

LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL MARCO DE LAS ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL: SITUACIÓN ACTUAL Y PROYECTOS EN CATALUÑA

PONENTES: DR. D. JOAN ESCARRABILL, *Subdirector Médico Responsable de la UFISS-Respiratorià. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. L'Hospitalet (Barcelona).*

DR. D. XAVIER GÓMEZ BATISTE-ALENTORN, *Director del Programa Vida als Anys, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.*

INTRODUCCIÓN

Los valores sociales que conforman los sistemas sanitarios públicos de los países de la Unión europea son la solidaridad, la equidad y la eficiencia. Hacer compatible el mantenimiento de valores como la solidaridad y la equidad en el contexto económico en el que nos movemos implica un cambio organizativo y de mentalidad.

Los cambios de expectativas de los pacientes (usuarios, clientes) es un factor muy importante al hablar del cambio organizativo¹: el paciente pide más protagonismo en la toma de decisiones sobre su propia enfermedad y es de prever que se pondrá más énfasis en la calidad y en el uso eficiente de recursos.

Por otra parte, a pesar de que hemos puesto más énfasis en los aspectos curativos, en el futuro deberemos potenciar la atención preventiva y paliativa, que en muchos casos es más efectiva que las atenciones dirigidas a la curación.

En este contexto debemos buscar alternativas a la hospitalización convencional, tanto para mejorar la satisfacción del paciente (evitando estancias inútiles) como para garantizar un uso

eficiente de los recursos, ofreciendo a cada paciente el dispositivo asistencial capaz de resolver mejor su problema de salud.

Desde un punto de vista amplio, el abanico de las alternativas a la hospitalización convencional es muy heterogéneo. Así, las unidades de cirugía sin ingreso o las unidades de corta estancia para procedimientos diagnósticos o terapéuticos, unidades para tratar pacientes procedentes del Servicio de Urgencias que funcionan únicamente durante los períodos invernales, la potenciación de Consultas Externas o los hospitales de día o de noche, con toda la gama de adaptaciones locales, cumplirían los requisitos para ser considerados como alternativas a la hospitalización convencional. En Cataluña en el *Pla de Salut* 1993-95 ya se promovía el desarrollo de dispositivos alternativos a la hospitalización convencional con el fin de mejorar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de los recursos sanitarios².

ATENCIÓN SANITARIA EN CASA DEL PACIENTE

Una de las alternativas a la hospitalización convencional es trasladar la atención sanitaria al

domicilio del paciente. La planificación de la atención domiciliaria (AD) debería contemplar:

- La asistencia de carácter urgente que responde a la demanda puntual de atención domiciliaria. Se trata de demandas hechas al médico de cabecera o a servicios especializados y que, generalmente, no requieren continuidad asistencial.

- Atención domiciliaria a pacientes con enfermedades muy prevalentes pero que no se pueden desplazar, ya sea específicamente por su estado físico o por las dificultades para salvar barreras arquitectónicas.

- Atención domiciliaria de patología muy poco prevalente y compleja. Algunos aspectos se han desarrollado considerablemente (cuidados paliativos o tratamiento de la insuficiencia respiratoria crónica).

- Otro aspecto de una importancia creciente es la oferta de técnicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos a domicilio.

- La hospitalización a domicilio es otra de las modalidades basadas en llevar la atención a casa del paciente.

En definitiva, si obviamos la demanda de atención domiciliaria puntual, debemos dar respuesta a dos grandes tipos de demanda asistencial:

a) La **atención domiciliaria** que atiende pacientes, generalmente crónicos, más o menos complejos, durante largos periodos de tiempo y con una intensidad variable. Este tipo de atención no sustituye al hospital (aunque evita ingresos) y, en general, la atención es compartida entre diversos dispositivos, con el protagonismo claro de uno de ellos.

b) La **hospitalización a domicilio** que sustituye al hospital durante cortos periodos de tiempo con una prestación asistencial mucho más intensa

que en la atención domiciliaria a largo plazo³. La atención es mucho menos compartida con otros dispositivos y el proceso asistencial finaliza como un alta hospitalaria.

Al decidir quién debe prestar la atención domiciliaria vemos que los límites de actuación de cada dispositivo asistencial son difíciles de trazar de una manera rígida. Los límites entre la atención primaria, el hospital y los recursos socio-saniatrios cambian en función del medio y de las necesidades asistenciales. El dispositivo más adecuado para hacerse cargo de la AD es el que tenga más **capacidad de resolución del problema** que presenta el paciente. En principio los procesos complejos y poco prevalentes los deberían resolver equipos especializados. La **complejidad** es un factor muy importante al decidir quien es el mejor dispositivo para resolver el problema del paciente. Pero debemos considerar la complejidad en un sentido muy amplio. Un paciente complejo puede ser el que necesita ventilación mecánica veinticuatro horas al día, pero también lo es (y a menudo más) el paciente de edad avanzada (*the oldest old*) que vive solo, o que vive en un piso alto sin ascensor.

Seguramente otro factor que puede ayudar a definir qué dispositivo debe hacerse cargo del paciente es la **continuidad asistencial**. Así, una minoría de pacientes con riesgo de ingresos frecuentes en el hospital es más probable que se beneficien de la intervención de un equipo muy “vinculado” con el hospital. Los pacientes más estables se beneficiarán de un equipo más “vinculado” con la Atención Primaria, en el marco del Programa de atención domiciliaria (ATDOM)⁴.

La **ubicación** también es importante: cuando más alejados de áreas urbanas es más participación de la Atención Primaria y es más difícil la intervención de equipos especializados.

En los USA se da la paradoja que, paralelamente a la disminución de las visitas domiciliarias por parte del médico, se aprecia un aumento considerable y progresivo e las prestaciones asistenciales a domicilio. Este hecho traduce en parte la evolución histórica de la atención domiciliaria es USA donde, en una primera fase, el traslado de la atención al domicilio del paciente se propone con la finalidad de recortar (o evitar) los ingresos hospitalarios, pero poco a poco se ha transformado en parte en una forma de prestar atención a largo plazo⁵.

De todas maneras, como señala Campion⁶, no debemos asumir que cualquier programa de consiga mantener al paciente en casa es la mejor solución. Así, los pacientes que no pueden salir de casa y que viven solos (o con recursos de soporte muy escasos) es posible que se sientan más confortables en un centro asistencial adecuado a sus necesidades.

Por lo tanto, la posibilidad de atender a un paciente en su domicilio debe considerarse como un recurso más dentro de un amplio abanico de posibilidades que van desde la unidades de cuidados intensivos hasta las residencias asistidas para atender pacientes a largo plazo.

DESARROLLO DE LA ATENCION DOMICILIARIA EN CATALUÑA

La atención domiciliaria moderna se ha desarrollado en Cataluña en ámbitos diversos desde hace más de 15 años, pero de una manera heterogénea. La creación del Programa ATDOM puso las bases, desde la perspectiva de la Atención Primaria, para garantizar la atención en casa de los pacientes con enfermedades agudas, crónicas o terminales que no podían desplazarse al centro de salud. Sin embargo, el desarrollo de del modelo de atención socio-sanitaria de Cataluña⁷ ha permitido completar el dispositi-

vo asistencial a domicilio, dirigido a pacientes complejos, mediante la creación de equipos de soporte (PADES -en la comunidad- y UFISS -desde el hospital-). Desde la perspectiva del modelo socio-sanitaria se han desarrollado proyectos de atención domiciliaria muy integrados con el hospital, pero a la vez con una base comunitaria sólida (Vic, Valls).

Los 48 equipos PADES ofrecían una cobertura del 89.8% de la población, atendiendo a 10.935 pacientes (con un 81% de altas). En 1997 teníamos en funcionamiento 27 UFISS geriátricas o mixtas, 10 de cuidados paliativos, 7 de demencias y 1 de respiratorio, que en total atendieron 18.900 pacientes.

Paralelamente a la atención domiciliaria realizada desde la Atención Primaria o desde el dispositivo socio-sanitaria, hay muchas experiencias de atención compleja, a grupos muy específicos de pacientes, con un grado de implantación territorial muy variables en el territorio. Así, en nuestro hospital la nutrición parenteral a largo plazo en el domicilio del paciente se viene realizando desde mediados de los ochenta y la atención domiciliaria a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas ha permitido mejorar la asistencia de muchos pacientes con oxigenoterapia domiciliaria e indicar la indicación de ventilación mecánica a domicilio a más de 300 pacientes. Recientemente se está desarrollando la hospitalización a domicilio de pacientes quirúrgicos, con algunas experiencias bien consolidadas.

PROYECTO DE REORDENACIÓN

Actualmente, el Programa *Vida als Anys* y el Servicio de Hospitales del Area Sanitària del *Servei Català de la Salut* trabajan conjuntamente para elaborar propuestas sobre alternativas a la hospitalización convencional (referidas

básicamente a la atención en el domicilio del paciente) que permita la incorporación de nuevos productos y que promueva nuevas líneas organizativas.

Las líneas básicas que definirán la propuesta son las siguientes:

- Promoción de equipos multidisciplinarios, con “base” en el hospital (aunque no exclusivamente) pero perfectamente integrados en la comunidad
- Voluntad expresa de “compartir” recursos: administrativos, infraestructura, cobertura de la atención “fuera de horas”, etc...
- Evitar la fragmentación: es preciso, en lo posible, evitar la fragmentación por patologías o por zonas.
- Es preciso establecer límites a los programas para evitar el desarrollo de ofertas asistenciales que no resuelvan problemas o la competencia inflacionaria.
- Integrar recursos, promocionando la reconversión siempre que sea posible
- Conexión con la Atención Primaria: no debe existir un sistema paralelo, por lo que debemos establecer el paciente “diana” que debe ser aten-

dido por los recursos que promovemos como alternativas a la hospitalización convencional. Incluso en las enfermedades crónicas más prevalente es posible identificar a los pacientes que son grandes frecuentadores hospitalarios que pueden beneficiarse de intervenciones domiciliarias. En la práctica, es claro que “pocos pacientes son los que ingresan muchas veces”.

- Definición clara de los *outcomes*.
- Desarrollo de estrategias asistenciales próximas al *case management* para “acompañar” al paciente a través del sistema asistencial con el fin de ubicarlo en el dispositivo más idóneo.

La puesta en práctica de estas alternativas pondrá disponer de todo el abanico de alternativas para ofrecer a un paciente, encajando la atención en el domicilio del paciente con los otros recursos disponibles, tanto en lo que se refiere a la hospitalización de agudos, sub-agudos o recursos socio-sanitarios. La implementación será diferente según sea la población: urbana/rural o exclusivamente urbana, pero en cualquier caso, el objetivo final será el diseño de modelos de atención integrales que ofrezcan a cada paciente el recurso que resuelve de una manera más eficiente su problema.

REFERENCIAS

- 1.- BENGIOA R, ECHEBARRÍA, FERNÁNDEZ JM, VÍA JM, CAMPRUBÍ J. “Sanidad, la reforma posible”. Merck Sharp & Dohme de España SA, Arazuri (Navarra) 1997.
- 2.- “Pla de Salut de Catalunya 1996-1998”. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1997. Pàg. 44-5
- 3.- SHEPPERD S, ILIFFE S. “Hospital at home compared to in-patient care (Protocol)”. In: Bero L, Grilli R, Grimshaw J, Oxam A (eds). *Cochrane Collaboration on Effective Professional Practice Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (updated 03.06.1997). Available in The Cochrane Library (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration; Issue 3. Oxford: Update Software. 1997 Updated quarterly.
- 4.- GENERALITAT DE CATALUNYA: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Programa marc d'atenció a domicili ATDOM. Barcelona: Servei Català de la Salut. 1994
- 5.- GILBERT WELCH H, WENNBURG DE, PETE WELCH W: “The use of Medicare home health care services”. *N. Engl. J. Med.* 1996; 335:324-9
- 6.- CAMPION EW: “New hope for Home Care?”. *N. Engl. J. Med.* 1995; 333:1213-4
- 7.- GENERALITAT DE CATALUNYA: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. El model d'atenció socio-sanitària a Catalunya. Barcelona: Servei Català de la Salut. 1994