



# RAÚL MUDA: “LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DEMANDA LOGÍSTICA Y ORGANIZACIÓN, PERO TIENE GRANDES BENEFICIOS SANITARIOS”

Es fundador y director del Grupo Medihome, que surgió en el 2000 en plena crisis económica y política de la Argentina, e implementó la internación domiciliaria, una prestación con fuerte tendencia en los países desarrollados y que muy pocas empresas realizaban entonces en la Argentina

Raúl Muda estudió medicina en la UBA, egresó en 1981 y se incorporó a la residencia de cirugía infantil en el Hospital Posadas donde desarrolló su formación inicial. Tiempo después se radicó en Tandil y empezó a trabajar en el hospital público en el área de cirugía pediátrica, al mismo tiempo que inició la Diplomatura en Organización y Administración Hospitalaria.

En 1987 obtuvo el título de Especialista del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, y al año siguiente le surgió la posibilidad de perfeccionarse en cirugía neonatológica y urología pediátrica e ingresó como *Médecin Attaché* en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Centro Hospitalario de Nantes. “En el tiempo extra a mi formación comencé a realizar una recopilación y análisis histórico del sistema de salud francés, desde la segunda guerra mundial hasta 1985”, recordó. Al

regresar al país fue designado director del hospital municipal de Tandil, su ciudad natal, y en 2003 comenzó a cursar la Maestría en Salud Pública con Orientación en Sistemas de Salud y Seguridad Social, en la Universidad Nacional de la Plata. Hoy preside Medihome, una empresa referente en medicina integral domiciliaria.

## —¿Cuándo surge Medihome y qué lo impulsó?

—El grupo nace en 2000, lo creamos con mi socio, el doctor Pablo Fernández, que lamentablemente falleció hace unos meses. Estábamos en plena crisis económica y política de la Argentina, en momentos que la internación domiciliaria era una prestación que muy pocas empresas realizaban, ya que no estaba incluida en el PMO. La situación de crisis sanitaria se había agudizado con el cierre de muchas clínicas

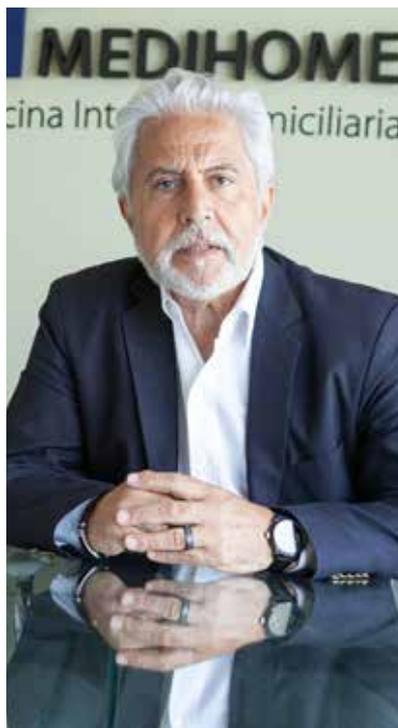
y sanatorios, los hospitales estaban abarrotados de pacientes frente a la informalidad laboral y la desocupación había crecido de manera significativa. Fue en ese marco y ante un escenario de posible reactivación, que pensamos que el sector de la seguridad social privada se iba a encontrar con el problema de un déficit importante de camas, y que la internación domiciliaria sería una solución rápida que colaboraría fuertemente en la solución del problema. Los primeros años fueron muy difíciles, por la falta de cobertura y por la situación económica que atravesábamos. Pero en 2002 se la incluyó entre las prestaciones que debían brindar los agentes de salud a sus afiliados con una cobertura del 100 % y ubicándola en un mismo nivel de cobertura que la internación sanatorial. Es ahí cuando comenzamos un camino de crecimiento.

### –¿El servicio tiene cobertura en todo el país?

–Se fue implementando de a poco y ante una realidad que se veía próxima como advertir la escasez de camas que iba a presentarse en el país, pensamos que además de ser una herramienta terapéutica muy útil no solo para los pacientes y sus familias, también lo sería para las instituciones y los agentes financiadores. Era una modalidad terapéutica que se estaba imponiendo en el mundo y que en nuestro país aún no había ingresado con fuerza. El crecimiento de la actividad en nuestro país se fue dando, entre otros factores, por el envejecimiento poblacional, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, la mayor supervivencia de recién nacidos de alto riesgo, el aumento de la incidencia de la discapacidad, y la progresiva revalorización y aceptación por parte de las familias de los cuidados paliativos. Hoy Medihome cuenta con una estructura muy importante, distribuida en el 80% del país, en sus 21 delegaciones.

### –¿Dónde se inicia esta modalidad de atención domiciliaria?

–Esta modalidad comienza a fines de la década del 40 y principios de los 50, en Nueva York para pacientes en recuperación postquirúrgico, y luego en París para seguimiento de pacientes crónicos y terminales. Hoy el *home care*, como lo llaman los países de habla inglesa, está ampliamente difundido en los países desarrollados, no así en los



países no desarrollados o en vías de desarrollo, que no cuentan, o tienen poca oferta de este tipo de prestaciones. En nuestro país es una actividad que se ha desarrollado, en mi opinión, en forma descontrolada, aprovechando quizás algunas regiones que no tenían una legislación específica, o con requisitos pocos exigentes o desactualizados. Por fortuna, en el transcurso del tiempo esto se ha ido corrigiendo y estos servicios se encuentran hoy muy concentrados en las grandes urbes, aunque en muchas localidades del interior no tienen el mismo acceso.

### –¿Qué tipo de pacientes asisten y qué beneficios pueden tener?

–Nuestros equipos están preparados para asistir a pacientes con diversas patologías, de distintos grupos etarios y de distintas complejidades. Por lo general, son pacientes con patologías cróni-

cas o en recuperación de patologías quirúrgicas, traumatologías, ACV o pacientes con asistencia respiratoria. Contamos con equipos multidisciplinares de profesionales que llevan adelante estas asistencias y eso requiere un trabajo de logística y coordinación muy bien organizado, ya que nosotros les proveemos de la aparatología y el equipamiento médico, como así también de los insumos necesarios.

Los beneficios sanitarios para el paciente y su familia son muchos, y entre los que podemos destacar se encuentran la de poder eliminar las barreras de accesibilidad; recibir un abordaje multidisciplinario, con una coordinación centralizada y asistencia personalizada; disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias como las reinternaciones por reagudización de su cuadro; fomentar la autonomía e independencia del paciente; aumentar su comodidad y bienestar al encontrarse en su entorno familiar, conservando su intimidad; introducir pautas de educación sanitaria en el grupo familiar.

### –¿Existe algún tipo de criterio médico a la hora de autorizar una internación domiciliaria?

–Sí, hay tres criterios básicos que se deben cumplir para ser ingresado por Medihome en el servicio de internación domiciliaria: primero, debe encontrarse clínicamente compensado; segundo, hay que evaluar las condiciones de habitabilidad aceptable; y tercero, se debe contar con un núcleo familiar continente. Y

es importante destacar que de acuerdo con el PMO este tipo de prestaciones deben ser cubiertas por las obras sociales y prepagas, sin ningún costo adicional.

### **–¿Qué tipo de preparación recibe un profesional dedicado a esta tarea?**

–Por lo general, nuestros equipos profesionales son multidisciplinarios y de distintas especialidades. Medihome cuenta con un programa denominado Formar el cual lleva adelante una capacitación continua para el personal de enfermería y de cuidadores, como así también todas las semanas se realizan videoconferencias sobre temas puntuales, a nuestro personal.

### **–¿Tuvieron que cambiar algún tipo de protocolo, ampliar servicios por la pandemia?**

–Nosotros continuamos con la asistencia a domicilio a todos los pacientes que teníamos en tratamiento antes que empezara la pandemia. Nos adaptamos a esta nueva situación, inédita, se diseñó un protocolo de asistencia para nuestros profesionales y pacientes, y se conformó un comité Covid-19 con especialistas médicos para evacuar consultas al respecto a nuestros profesionales. Además, se les proveyó de los kits de protección necesario, se aumentó significativamente los insumos entregados a los pacientes y se mantuvo informados telefónicamente a los familiares de las medidas que fuimos tomando para poder ingresar a los domicilios y continuar con los tratamientos.

### **–¿Qué proyección tiene la atención domiciliaria a partir de un contexto completamente inesperado como el Covid-19?**

–Con respecto a este punto, nuestra empresa tiene un *call center* que atiende los 365 días del año, las 24 horas, y lo que hemos observado es que las consultas fueron cambiando con respecto a la temática, y hoy un porcentaje de ellas son de personas que nos consultan si asistimos a pacientes Covid-19 a domicilio, y también

“HAY TRES CRITERIOS BÁSICOS QUE SE DEBEN CUMPLIR PARA SER INGRESADO POR MEDIHOME EN EL SERVICIO DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA: PRIMERO, DEBE ENCONTRARSE CLÍNICAMENTE COMPENSADO; SEGUNDO, HAY QUE EVALUAR LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD ACEPTABLE; Y TERCERO, SE DEBE CONTAR CON UN NÚCLEO FAMILIAR CONTINENTE”

de parte de instituciones. Cada sucursal nuestra cuenta con un equipo Covid-19, de profesionales que realizan seguimientos en forma presencial o telefónica, y también realizan la toma para dosaje de PCR. Hoy, además de nuestros pacientes y de los casos que habitualmente asistimos, tenemos un número importante de pacientes Covid-19, en seguimiento y control. ¿Por qué es necesario pensar en este tipo de opciones del hospital en casa? Bueno, porque además de las que mencioné como ventajas para el

paciente y su familia, el servicio colabora en la rotación de cama de las instituciones y para los financiadores, sus afiliados reciben una asistencia similar a la nosocomial y a un costo conveniente. Así, toda la prestación en su conjunto colabora indirectamente con la economía familiar.

### **–¿Cómo fue la experiencia académica en ISALUD y cuánto le sirvió en el campo profesional?**

–Mi primer contacto como alumno de la Universidad fue en 2005 cuando interesado por la problemática del sistema de salud local, en aquel momento vivía en Tandil, ingresé a la diplomatura en Gestión Municipal, periodo donde tuve la oportunidad de conocer al equipo que estaba organizando la Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad, especialidad que comencé en 2007.

La experiencia resultó muy positiva, aunque no era específica para nuestra actividad, pero me brindó muchas herramientas de gestión y conocimientos que luego pude aplicar en Medihome. Además de conocer un grupo de personas que venían de distintos puntos del país, distintas carreras y experiencias, todo eso enriqueció aún más mi formación, y tanto fue así que, impulsado por la problemática de falta de centros de rehabilitación categorizados para asistir a personas con discapacidad, inauguramos en 2009 nuestro primer Centro de Medicina Física y Rehabilitación, en Vicente López. 