

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i2.16>

## Editorial

### Editorial

Juan Gallud Romero

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública. Valencia. España

Correspondencia/Correspondence

[gallud\\_jua@gva.es](mailto:gallud_jua@gva.es)

---

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

---

Gallud Romero J. Por qué sigo creyendo en el hospital a domicilio. *Hosp Domic.* 2017;1(2):57-64.

---

## Por qué sigo creyendo en el hospital a domicilio

Fue en los años 80 cuando entré por primera vez en contacto con el Hospital a Domicilio (HAD). Fue por casualidad durante unas prácticas de la especialidad en París. Posteriormente, realicé el trabajo de campo de un estudio de costes de quimioterapia en hospital convencional y con bombas elastoméricas en HAD, y tuve que acompañar a las enfermeras en sus rutas y visitar todo tipo de domicilios y pacientes. Al finalizar el periplo extranjero, me incorporé a la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana (CV). En 1990 ya se habían creado las tres primeras unidades de HAD (UHD) y, quizás por aquella pequeña experiencia extranjera, en 1992 me propusieron trabajar en su desarrollo. Mi destino profesional estuvo ya siempre vinculado al HAD y me ha permitido acompañar con más o menos intensidad su desarrollo en la CV. Hoy, 25 años después me gustaría aportar algunas reflexiones sobre por qué sigo creyendo en el HAD.

A nivel internacional, existe cierto consenso sobre la definición de HAD. Pero también es innegable que la interpretación de dicha definición y su implementación varían en los diferentes países. Esto da lugar a múltiples experiencias locales a veces muy dispares entre sí a lo largo de la geografía mundial, experiencias muy condicionadas por los diferentes modelos sanitarios y su forma de financiación, lo que dificulta tanto la comparación y evaluación de estos servicios como las decisiones políticas para su desarrollo. Tradicionalmente, se ha buscado en la comparación con el hospital de agudos la razón de ser del HAD. Y se van acumulando evidencias.

## EL HOSPITAL NO SIEMPRE ES UN LUGAR SEGURO

Los beneficios producidos por la intervención hospitalaria son obvios, pero también deben tenerse en cuenta los efectos negativos. El medio hospitalario no está exento de riesgos, sobre todo, para las personas más mayores. El hospital es un ámbito con una importante concentración de personas (pacientes, profesionales, visitas...) y de gérmenes con frecuencia resistentes, donde acuden pacientes estresados por la incertidumbre y fragilizados por la enfermedad con la consiguiente disminución de su capacidad inmunitaria, y donde se realizan prácticas invasivas (cirugía, punciones, sondajes...) y se administran medicaciones agresivas no exentas de riesgo. El hospital es también una organización, con su estructura y normas de funcionamiento, con sus rutinas asistenciales... construidas desde la óptica interna y en función básicamente de los intereses profesionales.

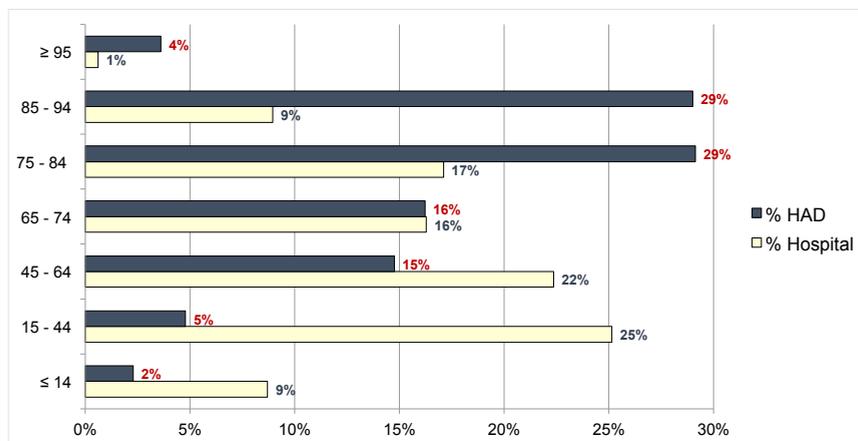
El individuo que abandona su entorno habitual de vida y se sumerge en un entorno hospitalario desconocido, deja también de ser protagonista de sus cuidados y decisiones para asumir una condición de espectador, de sujeto pasivo y obediente. Se trata de un medio más bien hostil (habitación habitualmente compartida, dificultad para dormir, tipo y horario de comida, rutinas fijas de toma de constantes...) donde los actores principales son otros, tanto para el paciente como para la familia. La comunicación es más difícil, unos por retraimiento y otros por falta de hábito y/o de formación, lo que trae consigo no pocos problemas. Especialmente sensible es la comunicación de malas noticias y todo lo relacionado con la atención paliativa y el ámbito del final de vida.

Por otra parte, el entorno hospitalario facilita la adopción de roles profesionales caracterizados por la especialización, la cultura curativa, el imperativo tecnológico, la sofisticación diagnóstica y terapéutica, la aplicación sistemática de protocolos basados en la evidencia científica y el "hacer" a toda costa. Esta cultura, en su loable búsqueda de la excelencia clínica, amenaza paradójicamente los objetivos de calidad, seguridad y efectividad de la propia institución cuando cambia el perfil de los pacientes a atender.

Todos estos riesgos y esta iatrogenia hospitalaria son conocidos (1). Varios eventos iatrogénicos son frecuentes entre la población más mayor: deterioro funcional, delirio o estado confusional agudo, infecciones nosocomiales, úlceras por presión, incontinencia, caídas. Además, otros eventos adversos se añaden durante la transición del hospital al domicilio en el momento del alta como resultado de las deficiencias en el diseño e implementación de la continuidad informativa y asistencial en nuestro sistema, a pesar del gran desarrollo de unos sistemas informáticos habitualmente fragmentados.

Pero la realidad es que nuestros hospitales se llenan de pacientes cada vez más ancianos y, de su mano, irrumpe la cronicidad compleja y la necesidad de atención paliativa, para cuyo abordaje resulta insuficiente -incluso inapropiado- el paradigma curativo. En la gráfica 1 se ilustra esta situación en la CV: los pacientes ingresados al menos una vez en 2016 con 75 o más años representaban el 27% del total en los hospitales de agudos (84.466 pacientes) y más del doble en las UHD (62%). Como curiosidad, los centenarios ya representaban el 0,5% de los pacientes atendidos en HAD. Por lo tanto, la población en riesgo de iatrogenia hospitalaria crece de forma muy significativa, y el HAD ya está ayudando a evitar o reducir su impacto y a mejorar la calidad de la atención global del sistema para este colectivo, en un curioso un fenómeno de compensación espontánea, pues nadie lo planificó.

Gráfico 1. Distribución del porcentaje de pacientes ingresados al menos una vez en el año por grupos de edad en Hospital versus HAD 2016



Empiezan a aparecer negativas a ser hospitalizados por parte de pacientes -especialmente personas mayores que ya han tenido la experiencia- y dudas en los profesionales sobre si resultará en más daño que beneficio la hospitalización.

## EFEECTO TERAPÉUTICO DEL DOMICILIO

Sin embargo, el domicilio -entendido tanto como lugar físico como ámbito de relación y convivencia- simplemente presentando unas mínimas condiciones de habitabilidad, higiene, comunicación y de estructura de soporte de cuidados, puede constituir el «mejor lugar terapéutico», entendido como aquella ubicación asistencial donde se logran más fácilmente los resultados sanitarios, con mayor satisfacción para paciente y familia, y a menor coste sanitario y social.

En el domicilio, paciente y familia pasan de espectadores a protagonistas, cambia su actitud, asumen una posición más activa tanto en la comunicación como en la toma de decisiones y asumen más responsabilidad y más participación en los cuidados. Por su parte, los profesionales juegan en terreno ajeno y, por convicción o por necesidad, tienen que ser más comunicativos, dedicar más tiempo a la escucha y a la educación para la salud. Inmersos en el entorno real de vida de la persona enferma, es difícil no tener una visión integral del caso (paciente, cuidadores y entorno), no percibir la necesidad de resolución integral, deliberativa, multidisciplinar e integrada de situaciones complejas y optar únicamente por ocuparse de resolver la complejidad clínica del paciente y desentenderse de todo lo demás, como es cultura habitual en el hospital.

Por otra parte, los pacientes expresan su preferencia por ser tratados en casa (2) y, en particular para los pacientes en situación de final de vida, el domicilio es el entorno idóneo de atención (3) y su lugar de fallecimiento preferido (4).

## ALGUNOS RESULTADOS

Hay que resaltar que el HAD ha sido una de las innovaciones más estudiadas en el marco de la atención sanitaria: en la última actualización de la revisión Cochrane sobre los modelos de evitación de ingresos, son 16 los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) analizados (2).

El efecto combinado de la evitación de los riesgos inherentes a la hospitalización, del efecto terapéutico del domicilio y de la acción del HAD obtiene resultados positivos, y parece que independientemente del modelo analizado. A pesar de que la variabilidad de interpretación e implementación en los diferentes países hace más difícil encontrar evidencias, los estudios coinciden en ciertos resultados.

Las investigaciones más citadas se han realizado en Europa (las revisiones Cochrane (2,5-6), algunas actualizadas en 2016); en Australia, la revisión sistemática de Caplan en 2012 (7), y en EE.UU. destacan varios trabajos de la universidad John Hopkins (8-10). En España, cabe señalar la revisión realizada desde la óptica de la geriatría en 2015 (11). A continuación, se presenta un resumen de la mejora de resultados en HAD en relación a una hospitalización convencional.

- Reducción de la mortalidad a los 6 meses.
- Reducción de la tasa de reingresos hospitalarios.
- Reducción de estancia media.
- Mejores resultados clínicos: menor incidencia de confusión, síntomas depresivos, infecciones nosocomiales, complicaciones urinarias e intestinales, incontinencia, úlceras por presión, caídas.
- Mejores resultados funcionales para las actividades de la vida diaria.
- Mayor calidad de vida.
- Mayor fallecimiento en domicilio en pacientes paliativos que así lo desean.
- Mayor satisfacción de pacientes y cuidadores.
- Menor estrés y sensación de carga adicional en los cuidadores.
- Menor probabilidad de ser ingresado en una residencia.
- Disminución del coste.

Sin embargo, para aquellos que llevan años trabajando en el HAD existe una aparente brecha entre la ciencia y la práctica cotidiana: ¿cómo puede conciliarse la acumulación de experiencias locales de eficacia del HAD con la dificultad de encontrar evidencias científicas de la máxima calidad aportadas por los ECA?. Es cierto que los ECA ostentan la máxima jerarquía en la medicina basada en la evidencia. Pero los ECA son los más adecuados para demostrar las mejores evidencias científicas en intervenciones simples y aislables como medicamentos, test, procedimientos y tecnologías, pero probablemente no sean tan válidos para las intervenciones complejas, es decir, con múltiples componentes, interconectados y variables en el tiempo, como es el caso del HAD. La eficacia de este tipo de intervenciones es sensible a toda una serie de influencias: evaluación del modelo global o fraccionado (evitación de ingresos, alta precoz, paliativos por separado); liderazgo, composición y organización de los equipos; motivación, formación y experiencia de los profesionales; nivel de carga de trabajo y la adicional derivada del ensayo; fase inicial o de madurez organizativa; nivel de integración con atención primaria; desarrollo de los sistemas de información; variabilidad por cambios durante el ensayo y mucho más. En un terreno tan complejo, quizás el ECA no sea el instrumento más apropiado de evaluación (12,13).

Pero además, junto a la medicina basada en la efectividad (técnica) existen otros aspectos a tener en consideración: la medicina basada en la afectividad. En ausencia de efectividad, lo único que los profesionales pueden proporcionar en algunas ocasiones a los pacientes es acompaña-

miento, afecto y cuidado. En este sentido cabría recordar que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación con paciente y familia, y el mejor procedimiento para favorecer dicha relación es la confianza mutua basada en el respeto, la comprensión y el afecto (14). En la aplicación de esta combinación de técnica (efectividad) y corazón (afectividad), las UHD llevan un buen camino recorrido en todos sus años de atención paliativa. Pero ¿qué precio se le asigna al impacto de la afectividad y otros intangibles en los estudios de costes en relación al hospital, tan relevantes en la difusión internacional del HAD? ¿Es el hospital el 'gold standard' en alta tecnología afectiva, comunicación y atención paliativa en relación al HAD o es a la inversa?

La respuesta no es ni será fácil, pero el progreso en la mejora de la atención no puede ser la víctima de controversias metodológicas sobre la robustez de las conclusiones 'positivas'. Las certezas probablemente vendrán del acúmulo progresivo de experiencias locales y de evidencias en modelos, grupos de pacientes, contextos y países diferentes. Por lo tanto, sin denostar los ECA, el progreso del HAD también debe basarse en la ciencia de la mejora, es decir, en evidencias obtenidas en el marco de la innovación y la mejora continua (12).

## TENDENCIAS QUE FAVORECEN EL DESARROLLO DEL HAD

Hay tendencias que impulsarán el desarrollo del HAD:

### La transición demográfica y epidemiológica:

La longevidad de la población es un éxito social y sanitario, pero trae consigo cronicidad, pluriopatología, dependencia y una creciente necesidad de atención paliativa, lo que exacerba los riesgos de la hospitalización y la necesidad de indicación de HAD.

### La sostenibilidad del sistema

El sistema sanitario ya es deficitario y las transiciones demográficas, epidemiológicas y tecnológicas en curso amenazan su sostenibilidad. Resolver esta situación desde una cultura hospitalocéntrica no parece la solución: el hospital de agudos es el recurso más caro del sistema, no está exento de riesgos y existen alternativas.

### La evolución del hospital de agudos

El hospital agudos evoluciona hacia centro de alta capacidad diagnóstica y terapéutica, con gran ambulatorización o estancias muy cortas, atendiendo a los pacientes más complejos en fase aguda y más ancianos, y que son devueltos a sus domicilios más rápido, más enfermos y con más carga de cuidados. En ausencia de recursos de ingreso intermedio o de soporte domiciliario en la comunidad, el paciente volverá al hospital generándose una espiral de mala praxis y de costes innecesarios.

### La transformación necesaria:

El desfase entre un modelo sanitario concebido en el siglo XX para atender lo agudo, lo urgente y lo episódico, y que evoluciona en el siglo XXI al margen de la realidad de lo crónico, exige una

transformación. La dirección de esta transformación se resume en hacer menos en el hospital y más en la comunidad: más las personas (autocuidados), más las organizaciones sociales y comunitarias, más la atención primaria, y más en y desde el domicilio.

## Las preferencias de pacientes y cuidadores, y el crecimiento de su capacidad de autocuidado:

Las preferencias de pacientes y cuidadores sitúan al domicilio como ámbito central en el abordaje de los casos complejos. Pero desde una perspectiva más amplia, emerge la necesidad de atender la complejidad clínica de pacientes que viven en residencias asistidas: ya es una realidad creciente y una urgente prioridad.

Por otra parte, las capacidades de pacientes y cuidadores aumentan con las generaciones más jóvenes y cultas: el crecimiento del "auto TADE" (auto tratamiento antibiótico domiciliario vía endovenosa) es un buen ejemplo.

## La miniaturización de las tecnologías sanitarias

La tecnología diagnóstica ya permite disponer de una amplia gama de dispositivos fácilmente transportables (analizadores, electrocardiógrafos, pulsioxímetros, glucómetros, espirómetros, ecocardiógrafos, etc.) que, conectados con móviles, tabletas u ordenadores portátiles, aumentan capacidad diagnóstica en el propio domicilio. Por otra parte, las tecnologías terapéuticas ya son de uso habitual en los domicilios: bombas de infusión, terapias respiratorias, nutrición artificial, diálisis...

## El desarrollo de las TIC

Por otra parte, el progreso de las telecomunicaciones permite desde hace años la telemedicina, la monitorización a distancia de múltiples parámetros de pacientes desde sus domicilios, así como las videoconferencias. Actualmente asistimos a la proliferación de aplicaciones móviles, portales... que ayudarán al empoderamiento y capacidad de autocuidado de pacientes y cuidadores. Estos desarrollos facilitarán la asunción de más complejidad clínica en los domicilios.

## La necesidad de una medicina basada en la afectividad

La buena praxis no será posible si a la efectividad técnica no se le añade afectividad. La alta tecnología afectiva es más fácil aprenderla proporcionando atención paliativa, y las UHD ya llevan años de bagaje.

## Nuestro modelo de sistema nacional de salud

El HAD tiene más facilidad de desarrollo en sistemas de salud como el nuestro (sistema público de cobertura universal, con financiación y provisión mayoritariamente pública, con gestión integrada de los ámbitos hospitalario y comunitario, con pagador único con financiación en base a impuestos y a presupuestos globales) en relación a los sistemas caracterizados por cobertura a través de seguros privados y por proveedores mayoritariamente privados, fragmentados en múltiples empresas de los ámbitos hospitalario y comunitario, con múltiples pagadores mediante procedimiento

de pago por acto. En un entorno en donde todos los proveedores privados buscan maximizar el volumen de actos para incrementar sus beneficios, el incentivo empresarial es –lógicamente- llenar el hospital, no evitar su uso ni vaciarlo. En dichos contextos, el HAD tiene más difícil su progreso y los EE.UU. son un buen ejemplo.

## ESCENARIOS DE FUTURO

El reto de mejorar la atención sanitaria y reducir su coste supone rediseñar los sistemas sanitarios. Y este reto es mayor cuanto mayor es la complejidad de los pacientes a atender. Las tendencias actuales proponen que este rediseño esté guiado por la cuádruple meta (15): la mejora de la salud de las poblaciones; la mejora de la experiencia de la atención recibida según la perciben el paciente y su familia; la reducción del coste, y la mejora de la experiencia profesional de prestar la atención.

Como hipótesis, si el HAD evita los riesgos inherentes al ingreso hospitalario, añade los efectos terapéuticos del domicilio y modifica la actitud profesional hacia más comunicación y afecto, esta combinación debería tener un impacto positivo. En este sentido, la evidencia disponible actualmente acredita que el HAD obtiene resultados clínicos al menos equivalentes (si no mejores) al hospital de agudos, genera mayor satisfacción en pacientes y cuidadores, es más barato y satisface a los profesionales que prestan la atención. Por lo tanto, podemos deducir que, según la cuádruple meta, el HAD está excelentemente posicionado como una innovación organizativa a ser potenciada: si el HAD fuera un medicamento, su indicación debería ser una recomendación de alta evidencia, y su omisión, incurrir en mala praxis.

Las tendencias mencionadas no harán más que impulsar el crecimiento del HAD. Y cabe cuestionarse: el hospital del futuro ¿será a domicilio?

Creo en un modelo de HAD polivalente, multidisciplinar y proactivo, que incluya tanto a niños como a adultos, aborde la problemática tanto orgánica como mental, asuma la óptica tanto curativa como paliativa, apoye tanto a la atención primaria como al hospital y se incorpore a modelos de atención integrada en los que la práctica colaborativa para atender a los casos más complejos sea la norma para profesionales, equipos, niveles sanitarios y sector sociosanitario.

En mi comunidad vamos avanzando en esta dirección a pesar de la crisis: en 2016 el HAD ya era el mayor hospital de la CV, con capacidad de atender cada día a más de 1.500 pacientes, generando 45.700 altas, de las que 20.400 correspondían a atención paliativa avanzada y crece su peso en el sistema: ya representa el 10,8% de los ingresos en todos los hospitales de agudos.

Por todo esto, sigo creyendo en el HAD y que el HAD es una innovación cargada de futuro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz JM, director. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: Informe ENEAS 2005 [monografía en Internet]. Madrid, España. Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citada 23 mar 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/CNJTa3>
2. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD007491. DOI: 10.1002/14651858.CD007491.pub2; PMID: 27583824

3. Espinosa J, Gómez-Batiste X, Picaza JM, Limón E. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(10):470-5. DOI: 10.1016/j.medcli.2010.06.004; PMID: 20673926
4. Townsend J, Frank AO, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A, et al. Terminal cancer care and patient preference for place of death: a prospective study. *BMJ*. 1990;301(6749):415-7. PMID: 1967134
5. Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. Hospital at home early discharge. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;1:CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub3; PMID: 19160179
6. Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:CD009231. DOI: 10.1002/14651858.CD009231.pub2; PMID: 26887902
7. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". *Med J Aust*. 2012;197(9):512-9. PMID: 23121588
8. Leff B, Burton L, Mader S, Naughton B, Burl J, Clark R, et al. Satisfaction with Hospital at Home Care. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(9):1355-63. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00855.x; PMID: 16970642
9. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Greenough WB 3rd, et al. Comparison of functional outcomes associated with hospital at home care and traditional acute hospital care. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(2):273-8. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.02103.x; PMID: 19170781
10. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Koehn D, et al. Comparison of stress experienced by family members of patients treated in hospital at home with that of those receiving traditional acute hospital care. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(1):117-23.
11. Mas MA, Santaeugènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(1):26-34. DOI: 10.1016/j.regg.2014.04.003
12. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA*. 2008;299(10):1182-4. DOI: 10.1001/jama.299.10.1182; PMID: 18334694
13. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000;321(7262):694-6. PMID: 10987780
14. Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)*. 1999;113(5):173-5. PMID: 10480141
15. Sikka R, Morath J, Leape L. The quadruple aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Qual Saf*. 2015;24(10):608-10. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004160; PMID: 26038586