

## 13.8 El desarrollo de las alternativas a la hospitalización convencional



El presente trabajo analiza la experiencia que se viene desarrollando en el sistema sanitario de nuestro país en las últimas décadas en relación a lo que conceptualmente se ha venido a denominar “alternativas a la hospitalización convencional”. Todas las modalidades organizativas y de rediseño que aquí se exponen están integradas en la cadena de valor asistencial y tienen por misión contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones y servicios sanitarios en aras a la sostenibilidad del propio sistema.

**Autora: Isabel Tovar García**

*Especialista en Gestión y Administración Sanitaria;  
Directiva Sanitaria*

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Tovar García I. El desarrollo de las alternativas a la hospitalización convencional [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado día mes año]. Tema 13.8. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA  
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD  
is licensed under a Creative Commons  
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada  
3.0 Unported License.



### **Resumen:**

Nuestro país pretende afrontar la actual crisis financiera profundizando en medidas de eficiencia que hagan el Sistema Nacional de Salud sostenible, manteniendo niveles adecuados de calidad de atención y sin menoscabo de la prestación de asistencia. Con todo ello se pretende asegurar la conservación de la salud como un derecho constitucional de los ciudadanos españoles.

Mantener las prestaciones públicas dentro del margen ético de responsabilidad del Estado como garante de ese derecho, ha llevado al mismo, a valorar todas las medidas de optimización en la utilización de recursos escasos.

1. *Introducción*
2. *Antecedentes*
3. *Objetivos*
4. *Alternativas a La Hospitalización Convencional*
  - 4.1. *Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria*
  - 4.2. *Unidades de Cirugía de Corta Estancia*
  - 4.3. *Hospitales de Día*
  - 4.4. *Unidades de Hospitalización Domiciliaria*
  - 4.5. *Unidades de Alta Resolución*
  - 4.6. *Unidades Médicas de Corta Estancia*
  - 4.7. *Hotel de Pacientes*
  - 4.8. *Otras Alternativas*
5. *Ventajas*
6. *Impacto*
7. *Conclusiones*
8. *Anexo*
9. *Bibliografía*

#### *Referencias bibliográficas*

Se plantean los objetivos de mejorar la accesibilidad al sistema, prestando un trato humano y personalizado, con eficiencia en la gestión, manteniendo en rangos recomendables la cartera de servicios y la dotación en Alta Tecnología, y seguir apostando por la investigación y la docencia. Todo ello con la valiosa colaboración de grandes profesionales.

Todas esas actuaciones en el plazo micro, se enfocan al esfuerzo de superar la crisis a corto plazo. Para ello, a medio plazo, se definirían estrategias de eficiencia, transformando estructuras y procesos para lograr, a largo plazo, resultados adecuados y un sistema sanitario sostenible.

Dentro de ese contexto, en este trabajo, pretendemos identificar alternativas a la hospitalización convencional que permitan prestar una atención sanitaria de calidad, centrandolo la atención en el

paciente y reduciendo al máximo la estancia hospitalaria que se considere innecesaria.

Describiremos las diferentes tipos de prestación de atención sanitaria, tanto médica como quirúrgica, observadas con el

gran angular de todas las vertientes de Atención (Hospitalaria, Primaria, Salud Pública y Socio Sanitaria).

Al no cursar con ingreso hospitalario, esta atención sanitaria de calidad, se presta en unidades especiales, o en el entorno familiar, contando para ello con la colaboración del propio paciente y de sus familiares.

## Introducción

En España hemos consolidado un SNS referencia en el mundo. La aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, culminada por la financiación vía impuestos en 1999, fueron dos pilares fundamentales para conseguir que nuestro Sistema sanitario haya sido, hasta el momento, el mejor valorado por ciudadanos, profesionales y políticos; tanto dentro como fuera de nuestras fronteras.

La crisis económica actual nos plantea un difícil reto: Mantener el modelo y conservar la equidad y la cohesión del sistema, a fin de seguir asegurando las mismas posibilidades de acceso y en condiciones de igualdad. Nuestro modelo sigue siendo el que mejor se ajusta a las necesidades de la población y sigue siendo el que más asegura el derecho constitucional a la salud de todos los ciudadanos españoles.

Hemos consolidado un sistema sanitario universal, con una amplia cartera de servicios, ofrecida en un margen adecuado de calidad y con una percepción altamente favorable por parte de todos los ciudadanos.

Así mismo hemos conseguido consolidar un amplio consenso de todas las fuerzas sociales, elaborando con una gran eficiencia la implantación de un sistema de reformas adecuadas a los cambios sociales y a las expectativas de profesionales y ciudadanos.

El las ultimas décadas, en nuestro país han aparecido nuevos Modelos de Gestión con separación entre financiador y proveedor, financiación per capita y modelos con colaboraciones publico-privado como los modelos PPP o PFI<sup>1</sup>.

Buscando la eficiencia y la sostenibilidad financiera, se han hecho

tentativas en formas de gestión, que comenzamos a llamar “nuevas” hace décadas. La estrategia de Área Única de Salud supuso en el 2002, un cambio de paradigma en Extremadura. Fue una estrategia pionera en el país como proceso único implantación global de la atención integrada en la totalidad de una Comunidad Autónoma,

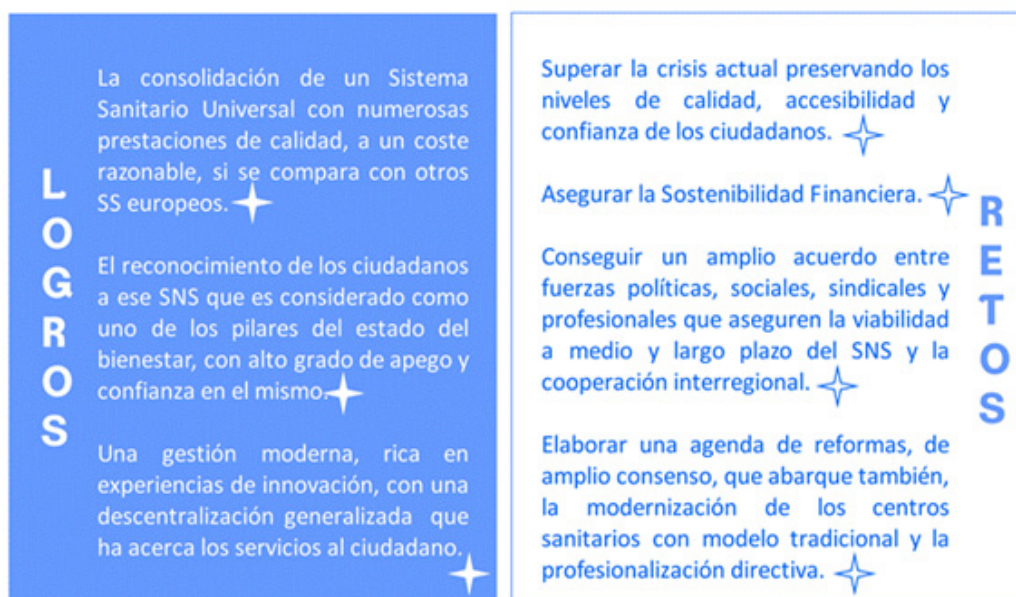
La integración de niveles asistenciales de atención obliga a un cambio cultural y a una eficiente gestión del cambio.

Hace años que ya estaba instalada una crisis estructural que afectaba (y sigue afectando) a nuestro modelo de salud, y las propuestas que, en distintos foros se realizaban, apuntaban a superar sus raíces.

En el 2008, la crisis se globalizó con su explosión económico-financiera y añadió a la crisis estructural, la de fondo, la de verdad, una manifestación coyuntural, la de agravación de la limitación de recursos, que si bien aunque se solucionase, la crisis estructural persistiría. Ello complicó su manejo, al entrar en resonancia la una con la otra<sup>2</sup>

En el momento actual nuestro SNS ha conseguido una serie de logros<sup>3</sup> que aportan un importante valor añadido a la calidad de vida de los ciudadanos. Sin embargo, la crisis que nos atenaza nos plantea una serie de retos que debemos esforzarnos en superar, si queremos conservar el derecho a la salud.

*La integración de niveles asistenciales de atención obliga a un cambio cultural y a una eficiente gestión del cambio.*



Para realizar la implantación de cualquier Alternativa a al Hospitalización Convencional hay que analizar, previamente, todos los factores directamente relacionados.

Es necesario:

- Analizar las características sociodemográficas de la población de los departamentos diana, y su demanda de servicios sanitarios especializados.

El análisis de la población, y su evolución a 5-10 años, será la base para determinar la demanda de servicios sanitarios especializados.

Mediante tasas estandarizadas de utilización de servicios sanitarios, se estimará la demanda de servicios sanitarios especializados generada por esta población (desagregados por especialidad médica y tipo de técnica o exploración). Se estimará del mismo modo, las características sociodemográficas de la población de referencia, sus proyecciones futuras y los cambios previsibles (envejecimiento de la población).

- Estudiar las isócronas y comunicaciones viarias y de transporte público.
- Definir el paciente potencial del futuro centro sanitario y el emplazamiento más idóneo.
- Realizar el estudio de viabilidad económico-financiera de las unidades.
- Desarrollar Planes Funcionales con las áreas, los espacios y locales, los circuitos y flujos y las relaciones funcionales más idóneas.
- Determinar las necesidades de personal y equipamiento.
- Elaborar el cronograma de actuaciones, necesarias, para su apertura y puesta en funcionamiento.

En general se puede constatar en la prestación asistencial, un

gran problema de flexibilidad y de transferencia de riesgos. El sector público tiene grandes dificultades para adaptar su oferta a grandes cambios en su capacidad de financiación. Todo ello avala la necesidad de acometer cambios profundos que mejoren la eficiencia del sistema sanitario público<sup>4</sup>. No podemos consentir la quiebra del sistema sin haber acabado antes con todas sus ineficiencias. Las Alternativas a la Hospitalización Convencional son una fórmula eficiente de prestación de atención sanitaria, que optimiza la distribución de recursos escasos<sup>5</sup>.

## 2.- Antecedentes

Hasta hace pocos años la única Alternativa a la Hospitalización Convencional era la Cirugía Mayor Ambulatoria CMA.

En las últimas décadas han aparecido otras alternativas y en los últimos 5 años se han potenciado con el vertiginoso desarrollo de las TIC. En el presente trabajo describiremos someramente dichas fórmulas de prestación de asistencia sanitaria.

El término "Cirugía Mayor Ambulatoria" (C.M.A.) nace en 1986 con la publicación por Davis de un libro con dicho título<sup>6</sup>.



La CMA comienza su desarrollo en España en los inicios de los años 90 con alguna experiencia previa aislada. La primera unidad autónoma de CMA se creó en Viladecans (Barcelona), en 1990, y en 1992 se creó la primera UCMA en el Hospital de Parapléjicos de Toledo. En 1991 el Ministerio de Sanidad y Consumo dio un importante impulso a este modelo organizativo, editando la "Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria", y cambiando el modelo de financiación por procesos en la CMA en los contratos-programa del Insalud de 1992.

Desde entonces, se ha producido una notable expansión de la CMA por todo el Sistema Nacional de Salud, creándose en 1994 la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. En 2005 la CMA representó para los hospitales del SNS el 40.5 % de las cirugías mayores practicadas.

El rango del Índice de Sustitución –IS- entre las 17 Comunidades Autónomas más Ceuta y Melilla, variaba desde el 78.6 % de la Rioja hasta el 40.35 de la Comunidad Autónoma con la tasa más baja, con un índice medio de Sustitución del 63.3 %.

Basados en los datos aportados por el CMBD del Sistema Nacional de Salud de 2005 y comparándolos con la situación de 1993, podemos asegurar que ha existido un notable progreso en la difusión y extensión de las técnicas de CMA en SNS.



El Observatorio Europeo de la OMS<sup>7</sup> **concluye** en un estudio publicado recientemente, una serie de aspectos para impulsar el desarrollo de la CMA:

- Los resultados asistenciales de estudios que existen comparando la CMA con la cirugía con ingreso demuestran que no existen diferencias significativas en los resultados. Estos estudios, así como otros no-randomizados demuestran que la CMA es una modalidad asistencial segura cuando se siguen los protocolos clínicos y los principios organizativos.
- La incidencia de mortalidad en los 30 días posteriores a la intervención es muy baja. (Alrededor del 0.01 %) y en la mayor parte de los casos no tiene relación con el propio acto quirúrgico.
- La incidencia de morbilidad mayor, directamente asociada con la CMA, es menor de 1 %. En una importante serie publicada en España, la tasa de mortalidad fue muy baja (1/25.000), así como la tasa de reingresos desde domicilio (0,15 %).
- Se reducen los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales.

- Se reducen las consultas hospitalarias. La tasa de consultas no planificadas durante los 30 días siguientes a la intervención se sitúa entre el 0,28 y el 1,25 %.
- Se reduce la rehospitalización. Los ingresos hospitalarios no planificados pueden ser reducidos mediante protocolos clínicos.
- Disminuyen los trastornos postoperatorios.
- Alto grado de satisfacción del paciente. Tiempos de espera pre-quirúrgicos cortos.
- Se garantiza el buen trato al paciente y ambiente confortable.
- Los costes hospitalarios son entre el 25 y el 68 % inferiores a la cirugía con ingreso para el mismo procedimiento.
- Evita estancias hospitalarias, lo que permite tratar a un mayor número de pacientes y reducir la LEQ.
- Libera recursos de hospitalización convencional para casos más urgentes y complejos.
- Se mejora la programación quirúrgica, se reduce el número de cancelaciones quirúrgicas (al no competir con casos más urgentes y/o la necesidad de camas hospitalarias), y, por tanto, se aumenta el rendimiento de quirófano.
- Disminuye las necesidades de personal especializado a la vez que incrementa la formación de las personas cercanas al paciente. Todo ello favorece la elevación del nivel cultural y desarrollo del entorno.

Estos antecedentes pueden ser comunes al resto de las Alternativas a la Hospitalización Convencional referidas en este capítulo. No podemos olvidar que siempre ha quedado patente el objetivo común de la búsqueda de la excelencia en la



prestación de atención sanitaria. Nunca se pierde la referencia, en ningún modelo, en ningún país, de conseguir el fin último de una mejor calidad de vida de los ciudadanos. Calidad de vida donde el bienestar personal y la felicidad sean factores relevantes. La atención sanitaria recibida sin hospitalización convencional favorece dicha calidad de vida al prestar cuidados lo más alejado posible de la frialdad técnica y menos humanizada que se recibe en los centros sanitarios.

---

### 3.- Objetivos

---

Todas las opciones de Alternativas a la Hospitalización Convencional deben cumplir una serie de objetivos que son los que justifican la continua investigación en nuevas formulas que aporten valor a la atención sanitaria de los ciudadanos.

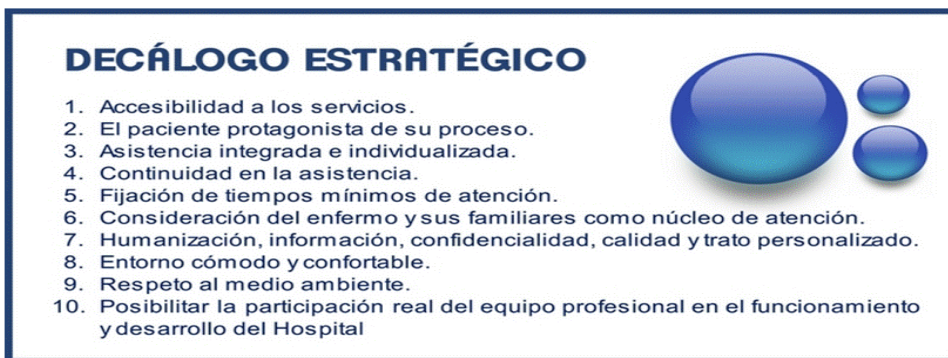
Los objetivos deben de tener en cuenta la reducción máxima del tiempo de estancia, basándose en una buena selección de ingresos, un alta precoz y una organización de la asistencia, que permita conseguirlo.

Citamos ente estos **objetivos**:

- Prestar una asistencia sanitaria, personalizada, que garantice la equidad en el acceso, la calidad y la calidez.
- Garantizar al enfermo un proceso de diagnóstico y tratamiento ágil y certero. Reincorporación del paciente a su entorno habitual, en el menor tiempo posible y con todos los cuidados que precisa su proceso.
- Prestar servicios sanitarios especializados, asegurando equidad en el acceso a unos servicios de salud de calidad.
- Colaborar con los dispositivos de emergencias sanitarias en la atención que deba prestarse a la población.
- Desarrollar los programas de formación y docencia en el ámbito del Sistema Sanitario Público.
- Conseguir la máxima eficiencia en la utilización de sus

recursos, adoptando los instrumentos de gestión que la situación de cada una de las opciones requiera.

Con el fin de conseguir una atención sanitaria adecuada en el ámbito de todas las alternativas, podremos establecer un **Decálogo Estratégico** a cumplir por todas las alternativas referidas:

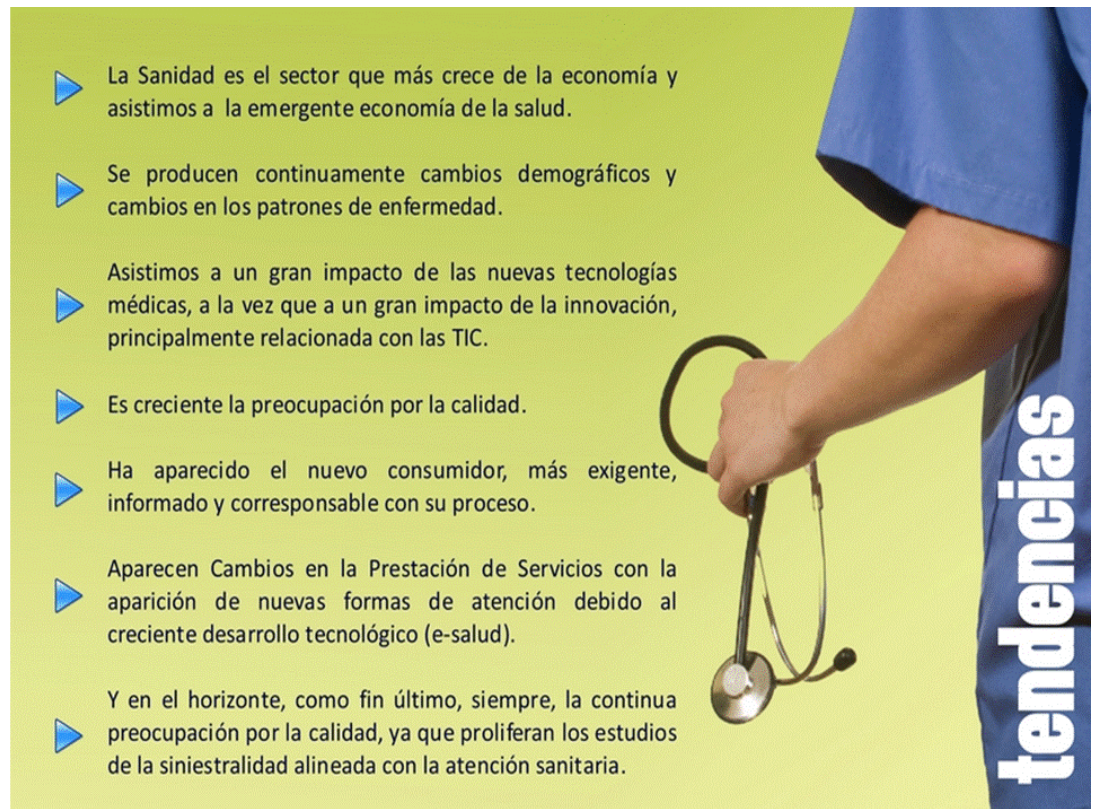


#### 4.- Alternativas a La Hospitalización Convencional

Tradicionalmente, se ha considerado a la ATENCION ESPECIALIZADA como el segundo nivel asistencial del SNS; y al HOSPITAL, como el único lugar físico donde se atienden los procesos complejos que no pueden ser atendidos en el primer escalón asistencial, la Atención Primaria.

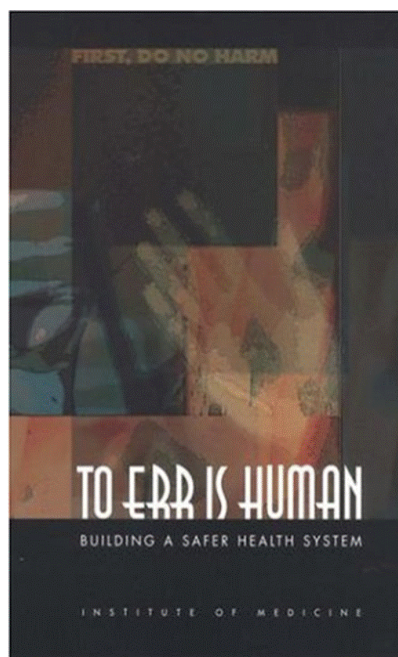
Pero, en la actualidad, esa aseveración ha sido modificada por las grandes tendencias que están modificando todos los estándares, a nivel general, en la sociedad y en nuestro caso concreto, en la sanidad.

Entre esas **Tendencias** citaremos:



- ▶ La Sanidad es el sector que más crece de la economía y asistimos a la emergente economía de la salud.
- ▶ Se producen continuamente cambios demográficos y cambios en los patrones de enfermedad.
- ▶ Asistimos a un gran impacto de las nuevas tecnologías médicas, a la vez que a un gran impacto de la innovación, principalmente relacionada con las TIC.
- ▶ Es creciente la preocupación por la calidad.
- ▶ Ha aparecido el nuevo consumidor, más exigente, informado y corresponsable con su proceso.
- ▶ Aparecen Cambios en la Prestación de Servicios con la aparición de nuevas formas de atención debido al creciente desarrollo tecnológico (e-salud).
- ▶ Y en el horizonte, como fin último, siempre, la continua preocupación por la calidad, ya que proliferan los estudios de la siniestralidad alineada con la atención sanitaria.

Citamos, por ejemplo, el estudio "TO ERR IS HUMAN" que habla de 98.000 muertes en EEUU por errores médicos, mucho más que por accidentes de tráfico<sup>8</sup>. Esas tendencias han colocado la calidad de atención en plano preferente en la prestación de atención sanitaria.



Hemos asistido, a partir de la segunda mitad del siglo pasado, a un gran auge y desarrollo de las Unidades de Hospitalización. Pero en la actualidad, con el desarrollo de otros niveles asistenciales, y debido a que realizan múltiples actuaciones, a su elevada actividad, y al considerable número de profesionales que requieren, constituyen un fenómeno de primera magnitud. Pero ya no son consideradas como la única alternativa eficiente de atención sanitaria. Y se desarrollan de forma potente las múltiples alternativas a dicha hospitalización. Se minimiza el binomio "calidad excelente-hospitalización convencional" y se promocionan otras alternativas que se consolidan a nivel mundial.

Incluso ya no son imperativos de ingreso, los tradicionales criterios de hospitalización: deterioro grave de la situación del enfermo, que exige cuidados especiales de enfermería y atención médica frecuente con procedimientos diagnóstico- terapéuticos agresivos.

Las Alternativas a la Hospitalización son, en muchos casos, capaces de resolver muchos tipos de patologías.

Todo ello, ha obligado a un cambio de paradigma en la atención y han surgido las Alternativas a la Hospitalización Convencional como una forma eficiente de atención.

Y su implantación que, hace años, era una posición innovadora, hoy está interiorizada en nuestro modelo. Y es de obligado cumplimiento la utilización de las Alternativas a la Hospitalización Convencional, en todos los casos susceptibles de las mismas, si queremos cumplir parámetros de eficiencia, calidad y ética<sup>9</sup>.

Es de obligado cumplimiento la utilización de las Alternativas a la Hospitalización Convencional, en todos los casos susceptibles de las mismas si queremos cumplir parámetros de eficiencia, calidad y ética.

Podríamos trabajar, y así lo haremos, en cuanto a la clasificación, en un modelo tradicional; pero lo completaremos con muchas de las **tendencias actuales** que, día a día, surgen en el mapa mundial de la atención sanitaria y los cuidados, en un intento responsable de incrementar la calidad de vida de los ciudadanos, en un entorno de crisis financiera como el que vivimos desde hace años.

*Es de obligado cumplimiento la utilización de las Alternativas a la Hospitalización Convencional, en todos los casos susceptibles de las mismas si queremos cumplir parámetros de eficiencia, calidad y ética.*

Este modelo<sup>10</sup> nos permite la siguiente **clasificación**:

- 1.1 Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria
- 1.2 Unidades de Cirugía de Corta Estancia
- 1.3 Hospitales de Día
  - a) Hospital de Día Médico Polivalente
  - b) Hospital de Día de pruebas Funcionales
  - c) Hospital de Día Geriátrico
- 1.4 Unidades de Hospitalización Domiciliaria
  - a) Cuidados Paliativos
  - b) Unidades del Dolor
- 1.5 Unidades de Alta Resolución
- 1.6 Unidades Médicas de Corta Estancia
- 1.7 Hotel de Pacientes
- 1.8 Otras Alternativas



#### **4.1.- Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria**

La cirugía mayor ambulatoria (CMA)<sup>11</sup>, es un modelo organizativo de la actividad quirúrgica que conlleva importantes beneficios para el paciente al permitir realizar intervenciones mínimamente invasivas. Su eficacia ya es reconocida universalmente, y gracias a su gran desarrollo, conseguimos una

rápida recuperación del paciente con disminución de cuidados posquirúrgicos y una precoz reincorporación a la vida habitual. Con esta técnica reducimos costes, disminuimos los riesgos sanitarios y potenciamos la ambulatorización.

Es el óptimo modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a pacientes bien seleccionados de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional.

Hay que buscar soluciones que mejoren la atención a nuestros pacientes.

La verdadera importancia de la CMA radica, por un lado en la necesidad de mejorar el uso de unos recursos limitados y por otro, en las expectativas de los pacientes, que solicitan una atención cada vez más ágil, rápida y eficaz.

Para optimizar la CMA es necesario definir un **programa funcional** que conlleva:

- Análisis demográfico del entorno con el estudio de la, posible, demanda de CMA.
- Análisis de la capacidad de producción.
- Estudio de necesidades de personal y equipamiento.
- Análisis de las necesidades estructurales para llevar a cabo dicha actividad.

## **Tipos de Unidades de CMA**

### ***Unidad integrada***

El área quirúrgica es común para los pacientes hospitalizados y los ambulatorios

Se requiere una mínima inversión inicial con un mínimo riesgo financiero, y la puesta en funcionamiento es rápida, siendo habitual un inmediato respaldo hospitalario.

Sin embargo suelen aparecer conflictos de prioridad con los pacientes ingresados, y el diseño es poco adecuado por compartir espacios ya existentes, aumentando el riesgo de infección para los pacientes ambulatorios.

### ***Unidad separada***

Los pacientes hospitalizados y los ambulatorios utilizan áreas quirúrgicas diferentes dentro del mismo hospital. El espacio es exclusivo para pacientes ambulatorios.

No obstante, la inversión inicial es mayor ya que es necesario construir nuevas áreas o adaptar la existente. Es frecuente la duplicidad de áreas quirúrgicas, personal y material.

### ***Unidad Satélite***

La ubicación está en un edificio independiente y depende administrativamente del hospital se encuentra ubicada. Presenta las mismas ventajas e inconvenientes las unidades separadas.

## **Selección de Pacientes**

Para la implantación de la CMA es un requisito fundamental dicha selección y el intento de no ser extremadamente riguroso en la misma, ha conducido, a menudo, al fracaso de la Unidades de CMA.

Es necesario realizar una selección de pacientes por edad (excluir pacientes de edad avanzada y de edad temprana inferior a 6 meses y superior a 70 años), por patología (excluyendo la patología psiquiátrica y obesidad severa). Así mismo se requieren unos determinados factores socioculturales, con domicilio confortable, acompañante adulto y responsable, que pueda desplazarse a la unidad en una media inferior a 1 hora y con comunicación telefónica.

## **Selección de Procedimientos**

Los procedimientos variarán en función de las necesidades de cada área sanitaria así como de la lista de espera de cada centro

hospitalario. Ha de valorarse la intensidad de los cuidados postoperatorios requeridos, seleccionando aquellos que conlleven menor riesgo de hemorragia y con fácil control analgésico. Deben excluirse aquellos procedimientos que impliquen apertura de cavidades. La anestesia general, no debe durar más de noventa minutos.

## **Control de Calidad y Evaluación de Resultados**

El éxito de la CMA deriva del control adecuado. Es necesario fijar indicadores de morbilidad y de calidad percibida, como son la tasa de sustitución, tiempo de espera para intervención, porcentaje de intervenciones anuladas, tasas de ingreso, reingreso y reintervención. Así mismo hay evaluar el grado de satisfacción del usuario.

## **Exigencias Organizativas**

Hay que extremar los mecanismos de información y comunicación con continua información a pacientes y familiares, cumplimentando debidamente el consentimiento informado<sup>12</sup>.

No deben aparecer interferencias en la actividad programada del hospital. En el Alta deben implicarse cirujanos y anestesistas y es conveniente definir claramente protocolos de actuación así como disponer de camas, en previsión de posibles complicaciones.

## **Exigencias de Formación y Gestión del Conocimiento**

Todas las alternativas necesitan un entrenamiento previo minucioso y exhaustivo. En el campo de la CMA se ha avanzado mucho porque ha existido una gran sensibilización en todos los ámbitos investigadores, incluida la ciencia veterinaria.

En Extremadura existe un centro pionero en el mundo en la formación en Cirugía Mínimamente Invasiva. La dotación tecnológica es de primer nivel y se realizan programas formativos a los que acuden profesionales de todo el mundo. Se realiza un entrenamiento riguroso en técnicas quirúrgicas que incluyen la simulación, antes de realizarlas en humanos<sup>13</sup>.

*Hay que extremar los mecanismos de información y comunicación con continua información a pacientes y familiares, cumplimentando debidamente el consentimiento informado.*





### **Ventajas de la C.M.A.**

Se produce una mínima alteración del medio de vida del paciente y familia, con disminución de la ansiedad al desdramatizar la cirugía. Se reducen los costes y las estancias, se incrementa la calidad percibida y se produce una rápida reincorporación a la actividad habitual

---

### **4.2.- Unidades de Cirugía de Corta Estancia**

---



Se trata de unidades quirúrgicas que resuelven procedimientos de cirugía mayor, con estancia de, entre, uno y tres días.

Son un buen complemento de la CMA que establece con la misma, sinergias en el incremento de la eficiencia, con reducción de los costes hospitalarios y de las tasas de infección nosocomial. Se consigue una atención más individualizada con menor sensación de enfermedad y posibilita el retorno precoz a la actividad habitual.

### 4.3 Hospitales de Día



Surgen en los años 50 con aplicación directa en pacientes psiquiátricos y geriátricos.

Cuando se analizan estudios de adecuación de estancias se observa que hasta un 14% de los pacientes ingresados en especialidades médicas <sup>14</sup>, responden a la falta de alternativas a la hospitalización convencional, para recibir ciertos tratamientos o someterse a determinadas pruebas diagnósticas o terapéuticas. Estas unidades prestan atención y cuidados organizados a lo largo de todo el día y el paciente puede regresar al domicilio, una vez concluyen dichos cuidados.

Existen numerosos **procedimientos habituales** susceptibles de ser atendidos en hospital de día:

- Quimioterapia en pacientes Onco-hematológicos.
- Transfusiones sanguíneas.
- Tratamientos con antibióticos, corticoides, inmunoterapia en:
  - ✓ Enfermedades infecciosas.
  - ✓ Neumología.
  - ✓ Neurología.

- ✓ Reumatología.
- ✓ Endocrinología.
- Tratamientos de dolor.
- S.I.D.A.
- Recuperación post-procedimiento en:
  - ✓ Biopsias neumológicas.
  - ✓ Biopsia hepática.
  - ✓ ERCP.
  - ✓ Arteriografías.
  - ✓ Cateterismos.
- Otros

Como podemos apreciar se trata de un grupo de pacientes muy heterogéneo y la demanda, sin duda, es creciente. Por ello aparecen nuevas alternativas y se adaptan múltiples procedimientos a estas formulas sin hospitalización convencional, siempre persiguiendo la excelencia en la atención sanitaria.

El hecho de contar con formas, ya muy protocolizadas, permite ir adaptando procedimientos a los que se aplican las experiencias previas. Así se consigue el progresivo perfeccionamiento de las prestaciones y se minimizan las complicaciones.

### **Selección de Pacientes**

Se ejecuta una clasificación rigurosa por CMBD, revisándose pacientes ingresados con estancia inferior a 3 días. Es necesario elaborar los protocolos adecuados o guías de cada proceso, definiendo tiempos concretos de estancia en el Hospital de Día, para dimensionarlo adecuadamente.

## Definición de Estructura

Es fundamental diseñarla con unas condiciones mínimas para asegurar su eficacia. Medias tintas conducen frecuentemente al fracaso de estructuras que idealmente, hubiesen aportado mucho valor.

Debe constar de secretaría-admisión propias, con una definida Área de atención/tratamiento con sillones y/o camas alrededor de un control de enfermería.

Otras dependencias como las salas de espera, consulta y exploración, aseos y vestuarios deben ser exclusivas de la unidad.

## Número de Puestos y Horario

El número de puestos nos lo dará, por un lado la casuística obtenida del análisis del CMBD y por otro lado la disponibilidad de espacio y de personal. De manera general y para garantizar un óptimo aprovechamiento de los recursos materiales y del personal, se considera que un turno de una enfermera y una auxiliar son adecuados para 7 puestos.

Lo aconsejable en cuanto al horario es que debería estar abierto durante un periodo de 12 horas. Es necesario un ajuste muy minucioso de los procesos para conseguir una utilización óptima del Hospital de Día y contemplar la posibilidad de ingreso de algún paciente que al finalizar la sesión, no se encuentre en condiciones de alta al domicilio.

---

## 4.4 Unidades de Hospitalización Domiciliaria

---



La hospitalización a domicilio (HAD) se define como el conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio y que presentan una complejidad, intensidad y duración, comparables a las que recibiría el paciente en un hospital convencional.

Es un conjunto de actividades y cuidados, prestados desde el hospital, a pacientes en su propio domicilio, en los casos en que no precisan la estructura hospitalaria, pero si la vigilancia activa y la asistencia compleja hospitalaria.

El personal médico y de enfermería se desplaza al domicilio del paciente para realizar las consultas y prestar los cuidados que este precise, aportando medicación y material sanitario.

Los pacientes proceden de hospitalización convencional. Cada vez con más frecuencia también se derivan desde urgencias e incluso desde Atención Primaria.

Esta unidad actúa, por tanto, como equipo de soporte del hospital de agudos, como equipo de soporte de la Atención Primaria y, en algunos casos, como unidad de valoración y ubicación de pacientes en su mejor 'lugar terapéutico' a demanda de cualquier dispositivo sanitario de la comunidad. Los profesionales que componen la estructura de la HAD, los criterios de ingreso en la Unidad, la sistemática de ingreso y los tipos de enfermedades susceptibles de ser atendidas en estas unidades, deben ser claramente definidos. Cada día se integran un mayor número de procedimientos susceptibles de estas unidades. Mención especial merecen las enfermedades neurológicas que se tratan en las mismas con una gran frecuencia, principalmente la enfermedad cerebrovascular, la meningitis y la esclerosis múltiple. La misión fundamental de la HAD sería mejorar la calidad asistencial y conseguir mantener o reubicar precozmente en el domicilio al mayor número posible de pacientes que lo necesiten y lo deseen, mediante un soporte asistencial especializado<sup>15</sup>.

## **Tipos de Pacientes**

- Pacientes Postquirúrgicos.
- Postoperatorio Inmediato de Pacientes de CMA
- Postoperatorio Tardío.
- Complicaciones de Cirugía Mayor.
- Grandes Escaras.
- Pacientes con Patología Médica Aguda.
- Neumonías.
- Pielonefrítis.
- Aplasias Postquimioterapia.
- Gastroenteritis.
- Trombosis Venosas Profundas.
- Alta Temprana en Accidentes Cardiovasculares.
- Reagudizaciones en Pacientes Crónicos:
- Enfermedades Cardiovasculares y Respiratorias Crónicas
- Hepatopatías.
- Sida.
- Cirrosis.
- Oncológicos.
- Cuidados Paliativos.
- Controles.

- Pacientes con Ciclos de Medicación Intravenosa
- Pacientes en Fase Terminal.
- Nutrición Enteral y Parenteral.
- Otros

### **Criterios de Inclusión**

- Necesidad de ingreso hospitalario.
- Paciente diagnosticado.
- Aceptación voluntaria de paciente y familia.
- Residencia dentro del área de cobertura.
- Condiciones sociofamiliares adecuadas.
- Proceso temporal.

### **Criterios de Exclusión**

- Posibilidad de resolución en Atención Primaria
- Problemas sociales.
- Inestabilidad clínica.
- Proceso sin horizonte temporal de resolución.

### **Actividades Principales de HADO**

- Visita Médica.
- Visita de Enfermería.
- Suministro y Pautas De Tratamiento.
- Colocación y Cambio de Sondas y Catéteres.

- Extracción de Analíticas.
- Curas de Heridas Complejas.
- Electrocardiogramas.
- Mantenimiento de Bombas De Infusión.
- Quimioterapia IV.

## Ventajas

Son claras en la triple vertiente de paciente, familia y hospital.

Al **paciente** le proporciona mayor intimidad, comodidad y bienestar; favorece el autocuidado, propiciando un trato más personalizado. Permite al paciente una mayor implicación en la toma de decisiones clínicas. Disminuye el riesgo de patologías secundarias, a destacar infecciones o procesos depresivos derivados de su enfermedad.

A la **familia** le proporciona mayor educación sanitaria y mejor información. Les evita la ruptura de su rutina habitual al eliminar los desplazamientos al hospital. De otra parte integra a la familia en el proceso asistencial.

Al **hospital** estas unidades le evitan estancias inadecuadas. Así mismo, favorece la cultura de la integración asistencial ya que colaboran profesionales de diferentes niveles asistenciales. Disminuyen también, los costes marginales por proceso.

Como ejemplo citaremos que en Extremadura, en el Hospital san Pedro de Alcántara de Cáceres, desde la década de los 90 se realiza una forma de hospitalización domiciliaria en Ventilación Mecánica No Invasiva. La Ventilación Mecánica No Invasiva es un tratamiento relativamente nuevo que está en franco desarrollo expansivo en todo el mundo y que consiste en aplicar una ventilación artificial (similar a la que se aplica durante la anestesia o en UCI) pero de una forma no invasiva, es decir sin necesidad de anestesia ni introducir un tubo dentro de la tráquea. Se aplica tanto de forma crónica en el domicilio del paciente, como de forma aguda en el hospital. En la versión domiciliaria se tratan preferentemente pacientes con enfermedades musculares



debilitantes (con frecuencia niños) y más recientemente en la insuficiencia respiratoria secundaria a obesidad (hoy la indicación más frecuente dado la creciente epidemia de obesidad) evitándose, en muchos casos, su permanencia en el hospital de agudos y/o crónicos durante toda su vida. Es por tanto una forma de hospitalización domiciliaria que además conlleva una asistencia multidisciplinar. El grupo del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres ha tenido que ver con la historia y el desarrollo de este tratamiento en España e internacionalmente. Fue pionero en España tratando al primer paciente (un niño de 12 años que precisaba ventilación artificial invasiva en UCI con imposibilidad de darse de alta a su domicilio) siendo referencia nacional desde entonces <sup>16</sup>. Después fue el primero en demostrar el beneficio del tratamiento en la insuficiencia respiratoria derivada de la obesidad y finalmente diseñando y poniendo en servicio una UCRI considerada la más avanzada de España y una de las mejores de Europa <sup>17</sup>. En el año 2010 se celebraron los primeros 20 años del primer paciente con obesidad tratado con ventilación no invasiva en el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres.

---

#### **4.5 Unidades de Alta Resolución**

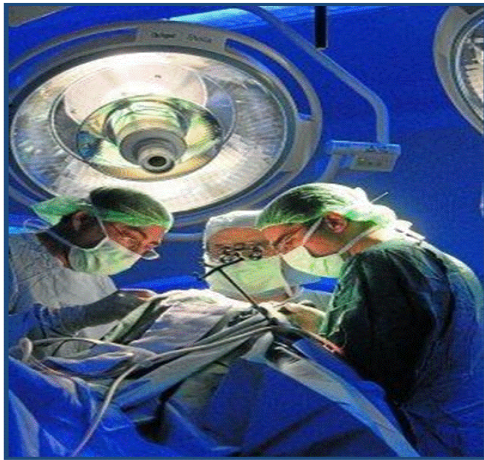
---

Se persigue la resolución de los procesos en el día o en el menor tiempo posible.

Son muy frecuentes en nuestro SNS, sobre todo en los procesos de consulta en un solo día. Al paciente se le realizan todas las exploraciones de diagnóstico y control el mismo día de la consulta. Así se evitan duplicidades de pruebas y el éxodo de los pacientes por múltiples salas, ventanillas y personas diferentes.

También se realizan procedimientos quirúrgicos, normalmente de menor complejidad, aunque cada día se extiende su utilización en procesos más complejos.

Ofrecen versatilidad y flexibilidad de los espacios y recursos.



También en las últimas décadas se desarrollaron centros específicos para resolver procesos de forma rápida y eficaz. El Centro de Alta Resolución<sup>18</sup> dispone de un mínimo número de camas de hospitalización polivalente, que pueden ser utilizados de forma flexible y versátil para las distintas actividades asistenciales, en habitaciones individuales o incluso sillones. En ellas se desarrolla la atención a pacientes en régimen de hospital de día médico, hospital de día quirúrgico, observación de urgencias y hospitalización de corta estancia. Se reserva un determinado número de camas para la atención a los partos que necesiten observación y cuyo carácter no justifique el traslado de la madre o el neonato al hospital de referencia.

---

#### 4.6 Unidades Médicas de Corta Estancia

---

Partiendo de la premisa de que “la hospitalización debe ser lo más breve posible”, las **UCEM** son concebidas con funcionamientos diferentes, pero con un fin último que es el de atender a un cierto número de enfermos, cada vez más numeroso, cuyas estancias medias son susceptibles de ser reducidas, y que además son enfermos que suelen requerir repetidos ingresos por la misma patología a lo largo del año.



Muchos pacientes son el mismo tipo que los susceptibles de la HADO pero que no pueden recibir, de entrada, su atención sanitaria en el domicilio. Suelen ser pacientes que alternan la prestación entre ambas modalidades.

### Citaremos entre los **Tipos de Pacientes**

- Reagudizaciones en Pacientes Crónicos.
- Enfermedades Cardiovasculares y Respiratorias Crónicas.
- Hepatopatias.
- Sida.
- Cirrosis.
- Pacientes Oncológicos
- Cuidados Paliativos.
- Controles periódicos de Patologías.
- Pacientes Con Ciclos de Medicación Intravenosa
- Pacientes en Fase Terminal.
- Nutrición Enteral Y Parenteral.
- Otros.

Dentro de las alternativas a la hospitalización convencional, desarrolladas en estos últimos años, existen gran número de ellas que son enfocadas desde el punto de vista de la especialidad de Medicina Interna. Hecho no del todo cierto ya aunque algunas de ellas deben integrarse, por lógica, en el ámbito de un servicio de Medicina Interna, otras, como las unidades de hospitalización domiciliaria y, sobre todo, las unidades de corta estancia (UCE), admiten modelos diferentes de gestión, en ocasiones más ventajosos para el paciente y para el propio hospital.

Gran parte del éxito en el funcionamiento de una UCE radica en una perfecta sintonía entre el servicio generador de los ingresos, habitualmente el de urgencias, y el receptor de los mismos a la hora de efectuar la selección de los casos<sup>19</sup>.

La gestión de toda la estancia por parte de un único servicio supone una mayor homogeneidad en la atención de un paciente que permanecerá una media de sólo dos días en el hospital, evitando la posible duplicidad de exploraciones y el cambio excesivo de responsable.

La disponibilidad del personal durante 24 h al día permite una gestión sumamente eficaz de los ingresos, del seguimiento, que será continuado, y sobre todo de las altas, que pueden efectuarse a cualquier hora del día y cualquier día de la semana si es necesario, lo cual da una notable agilidad a la unidad.

A este respecto, en las UCE gestionadas por Servicios de Urgencia se observan estancias medias ligeramente inferiores a las de unidades que dependen de un servicio de Medicina Interna, lo que puede ser debido a variaciones en el criterio de selección de los pacientes o en el manejo clínico de éstos. Analizando los grupos diagnósticos más frecuentes en ambos tipos de unidades, no se detectan diferencias apreciables. Otro factor remarcable que podría explicar esa observación, de forma parcial, sería la especial motivación del personal del Servicio de Urgencias en conseguir un drenaje adecuado del mismo, que lo induciría a ajustar al máximo las estancias en la UCE a fin de disponer de un número más elevado de camas de hospitalización, sin que ello suponga, a la vista de los indicadores, una merma en la calidad de la atención.

Sin embargo hay autores que mantienen que el especialista en medicina interna sería el más adecuado para liderar la atención de los pacientes ingresados en una UCE por la polivalencia de su formación y su capacidad de trabajo en equipo.

Perola opinión generalizada refuerza la necesidad y la conveniencia de buscar soluciones imaginativas a viejos problemas, sin excluir a quien pueda aportar algo a la hora de idearlas o ponerlas en práctica, teniendo siempre en el horizonte el bienestar y el beneficio del paciente y huyendo de protagonismos estériles.

## 4.7 Hotel de Pacientes

Alternativa a la hospitalización convencional, que facilita alojamiento hotelero a aquellos pacientes que lo precisen para su diagnóstico o tratamiento, evitando ingresos innecesarios, pero posibilitando el acceso a la tecnología. Es una alternativa<sup>20</sup> de gran eficiencia para el sistema. Es otra de las alternativas de sustitución de la hospitalización tradicional que aumenta la calidad asistencial y mejora la utilización de recursos sin perder de vista nunca el concepto de sanidad orientada al paciente. Los hoteles de pacientes (HP) constituyen una novedosa alternativa pues son estructuras funcionales diseñadas para cubrir las necesidades de un significativo grupo de usuarios que ocupan camas hospitalarias sin que sus requerimientos, condiciones físicas ni motivo de ingreso justifiquen su permanencia en unidades de altos estándares tecnológicos y asistenciales. Su función principal es proporcionar alojamiento, siendo éste un importante componente de la suma de servicios que constituyen la atención sanitaria. Igualmente permite anticipar las altas al estar el paciente próximo y bajo el adecuado control médico. Sus prestaciones son básicamente hoteleras, pero desarrollan una importante labor asistencial. Los HP obtienen un mayor grado de satisfacción por parte de los pacientes en comparación con la hospitalización tradicional. Para patologías específicas, se observan resultados técnicos muy similares a los de la hospitalización tradicional. Los HP, como complemento al ingreso hospitalario, son una alternativa eficaz en términos de costes para determinadas patologías frente a la denominada hospitalización convencional. El Hotel de Pacientes del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de La Coruña fue pionero de esta modalidad asistencial en nuestro país.



El mayor porcentaje de pacientes que lo utilizan son oncológicos, seguimiento de procesos y genitourinario, siendo los servicios que derivan el 70% de los pacientes: Cardiología, Rehabilitación, Oncología y Aparato Digestivo.

## 4.8 Otras Alternativas

### **Atención a Urgencias y Emergencias**

Dispositivos de urgencia vital que son atendidos en unidades medicalizadas <sup>21</sup> Son recursos muy generalizados en las CCAA con una gran dispersión geográfica. Permiten la atención urgente en origen y en un alto porcentaje, no solo disminuyen la presión de urgencias sino que evitan estancias innecesarias en los servicios de urgencias y, a veces, en los servicios de hospitalización. En Extremadura existen diferentes tipos:



- *Unidades Medicalizadas de Emergencias (UMEs)* aéreas y terrestres.

- *Vehículos de Intervención Rápida (VIR)*. Prestan asistencia sanitaria a las urgencias no demorables de los Centros de Atención Primaria en horario de consultas.

### **Cambios en la forma de Provisión de Servicios**

- *Servicios sanitarios on-line*. Teleasistencia generalizada y que abarca a consultas y pruebas diagnósticas (anticoagulación oral, glucemia, pruebas elementales de control respiratorio etc).
- *E-visitas*, la conexión del médico y el paciente por correo electrónico a través de una plataforma de comunicación.



- *Teleasistencia para cuidados crónicos.*
- *Telemedicina.*
- *Focused Factories*, organizaciones especializadas en determinadas patologías.
  - ✓ smart PHC
  - ✓ home care
  - ✓ value network

Este apartado está desarrollándose vertiginosamente.

El avance de las TIC a todos los niveles se aplica continuamente al campo de la Atención Sanitaria y su impacto en modelos alternativos a la hospitalización convencional ya es aceptado a nivel mundial.

Podemos encontrar múltiples citas en la bibliografía tanto de trabajos experimentales, como proyectos colaborativos con Universidades<sup>22</sup>, Industria, Unión Europea, Agencias de Evaluación, Organismos a nivel mundial e incluso proyectos autonómicos.

Sorprende ver como proliferan multitud de aplicaciones de teléfonos inteligentes que conectan al paciente con su médico. De ese modo los profesionales consiguen, casi, monitorizar muchas constantes y tener información on line del estado de salud de los enfermos<sup>23</sup>

- Otros.

### ***Modelo de Centro Asistencial de Alta Resolución Especializado***

Hace años podía considerarse una innovación pero actualmente es una alternativa ampliamente utilizada y con demostrada utilidad. Suelen ser centros con colaboración Público Privada y atienden, mayoritariamente, a poblaciones envejecidas y con requerimientos asistenciales sociosanitarios.



Se realiza un inventario de centros de salud y dispositivos de atención a la urgencia. En los centros de salud y consultorios, se analiza la posible oferta de servicios especializados: extracciones, radiología, consultas de especialista...

Se analiza igualmente la oferta de atención especializada del área (hospitales y centros de especialidades), incidiendo especialmente en la accesibilidad a los servicios de alta frecuentación.

Así mismo debe estudiarse la oferta asistencial existente (recursos hospitalarios) y su posible reordenación, la utilización actual de los servicios de salud por la población y la demanda asistencial insatisfecha. Estos centros resuelven eficazmente y en escaso tiempo, las urgencias y emergencias. Los tiempos de demora para actividad programada son mínimos tanto para consultas, pruebas diagnóstico-terapéuticas e intervenciones quirúrgicas.

El análisis de las comunicaciones y las isocronas, define la ubicación idónea del centro, en la zona de mejor accesibilidad para un mayor porcentaje de la población.

Todo ello incrementa la calidad de los servicios tanto en los aspectos científico- técnicos como de confort de los pacientes y acompañantes, que ven cumplidas sus expectativas.

Como hablamos anteriormente, en nuestro país, cada día aparece con más frecuencia, la adopción de los modelos de colaboración público-privada, como modelos de gestión sanitaria. Son modelos que separan claramente la financiación y la provisión de servicios y la empresa concesionaria, encargada de los mismos, recibe una financiación per capita por ciudadano. Cabe citar los PFI y los PPP, aunque no sean el objeto de este capítulo.



## **Programa de Atención a Crónicos**

En nuestro siglo XXI la atención sanitaria no puede pasar de largo por el mayor reto de los últimos tiempos: La atención a los pacientes crónicos.

Existen, en el panorama mundial, diferentes **Modelos de Referencia e Intervención de Atención a Crónicos**.

Contamos con una base amplia de modelos teóricos, muy desarrollados a nivel global. Se han identificado en los últimos años intervenciones concretas con evidencia demostrada y que se han desarrollado en diferentes sistemas de salud en el mundo.

Los principales modelos de referencia internacionales:

- **CCM. The Chronic Care Model. "Modelo de Atención a Crónicos".**

Desarrollado por Ed Wagner y cols en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle en USA.

En este modelo la atención a crónicos ocurre en tres planos que se superponen:

- ✓ La Comunidad, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados.
  - ✓ El Sistema Sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento.
  - ✓ La interacción con el paciente en la práctica clínica.
- **ICCC "Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas".**

*The Innovative Care for Chronic Conditions Framework".*

Es una adaptación del CCM destaca y se trata de un modelo propuesto por la OMS. Este modelo añade al CCM una óptica de políticas en salud cuyas principales ideas son:

- ✓ Toma de decisiones basada en la evidencia
  - ✓ El enfoque de salud poblacional
  - ✓ El foco en prevención
  - ✓ El énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica
  - ✓ La flexibilidad/adaptabilidad
  - ✓ La integración como núcleo duro y fractal del modelo
- El otro tipo de modelo (además de CCM y ICC) es el que hace referencia a los **modelos POBLACIONALES** cuyo foco en lugar del sistema, son la población en su conjunto y sus necesidades. Entre ellos citaremos:
- ✓ La "**Piramide de Kaiser**" que identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico. Actualmente se ha incluido la vertiente de promoción y prevención.

La principal idea que introduce la pirámide de Kaiser es una segmentación o estratificación de la población según sus necesidades:

En los pacientes de mayor complejidad con frecuente comorbilidad se hace necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales.

Los pacientes de Alto Riesgo, pero de menor complejidad en lo que respecta a su comorbilidad, reciben una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.

La mayoría de pacientes crónicos con condiciones todavía en estadios incipientes reciben apoyo para su autogestión.

Finalmente, la población general es foco de intervenciones de prevención y promoción que tratan de controlar los

factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica.

✓ La "**Piramide King's Fund**" en el Reino Unido.

Es una de las adaptaciones más interesantes de la pirámide de Kaiser. En ella destaca la combinación de la visión sanitaria y la social como dos partes integradas de la atención requerida por el individuo.

Los últimos años han dejado intervenciones que han demostrado evidencia científica de su efectividad y han mostrado la posibilidad de mejorar resultados en distintos niveles (resultados de salud, satisfacción y calidad de vida de pacientes y cuidadores, sostenibilidad) a través del cambio en la manera de gestionar a los enfermos crónicos. Muchas de estas intervenciones han demostrado mejoras en la satisfacción de pacientes y cuidadores (Coordinación de cuidados, gestión de casos, telemedicina...) y aparecen mejores resultados en salud en los sistemas que han apostado por estos modelo. Estos modelos son entre otros: Kaiser Permanente en USA, Jonkopping en Suecia y diversas regiones de Inglaterra, Canadá, Nueva Zelanda y Escocia.

En la actualidad en España se está apostando por el modelo de Euskadi con *La Estrategia para afrontar el Reto de la Cronicidad*<sup>24</sup>

Adaptación del modelo de Atención a Crónicos a Euskadi



Fuente: Desarrollado por Ed Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation. Adaptado por O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria

## 5. Ventajas

---

Todos los modelos descritos tienen en común una serie de ventajas derivadas de la búsqueda de eficiencia en un marco de calidad y humanización de la atención sanitaria prestada.

Entre estas **ventajas** citaremos:

- Optimización del uso de las nuevas tecnologías diagnóstico-terapéuticas y de la información y comunicación (TIC): la telemedicina, la extracción periférica de muestras, la Historia clínica electrónica, los equipos que permiten tanto el diagnóstico como la aplicación terapéutica (endoscopia, radiología intervencionista, láser,...). Todo ello permite descentralizar la atención y aproximarla al domicilio del ciudadano sin menoscabo alguno de las garantías de calidad de la atención y seguridad del paciente.
- Generalización del uso de la Alta Resolución. Las consultas se realizan mediante el modelo de 'acto único': en un mismo día el paciente es visto por el facultativo, se le realizan todas las pruebas diagnósticas necesarias para obtener un diagnóstico y se efectúa una propuesta de tratamiento. En el sistema tradicional, cada uno de esos pasos supone un acto diferenciado, que implica varios desplazamientos a un centro hospitalario. Con este modelo, el recorrido del paciente por el sistema sanitario se simplifica y se reducen los tiempos de espera. Se trata de un concepto ágil y dinámico, pensado para dar respuesta de forma rápida y efectiva a las necesidades de los pacientes.
- Versatilidad y flexibilidad de los espacios y recursos.
- Proximidad al paciente.
- Flexibilidad.

## 6. Impacto

---

Todo lo anteriormente descrito propicia un cambio de paradigma en la atención sanitaria, respecto a las últimas décadas<sup>25</sup>.

La necesidad de búsqueda de Alternativas a la Hospitalización convencional aparece con la profundización en la mejora de la accesibilidad a la atención especializada de la población, sin tener que incluir per se, la obligatoriedad de ingreso hospitalario.

El indicador cama, ha perdido parte de su valor como criterio de medición de los recursos de salud dedicados a atención especializada. En la actualidad, la actividad de un centro se mide por el tipo de servicios que presta, muchos de los cuales son ambulatorios. De ahí la potenciación de las alternativas a la hospitalización convencional y el aumento de las áreas de diagnóstico y tratamiento.

Por ello en las últimas décadas han surgido multitud de nuevas formas de atención menos hospitalo-centristas que han sustituido al ingreso hospitalario. Se considera un importante valor añadido, la permanencia del paciente en su entorno habitual y la maximización del uso de la innovación tecnológica. Ambos han propiciado un cambio importante en el modelo organizativo-funcional de la salud: imagen digital con lectura a distancia, la telemedicina, cirugía mayor ambulatoria, el hospital de día, la hospitalización domiciliaria, la teleasistencia y los gabinetes de exploración diagnóstico terapéutica.

Incluso, como se ha referido en el apartado anterior, aparece la ambulatorización de la asistencia urgencias-emergencias para la patología que requiere atención inmediata, con transporte medicalizado, para los casos más graves que deben ser trasladados a un hospital de mayor tamaño.

Podremos reforzar la continuidad asistencial desde diferentes vertientes:

Favoreceremos una Atención Sanitaria Integrada con las guías de práctica clínica como hoja de ruta y la Historia Clínica del paciente será el punto de encuentro de todos los episodios de salud de los ciudadanos.

Recogeremos amplia información de salud con el gran angular de todos los niveles de atención, desde la prevención a la atención a crónicos y atención sociosanitaria, pasando por los escalones convencionales de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y Salud Pública.

Todo ello conducirá a poder realizar la atención, en múltiples casos, fuera del ámbito hospitalario, facilitando con ello todos los objetivos previstos.

El domicilio será un lugar de atención óptimo para conseguir que el paciente reciba atención de calidad de la forma más humana posible. Además conseguiremos mayor eficiencia en la asignación de recursos cada día más escasos.

Con todo ello, poco a poco, irá desdibujándose la línea divisora entre niveles asistenciales y evitaremos al paciente esa peregrinación deshumanizada por centros diferentes, con descoordinación de protocolos, información clínica no compartida, burocratización de tramites asistenciales y, no siempre, con los mejores resultados.

Desaparecerán los niveles asistenciales como los entendemos en la actualidad

Los sustituiremos por la filosofía del trabajo en equipo multidisciplinar. Todos los profesionales se centrarán alrededor de la citada hoja de ruta, que será la guía de práctica clínica.

La atención a domicilio debe reforzarse con el adecuado soporte tecnológico y su reto no será tanto las altas precoces como el mantenimiento en el domicilio de las fases agudas de los procesos crónicos. Ello reforzará, a su vez, el papel del consultor del especialista del hospital hacia los equipos de Atención Primaria.

## 7.- Conclusiones

Hemos descrito diferentes Alternativas a la Hospitalización Convencional manteniendo siempre en el horizonte la prestación de una atención sanitaria de calidad, equitativa y eficiente.



La salud es un derecho de todos los ciudadanos y nuestra ética profesional debe conducirnos a profundizar en el estudio de formas y modelos que garanticen la calidad de vida de dichos ciudadanos

*La salud es un derecho de todos los ciudadanos y nuestra ética profesional debe conducirnos a profundizar en el estudio de formas y modelos que garanticen la calidad de vida de dichos ciudadanos*

Debemos inducir prácticas de vida saludable que preserven su salud y cuando aparezca la enfermedad, deberemos restituirla, con los mejores métodos diagnóstico-terapéuticos.

El **Objetivo principal** para la implantación de cualquiera de las Alternativas a la Hospitalización Convencional referidas en el presente tema es:

- Garantizar una atención sanitaria de calidad a los ciudadanos.

Citaríamos como **Objetivos Secundarios**:

- Incrementar la satisfacción de la población con respecto a la atención en salud que recibe.
- Mejorar el estado de salud de la población.
- Fomentar la ambulatorización y la alta resolución.
- Potenciar la cirugía sin ingreso, la hospitalización de corta duración, la atención urgente y la consulta de acto único.
- Proporcionar atención especializada próxima a poblaciones sin acceso a centros hospitalarios especializados.
- Facilitar un diagnóstico y establecer un tratamiento en el menor tiempo posible, reduciendo tanto la espera como los desplazamientos de los pacientes.

Por todo ello cada día se profundiza más en el estudio y la implantación de dichas formas de atención sin hospitalización convencional. Y se hace de tal modo que, aunque hace décadas se planteaba como objetivo un porcentaje anecdótico de CMA, por ejemplo, hoy ya es inadmisibile no obtener porcentajes cada día más elevados.

Las Alternativas a la Hospitalización Convencional se han integrado en la planificación estratégica de los centros como una herramienta de gestión de calidad que define el buen hacer de gestores y profesionales.

Este cambio de paradigma debe incluir la evidencia científica como fundamento de la actuación profesional.

*Las Alternativas a la Hospitalización Convencional se han integrado en la planificación estratégica de los centros como una herramienta de gestión de calidad que define el buen hacer de gestores y profesionales.*

Seguiremos apoyando, con todo lo descrito, la gestión clínica en sus términos estrictos. Es decir potenciaremos la disminución de la variabilidad y eliminación de los acontecimientos adversos y la introducción del coste, como un elemento más a la hora de la decisión clínica.

La Conclusión última sería la recomendación de apostar por las alternativas a la hospitalización como nuevo modelo organizativo.

Para ello será necesario incentivar su financiación en los contratos de gestión y presupuestos de los centros sanitarios. Así mismo, incentivar I+D que favorezca tecnología que evite hospitalizaciones, exigiendo *Coordinación* entre niveles.

También es necesario destinar programas de formación a este tipo de actividades.

Es imprescindible evaluar las repercusiones en términos de resultados y como consecuencia final, valorar nuevas actividades para seguir innovando en modelos organizativos tendentes a la excelencia.

En la actualidad asistimos a un escenario convulso, con una alta presión a corto plazo derivada de la crisis mundial fiscal y financiera.

Es necesario responder de forma rápida a los desajustes de atención consecuentes a las modificaciones presupuestarias y a las desviaciones del gasto.

Debemos investigar qué hacen los mejores<sup>1</sup> y ejecutar Benchmarking y economías de escala, dando la importancia debida a una eficiente gestión del conocimiento.

Debemos estudiar nuevos estilos de gestión, considerando cualquier forma de atención, incluyendo el estudio y la evaluación de las controvertidas fórmulas de colaboración público – privada.

Hay que ser rápidos en la adopción de cualquier fórmula que tienda a la eficiencia como los modelos de integración, el perfeccionamiento de procesos, la potenciación de espacios alternativos a la hospitalización convencional. Ya es imposible gestionar obviando las redes.

Es bueno establecer políticas y gestión basadas en pruebas, sin



olvidar nunca que el racionamiento inteligente conlleva siempre un uso racional.

Y no podemos considerar a la Innovación: I+D+i un gasto superfluo, ni siquiera un gasto menor ya que sigue siendo un pilar fundamental de desarrollo.

Y dando una importancia fundamental a la *Gestión basada en Resultados* y a la *Evaluación de los mismos* con criterios objetivos y de calidad. Las Agencias de Evaluación pueden ejercer un papel decisivo en la orientación de la Atención Sanitaria a una meta de excelencia.

Probablemente la crisis actual podrá ser un motivo de esperanza. La crisis suele ser un acicate para la imaginación y seguro que ayudará a innovar nuevas formas y nuevas formulas que conseguirán un mundo mejor.

## Anexo

### **a.- Antecedentes y evolución de la situación actual del Sistema Nacional de Salud. Motivos del Cambio.**

La crisis del sector salud no es únicamente una crisis de provisión sino que, básicamente, es una crisis de aseguramiento vinculado al contrato social que de carta de naturaleza a nuestro Estado de Bienestar, pero la provisión, y en particular los hospitales, deben adaptar sus modelos de organización y gestión.

La crisis ha obligado a estudiar estrategias en la planificación de la Atención Sanitaria y a realizar cambios en la misma para optimizar la utilización de los recursos escasos y conseguir una atención de calidad<sup>25</sup>.

Se plantean profundas modificaciones en la atención, tanto dentro de la Atención Hospitalaria como en la aplicación de Alternativas de Atención que cursan sin utilizar el recurso hospital tratando de disminuir costes. Costes no solo estructurales sino de utilización de recursos y de satisfacción del ciudadano al que la hospitalización causa una merma de su calidad de vida personal y familiar.

### **b.- Cambios en la Atención Sanitaria**

#### **b.1.- Nuevos sistemas de tipificar la producción asistencial.**

Se ensayan nuevos sistemas de tipificar la producción que sustituirán a los DRGs para ajustarse más a los requerimientos clínicos y a los resultados reales del proceso asistencial. Se utilizan los PMCs (Patient Management Categories), basados más en el patrón de cuidados que en el consumo de recursos, serán su base de partida. El modelo GDR se limitará a los sistemas de pago, mientras que el construido a partir de la filosofía PMC, a la gestión clínica.

La ACG (Ambulatory Care Groups), ante la potenciación de las actividades ambulatorias, igualará su trascendencia a la de los PMCs y progresarán los sistemas de clasificación de pacientes vinculados no al hospital o a la atención primaria, sino a todo el proceso asistencial en el contexto del managed care.

*La crisis ha obligado a estudiar estrategias en la planificación de la Atención Sanitaria y a realizar cambios en la misma para optimizar la utilización de los recursos escasos y conseguir una atención de calidad.*

## **b.2.- Una Atención de Calidad y más Humanizada.**

La calidad técnica o científica se deberá complementar con la percepción de la misma por parte del cliente. La resolución de la necesidad deberá tener en cuenta las expectativas de los clientes. En las expectativas a satisfacer primarán las de segunda generación (autonomía, personalización, participación, etc.) en que la efectividad clínica deberá tener como complemento la utilidad para el paciente y el respeto a su autonomía y a propiciar su participación.

Será pues una calidad transversal que, a partir de la técnica y la científica, superará la interpretación estricta de lo relacionado con la excelencia de la actuación profesional. No solo habrá que hacer las cosas bien sino que los ciudadanos las perciban como tal.

Priorizar la evidencia no es contradictorio a pasar el foco de la atención de la eficacia hacia la efectividad. Se trata no sólo de "hacer bien lo que se hace" sino de "hacer lo que se debe hacer" y esto está vinculado a valores culturales, sociales y a la disponibilidad de recursos.

La gestión "de la" clínica, entendida como la incorporación del coste como un elemento más a la hora de decisión clínica, y la lucha por la disminución de la variabilidad clínica, deben dejar de ser una opción y pasar a ser una responsabilidad deontológica de todos los profesionales y sus resultados, la base para la valoración de la actuación profesional.

Aunque la Dirección asuma la responsabilidad última sobre la calidad, el énfasis de la política de calidad debe desplazarse de la organización a la práctica asistencial y se ejercerá básicamente en la unidad asistencial.

Desde la Direcciones se instará a no mejorar la calidad si esto implica un incremento del coste que no sea reconocido por el cliente. Sólo se superará el nivel demandado en caso de que la mejora de la calidad responda a una estrategia empresarial de ventaja competitiva. En este caso, será decisión de la misma y no de los profesionales. La política corporativa de calidad se convertirá así en la estrategia básica de funcionamiento de la unidad asistencial<sup>25</sup>.

El progreso tecnológico no debe minusvalorar la actuación

profesional, sino exigir nuevas aptitudes y también nuevas actitudes.

La ciencia no tiene por qué ser deshumanizada, por lo que la evidencia como norma de actuación no es antítesis de la afectividad. La personalización de los tratamientos contribuirá a reforzar este principio al potenciar la corresponsabilización médicos/enfermos en el proceso.

---

### **b.3.- Modificación de las Unidades Asistenciales Convencionales**

---

Las unidades asistenciales convencionales deben dejar paso, de acuerdo siempre con la cultura de cada institución, a unas agrupaciones de servicios según otros modelos. Esto ocurrirá cuando dos o más de ellas participen de forma significativa en un mismo episodio de un paciente, compartiendo una misma área genérica de conocimiento y añadiendo valor con su aportación al resultado final del proceso clínico.

Estas agrupaciones serán la consecuencia lógica de un modelo asistencial orientado hacia el paciente. Ello implicará la "desaparición" del servicio como unidad asistencial pero su potenciación como referencia de un área de conocimiento específico.

Estas agrupaciones no serán las únicas opciones de futuro. Las unidades funcionales, las relaciones comprador-proveedor, las alianzas estratégicas y en algunos casos los servicios tal como hoy los conocemos serán otras alternativas. Y estas agrupaciones no tienen por qué estar "dentro" de los hospitales, ni en una sola institución. Podrá aprovecharse la sinergia de los diferentes niveles de atención, además de la Hospitalaria, la A. Primaria, la A. Socio Sanitaria y la Salud Pública. Potenciando en todos los casos las posibilidades de realizar la atención sin necesidad de ingreso hospitalario.

Estas agrupaciones pueden también ser multicéntricas con lo que se facilitará el acceso al conocimiento a los hospitales de menor tamaño y permitirá ofrecer en estos centros unas prestaciones que, de otro modo, no serían posibles, primando la atención al ciudadano y garantizando así la equidad de los resultados.

En lo que respecta a la alta tecnología, el modelo de franquicia debe ser un modelo a utilizar como equilibrio en un escenario en

el que la alta tecnología exige concentración pero a su vez esta misma tecnología (básicamente en el ámbito de la comunicación) permite la distribución de la misma y, por lo tanto, gestionarse en red. Aprovechamiento óptimo de las redes y la Telemedicina.

### **c.- Cambio en los Perfiles Profesionales**

La estructura por procesos potenciará el trabajo en equipo y el núcleo duro del mismo (médicos y enfermeros) se verá complementado con nuevos perfiles profesionales.

De esta manera la gestión de las actividades que girarán alrededor del paciente, recaerá en manos de la enfermería que se responsabilizará de la gestión de pacientes; la administración de la admisión (los criterios de prioridad serán, por supuesto médicos), los cuidados y atención al cliente, al igual que en un modelo abierto, mientras el colectivo médico gestionará el conocimiento.

La enfermería tendrá un protagonismo creciente. En el caso de las agrupaciones de servicios, la enfermería dependerá de la dirección de estas agrupaciones. Por el contrario, la enfermería gestionaría directamente aquellas actividades en las que los clínicos "alquilen espacios y servicios" para su práctica asistencial (Bloque quirúrgico, C. Externa, Hospital de Día, etc.). En las unidades de hospitalización, que se estructurarán por niveles de dependencia de los pacientes, y no exclusivamente por servicios, el nexo de unión del curar y cuidar se explicitará a través de la potenciación de las "vías clínicas"<sup>25</sup>.

Esto responde a una evolución de la actividad de enfermería que cada vez será más autónoma sin perjuicio de una mayor y creciente necesidad de actuación multidisciplinar desde la individualidad. Es ésta una situación coherente con el modelo social que potencia a su vez la individualidad y conectividad.

#### **c.1.- Cambio en los principios éticos de la actuación profesional**

Ya no debería ser el principio mínimo anteponer la beneficencia a la no maleficencia sino que por encima de ello deberá estar el principio de excelencia. La sociedad exigirá como condición de entrada la no maleficencia pero la auténtica exigencia

será la excelencia en los resultados. Ello se interiorizará en los profesionales y se incluirá en los códigos deontológicos de la profesión y, por lo tanto, no estará sujeta a discusión sino que estará en la base de este nuevo paradigma del curar y cuidar.

---

#### **d.- Cambios en los modelos de atención. De Hospitalización Convencional a Alternativas a la misma.**

---

Ya el Área Única o Área de Salud Integrada provoca un importante cambio en la atención sanitaria.

La integración de las distintas vertientes de atención (A. Hospitalaria, A. Primaria, A. Socio Sanitaria y Salud Pública) ha demostrado, al menos priori, que la atención es más eficiente y la satisfacción del ciudadano aumenta.

En el caso de la gestión integrada el protagonismo será de la atención primaria en lo asistencial, se elimina la diferenciación entre la "gerencia de atención primaria" y la de "atención especializada" unificándose todos los dispositivos asistenciales bajo la dirección de un Director Asistencial que esencialmente se apoyará en subdirecciones asistenciales de atención primaria, servicios centrales territoriales y servicios clínicos.

Es conveniente recordar la reconversión de los dispositivos socio-sanitarios parte de los cuales se integran en el ámbito sanitario (subagudos, convalecencia y cuidados paliativos) y otra parte en los denominados centros polivalentes que incluyen las actuales residencias asistidas y los centros de larga estancia bajo la responsabilidad de los Servicios Sociales.

Es en este apartado donde se analizarían todos los modelos de alternativas a la hospitalización que se analizan ampliamente en el documento anterior y por tanto no repetiré en este apartado.

## Referencias bibliograficas

1. *Visión empresarial de las estrategias en comunicación. Ribera Salud. 04.2012.*
2. *Moreu F. El hospital reinventado. CSC Consultoria i Gestió. Mayo 2012.*
3. *Sanchez J, Carpallo S, Pais A, "et al". 30 años de retos y logros. El Médico. Enero, 29-30. 2012.*
4. *De la Higuera JM, La eficiencia en el Sistema Sanitario: ¿Existen modelos alternativos?, Estrategia I+D+i Salud de Andalucía SAS.*
5. *Moreu F, Bohigas L, Fusté J. Strategic lines for the guidance of health services with a future perspective. Med Clin (Barc). 2008 Dec;131 Suppl 4:31-5.*
6. *David JE. Major ambulatory surgery. Baltimor, Williams & Wilkins, 1986.*
7. *Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace C.A., McKee M, with the collaboration of IAAS Executive Committee Members. «Day surgery: making it happen». World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2007.*
8. *Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, McKay T, Pike KC. To err is human: Building a safer health system. Institute of Medicine. Washington, DC. Nov 1999.*
9. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2010 Elaborado por el Observatorio del SNS a partir de la información remitida por las comunidades y ciudades autónomas al cierre del informe. {Actualizado 1 Sep 2010; citado 2 Jul 2012}. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2010/informeAnualSNS2010.pdf>*
10. *Caramés J, Araguas T, Castro M, Diz-Lois F, Escudero*

J, Miguez R, Rodríguez E, Rubial F, Vázquez P, Vieito J. *Alternativas a la hospitalización convencional*. En: Temes JL, Mengibar M. *Gestión Hospitalaria*. 5ª edición. Madrid. McGraw Hill. 2011.

11. *Cirugía mayor ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993. {Actualizado 1 En 1993; citado 2 Ago 2012}. Disponible en: [www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf)
12. *Memoria 2010 CMA*. {Actualizado 01 En 2011; citado 2 Ago 2012}. Disponible en: <http://www.areasaludbadajoz.com/>
13. *Centro de Cirugía de Mínima Invasión. Jesús Usón. Minimally Invasive Surgery Centre*. {Actualizado 01 Ag 2012; citado 2 Ago 2012 }. Disponible en: <http://www.ccmijesususon.com/>
14. *Master en alta dirección sanitaria. La gestión hospitalaria*. (5ª Edición. 2005-2006). PWC.
15. López-Benito I, Baydal R. *Hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional*. *Líneas de futuro*. *REV NEUROL* 1999; 29:677-679.
16. *Masa JF, Sánchez de Cos J, De la Cruz, JL, Sánchez B*. *Ventilación mecánica domiciliaria a presión positiva intermitente por vía nasal: estudio de tres casos*. *Arch Bronconeumol* 1991; 27:291-294.
17. *Masa JF*. *Ventilación mecánica domiciliaria: Perspectivas actuales*. *Arch Bronconeumol* 1994; 30:29-39.
18. *Alonso P*. *Bases para el diseño y puesta en funcionamiento de un Centro Asistencial de Alta Resolución Especializado (CARE) dependiente del ESSALUD* .2011 *Globesalud*.
19. *Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S et al*. *Alternativas a hospitalización convencional en medicina interna*. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:620-6.



20. Santacreu J. *Los hoteles de pacientes como alternativa a la hospitalización tradicional*. Universidad: Politécnica de Cataluña. {Actualizado 2005; citado 31 Jun 2012 }. Disponible en: [http://www.kriptia.com/ciencias\\_tecnologicas/planificacion\\_urbana/servicios\\_sanitarios/1#112602](http://www.kriptia.com/ciencias_tecnologicas/planificacion_urbana/servicios_sanitarios/1#112602)
21. Subcomisión de Sistemas de Información del SNS. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad {Actualizado 2010; citado 30 Jun 2012}. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>
22. Mayol J. *The patient experience*. Connected Health Workshop 2012. Bilbao Enero, 2012.
23. Scott Wilson. *mHealth: The Next Frontier For Mobile Service Growth* disponible en: <http://www.forbes.com/sites/ciocentral/2012/05/15/mhealth-the-next-frontier-for-mobile-service-growth>
24. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Julio 2010. {Actualizado 21 Sep 2010; citado 2 Ago 2012}. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/>
25. .Moreu F, Delgado R, Perez-Company P, Castellsagué R. *Implementation of a quality assurance programme in a university hospital*. *Aust Clin Rev*. 1989; 9(2):65-70.