



"2020- Año del General Manuel Belgrano"

PROYECTO DE LEY

EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN...

SANCIONAN CON FUERZA DE

LEY

Internación Domiciliaria

Artículo 1°: FINALIDAD. La finalidad de la presente es regular las formas de organización y el funcionamiento de la modalidad de atención de la salud "Internación Domiciliaria"

Artículo 2°: DEFINICIONES. A los efectos de esta Ley se entiende por "Internación Domiciliaria" a aquella modalidad de atención programada de la salud mediante la cual se brinda asistencia al paciente en su domicilio o lugar de residencia. La misma se materializa a través de profesionales individualmente o en equipos multiprofesionales e interdisciplinarios cuya misión es promover, prevenir, recuperar, cuidar y/o rehabilitar al paciente de acuerdo con su diagnóstico y evolución en los aspectos físicos y psíquicos, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana, así como también todas aquellas funciones, trabajos y roles de soporte operativo y administrativo que garanticen y respalden las prestaciones aquí definidas.

Existen otros servicios de atención domiciliaria, como los llamados de atención ambulatoria domiciliaria médica (consultas domiciliarias urgentes y no urgentes), o atención ambulatoria domiciliaria de enfermería (inyectables, curaciones urgentes y no urgentes), que no configuran la modalidad de atención mencionada.

Artículo 3°: OBJETIVOS: Los objetivos de la modalidad de atención de la salud "Internación Domiciliaria" son los siguientes:

- Brindar asistencia integral al paciente en su domicilio con vistas a su recuperación y rehabilitación; interactuando con los establecimientos asistenciales de diferentes niveles de atención, con quienes se deberá mantener mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia.
- Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno natural: la familia y la comunidad logrando evitar logrando evitar y reducir traumas y angustias relacionadas con la disociación causada por internaciones injustificadas.

"2020- Año del General Manuel Belgrano"

- Mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia en el propio ambiente familiar.
- Optimizar la eficiencia del servicio en aquellos pacientes que por su patología es posible su asistencia con esta modalidad de atención.
- Evitar la internación del paciente y familia atendiendo los múltiples efectos negativos: aislamiento psico-físico del paciente, desestabilización económica, desintegración familiar y de su entorno comunitario.
- Facilitar la participación activa de la familia o responsable del paciente, mediante su capacitación adecuada y aceptada.
- Restablecer un equilibrio funcional en el manejo de las tareas cotidianas en la vivienda del paciente, contribuyendo a satisfacer sus necesidades primarias.
- Recuperar la dimensión social del problema salud/enfermedad, dentro de la comunidad.
- Disminuir el promedio de días de internación sanatorial y aumentar la disponibilidad de camas para patologías más complejas.
- Disminuir el riesgo de infección intrahospitalaria en los pacientes asistidos en el sistema.
- Favorecer y sostener la persona con discapacidad en la fase terminal de la enfermedad, mediante ayuda en la asistencia básica (cuidados paliativos).
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus componentes: equidad, eficacia, eficiencia, efectividad y accesibilidad a los servicios de salud.
- Favorecer el gasto racional y equitativo asignado a la salud.

Artículo 4°: EQUIPO BÁSICO. El servicio de Internación Domiciliaria debe brindar Internación Domiciliaria tanto al paciente Adulto como al Pediátrico. Tanto en patologías médicas como Quirúrgicas. El equipo básico debe estar integrado por médico idóneo para este tipo de atención: general, clínico, de familia o pediatra; personal de enfermería adiestrado al respecto; acompañante terapéutico y trabajador social. Los tratamientos a realizar serán de mediana complejidad y pasibles de ser realizados en domicilio.

Artículo 5°: MODALIDAD DE ATENCIÓN. De acuerdo a su dependencia administrativa y funcional, los servicios de Internación Domiciliaria podrán ser dependientes de Instituciones prestadoras de Salud públicos o privados. Esta modalidad de atención podrá ser brindada tanto con recursos propios como contratados. Todos estos servicios deben contar con las inscripciones y habilitaciones que los diferentes organismos competentes le requieran. Como

"2020- Año del General Manuel Belgrano"

servicio contratado deberá documentar el vínculo establecido con la organización de salud que corresponda.

Artículo 6°: CONDICIONES DEL PACIENTE. Para poder ser admitido en el sistema regulado por la presente, el paciente debe:

- Presentar una patología cuyo tratamiento continuo o discontinuo pueda ser efectivizado en su domicilio.
- Tras ser informado de los detalles de la atención a recibir, brindar consentimiento escrito por sí y en el caso de los inhabilitados judiciales o incapaces o ser menor de edad, por medio del familiar o tutor a cargo para esta modalidad de atención.
- Tener condiciones habitacionales adecuadas y ausencia de problemas obstaculizadores del proceso de tratamiento y recuperación.
- Poseer capacidad de contención familiar e interacción y cooperación con el equipo de salud.
- Sistema de comunicación como por ejemplo teléfono fijo, celular o tecnología que permita garantizar la comunicación con el servicio de internación domiciliaria. En el caso de no poseerlo, el prestador del servicio de internación domiciliaria se lo puede proveer.

Artículo 7°: REQUISITOS DE LOS PRESTADORES. El prestador del servicio de atención de la salud "Internación Domiciliaria" debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Recursos Físicos: A nivel central el servicio debe contar con un ambiente (superficie) adecuado al funcionamiento de las tareas del personal y acorde al número de los mismos. Deberá disponer de espacio suficiente para almacenamiento del equipamiento necesario, la recepción de público, los pases de guardia del personal y para reuniones; así como para el archivo de la documentación y el depósito de insumos indispensables para su funcionamiento. Debe contar con vestuarios y sanitarios disponibles para el personal. A esto se debe sumar los que por reglamentación prevea el área de Fiscalización Sanitaria.
- Equipamiento administrativo: Debe contar con un sistema de información (manual e informático) que permita registrar y archivar toda documentación indispensable para su funcionamiento. La información mínima a ser registrada es:
 - Registro de pacientes.
 - Registro de patologías.
 - Fecha de ingreso y egreso de los pacientes al servicio.

"2020- Año del General Manuel Belgrano"

- Días de estadía por paciente egresado.
 - Historia clínica del paciente.
 - Tomar información estadística para fiscalización sanitaria y Preservar el secreto estadístico
 - Fallecidos al egreso.
 - Prácticas solicitadas.
 - Complicaciones médicas.
 - Derivación a internación hospitalaria.
 - Registro de profesionales actuantes.
 - Plan de actividades diarias por técnico médico y de enfermería.
 - Equipamiento médico:
- c) Instrumental: Debe contar con equipamiento e instrumental debidamente esterilizado, necesario y suficiente para cumplir con las prestaciones a brindar por el equipo técnico; de acuerdo al nivel de riesgo en que actúa y a la complejidad del servicio prestado.
- d) Lugares propios o contratados con garantía de esterilización
- e) Recursos Humanos:
- Jefatura médica: Debe estar a cargo de un médico, preferentemente con especialidad en medicina interna, o que acredite debidamente experiencia en gestión hospitalaria o en gestión en internación domiciliaria y pediatra cuando corresponda.
 - Coordinador de enfermería: Debe poseer título habilitante de enfermera/o profesional con experiencia en el área.
 - Médico asistencial, en lo posible con capacitación en internación domiciliaria.
 - Médico Pediatra, para los usuarios pediátricos.
 - Médicos que realicen guardia pasiva con comunicación directa con el paciente.
 - Otro médico especialista cuando corresponda ante una interconsulta.
 - Guardia administrativa de apoyo para consulta telefónica las 24 horas del día.
 - Recursos humanos en apoyo: Nutricionista, Psicólogo, Asistente Social, Fisioterapeuta, Acompañante Terapéutico etc.



"2020- Año del General Manuel Belgrano"

Artículo 8°: AUTORIDAD DE APLICACIÓN. La Autoridad de Aplicación será el Ministerio de Salud de la Nación.

Artículo 9°: PAUTAS DE REGLAMENTACIÓN. La Autoridad de Aplicación por vía reglamentaria deberá regular la organización y el funcionamiento del servicio reglado en la presente Ley, para lo que deberá contemplar:

- Que el servicio de Internación Domiciliaria programe sus actividades de acuerdo con los objetivos por los que ha sido contratado, desarrollando su misión con la profundidad adecuada al nivel de riesgo y por áreas geográficas determinadas, a fin de lograr que no exista demora de más de una hora en los servicios programados.
- Establecer un máximo de número de pacientes por médico y por enfermería asistencial que permita asegurar una buena calidad asistencial.
- Redactar pautas de conducta técnica que garanticen la calidad asistencial.
- Definir un listado de procedimientos de enfermería a realizar por el servicio de Internación Domiciliaria.
- Definir la frecuencia de visita médica - no pudiendo ser menor a 4 (cuatro) en 7 (siete) días, aumentando la frecuencia de requerirlo el usuario.
- Establecer la frecuencia de visitas de Enfermería, que será como mínimo diaria, para cada usuario.
- Confección de un listado de especialistas y técnicos de interconsulta, diagnóstico y tratamiento, en caso de ser requeridos por el médico a cargo de la Internación Domiciliaria y de un listado de servicios de apoyo paraclínico.
- Prever mecanismo de traslado a la institución hospitalaria, si el usuario lo requiriese.
- Reglamento interno de funcionamiento.

Artículo 10: MECANISMO. El médico de cabecera o el médico que atiende a un paciente en un nosocomio es el que tiene que solicitar la internación domiciliaria. Con ese pedido, la persona concurre a la obra social, a la empresa prestadora de servicio o al efector del sistema público y solicita la internación domiciliaria. Se verifica si se cumplen las condiciones para brindar el servicio. Médicos auditores visitan el hogar para su evaluación y posteriormente se inicia tratamiento.

Artículo 11: CONTRATO Y CONTROL. El prestador del servicio y la obra social del paciente deben celebrar un contrato en el que consten las prestaciones que se van a realizar, el que debe ser puesto en conocimiento en forma fehaciente al paciente y a su familia, antes de que se preste el consentimiento informado. De igual modo y en forma mensual junto a la correspondiente facturación, el prestador



"2020- Año del General Manuel Belgrano"

debe presentar el detalle de los servicios proporcionados cada mes con la conformidad expresa del paciente o de su familia.

Artículo 12: CAMPAÑA DE DIFUSIÓN. La Autoridad de Aplicación debe implementar una campaña de difusión y comunicación a la población acerca de los beneficios de la presente Ley.

Artículo 13: Comuníquese al Poder Ejecutivo.-



"2020- Año del General Manuel Belgrano"

FUNDAMENTOS

La modalidad de internación domiciliaria tuvo su génesis en el año 1947 en la ciudad Nueva York, Estados Unidos, por el Dr. Bluestone, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Los motivos para establecer esta primera unidad eran para descongestionar las salas hospitalarias y brindar un ambiente más humano y compasivo hacia los pacientes. Desde entonces han habido múltiples experiencias de este tipo tanto en Estados Unidos como en Europa, con estructuras y ordenamientos adaptados a cada sistema de salud.

En Latinoamérica, específicamente en Brasil en el año 2001 se estableció el Programa de Asistencia Domiciliaria a partir de una norma operacional de la Asistencia en salud. Asimismo, existe una ley federal que reconoce la internación domiciliaria en la salud pública, aunque no introduce reglas o patrones de calidad. En la República Oriental del Uruguay aun no cuentan con un marco regulatorio específico, por lo cual la internación domiciliaria depende de las normas internas y de las necesidades de cada jurisdicción. Dicha situación resultaría ser similar a la que vive la República Argentina. En nuestro país, existen múltiples jurisdicciones que han receptado el SID y lo han puesto en ejecución, tal es el caso de la ciudad de Rosario, la misma cuenta con SID en la red de Salud Pública desde el Municipio desde el año 1992. De la misma forma la provincia de Santa Fe desde el año 2015 estableció el área de Internación Domiciliaria que articula esfuerzos con los hospitales de la ciudad, con cuyas autoridades se evalúa qué pacientes pueden verse beneficiados con esta modalidad de atención. De esta forma si el paciente y su familia consienten continuar los cuidados en el domicilio, se establece un plan de trabajo que incluye las visitas del equipo interdisciplinario integrado por médicos, enfermeras, asistente social, psicólogo, kinesiólogos. Dentro del área de la provincia de Buenos Aires, podemos hacer referencia al caso particular del hospital de Niños de La Plata, en donde existe un programa de soporte nutricional domiciliario desde el año 1985. Si bien la atención medicada de este programa difiere del SID el mismo resulta un avance hacia la asistencia al paciente-familia en su domicilio. En CABA (ciudad Autónoma de Buenos Aires) existe la Ley 153.

Se requiere una norma a nivel nacional como la que proponemos en el presente proyecto a los efectos de fijar criterios mínimos para la prestación de este servicio de manera tal que las jurisdicciones provinciales en el momento de su adhesión puedan incorporar artículos operativos de acuerdo a sus realidades.

Asimismo, mediante esta norma se pretende el reconocimiento a este derecho en igualdad de condiciones en todo el territorio nacional.

Se estima que anualmente 12.000 personas reciben este tipo de atención en el país que presenta muchos beneficios para los pacientes y para los familiares de estos. Respecto al acceso a este servicio debemos decir que todas las obras

"2020- Año del General Manuel Belgrano"

sociales están obligadas a financiar el tratamiento de personas que requieran ser internados en su hogar.

Estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que entre un 5 y un 10 por ciento de los pacientes que se encuentran internados en hospitales, contraen infecciones intrahospitalarias. Dada esta situación, la internación domiciliaria se presenta como una solución, además de los beneficios físicos y psíquicos que provoca en las personas.

La internación domiciliaria es una modalidad de atención de la Salud que brinda asistencia al paciente y a su familia en su domicilio y en donde, generalmente, interviene un equipo multidisciplinario. Ese equipo busca promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y acompañar al paciente, de acuerdo al diagnóstico que tenga declarado. Asimismo, se intenta lograr su evolución en todos los conceptos: físico, psíquico, social y espiritual.

Entre los beneficios que tiene esta modalidad están la disminución de la reinternación hospitalaria, no tener que pagar una internación clínica, evitar el encarnizamiento terapéutico y no sufrir la falta de camas en las clínicas y hospitales, posibilitando el manejo racional de recursos de salud que son siempre limitados y presupuestados, además del hecho de que la persona está rodeada de sus seres queridos en el día a día.

La problemática de salud de nuestro país, esta referenciada en el constante aumento del costo y deficiencia creciente en el número de camas hospitalarias causada por la mayor demanda; el sistema sanitario actual no cuenta con las condiciones necesarias para asumir las nuevas exigencias a las que son expuestos los sistemas de prestación de salud, sobre todo aquellos que están dirigidos a las personas mayores, como son:

- La transición demográfica, la gente cada vez vive más tiempo, consumiendo más servicios sanitarios propios de las edades avanzadas.
- La transición epidemiológica, en la población predominan las enfermedades crónico degenerativas, que no se curan, solo requieren cuidado. Esta situación torna obsoleto el modelo hospitalocéntrico que da por resultado discontinuidad en la disponibilidad de camas hospitalarias e injustificado consumo de tecnología médica diagnóstica y farmacéutica.
- Consumo desmedido de tecnología sanitaria, esto es debido a la demanda inducida, propia del modelo hospitalocéntrico.

Todas las obras sociales tienen la obligación de financiar la internación domiciliaria para sus afiliados, desde el año 2002 figura en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Dicho programa establece el conjunto de prestaciones esenciales que deben garantizar los agentes de seguros de salud a sus beneficiarios, entre los que se destaca el 100% de cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria). La



"2020- Año del General Manuel Belgrano"

cobertura se extiende sin límite de tiempo, a excepción de lo que corresponde a salud mental.

El SID se encuentra regulado por la Nación (Ministerio de Salud) a través de la resolución N° 704/2000, advirtiendo que el mentado régimen forma parte de un sistema integrado cuya coordinación pertenece a la Nación y resulta aplicable indirectamente en todas las jurisdicciones del país, quienes se encuentre en plena potestad de adecuarlas a las necesidades individuales de cada una.

Si bien, en el programa nacional de garantía de calidad de la atención médica (resolución n° 704/2000) del Ministerio de Salud de la Nación, están las condiciones para el armado y funcionamiento de los servicios de internación domiciliaria, no existe marco regulatorio que exija a los financiadores a contratar servicios debidamente habilitados por la autoridad de aplicación. Tampoco existe un marco regulatorio que encause a las empresas prestadoras en un proceso limpio y transparente que permita visualizar la calidad y continuidad asistencial del servicio brindado.

Como consecuencia, prepagas y obras sociales suelen poner trabas para solventar el costo de prestaciones y cuidados a los pacientes en sus hogares. Están los que, dados de alta, quedan desprotegidos, y los que no logran ser externados con esa cobertura. Así, muchas familias recurren a amparos, lo que nos da cuenta de esta falta de organización y funcionamiento de este servicio. Si la cobertura no es integral, esto es, del cien por ciento, se tornaría ilusorio el goce pleno del derecho a la salud y más aún, a la vida.

El derecho a la salud está íntimamente relacionado con el derecho a la vida y con el principio de autonomía personal. Los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional reafirman el derecho a la preservación de la salud y tornan operativa la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deben asumir en su cumplimiento las obras sociales o las empresas de medicina prepaga.

Que cada particular deba accionar para que se reconozca el derecho a la internación domiciliaria, representa una vulneración ostensible de las garantías constitucionales aludidas, pues la razón de ser de la acción de amparo, es proveer el remedio adecuado contra la arbitraria violación de los derechos y garantías reconocidos por la Constitución.

Se ve afectado así el derecho a la salud desde su faz integral por lo que se pretendería mediante la sanción de esta ley nacional y su consecuente reglamentación es que se regulen las condiciones en las que debe prestarse un servicio que está legalmente previsto (SID) y, de ese modo, evitar el desconocimiento de un derecho esencial como es la calidad en la prestación de salud.

Además de esta Ley nacional, que es punto de partida, se debería cumplir con la aprobación de normas de: procedimientos, organización y funcionamiento, y



"2020- Año del General Manuel Belgrano"

de diagnóstico y tratamiento, aspectos sobre los que recaería la actividad regulatoria que se debiera realizar a través de la autoridad de aplicación.

Por todo lo expuesto, agradezco a los señores legisladores su voto positivo para con la presente iniciativa.