

Breve repaso a algunos de los talleres que tuvieron lugar en las V Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Bilbao, noviembre de 2000

Alternativas a la Hospitalización

Hospitalización a Domicilio

Apezetxea A
Jefe Hospitalización a Domicilio
Hospital de Basurto. Vizcaya

INTRODUCCIÓN

Se presentan las conclusiones del taller "Perfiles de pacientes y cartera de servicios en Hospitalización a Domicilio", desarrollado por los doctores Francesc Rossell del Hospital Sacrat Cor de Barcelona, Víctor González Ramallo del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, Isabel Sampedro del Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, Bernardo Valdivieso del Hospital Universitario La Fe de Valencia y Antxón Apezetxea del Hospital de Basurto de Bilbao.

La primera experiencia a nivel nacional de un Servicio de Hospitalización a Domicilio nació en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid en 1981. Hoy en día existen ya más de 60 unidades por todo el estado y esta cifra va constantemente en aumento. Aunque los motivos que llevaron a la creación de las distintas unidades así como la organización de cada una de ellas sean diferentes, existe un consenso sobre el concepto, perfil de pacientes y cartera de servicios. La Hospi-

talización a Domicilio (H a D) depende funcionalmente del Hospital, sus cuidados son equiparables a los hospitalarios y su duración es limitada en el tiempo mientras que la Atención Domiciliaria depende de la Atención Primaria, ofrece cuidados de baja intensidad y/o complejidad y su duración es prolongada. Los objetivos de la H a D son mejorar la atención y la satisfacción, facilitar las altas tempranas, reducir los costes por procesos y optimizar la eficiencia y la competitividad. El perfil de pacientes viene definido por su lugar de residencia que no siempre se corresponde con el área de influencia del hospital ya que se exige una proximidad al hospital (aproximadamente 20 minutos como tiempo de desplazamiento máximo), unas mínimas condiciones sociales con un cuidador y un teléfono de contacto, y unos criterios médicos según la capacidad de cada Unidad que aseguren que el traslado del paciente a su domicilio no suponga un riesgo para su enfermedad.

Existen varios esquemas asistenciales:

1. Esquemas de descarga: para reducir la estancia de las salas de hospitalización o para reducir ingresos mediante la captación de pacientes desde la Urgencia o desde las Consultas Externas.

2. Programas de alta tecnología: mediante la utilización en el domicilio del paciente de aparataje o técnicas diagnósticas y terapéuticas que tradicionalmente se han practicado en el ámbito intrahospitalario (nutrición parenteral, diálisis peritoneal, etc.). En este esquema se incluyen todas las posibilidades del desarrollo de la telemedicina.

e-mail: aapezetx@hbas.osakidetza.net

3. Equipos de soporte: como consultores y equipos de apoyo para la Atención Primaria en el control de determinados pacientes (descompensaciones ascíticas en cirróticos, control del dolor en el paciente oncológico, etc.).

La cartera de servicios contempla la posibilidad de realizar un gran abanico de procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos en dependencia de las características de cada Unidad.

La gran deficiencia que existe actualmente en la H a D es la falta de desarrollo

de sistemas de información que permitan una clasificación de pacientes en relación a su complejidad y al consumo de recurso, lo que posibilitaría valorar en términos económicos nuestra actividad y comparar los datos de las diferentes Unidades. Para desarrollar estos sistemas se ha constituido recientemente un grupo de trabajo en la Federación Española de Asociaciones de Hospitalización a Domicilio para elaborar consensuadamente un sistema de clasificación que pueda ser utilizado por todas las Unidades.
