con un pico de 40% de reingresos. El análisis de las causas de esta situación se observó en las características de los pacientes, adultos mayores con múltiples comorbilidades, sumado a la necesaria curva de aprendizaje del proyecto, que a pesar de contar con profesionales con cerca de 20 años de experiencia incorporados en HaD, que no deja de ser una nueva modalidad de asistencia. Durante los últimos meses del primer año del proyecto se observó una disminución del porcentaje de reinternaciones, similares a las reinternaciones de otras locaciones en el SCM. Cunha Ferré MF y col., identificaron a la baja funcionalidad, las úlceras por presión y la edad superior a 83 años como predictores de reingreso hospitalario a urgencias dentro de las 72 horas, desde los servicios de asistencia domiciliaria en Argentina⁶. Otro estudio realizado por Schapira y col., evaluó la co-gestión geriátrica y la intervención de cuidados transicionales interdisciplinarios en pacientes ancianos frágiles hospitalizados en un hospital terciario en Argentina. Este estudio demostró que la intervención redujo significativamente las readmisiones hospitalarias a los 30 días y las visitas a la sala de emergencias en los primeros seis meses lue-

go del alta². Perman G et al. evaluaron la eficacia de las iniciativas de atención integrada para las personas mayores frágiles que viven en sus domicilios, implementando un proceso estructurado, evaluando: funcionalidad, nutrición, movilidad, dolor, cognición, conciliación y adherencia a la medicación, necesidad de cuidados, calidad de los cuidados y seguridad ambiental. El programa tuvo menos ingresos hospitalarios y mejor calidad de vida que la atención habitual, sin diferencias significativas en las tasas de mortalidad⁵. Pero hay que señalar que los pacientes de estos estudios son adultos mayores con enfermedades crónicas a diferencia de los incluidos en HaD donde también son adultos mayores, pero con enfermedades agudas.

Una de las limitaciones a destacar del estudio son los altos costos durante este año de implementación del proyecto de HaD. Se observó que el costo/día cama de HaD es superior en un 70% cuando lo comparamos con clínica médica. Hay que tener en cuenta que este costo ha sido variable a lo largo del período analizado y no solo por las variaciones inflacionarias de nuestro país. Los 4 primeros meses del proyecto (etapa piloto) el recurso humano constaba de 4 profesionales y 4 camas disponibles. En la segunda etapa del proyecto se incorporaron 2 profesionales más, con 8 camas disponibles por los 5 meses siguientes y los últimos 3 meses se llegó a 8 profesionales destinados al proyecto con 12 camas potenciales de internación. De esta situación

surge una variación en los costos, donde durante los primeros meses del proyecto el costo fue mayor y los últimos meses fue disminuyendo. Un cálculo estimado de cantidad de pacientes que deberían internarse anualmente para que el costo día cama del proyecto sea similar al del SCM, es de 350 pacientes/año, a partir del cual a mayor cantidad de pacientes disminuye el costo día cama en HaD. Un análisis de costo-efectividad realizado por Lamfre y col. sobre cuidados paliativos domiciliarios para pacientes con cáncer en la provincia de Río Negro, mostró que estos cuidados aumentaron la probabilidad de morir en casa en un 10.32% en comparación con el cuidado usual, con ahorros anuales significativos tanto desde la perspectiva social como del financiador⁴. Pero estos pacientes tenían enfermedades crónicas, a diferencia de los pacientes en HaD. Otro trabajo publicado por Roubicek J y col. describe la experiencia de internación de pacientes con enfermedades agudas en un centro de salud privado de Argentina donde el costo global del día/cama, también comparado con el día de internación de clínica médica, fue menor⁷. Hasta el momento, esta modalidad, implica mayor costo. Estos resultados y estimaciones deberían validarse durante el 2do. año del proyecto de HaD durante un período donde se mantengan constantes el recurso humano, la capacidad instalada de camas y la tasa de ocupación. Por otro lado, no se han tenido en cuenta en la evaluación de los costos, potenciales complicaciones intrahospitalarias prevenibles por la derivación de los pacientes a HaD, ni las derivaciones sin demoras desde Terapia Intensiva al SCM, al disponer de camas en el SCM debido a la implementación de HaD. Una herramienta que se puede incorporar al proyecto es la telemedicina. El hospital cuenta con una Dirección de TeleSalud y Proyectos especiales, de reciente creación, pero aún no se han implementado este tipo de estrategias en HaD. La telemedicina puede ser una herramienta que apoye al crecimiento del proyecto y potencialmente mejore los costos del modelo¹¹. Los resultados a todas las preguntas de la encuesta, por encima del 90%, habla de la aceptación de los pacientes y sus familiares a esta modalidad de asistencia domiciliaria. Esta realidad no puede medirse en términos de costos, pero representa un valor agregado que favo-

rece el desarrollo de la HaD. Roubicek J también realizó una encuesta de satisfacción a pacientes o familiares que tuvieron acceso al servicio y el 95% de ellos tuvieron satisfechas sus expectativas y calificaron al servicio con la máxima puntuación. Debemos considerar que el tamaño de la muestra de las encuestas puede no ser representativo de todos los pacientes por tener un bajo número de respuestas.

Los resultados obtenidos durante el primer año de la puesta en marcha del proyecto son alentadores. Este modelo de cuidados en domicilio puede extenderse a otros servicios y especialidades dentro de un hospital, con realidades similares, pero adaptando sus características a un modelo de HaD. En la literatura existen descripciones de HaD en traumatología¹², cirugía^{13,14}, hepatología¹⁵, oncología¹⁶, cardiología¹⁷, geriatría¹⁸, y no solo referidas a especialidades médicas, sino también a grupos específicos de enfermedades agudas¹⁹. Se ha logrado un importante recorrido y avance en este nuevo modelo de prestación dentro de un hospital público, lo que deja un terreno fértil para que aquellos servicios y/o unidades se acerquen a esta modalidad.

Este modelo de asistencia en domicilio, ha demostrado ser beneficioso para los pacientes y su familia, con mayor compromiso y responsabilidad, mejor calidad de vida, intimidad y bienestar, recibiendo asistencia personalizada, con menor riesgo de iatrogenia, menos riesgo de hospitalismo y desinserción social. A nivel hospitalario, los beneficios se observan en la mejora de la disponibilidad y la rotación de camas, disminución en las estadías innecesarias, mejor disponibilidad de recursos con potencial reducción de presupuestos y optimización de los servicios. Para el sistema de salud los beneficios se observan en la mejoría de la eficiencia y eficacia, con una mejor utilización de los recursos, siempre limitados, posibilidad de incrementar y fortalecer la relación entre los diferentes niveles de atención en salud y de manera multi e interdisciplinaria, integrada y continua¹.

Este proyecto inició su desarrollo como Área de Hospitalización Domiciliaria dependiente del Servicio de Clínica Médica del HMALL como una prueba piloto. Durante la evolución del proyecto y con el análisis de los resultados obtenidos a

partir del 11 de marzo de 2024, la dirección general del hospital resolvió crear el Servicio de Internación Domiciliaria del HMALL por resolución 554/2024, bajo la modalidad de Hospitalización a Domicilio.

En conclusión, el modelo de HaD es factible de implementar y desarrollar en nuestro medio, aceptado por pacientes y familiares e impacto positivo dentro del servicio de clínica médica optimizando la disponibilidad de camas y disminuyendo la carga asistencial de los profesionales de la salud. Los costos en este período son elevados, pero deberían ser re-analizados posteriormente, cuando las variables sean más constantes en relación a la capacidad y uso de camas disponibles, recursos humanos estables, y su impacto en otros servicios del hospital como terapia intensiva.

Bibliografía

1. Cotta RMM, Suarez-Varela MM, Llopis Gonzalez A, Cotta Filho JS, Real ER, Ricós JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 10: 45-55.
2. Schapira M, Outumuro MB, Giber F, et al. Geriatric co-management and interdisciplinary transitional care reduced hospital readmissions in frail older patients in Argentina: results from a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 2022; 34: 85-93.
3. Leske V, Guerdile MJ, Gonzalez A, Testoni F, Aguerre V. Feasibility of a pediatric long-term Home Ventilation Program in Argentina: 11 years' experience. *Pediatr Pulmonol* 2020; 55: 780-7.
4. Lamfre L, Hasdeu S, Collier M, Tripodoro V. Cost-effectiveness analysis of palliative care of cancer patients in the end of life. *Cadernos de Saude Publica* 2023; 39: ES081822.
5. Perman G, Prevetttoni M, Guenzelovich T, et al. Effectiveness of a health and social care integration programme for home-dwelling frail older persons in Argentina. *Int J Care Coord* 2021; 24: 28-34.
6. Cunha Ferré MF, Gallo Acosta CM, Dawidowski AR, Senillosa MB, Scozzafava SM, Saimovici JM. 72-hour hospital readmission of older people after hospital discharge with home care services. *Home Health Care Serv Q* 2019; 38: 153-61.
7. Roubicek J, Salvatore A, Kavka G, Ferreras P, Wiersba C. La Internación domiciliaria diferenciada de agudos. En: <https://hpc.org.ar/wp-content/uploads/92-domiciliaria.pdf>; consultado enero 2025.
8. Ministerio de Salud de la Nación. Res 704/2000. Reglamento de las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria, incorporándolas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64241/norma.htm>; consultado agosto 2024.
9. Mirofsky M, Harguindeguy MG, Gregori G, et al. Desarrollo de un modelo de atención de Hospitalización Domiciliaria en un hospital público. *e- Hospital* 2023; 5: 41-7.
10. Mirofsky M, Harguindeguy MG, Gregori G, et al. Resultados de la prueba piloto del proyecto Hospitalización Domiciliaria en un hospital público. *e- Hospital* 2024; 6: 31-7.
11. Michaud TL, Zhou J, McCarthy MA, Siahpush M, Su D. Costs of home-based telemedicine programs: a systematic review. *Int J Technol Assess Health Care* 2018; 34: 410-8.
12. Closa C, Mas MA, Santaegugènia SJ, Inzitari M, Ribera A, Gallofré M. Hospital-at-home integrated care program for older patients with orthopedic processes: an efficient alternative to usual hospital-based care. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 18: 780-4.
13. Farré M, Massoni A, Mias MC. Unidad de hospitalización a domicilio del enfermo quirúrgico agudo. *Todo Hospital* 1997; 140: 47-51.
14. Safavi KC, Frendl D, Ellis D, et al. Hospital at Home for Surgical Patients: A Case Series From a Pioneer

Agradecimientos: A los profesionales que participaron durante el desarrollo e implementación del proyecto de HaD. Al Intendente de la ciudad de Bahía Blanca, Federico Susbielles; Secretario de Salud, Federico Bugatti; Director General, Gustavo Carestia; Directora de Atención Médica, Fernanda Bartolini; Jefe del Departamento de Especialidades Médicas, Guillermo Rudolf; Departamento de Enfermería, Juan Ramón Figueroa y Enrique Ávila; Servicio de Farmacia, Marisa Ullman y Patricia González; Servicio de Epidemiología, Pilar Carral, Mariana Lobo, Myriam García, Silvana Diomedí y Antonella Giangreco; Servicio Social, Victoria Ferber, Melisa Groh y Gisela Braidestein; Departamento de Innovación Tecnológica, Marcelo Andreocci, Horacio Romano, Jorge Ferraro, Virginia Cardozo y Fabiana Garat; SIEMPRE, Maximiliano Boisselier; y al personal administrativo, Carolina Fernández, los médicos residentes y médicos de planta del Servicio de Clínica Médica. A todos ellos por el compromiso diario que brindan al proyecto.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar

- Program at a Large Academic Medical Center. *Ann Surg* 2022; 275: e275-e277.
15. García D, Aguilera A, Antolín F, et al. Home transfusion: three decades of practice at a tertiary care hospital. *Transfusion* 2018; 58: 2309-19.
 16. Handley NR, Bekelman JE. The Oncology Hospital at Home. *J Clin Oncol* 2019; 37: 448-52.
 17. Haywood HB, Fonarow GC, Khan MS, Nassif ME, Butler J, Greene SJ. Hospital at Home as a Novel Care Strategy for Worsening Heart Failure. *JACC Heart Fail* 2023; 6: S2213-1779.
 18. Mas MA, Sabaté RA, Manjón H, Arnal C; Working Group on Hospital-at-Home, Community Geriatrics of the Catalan Society of Geriatrics, Gerontology. Developing new hospital-at-home models based on Comprehensive Geriatric Assessment: Implementation recommendations by the Working Group on Hospital-at-Home and Community Geriatrics of the Catalan Society of Geriatrics and Gerontology. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2023; 58: 35-42.
 19. Levine DM, Ouchi K, Blanchfield B, et al. Hospital-level care at home for acutely ill adults: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2020; 172: 77-85.