

DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i1.8>

# La hospitalización a domicilio en el siglo XXI

## Hospital-based home care services in the 21<sup>st</sup> century

Dra. Beatriz Massa Domínguez

Presidenta de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

massa\_bea@gva.es

---

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

---

Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic.* 2017;1(1):7-9.

---

La hospitalización a domicilio (HAD) comienza como modelo asistencial en 1947 en el Hospital Universitario Guido Montefiore de Nueva York, con un desarrollo creciente y progresivo que no alcanzará a nuestro país hasta 1981, año en que el antiguo Hospital Provincial de Madrid (en la actualidad Hospital General Universitario Gregorio Marañón) pone en marcha la primera unidad de hospitalización a domicilio en España.

Desde entonces, la HAD ha tenido un crecimiento errático a nivel nacional motivado por un conglomerado de circunstancias que abarcaría desde la ausencia de marco normativo y regulador, el escaso impulso institucional, la falta de evidencia científica, hasta la heterogeneidad de las unidades en aspectos tan relevantes como la cartera de servicios y la dotación de recursos.

Sin embargo, y a pesar de lo mencionado, la HAD tiene una amplia implementación en el territorio español, concretándose en la actualidad (datos de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio, marzo 2016) en 109 unidades, aunque sin presencia en 2 comunidades autónomas.

A lo largo de estos casi 70 años, la HAD ha luchado por conseguir un marco definitorio que la ubique dentro de los modelos organizativos sanitarios tanto a nivel internacional como nacional. La ausencia de este marco ha lastrado su desarrollo al coexistir modelos dispares que dificultaban la generación de evidencia científica en todos los aspectos y su comparación con la hospitalización convencional.

En la esfera internacional, las publicaciones de Leff y colaboradores (1,2), trataban de acotar el concepto de HAD así como establecer sus 2 grandes y tradicionales funciones: evitar el ingreso hospitalario y el alta precoz desde hospitalización.

En nuestro territorio, y en la misma línea, artículos como los publicados en *Medicina Clínica* en 2002 por González-Ramallo y colaboradores (3), establecían las diferencias entre la atención domiciliar basada en atención primaria y aquella basada en el hospital.

No obstante, y a pesar de la disparidad de modelos vigente en la HAD a nivel mundial, en España esta alternativa asistencial está claramente definida: la HAD es «una alternativa asistencial que consiste en un modelo organizado capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario (proporcionados por profesionales de salud y recursos materiales del propio hospital),

tanto en calidad como en cantidad a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan de vigilancia activa y asistencia compleja».

Nuestras unidades son equipos interdisciplinarios formados por profesionales "expertos" en la atención especializada que se realiza en el espacio natural de nuestros pacientes, sus domicilios, y que añan no sólo su valoración física sino también aspectos sociales y familiares, implicando al paciente en la gestión de su propia enfermedad, empoderándole y con un concepto transversal del proceso clínico, asumiendo un papel preponderante en la transición bidireccional entre el entorno hospitalario y el domiciliario.

El origen de la HAD no puede menos que contextualizarse con las necesidades sanitarias que primaban a lo largo del pasado siglo XX. La congestión de los hospitales y la escasez de camas de hospitalización marcaron nuestros orígenes y durante mucho tiempo se priorizó la descarga del hospital como el objetivo de referencia para la HAD. Sin embargo, en los últimos años estamos asistiendo a un progresivo proceso de "ambulatorización" de la gestión sanitaria, avances tecnológicos en materia diagnóstica y terapéutica que no hacen necesaria la ubicación del paciente en la estructura hospitalaria y una cronificación de los procesos médicos, ligada al envejecimiento de la población, que obliga a un cambio de paradigma en los modelos sanitarios que tienen a la hospitalización a domicilio como aliado necesario.

Resulta por tanto evidente que nos encontramos inmersos en un proceso de cambio que contribuye, desde la sostenibilidad, la eficiencia y la calidad asistencial, a afrontar los retos sanitarios actuales. Es patente el sobredimensionamiento de nuestros hospitales; numerosos procesos tradicionalmente ligados al ingreso convencional han dejado de serlo, pudiendo ser asumidos en el domicilio del paciente como las publicaciones científicas están dejando de serlo. La cronicidad ha relevado a los procesos agudos en importancia, entre otros aspectos, en consumo de recursos, haciendo necesaria la implicación del paciente como actor protagonista de la gestión sanitaria, validando sus decisiones y deseos, y ha hecho evidente la necesidad de garantizar una continuidad de cuidados entre todos los recursos implicados que garantice una asistencia excelente en todos los sentidos.

Con todo esto, la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD) defiende y reivindica el papel que la HAD debe tener dentro del posicionamiento estratégico sanitario a nivel nacional en el siglo XXI. Asumimos nuestra responsabilidad como sociedad científica para resolver los retos que plantea el futuro de la sanidad, aportando conocimiento experto y proponiendo soluciones.

Por ello, SEHAD se encuentra inmersa en un ambicioso proyecto estratégico: HAD 2020; clave de futuro que establece la visión y la líneas estratégicas de la HAD a nivel nacional en los próximos años.

Así, y tras un profundo análisis de situación, HAD 2020 establece como visión: la HAD como una modalidad asistencial consolidada y generalizada, que permite dar una atención al paciente digna, equitativa, próxima, ajustada a sus necesidades, segura y excelente. Contribuye a la sostenibilidad del sistema y acerca la atención especializada al escenario terapéutico natural que es el propio domicilio.

La HAD del siglo XXI no se plantea ya exclusivamente como alternativa asistencial, se posiciona como la mejor alternativa para numerosos procesos médicos y quirúrgicos en un determinado momento evolutivo de los mismos. Y esto es posible porque la HAD proporciona intensidad de cuidados mediante una atención multidisciplinar centrada en el paciente, humanizando esta atención e integrando al paciente y su familia en los cuidados. Fomenta la continuidad asistencial y es segura, efectiva, eficiente y satisfactoria.

Desde SEHAD consideramos necesaria la difusión y consolidación de nuestro modelo asistencial, modelo que contribuye claramente a la mejora y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

Sin duda, el nacimiento de esta revista: HOSPITAL A DOMICILIO, contribuirá de forma notoria a la consecución de estos objetivos, y a posicionar a la HAD en el siglo XXI como modelo asistencial de excelencia.

## Bibliografía

1. Leff B, Montalto M. Home hospital-toward a tighter definition. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(12):2141. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52579\_1.x; PMID: 15571559
2. Leff B. Defining and disseminating the hospital-at-home model. *CMAJ.* 2009;180(2):156-7. DOI: 10.1503/cmaj.081891; PMID: 19153385
3. González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc).* 2002;118(17):659-64. PMID: 12028904