|  |
| --- |
| Tabla 1. Elementos constituyentes de la visión estratégica del HAD 2020. |
| **ÁMBITO** | **OBJETIVOS** | **VISIÓN HAD 2020** |
| **Modelo Asistencial** | **Modelo asistencial definido** | Homogeneidad, mínimos comunes a todas las unidades (recursos y actividad). Cartera básica común |
| **Atención integrada** | Integración funcional con otros servicios y niveles (MI,HDIA,UCIAS, AP) y alternativas a la hospitalización |
| **Modelo de acreditación propio.** | Generar una dinámica de acreditación de las unidades basada en el modelo asistencial, los resultados clínicos, la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la gestión de los recursos |
| **Uso intensivo de nuevas tecnologías** | Aplicar nuevas tecnologías en facilitar el control del paciente en su domicilio |
| **Cobertura ampliada** | Cobertura 365 días al año. Garantizando dispositivo atención continuada |
| **Recursos HAD** | **Universalidad de su implantación**, | Todos los hospitales deben tener una HAD. Opción de hospitalización “por defecto”. Accesible para toda la población |
| **Sistemas de información**  | Homologables y adaptados. Información sobre gestión de costes. SI específicos para HAD (indicadores, Bases de datos comunes) |
| **Autonomía de gestión** | Dotar a la HAD de capacidad de gestión. Consideración de unidades de gestión clínica |
| **Perfil profesional** | **Reconocimiento profesional** | Mejorar la. Categoría profesional (formación continuada específica, docencia en pre/postgrado) |
| **Promover la investigación** | **Gestión conocimiento. Investigación clínica.** | Capacidad para generar conocimiento y evidencia sobre la HAD. Publicar experiencias. Practicar y fomentar el Benchmarking |
| **Sostenibilidad** | **Financiación específica** | Sostenibilidad. Modelo de financiación HAD justo. Ajustado por dispersión, actividad, complejidad y resultados. Modelo incluido en la administración pública y reconocido como línea de facturación de los hospitales |
| **Impacto social** | **Prestigio social de la HAD** | Impacto en el sistema y en los medios. Imagen de excelencia. Buscar una revista de referencia de la sociedad científica |

|  |
| --- |
| Tabla 2. Matriz DAFO de diagnóstico estratégico de la HAD en España\* |
| **FORTALEZAS** | **DEBILIDADES** | **OPORTUNIDADES** | **AMENAZAS** |
| Implicación con la asistencia. Identificación con la HAD [7] | Variabilidad en la atención entre unidades [9] | Desarrollo de nuevas TIC y sistemas de información [9] | Percepción como amenaza por parte de AP y algunos servicios hospitalarios [9] |
| Trabajo en equipo multidisciplinario [7] | Financiación insuficiente o inexistente [8] | Atención más centrada en procesos y rutas asistenciales. Oportunidad de liderazgo para la HAD [9] | Indiferencia, desconocimiento de políticos y planificadores [8] |
| Buen ambiente laboral [6] | Disparidad de carteras de servicios. ¿Qué es? y ¿Qué no es?[7] | Necesidad de potenciar *continuum* asistencial entre el hospital y la atención primaria [rol HAD] [6] | Fragmentación del proceso asistencial. No visión integral [7] |
| Atención de calidad centrada en el paciente [6] | Falta de indicadores específicos. No se pueden conocer resultados ni compararlos [6] | Salir de la crisis: búsqueda de organizaciones eficientes y con buenos resultados clínicos, HAD en la línea si genera evidencia propia [6] | Falta de definición en procesos transversales. Liderazgos externos en pacientes crónicos [6] |
| Se percibe cierta dinámica de modernización y cambio en la HAD [5] | Poco reconocimiento profesional. Problema de “autoestima” [6] | Intensificar la relación con otras sociedades científicas [5] | Dirección estratégica en salud errática y politizada [5] |
| Alto nivel de satisfacción del paciente y su familia [4] | Investigación HAD, testimonial. No se genera evidencia [6] | Oportunidad de trabajar y compartir datos en red entre las UHAD del estado [4] | Falta de interés de los clientes internos [Servicios] en la HAD [5] |
| Flexibilidad y capacidad de adaptación [3] | Falta un programa estatal que reconozca y consolide la HAD [5] | Proponer y desarrollar un plan nacional HAD [4] | Gerentes que busquen oportunidad de ahorro a corto plazo. Recortar programas HAD para ahorrar recursos [4] |
| Perfil resolutivo para el hospital. Cubre déficits asistenciales [3] | Falta formación específica [5] | Utilizar la gestión clínica como herramienta de cambio y de mejora [4]  | Falta de liderazgo directivo HAD en el centro por parte del director médico y del gerente [4] |
| Profesionales experimentados. Protocolos existentes [2] | Disparidad de recursos. En general faltan [5] | Buena aceptación en algunas publicaciones de trabajos de investigación clínica en HAD [3] | Priorizar financiación de la complejidad frente a alternativas como la HAD [4] |
| Rol de nexo asistencial entre el hospital y la atención primaria [2] | Irrelevancia de la SEHAD. Solo organiza congreso [5] | SEHAD como aglutinador y parte frente a políticos y planificadores [3] | Fragmentación del mapa sanitario español. 17 realidades distintas [3] |
| Amplio horario de atención | Utilización irregular de las nuevas tecnologías, más bien pobre [5] | Buena predisposición de algunos agentes externos como socios de la HAD: industria [2] | Competencia con ATDOM de atención primaria [3] |
| Capacidad de alejar al paciente del hospital y mantenerlo en su entorno | No se conocen datos concluyentes de costes. No se puede afirmar la eficiencia [4] | Sobrecarga asistencial de atención primaria. Papel de la HAD menos discutido [1] | Presión asistencial según necesidades de los Servicios. Demanda no controlable [3] |
| Implicación con la asistencia. Identificación con la HAD [7] | Escaso impacto en los medios y en la sociedad [4] |  | Descoordinación con los recursos socio-sanitarios [3] |
|  | No se visualiza como alternativa a la HC. Es un complemento [3] |  | Competencia en investigación. No acceso a fondos competitivas [2] |
|  | Pendiente de la fidelización de algunos servicios [3] |  | Falta de cultura y concienciación sanitaria de la población general [1] |
|  | Falta cultura de evaluación y mejora continua [2] |  |  |
|  | En bastantes centros aún no se dispone de HªCª informatizada [2] |  |  |
|  | Descoordinación con atención socio-sanitaria [1] |  |  |
| \* El número entre corchetes expresa la relevancia de cada propuesta en el conjunto, siendo 9 la máxima puntuación y 1 la mínima. |

|  |
| --- |
| Tabla 3. Coste por estancia y por alta en unidades de Hospitalización a Domicilio (HAD) españolas: años 2006 a 2008 (19).  |
| **CENTRO** | **COSTE POR ESTANCIA (€)** | **COSTE POR ALTA (€)** |
| UHD Marqués de Valdecilla | 157 | 2523 |
| UHD Gregorio Marañón | 199 | 1859 |
| UHD Cruces | 104 | 1529 |

|  |
| --- |
| Tabla 4. Estimación de ahorro por estancia en unidades de HAD españolas: años 2006 a 2008 (19).  |
| **CENTRO** | **COSTE HAD (€)** | **COSTE HOSPITAL (€)** | **DIFERENCIA (%)** |
| UHD Marqués de Valdecilla | 157 | 589 | 74 |
| UHD Gregorio Marañón | 199 | 807 | 75 |
| UHD Cruces | 104 | 937 | 88 |

|  |
| --- |
| Tabla 5. Estimación de ahorro por proceso en unidades de HAD españolas: años 2006 a 2008 (19). |
| **CENTRO** | **COSTE HAD (€)** | **COSTE HOSPITAL (€)** | **DIFERENCIA (%)** |
| UHD Marqués de Valdecilla | 2523 | 6598 | 61 |
| UHD Gregorio Marañón | 1859 | 6169 | 70 |
| UHD Cruces | 1529 | 4864 | 69 |