



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

QUÉ ES LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y LA INTRODUCCIÓN A SU GESTIÓN.

*López Perona, Francisco

*Enfermero. Lic. en Antropología Social y Cultural. H. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Del trabajo fin de master del " I Master en Gestión de Servicios Sociosanitarios" de la Escuela Española de Gerencia Sociosanitaria.

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la Hospitalización Domiciliaria? (UHD), (Hospital Home care). Tener el hospital en la propia casa.

Se crea para ayudar a resolver problemas como...

- El progresivo envejecimiento poblacional y el aumento de los años de vida ha creado incremento de la demanda sanitaria.
- Congestión hospitalaria.
- Aumento de los costes sanitarios.
- Necesidades sanitarias cambiantes. (Avances científicos).

Es una forma de asistencia sanitaria que tiene como fin **acortar**, o en su caso **evitar**, la estancia de un paciente en el hospital, proporcionándole una **asistencia de rango hospitalario** en su propio domicilio por un equipo cualificado o Servicio de Hospitalización Domiciliaria.

La asistencia en casa UHD, se confirma como seria alternativa al ingreso hospitalario. Como es conocido por todos, los hospitales son centros sanitarios que debido a sus instalaciones y equipamiento están destinados a resolver problemas urgentes y/o de carácter agudo tanto médico como quirúrgico. Hay veces que los enfermos ingresados en el hospital no se ajustan a este patrón de enfermo agudo, siendo ésta la carencia de un centro Socio-Sanitario. La UHD ha pasado de ser un experimento, a confirmarse como alternativa al ingreso hospitalario convencional, como ha ocurrido ya en Gran Bretaña, Francia (en 1985 había 32 UHD's, llevando más de 40 años de actividad), Alemania, Dinamarca, Bélgica, Estados Unidos, y ahora en España, tal y como afirma Rosa Ramón, directora médica de la

ciudad sanitaria de Bellvitge. Y también lo acreditan los datos aportados en la reunión de Barcelona, sobre la UHD, ya que todos coinciden y vienen a afirmar la satisfacción de los pacientes y el ahorro que supone dicho ingreso para el hospital. Se destaca, por ejemplo, que en Bélgica, la UHD está a disposición del 20% de los ancianos. En Alemania el pago es en efectivo a los asegurados que dispongan de este servicio.

DEFINICIÓN

Hay diferentes tipos de UHD's, ya que hay diferentes definiciones para la misma, no existe una definición comúnmente aceptada.

Definición francesa:

“La Hospitalización a Domicilio es una alternativa asistencial del Área de Salud, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados Médicos y de Enfermería, de rango Hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja”.

Definición UHD Dr. Marañón Madrid:

“Definimos como Hospitalización a Domicilio, a aquella actividad asistencial llevada a cabo con recursos, humanos y materiales, similares a los hospitalarios realizada en el propio domicilio del paciente”.

Otras definiciones:

“El conjunto de cuidados dispensados en el domicilio del paciente en número e intensidad comparables a los que hubieran sido proporcionados en el marco de la hospitalización tradicional.”

“Asistencia especializada en el domicilio del paciente cuyo fin es preservar la independencia.”

También debe estar dotado de personal que trabaje en hospital convencional y que conozca todos los mecanismos del mismo, para ofrecerle así los mismos cuidados y oportunidades que el resto de pacientes ingresados en el hospital, siendo ésta una de las características y diferencias entre la Hospitalización a Domicilio y la Atención Domiciliaria, debiéndose considerar como un servicio más de la hospitalización.

BREVE HISTORIA DE LA UHD

La primera UHD la introdujo el Dr. Bluestone en N.Y. (USA), en 1.947, haciendo así una extensión de su hospital, siendo dos los motivos que le llevaron a ello: descongestionar su hospital y crear un ambiente psicológico más favorable.

Más tarde, en 1.960, se introdujo en Canadá. En 1.987 se realiza una experiencia piloto con 3 Hospitales en Montreal: puesta de antibióticos a domicilio.

En Europa, la primera experiencia fue en el Hospital de Tenon en París, en 1.951.

Desde 1.996, la Oficina Europea de la OMS, coordina el *“From Hospital to Home Health Care”*.

En 1.983 el Senado Español aprobó una moción en la que se reconoce la necesidad de crear las UHD's en la Seguridad Social.

Las UHD vienen mencionadas por primera vez en el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social de 1985 (BOE nº

55, 5/3/85) haciéndolas depender de las Direcciones de Enfermería; vuelven a mencionarse en la Ley General de Sanidad (BOE nº 102, 2974/86) dentro de la Asistencia Especializada y por último en la reforma del Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (BOE nº 91, 16/4/87) donde se reasignan a la Dirección Médica.

El Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero, sobre ordenación sobre prestaciones sanitarias del SNS, establece en su anexo I, dentro de la modalidad de prestaciones de AP, la atención a tercera edad y la domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.

El INSALUD, hizo su primera experiencia en:

- Madrid, en el Hospital Provincial de Madrid en 1.981.
- Hospital Cruces de Baracaldo (Vizcaya).
- Hospital Virgen de Rocío (Sevilla)
- Hospital Marqués de Valdecilla (Santander)
- Hospital General Yagüe (Burgos)
- Hospital Juan Canalejo (Coruña)

Hay en la actualidad en España unas 40 UHD's.

TIPOS DE PACIENTES

Geriátricos, Cuidados Paliativos pediátricos, Infeccionados VIH, Nutrición artificial, C.M.A., Programas de parto Eutócico.

Son susceptibles de UHD aquellos pacientes cuyo estado no justifica la estancia en el hospital, pero que necesitan una vigilancia activa con intervenciones frecuentes de personal facultativo y sobre todo de enfermería especializado. Se le proporciona al paciente todos los cuidados, tratamiento, pruebas analíticas, ECG, citaciones, RX, etc., como si estuviese ingresado en el hospital. Si surgiese alguna complicación o empeoramiento no controlable en la situación del paciente, volvería al centro hospitalario.

Ya que se trata de la pronta reintegración del paciente a su entorno familiar, evitar desplazamientos familiares, dar tranquilidad y apoyo más personalizado y en el "*lugar más terapéutico*", junto con una adecuada utilización de los recursos del hospital, para mejorar la calidad asistencial, reducir costes, incrementar la capacidad productiva, eficacia, y efectividad del hospital, evitando infecciones nosocomiales y aumentando la satisfacción paciente/familiar.

El Objetivo de la **Hospitalización Domiciliaria** es el entorno de la asistencia especializada y debido a que el objetivo de la sanidad es **el paciente**, hay que ofrecerle asistencia sanitaria de alta Calidad, junto con la Eficacia, Efectividad y Eficiencia de la asistencia hospitalaria, para obtener la satisfacción del paciente-cliente en su domicilio y/o entorno familiar, ya que el paciente estará contento si se siente seguro, protegido, y por tanto hay que informarle y tranquilizarle. En ese sentido, contamos con el **Artº 40** de la Ley de Sanidad, desarrollando programas de salud, y con nuestra constitución, así como asumir el programa de Sanidad y Consumo del 4 de Abril de 1.999 como planteamiento para su desarrollo y filosofía de actuación.

La Calidad se define como la provisión de servicios accesibles, equitativos con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra adhesión y satisfacción de nuestros clientes. Y también calidad es tres procesos, MEDIR, MEDIR, MEDIR.

En el **Ciclo de Shewart**, (A->P->H->C), se definen, dentro de él, 4 sectores que son: AJUSTAR, PLANIFICAR, HACER Y COMPROBAR. Y por tanto tomar los parámetros de la Gestión, que son: EVALUACIÓN=>PLANIFICACIÓN=>ACCIÓN y vuelta a empezar. Ya que el fin principal es AHORRAR sin bajar en Calidad. También los Gestores deben de buscar nuevas formas de modelos organizativos para mejorar la gestión.

Hay que introducir la Gestión clínica en las área de la salud, siendo sus principales objetivos:

1. Incrementar la Eficiencia y la Calidad de las prestaciones sanitarias dispensadas por las unidades asistenciales.
2. Implicar a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos de la unidad asistencial que en la que se integren.
3. Impulsar una nueva forma de trabajo enfocada hacia la gestión de los procesos, la autoevaluación y la mejora continua de los mismos.
4. Potenciación de actividades que mejoren los resultados: Niveles de Salud, Eficiencia Clínica, uso de tecnologías, utilización de recursos humanos.
5. Descentralizar la organización y el funcionamiento operativo de las unidades clínicas.
6. Basar el núcleo del modelo organizativo en el flujo de información.
7. Asumir, por parte del responsable clínico, de la gestión de todo el personal de su unidad.
8. Enfocar la gestión económica del centro a la producción y línea de producto.

La UHD se crea también con la finalidad de optimizar los recursos del hospital, y sincronizar con las distintas especialidades para tener más eficacia en los resultados, teniendo fundamentalmente dos OBJETIVOS:

1. Objetivos Generales: Mejorar la calidad humana de la asistencia especializada.
2. Objetivos Específicos: Estimular el bienestar de los pacientes de la Asistencia Especializada en su entorno familiar, evitando así el estrés de la estructura rígida del Hospital, recordemos, que no sólo para él, sino para todo su componente familiar. También fomentando la educación sanitaria del paciente y su autocuidado y del conjunto familiar, ya que el trato es más personalizado y directo.

OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS

Favorecer la comunicación entre los distintos niveles de atención sanitaria, al no estar fuertemente delimitados.

Respecto a las estancia media de los pacientes en las UHD's, se ven distintos criterios, según sus necesidades, ya que hay UHD que estiman la estancia media, como objetivo, 20 días, y otras que se marcan, los mismos días de media que su equivalente en el Hospital, con algún día de flexibilidad.

Las condiciones de ingreso del paciente en la UHD son:

1. Solicitud de colaboración por parte de su facultativo responsable por medio de una Hoja de Interconsulta.
2. **Consentimiento expreso** y de colaboración por escrito del paciente o familiar.
3. Que la distancia al hospital no supere los 15-20 minutos en coche desde el centro sanitario.
4. Valoración Clínica y social por parte del facultativo de la UHD junto con su facultativo responsable.

Aunque puede haber también rechazo a la misma, por lo que no se llevaría a cabo dicho ingreso en la unidad, siendo las causas más habituales:

1. Negativa del paciente o familiar a dicho ingreso.
2. No estar médicamente indicado el ingreso.
3. Problemas sociales que lo impidan.
4. No necesitar de la asistencia especializada.

Aun teniendo los parámetros requeridos como positivos, vivir fuera del área de cobertura de la UHD.

Tomando como parámetro H.U.V.Arrixaca, la UHD's está formada por dos médicos internistas, y tres enfermeros, con dependencia directa de la Dirección del Hospital. Es importante también que el familiar tenga acceso directo (telefónico, normalmente), a la unidad, o con cualquiera de los miembros, para cualquier consulta o urgencia poder consultar. Siendo el período de actividad de la UHD de 8 de la mañana a 9 de la noche (8-21 h), pautando los tratamientos y cuidados de la UHD para dicha franja horaria y dejando el período de 21 a 8 horas, para el 061, que haría sólo las urgencias nocturnas, es decir, no pautándole tratamiento alguno, y si hiciera alguna urgencia lo haría con notificación al equipo de la UHD. Siendo las visitas con el coche propio del trabajador, con coche propio de la unidad o con taxi.

En el Case-Mix de cada servicio de UHD dependerá en gran medida de la existencia o no de otros dispositivos sanitarios con dedicación a alguno de estos grupos de pacientes en el mismo hospital o área de salud.

Al paciente:

1. Dar atención y calidad sanitaria igual al hospital, en el "**lugar más terapéutico**".
2. Obtener, lo antes posible el mayor grado de autonomía por parte del paciente, eliminando la dependencia hospitalaria.
3. Eliminar riesgo nosocomial.
4. Fomentar la Autonomía y la Independencia del paciente.
5. Autoresponsabilización en el proceso de recuperación del paciente.
6. Aumentar su comodidad y bienestar. (Entorno familiar y hogar).

7. Acelerar la recuperación funcional.
8. Mejorar la relación sanitario-paciente-familia
9. Conservar la intimidad.
10. Conseguir Educación Sanitaria.

Al Hospital:

1. Movilización de camas (liberar camas hospitalarias).
2. Acortar la estancia media de los pacientes.
3. Aumentar la Calidad Asistencial.
4. Menor incidencia de infección nosocomial.
5. Racionalizar los recursos.
6. Mejorar la Eficiencia del hospital
7. Disminuir la estancia media (EM) del Hospital
8. Abaratamiento de costos.(Coste por proceso más barato).
9. Puente entre HOSPITAL/Equipo de Atención Primaria.

Este artículo podría ser muy extenso, ya que hay mucha literatura sobre ella, aunque podemos sintetizar:

- La UHD es una buena herramienta para la gestión de un hospital.
- Supone una alta Calidad en las relaciones paciente/familia-hospital.
- Estar en el sitio más idóneo que supone su propio entorno.
- Evitar enfermedades nosocomiales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asenjo Sebastián, M.A. Universidad Barcelona. Dtor Técnico Hospital Clínico Barcelona. "La Salud se nota especialmente cuando empieza a fallar". 1.999
2. Atención a los Pacientes en Fase Terminal. INSALUD-1.997.
3. Atención Domiciliaria y Hospitalización a Domicilio en el S.V.S. (25-05-92).
4. B.O.E. 14-09-84, por el que se regula la obligatoriedad del Informe de Alta.
5. Castellón, E., Análisis del coste efectividad de un programa de hospitalización a Domicilio.
6. Cómo escribir un artículo científico. Formación continuada de Bayer.

7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat i Consum. Servicio de Programas. Serie M (manuals) nº19. Valencia 1.994.
8. Cuidados de Enfermería en Hospitalización a Domicilio y Hospitalización Convencional.. Revista Española de Salud Pública.
9. Curso sobre cuidados de Enfermería al paciente oncológico. Hospital Vega Baja de Orihuela.
10. Damborenea, M.D. Jefe de la UHD de Hospital de Cruces Vizcaya.
11. Desarrollo de una unidad de Hospitalización a Domicilio en el H.C.U. "Lozano Blesa". Zaragoza.
12. Diario Médico, versión papel y versión electrónica.
13. Documentación de Curso de Hospitalización a Domicilio. Juan Gallud Romero. Dirección General de Atención Especializada, Consellería de Sanitat Generalitat Valenciana. I Máster de Gestión de Servicios Sociosanitarios. U.C.A.M. 1.999.
14. García Mayor, E.G. Unidades de Hospitalización a Domicilio. (UHD - HADO).
15. González, V.J., Estructura, organización y cartera de servicios en hospitalización a domicilio. UHD Gregorio Marañón, Madrid.
16. Guerrero Fernández, M. Gestión de los Hospitales y la práctica clínica, ante un nuevo siglo. Gerente Hospital Universitario Virgen Arrixaca. "Todo Hospital" 1.999.
17. Guerrero Fernández, M. Los Hospitales al final del Siglo: LA GESTIÓN CLÍNICA. 1997.
18. Hernández L., Gestión Clínica, OSAKIDETZA/Servicio Vasco de Salud.
19. Jové N., Dorado MJ., Fernández MA., Hospitalización a Domicilio, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital de L'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramanet. Barcelona.
20. Manual de Cuidados Paliativos de enfermos oncológicos terminales. Atención Domiciliaria.
21. Noticias INSALUD (Diciembre-98). Un paso adelante.
22. Noticias INSALUD (Junio-99). Construimos Salud.
23. Oterino de la Fuente, D., Ridao, M., Peiró, S., Marchán, C., "Hospitalización a Domicilio y Hospitalización convencional ,Una evaluación económica".
24. Oterino de la Fuente, D., Ridao, M., Marchán, C., Puig Junoy, J., Peiro, S., "Trae cuenta quedarse en casa". Hospital Clínico de Valencia.
25. Palomero, M., Unidad de Hospitalización a Domicilio. Desarrollo y experiencia en territorio del INSALUD.
26. Parés, R.M., Solé, N., Pardos, M., Perelló, A., Hospitalización Domiciliaria. Experiencia en un hospital comarcal. 1999.

27. Peiró, S, Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública.
28. Plan de Calidad Atención Especializada. INSALUD. Memoria.
29. Planes de Cuidados estandarizados de enfermería. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud.
30. Portillo I., Subdirectora médico del complejo Donostiarra de Aránzazu.
31. Programa de Hospitalización a Domicilio. Edita: Hoechst.
32. Protocolos de Inclusión en Hospitalización a Domicilio en el S.V.S. (Febrero-1.993).
33. Proyecto de UHD en el HCU "Lozano Blesa" de Zaragoza.
34. Ricci C., Director General de la Fundación de Manacor, Islas Baleares.
35. Sanz Martínez, V. Gestión de áreas hospitalarias y servicios clínicos en el entorno hospitalario. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Todo Hospital 1.999.
36. Ureña, C. Diseño y puesta en marcha de un programa de calidad. Coordinadora de Calidad del Hospital Ramón y Cajal Madrid. 1.999.
37. Valdivieso, B Jefe UHD la Fe de Valencia.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia