

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2012/13

Trabajo Fin de Grado

Sistemas de organización de los cuidados de enfermería

- Autor -

David Álvarez Azor

- Tutora:

María Teresa Belmonte García

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. OBJETIVOS	7
4. METODOLOGÍA.....	7
5. DESARROLLO	9
5.1 Evolución histórica de la hospitalización domiciliaria.....	9
5.2 Diferencias entre hospitalización domiciliaria y atención primaria.....	10
5.3 La unidad de gestión clínica imprescindible para la HaD.	12
5.4 Cartera de servicios de la hospitalización a domicilio.....	13
5.5 Tipos de patologías más frecuentes en HaD: procesos en los que la HaD es rentable	15
5.6 Propuestas para una gestión innovadora y exitosa de la hospitalización domiciliaria.....	17
6. DISCUSIÓN	20
7. CONCLUSIONES	23
8. BIBLIOGRAFIA	23

1. RESUMEN

El objetivo de este trabajo es hacer una descripción de la hospitalización a domicilio. Se sabe que la demanda respecto de este servicio se está volviendo una necesidad para la población. La hospitalización a domicilio consiste en brindar cuidados eminentemente hospitalarios en el domicilio de los pacientes. Esto requiere, una visión global de los diferentes estratos de organización de los cuidados sanitarios, para así poder realizar un seguimiento continuado del paciente. La hospitalización domiciliaria es el nexo de unión entre la atención primaria y la hospitalaria, es el puente que nos hace tener un flujo de información bidireccional fundamental para conseguir una mejora en la calidad asistencial de los pacientes. Los cambios demográficos, culturales, los avances tecnológicos, todo nos indica que la implementación de este nuevo sistema de organización de los cuidados sanitarios es tangible, se puede decir más ya es palpable tanto a nivel nacional como internacional, pero se necesita una apuesta firme por parte de la administración, un liderazgo sólido que apueste por un cambio global de visión poniendo en el horizonte esta alternativa a la hospitalización convencional. Las mejoras son un hecho, se racionalizan los recursos, optimizándose y se produce una mejora global. Lo único que se necesita es encontrar las claves administrativas para su implantación. Se desarrollan objetivos definidos, así como propuestas claras para su mejoría. En la creación de este trabajo nos hemos apoyado en bases de datos científico-sanitarias, basándonos en la evidencia científica, para apoyar una discusión teórica sobre los principales argumentos hallados.

2. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se presentan nuevas propuestas de gestión de cuidados. El mundo sanitario está sufriendo una revolución constante a lo largo de la historia en cuanto a su organización y estructura. En nuestros días esta evolución está acelerándose, todo el entramado social cambia y esto afecta de forma directa a la organización de los sistemas sanitarios a escala mundial. (Cuxart y Estrada, 2012).

Por ello están surgiendo nuevas alternativas a los sistemas más tradicionales (representados por la hospitalización tradicionalmente conocida), ya que los recursos en el Hospital, deben ser rentabilizados con mayor eficacia debido al mayor coste que suponen. Además, el aumento de la demanda de los servicios sanitarios, con el consiguiente aumento del gasto, los cambios demográficos, sociales y de los patrones de morbilidad, y las constantes innovaciones en el campo de la tecnología están estimulando la aparición y la difusión de estas nuevas formas de asistencia sanitaria (Carlos Martínez Ramos, 2009)

Como característica primordial, estas nuevas formas de asistencia pivotan alrededor del paciente (servicio sanitario) y no alrededor del espacio donde se presta el servicio (cama hospitalaria). Así, en la última década se han generado nuevas alternativas a la hospitalización convencional que hoy cuentan con una amplia experiencia y permiten dar una respuesta adecuada a la atención de las enfermedades más prevalentes, tanto en su vertiente diagnóstica como terapéutica. La importancia de estas alternativas a la

hospitalización domiciliaria (HD) obedecen las condiciones económicas y asistenciales del contexto hospitalario actual, en el que asistimos a una disminución de las camas para pacientes agudos (acentuada por la situación económica), junto a las presiones internas y externas para aumentar la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos sanitarios. Según los estudios de Cuxart & Estrada, 2012 estas alternativas a la hospitalización convencional suponen un mayor ahorro económico al conjunto del sistema sanitario y un mayor grado de satisfacción y comodidad para el paciente, asegurando y manteniendo la calidad asistencial.

Los servicios de salud de las administraciones públicas cubren un espectro de actividades amplio y algo heterogéneo. Con la definición explícita de un catálogo o de carteras de servicios de se avanza en su formalización y visibilidad. Para un buen seguimiento de su desempeño se precisa disponer de indicadores apropiados, como es habitual en los servicios asistenciales. Estos indicadores persiguen conocer la realidad, normalizar los criterios de actividad y evaluar los resultados. Se pretende obtener una batería de indicadores cuya obtención y uso sea viable, y que aporte valor al seguimiento de los servicios. Para cada producto o servicio desarrollado se proponen una serie ámbitos que los indicadores deben cubrir, siguiendo el esquema de resultados e indicadores clave propuesto por el modelo EFQM para el sector público: 1) actividad o producción; 2) cobertura, calidad o resultados; 3) coste. Es factible desarrollar un sistema de información de gestión para los servicios de salud pública que permita comparaciones a lo largo del tiempo o entre territorios. Se puede disponer de indicadores de actividad para todas las líneas de trabajo productivo, aunque para algunas líneas se plantean dilemas. Los indicadores que reflejan la cobertura, la calidad o el impacto de los servicios plantean mayores dificultades, porque requieren información complementaria que no siempre está disponible. Para algunas líneas no parece viable actualmente disponer de indicadores de este tipo; en otras se pueden tener, pero con frecuencia no están disponibles en tiempo real, y algunos requieren un período más largo de elaboración. Esto comporta limitaciones en su uso, especialmente cuando el interés del desarrollo de un sistema de indicadores es facilitar la gestión. Claramente, este es un campo a mejorar. (Villalbí, Ballestín, Casasa y col 2012)

Es evidente que nos estamos centrando en nuevas formas de organizar la asistencia sanitaria y los cuidados, por tanto, en estas nuevas estructuras de atención sanitaria, entendemos que hay que destacar dispositivos asistenciales liminares entre Atención Primaria y Atención especializada como los siguientes (Torres, Capdevila, Morel y col, 2007)

- Hospitales de día.- Un hospital es una estructura sanitaria asistencial por el cual el paciente recibe las técnicas terapéuticas que requiere sin necesidad de abandonar su entorno familiar. El paciente es internado por un plazo de horas determinado (8, 12, etc.) durante las que reciben todos los tratamientos especializados (terapias con aparatos, análisis, control post-operatorio, etc.) por

parte de personal especializado que requiere seguimiento o aparatos médicos que deben ser manipulados dentro de instalaciones sanitarias. Al finalizar la atención el paciente vuelve a su hogar.

- Unidades de corta estancia están destinadas a la estancia de los pacientes con problemas agudos de baja complejidad diagnóstica y por lo tanto deben permitir el alta en periodos inferiores a los 5 días.
- Las unidades de hospitalización domiciliaria, son una nueva forma de concebir la atención sanitaria en la que basaremos este trabajo de gestión. Consiste en dar atención puramente hospitalaria en el domicilio. (Torres y col, 2007)

Es en esta última modalidad en la que nos vamos a centrar a lo largo de este trabajo, con él pretendemos dar las claves que hacen de la hospitalización domiciliaria el futuro de la atención sanitaria y una nueva vía de asistencia sanitaria, en definitiva la alternativa que descongestione un sistema saturado y falto de soluciones ante el aumento incesante de la demanda así como del gasto.

Para contextualizar un poco más la Atención Domiciliaria como sistema multidisciplinar de atención de calidad, a continuación destacaremos algunos aspectos relevantes de la misma. El domicilio es el entorno donde se desarrolla la vida del paciente, su entorno que, a la vez de ofrecerle mayor seguridad, ofrece al sistema sanitario actual un desahogo económico importante. Para que este tipo de hospitalización se lleve a cabo hacen falta muchos requisitos que se expondrán a lo largo de este trabajo, en concreto destacamos que el SNS debe apostar por líderes que sitúen la HD como un nuevo sistema de organización de cuidados más eficaz y satisfactorio para la población en general y para los propios enfermeros en particular, ya que mejoraría la atención enfermera en patologías más crónicas y se valorarían mejor los cuidados desde una perspectiva más individualizada y holística. De hecho, según Carballo, Júdez, Abajo y col (2001) unos de los requisitos imprescindibles para el modelo de la HD es tener un recurso tan valioso como el cuidador principal.

El desarrollo de este tema se debe a que en la actualidad la sanidad pública se encuentra en una situación comprometida, y se buscan nuevas fórmulas para poder sobreponerse a una crisis del sistema sanitario. La HD está contrastada en otros países siendo los resultados favorables para el sistema y la sociedad en general, es esto lo que nos lleva a indagar en el desarrollo de este trabajo, en las claves de una HD de calidad. Es una forma de organización de los cuidados innovadora, realista, eficaz que puede generar una nueva visión en la sanidad, actualizando toda la estructura del sistema sanitario. El alcance que puede llegar a tener la implantación de esta forma de organización de cuidados es lo que nos lleva a la realización de este trabajo.

Con la HD se puede hacer un uso más efectivo de los recursos, la asistencia sanitaria se podría decir que es un servicio que se basa en el conocimiento por ello debemos de tener unos profesionales que conozcan los recursos que tienen dentro de la HD y como

crear una productividad alta usando sus conocimientos. La identificación de necesidades comunes y la búsqueda de soluciones también comunes es una realidad tangible en la HD, esto nos permite tipificar procesos con otros servicios consiguiendo así una organización mejor estructurada donde el uso de los recursos sea una efectividad alta y a consecuencia de esto, se procede a estandarizar dichos procesos. (Carballo, y col, 2001)

La HD debe ser un servicio que además de eficiente y efectivo, tenga una calidad evidente para los usuarios así como para el trabajador por ello debemos de trabajar con herramientas para la mejora de la calidad asistencial dentro de la HD. se deben de consensuar una medidas de actuación, que sean las más adecuadas en cada caso , posteriormente se intentará conocer la opinión de los clientes o usuarios mediante encuestas y se pueden formar grupos de mejora con el personal , puesto que mejorar la calidad del servicio es responsabilidad de todos los profesionales que lo integran. Del mismo modo se pueden hacer otras actividades como el análisis de los procesos, la formulación de acciones de mejora, la detención de procedimientos normalizados de trabajo para diversas actividades, la creación de grupos de mejora, y la auditoría o la certificación o acreditación externa. Todos ello siguiendo el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) tal y como aconseja Villalbí y col ,(2012).

En realidad, estamos exponiendo un nuevo modelo de organización como la HD en el que se apuesta por una asistencia sanitaria de la más alta calidad, demostrado como se puede hacer un manejo efectivo y eficiente de los recursos sanitarios, permitiendo que el sistema sanitario consiga una mejora global que incida sobre todo en la sobrecarga asistencial de centros y servicios tan demandados como Urgencias, Psiquiatría, Cirugía etc.

Por ello en el presente trabajo nos hemos realizado la siguiente pregunta de investigación: ¿funciona adecuadamente el SNS en la actualidad sin la Hospitalización Domiciliaria tal y como la hemos definido en nuestro trabajo? Es decir, ¿realmente hay una mejora en la gestión de los recursos asistenciales con la HD?

Para intentar obtener las claves de esta pregunta principal se desarrollan a continuación los siguientes objetivos.

3. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo sería:

- Estudiar un modelo de organización de asistencia sanitaria basada en cuidados de larga estancia en la actual situación del sistema económico y sanitario, que suponga una mejora de la calidad asistencial, así como una alternativa a la hospitalización convencional.

Secundado por estos objetivos específicos:

- Definir la hospitalización domiciliaría como modelo de mejora en los cuidados hospitalarios prestados al paciente, describiendo tanto su estructura como su implantación en los sistemas de salud occidentales.
- Analizar la organización de cuidados derivada de la HD según las fuentes secundarias utilizadas
- Exponer las claves administrativas y gestoras para la implantación de la hospitalización domiciliaria como un sistema alternativo de alta eficacia y eficiencia.

4. METODOLOGÍA

Este trabajo es un estudio teórico basado en una revisión bibliográfica, cuya finalidad esencial es la de comunicar los resultados de investigaciones, ideas y debates de una manera clara, concisa y fidedigna.

Para la realización de esta revisión se han seguido las siguientes etapas:

- Definición correcta del tema.
- Elaboración de un plan de trabajo.
- Búsqueda bibliográfica.
- Selección y acceso a los documentos.
- Análisis de los documentos.
- Síntesis de la información.
- Redacción del artículo del trabajo.

Para el siguiente trabajo hemos desarrollado métodos de búsqueda bibliográfica siguiendo una estrategia ideal de información que han consistido en efectuar:

- La búsqueda en bases de datos.

Dentro de las bases de datos, se han utilizado las siguientes, Scielo, Cochrane, biomend, IME biomédicam, CINHAL, Elsevier Doyma Spanish Medical Collection.

Hospitalización domiciliaria, visión del futuro

En cada una de ellas he utilizado las palabras clave, hospitalización, domiciliaria, gestión, calidad, asistencial, recursos, indicadores, acompañados de operadores booleanos AND y OR.

Bases de datos e índices	Operadores booleanos	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados
Cinhal	AND y OR	34	2
Scielo	AND y OR	43	5
Cochrane	AND y OR	23	1
biomend	AND y OR	12	0
IME	AND y OR	56	3
Elservier doyma savnish medical collection	AND y OR	78	9

En ellas se han utilizado determinados criterios de exclusión que definieran un marco de información determinado.

Los criterios de inclusión han sido varios en concreto que los artículos seleccionados trataran la HD desde la perspectiva de la gestión de recursos, la HD concebida como alternativa a la hospitalización convencional, y años de publicación, más específicamente desde el 2000 en adelante hasta el 2013.

Los criterios de exclusión que he tenido ha sido los de dejar fuera a artículos que tengan un componente importante de atención primaria y los artículos que se refieren a patologías muy concretas.

La búsqueda que se ha realizado desde los meses de Enero a Mayo y reforzada en los meses de Junio y Julio de 2013.

En el análisis de los documentos hemos seguido una serie de etapas, en concreto las siguientes:

- Familiarización con el contenido del documento o la serie de documentos.
- Clasificación preliminar de los documentos sobre la base de su contenido y criterios organizativos.

- Selección y extracción de la información más relevante o sobresaliente, relacionada con el sujeto de estudio.

Hecho el análisis de los textos y artículos encontrados sobre HD, se ha procedido a realizar una síntesis de la información más relevante para el trabajo mediante el ordenamiento y combinación de la información extraída dentro de cada epígrafe o sub-epígrafe propuesto para el trabajo, seguido de una condensación de la información en una estructura y forma adecuada para conseguir los objetivos del trabajo a través de las fuentes trabajadas.

Una vez bien definida la metodología por la cual se ha regido la redacción de este trabajo, se pasa describir el desarrollo del mismo.

5. DESARROLLO

5.1 Evolución histórica de la hospitalización domiciliaria.

La hospitalización domiciliaria nació en el hospital de Montefiore de Nueva York a mediados del siglo pasado para ser más concretos en 1947 por Bluestone con el propósito de descongestionar el hospital, buscando también un entorno en el cual el paciente tuviera un clima psicológico más apropiado y hacer así que las dificultades que tenían los ciudadanos de los estratos más bajos de la sociedad con ausencia de seguro médico fueran paliadas. Desde hoy hasta entonces han incrementado su uso y hoy existen en los EE.UU. casi 3000 agencias que proporcionan cuidados de corte hospitalarios a domicilio. En Europa la HD comienza unos años más tarde, es en el año 1951 cuando el hospital de Tenon de París con el nombre de hospitalisation à domicile posterior mente en el año 1957 se creó en esta misma ciudad el Santé Service, una organización no gubernamental sin ánimo de lucro que en la actualidad sigue prestando asistencia sociosanitaria a pacientes crónicos y terminales. A partir de finales de los años sesenta se ha ido implantando en diversos países con diferentes nombre: hospital care at home o hospital at home en Gran Bretaña, hospital extra –mural en Canadá, hospital based at home en Suecia, trattamento a domicilio u ospedalizzazione a domicilio en Italia y hausliche krankenpflege en Alemania. (González, Valdivieso y Ruiz, 2002)

Se cumplen ahora treinta y dos años desde la apertura de la primera Unidad de Hospitalización a Domicilio de España. Concretamente en Mayo de 1981, el entonces hospital provincial de Madrid hoy Hospital General Universitario Gregorio Marañón, inaugura una unidad con esta denominación. El servicio se inspiró en el Santé Service de París anteriormente nombrada. Esta unidad sirvió de inspiración a otros hospitales para la apertura de otras unidades de esta índole en diferentes hospitales importantes del país. El comienzo fue difícil la falta de apoyo con una apuesta decidida, la ausencia de un plan director y el escaso impulso que la administración estatal dio a esta modalidad llevo al cierre de algunas unidades y al estancamiento de este sistema de organización de cuidados. Hubo un hecho clave para el desarrollo y potenciación de la

hospitalización domiciliaria en nuestro país, ese fue el traspaso de competencias a las comunidades autónomas, esto posibilitó que comunidades como la Comunidad Valenciana y el País Vasco desarrollaran sistemas que apostaban claramente por potenciar este tipo de asistencia y su implementación. Posteriormente se le unen otras comunidades autónomas como Cataluña y Galicia. En la actualidad hay más de ochenta unidades de hospitalización a domicilio censadas en la red pública de toda España. (González y Segado 2004)

La hospitalización domiciliaria ha sufrido un lento resurgimiento en España en los últimos 5 años. A pesar del apoyo inicial de la administración, en la mayoría de las comunidades autónomas no ha existido una determinación estratégica a favor de esta y de otras alternativas de hospitalización. En la mayoría de las comunidades autónomas el desarrollo de las unidades de hospitalización a domicilio se ha debido principalmente al esfuerzo de los hospitales y no a la existencia de políticas que favorecieran la racionalización y optimización de la atención domiciliaria especializada. La actual situación de crisis económica brinda de nuevo una oportunidad para que las autoridades sanitarias apuesten por esta línea de atención.

La creación de la Sociedad Española de HAD (SEHAD) en 2006 supuso un paso adelante en el desarrollo nacional de la HAD. Según el directorio de la sociedad, en septiembre de 2010 existían en España 102 UHAD en activo. A pesar de ellos, la distribución geográfica por CCAA es irregular. En los últimos años ha madurado la existencia de un modelo asistencial propio cuyas principales características consisten en una elevada intensidad de intervención en el domicilio, con presencia física del facultativo especialista y la diplomada de enfermería en el domicilio del enfermo y predominantemente centrado en la atención de procesos agudos.

La existencia de este modelo común y diferenciado en nuestro país supone un activo que deberá ser empleado a fondo en los próximos años para potenciar la expansión de la HAD.

5.2 Diferencias entre hospitalización domiciliaria y atención primaria.

En la literatura existen, por un lado, múltiples y diferentes definiciones de HD como modalidad de atención sanitaria y, por otro, controversias acerca del marco en el que debe funcionar. Sin embargo parece haber consenso respecto a que la función primordial sería la de brindar al paciente en su domicilio cuidados médicos y de enfermería en igual cantidad y calidad que en el hospital. Dicho de otra forma, la HD estaría indicada en aquellos pacientes que necesitan asistencia especializada pero sin que sea necesario su ingreso en el hospital. El enfermo se considera, a todos los efectos como ingresado en el hospital, de manera que el centro hospitalario es responsable del paciente y debe garantizar la eficacia y la calidad de su asistencia. La HD es pues un servicio asistencial más del hospital y, por tanto, debe disponer de infraestructura diagnóstica y terapéutica propia de los centros hospitalarios.

Las diferentes definiciones de HD se han elaborado básicamente en función, en primer lugar, del modelo del centro que lo pone en práctica, en segundo lugar de las características de la comunidad a la que presta servicio y, en tercer lugar, de las relaciones que mantiene con los diferentes niveles asistenciales.

Para unos es un conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio, de una complejidad, intensidad y duración comparables a los que recibirá un paciente en el hospital convencional.

Para otros es una alternativa asistencial del Área de Salud, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería, de rango hospitalario, a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan de infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencial compleja.

Por lo tanto, la HD constituye una forma asistencial que tiene como fin acortar, o en su caso evitar, la estancia de un paciente en el hospital, proporcionándole una asistencia de rango hospitalario en su propio domicilio por un equipo cualificado de hospitalización domiciliaria. La HD es una alternativa excelente a la hospitalización convencional, cada vez más extendida en los centros sanitarios.(Martínez, 2009)

La HD añade una descongestión de los grandes centros hospitalarios donde hay una tasa de ingresos alta y la poca fluidez de los servicios es algo habitual. El aportar una vía de escape al hospital diluyendo la masificación de pacientes y haciendo que los servicios funcionen con mayor fluidez y esto nos lleve a un aumento de la calidad en los cuidados y todo lleve a una mejorar generalizada del sistema a raíz de una apuesta firme por la hospitalización domiciliaria.

Según Martínez (2009) se deben de cumplir determinadas premisas para un correcto funcionamiento de un equipo de HD. Una de esas principales premisas es que el servicio debe estar dotado de personal que trabaje en un hospital convencional y que conozca todos los mecanismos del mismo, para así poder ofrecer a estos pacientes los mismos cuidados y oportunidades que al resto de pacientes ingresados en el hospital. Esta es una de las características que diferencia a la hospitalización domiciliaria de la atención primaria a domicilio, debiéndose considerar la hospitalización como un servicio más de la hospitalización domiciliaria.

El personal sanitario que habitualmente constituye una unidad de hospital de día está formado por:

- Médico coordinador.
- Médico asistencial.
- Supervisión de enfermería.
- Enfermería asistencial.

- Auxiliar de enfermería.
- Auxiliar administrativo.
- Fisioterapia.
- Trabajo social.

Todos los profesionales son asalariados del hospital donde se ubica la hospitalización domiciliaria. La financiación de la unidad de la hospitalización domiciliaria es pública y todos los servicios son gratuitos. Todos estos recursos dependen de la dirección médica del hospital.

Los objetivos de gestión de los servicios que se han de cumplir en la hospitalización domiciliaria se relacionan a continuación:

- *Mejora*, ya que se presta la asistencia sanitaria en el médico habitual del enfermo. De esta manera se respeta su intimidad, se facilita el trato personal, se favorecen los auto-cuidados, se potencia la independencia socio-familiar y se aportan elementos de bienestar.
- *Evitar ingresos innecesarios para eliminar el riesgo de la hospitalización*, especialmente la infección intrahospitalaria, así como las consecuencias derivadas de la desconexión del médico familiar del social y social.
- *Mejorar la utilización de los recursos* ya que disminuye o evita las estancias innecesarias, libera camas que pueden ser utilizadas por otros enfermos y acorta el tiempo de espera de los pacientes de peligro hospitalario. Permite la reorganización asistencial de determinados servicios hospitalarios, adecuada la tecnología y los medios terapéuticos a la enfermedad y permite racionalizar costes.
- *Contener el gasto sanitario* gracias a la mejoría de la relación coste-beneficio frente a la hospitalización tradicional, especialmente si se inscribe dentro del proceso de una reforma asistencial de los hospitales y en patología de una frecuencia y coste.

5.3 La unidad de gestión clínica imprescindible para la hospitalización a domicilio.

La hospitalización a domicilio (HAD) debe de tener una base sólida para su desarrollo como hemos podido ver para eso nos apoyamos en la gestión clínica. Esta permitirá a la HaD un rediseño organizativo, un análisis de las situaciones y elaboración de estrategias que incorporara a los profesionales de la enfermería en la gestión de la práctica clínica. Otorga a la HaD como unidad asistencial la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y poder promover su responsabilidad y autonomía.

La gestión clínica es un proceso de rediseño organizativo, análisis de situación y elaboración de estrategias que incorpora a los profesionales de los cuidados en la

gestión de la práctica clínica. Otorga a las unidades asistenciales la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y promover su responsabilidad y autonomía.

La gestión clínica conlleva la consecución de objetivos que mejoran la administración de servicios también de la HaD en concreto:

1. Definir el marco conceptual que promueve la responsabilidad, la autonomía, la descentralización de la gestión y la toma de decisiones en servicios de salud pública.
2. Establecer los elementos fundamentales que posibiliten el desarrollo de las unidades de gestión clínica en la HaD.
3. Exponer los beneficios que supone la gestión clínica para los implicados en la HaD: profesionales asistenciales, gestores y ciudadanos.

El primer paso para la gestión clínica es la definición de la cartera de servicios, mapa de procesos, prestaciones y cuidados ofertados por las unidades asistenciales, y debe incluir explícitamente la misión y los valores de la organización estos quedan definidos a lo largo del desarrollo de este trabajo.

Como podemos observar la unidad de gestión clínica da unos valores a la HaD que se orienta hacia una mejora incesante, una búsqueda permanente de la excelencia, una mejora continuada de la calidad, siempre actuar con innovación generando nuevas vías de asistencia, poner al ciudadano como centro de todo, el respeto a la persona enferma y a sus allegados, la promoción de la independencia de la persona en el autocuidado y en el mantenimiento de su salud, la continuidad asistencial y el trabajo en equipo como dimensión esencial de trabajo y un compromiso ferviente con el sistema sanitario.

5.4 Cartera de servicios de la hospitalización a domicilio.

No solo las unidades de gestión clínica mejoran la HaD. El concepto de HD, o quizá el término más amplio de atención domiciliaria basada en el hospital engloba diferentes niveles o esquemas asistenciales que, aunque proporcionen cuidados de rango hospitalario con elevada intensidad de cuidado, lo hacen en pacientes en diferentes fases evolutivas de su enfermedad, por lo que la duración de los cuidados y el consumo final de recursos son distintos. Es necesario por lo tanto describir los diferentes esquemas asistenciales que el hospital lleva a cabo en el domicilio así como los términos que lo identifican:

- Esquema de alta temprana o descarga .- Similar al realizado en una sala de hospitalización de agudos , en el que se atiende al paciente en su fase aguda o sub-aguda a los que se proporciona en su domicilio durante un periodo de tiempo limitado, normalmente de días , cuidados de intensidad y complejidad propiamente hospitalarios . La estancia debe de ser similar a la del un hospital de agudos. Permite trasladar de forma temprana a sus hogares a pacientes agudos, crónicos, reagudizados, posquirúrgicos, traumatológicos o enfermos en situación

terminal con descompensación de síntomas que tras fase diagnóstica y el control inicial de la enfermedad, todavía necesitan cuidados propiamente hospitalarios durante un periodo determinado hasta su alta definitiva. Como hemos hablado anteriormente este esquema asistencial está cambiando últimamente puesto que los pacientes ya no proceden desde su inicio siempre de las salas de hospitalización sino que algunos ingresan directamente desde el servicio de urgencias.

- Esquema de alta tecnología.- define la aplicación de procedimientos terapéuticos o diagnósticos complejos (nutrición artificial , infusión intravenosa de antibióticos , quimioterapia , hemodiálisis , ventilación mecánica) hasta el momento patrimonio exclusivo del hospital a pacientes estables en su enfermedad pero con necesidad de estos cuidados que al ser proporcionados en su domicilio, les permiten abandonar el hospital y mantener periodos de estabilidad clínica más largos con mejora de su calidad de vida. El esquema asistencial desarrollado es similar al de un hospital de día y se desarrolla en el domicilio por condiciones de inmunosupresión o discapacidad. El consumo de recursos en este esquema asistencial es de aproximadamente dos días de estancia en el hospital y tres de visita por episodio. La atención se realiza de forma puntual o periódica y exige una adecuada coordinación con los equipos de atención primaria para conseguir buenos resultados.
- Función de soporte .- En este esquema asistencial se realizan en el domicilio tanto valoraciones clínicas o exploraciones complementarias de rango hospitalario para la gestión de casos complejos como labores de coordinación con los recursos sanitarios del área a petición de los equipos de atención primaria .En este caso el esquema emularía la actividad desarrollada en el área de consultas externas y en nuestra experiencia el promedio de consumo de recursos por episodio es de un día de estancia y dos visitas .(Jiménez,Aguiló, Antolí y col, 2011)

La coordinación de los equipos que conforman la espina dorsal de la asistencia en la hospitalización domiciliaria es fundamental, puesto que si no hay una línea de seguimiento del paciente todo el entramado de la asistencia se desmorona.

Para conseguir optimizar los recursos al máximo y alcanzar los objetivos fijados por la dirección del hospital, tanto en gestión como en calidad asistencial toda la estructura debe de tener una comunicación continua y una planificación conjunta tal y como afirman Sonia Jiménez y col 2011 . Para que todo esto sea posible aparece el personal de administración y coordinación.

Se encarga de coordinar los equipos entre sí, asignando pacientes a los equipos conforme se van registrando las altas de los pacientes hospitalizados. Los procesos administrativos y asistenciales que hacen posible la hospitalización domiciliaria son:

- **Admisión:** Este es el subproceso inicial por el que se realiza una propuesta para que el paciente pase a formar parte de la unidad. Este es un proceso de vital importancia que puede definir el éxito o el fracaso de la gestión de una unidad de hospitalización a domicilio. En este proceso es necesario coordinar un conjunto de equipos, que sean capaces de predecir la estancia de sus pacientes dentro de la unidad. Para que esta estancia pueda ser predicha con la mayor exactitud posible, es vital una comunicación fluida entre todo el personal involucrado en los procesos de admisión y cuidado del paciente.
- **Reunión de equipo:** Diariamente, los médicos y las enfermeras de cada equipo se reúnen para planificar los cuidados y el seguimiento de los pacientes. Es en esta reunión donde los miembros del equipo ponen en común los datos que han obtenido. Para ello es necesario un sistema que le proporcione de manera precisa e intuitiva toda la información de un solo vistazo. Desgraciadamente, esto no siempre es posible ya que la mayoría de la información se encuentra en papel.
- **Visitas:** Las enfermeras y los médicos visitan regularmente a los pacientes en sus casas. Estos procesos son planificados en la reunión de equipo y aportan la información diaria sobre el estado del paciente (datos clínicos y psicológicos, control de ingesta de medicamentos,...). Estas planificaciones se pueden protocolizar en un elevado número de los casos atendiendo a diversos estándares de planes de cuidados, lo cual ayuda a estimar la estancia de los pacientes en la unidad.
- **Alta de pacientes:** Este es el último proceso por el que el episodio del paciente ha de pasar para dejar de ocupar una cama virtual en la unidad. Ésta será rápidamente ocupada por un paciente tras el pertinente proceso de admisión.

5.5 Tipos de patologías más frecuentes en HaD: procesos en los que la HaD es rentable.

Tras definir la cartera de servicios de la HD vamos a profundizar en la rentabilidad de los servicios ofertados según el problema de salud atendido.

Cualquier enfermo con un proceso agudo que necesite cuidados de rango hospitalario podría ser subsidiario de ingreso en una unidad de hospitalización domiciliaria, no todos pueden ser atendidos en sus domicilio desde el principio, como ya hemos hablado antes unos ingresan directamente desde urgencias pero otros sin embargo necesitan pasar un determinado periodo de tiempo en el hospital.

Hay muchos trabajos de hospitalización domiciliaria que se refieren a patologías concretas en las que se pone de manifiesto algunas claves en común, como puede ser que la edad media sobrepasa en su mayoría los 65 años. Centrado en este tipo de pacientes y además con pluripatológicas que es lo más habitual, se han realizado innumerables estudios que demuestran la eficacia, calidad y seguridad de la hospitalización domiciliaria, en el abordaje de sus procesos así como una relación coste efectividad bastante aceptable.

Procesos como el EPOC que es una enfermedad que sufre de frecuentes reagudizaciones que llevan a la hospitalización, con un seguimiento continuado y el tratamiento a domicilio por parte de una unidad de hospitalización domiciliaria hace que se produzca una estabilización del proceso patológico y con ello conseguimos el mismo efecto que si el paciente estuviese en el hospital ingresado como venía sucediendo hasta ahora.

Otra enfermedad en la que se ha producido un avance significativo con la hospitalización domiciliaria y además es una patología bastante común, es en la insuficiencia cardíaca. Se puede observar que los pacientes atendidos por una unidad de hospitalización domiciliaria no sufren un deterioro funcional, no aumenta la mortalidad es más, se produce una disminución del número de reingresos y una reducción en la frecuentación de urgencias.(Gené, Borrás, Contel y col,2012)

Los pacientes que sufren secuelas de accidentes son otro grupo donde se puede ver con claridad la efectividad de las unidades de hospitalización domiciliaria. En este caso se verá enfocado a conseguir una mejora en la funcionalidad del paciente y resolver las potenciales complicaciones que estos pacientes suelen tener, y así aprovechar estas ocasiones para hacer educación sanitaria con el entorno socio-familiar del paciente. Con la atención de estos pacientes en sus casas se puede reducir el bloqueo de camas en el hospital puesto que estos pacientes tienden a estar periodos de tiempo prolongados en él.

La hospitalización domiciliaria ha llevado también a una transformación de una cirugía tradicional en una cirugía de corta estancia o cirugía mayor ambulatoria. Pero donde mayor desarrollo encontramos en la hospitalización domiciliaria es en tratamientos parenterales fundamentalmente en antibioterapia intravenosa.

Como último caso cabe citar los cuidados paliativos de pacientes en situación terminal, aun cuando no se trate de procesos agudos y de corta duración, algunas unidades asumen la responsabilidad cuando en la zona no existe una unidad de cuidados paliativos a domicilio específica o en atención primaria no dispone de equipo creados a tal fin.(Fernández, 2009).

5.6 Propuestas para una gestión innovadora y exitosa de la hospitalización domiciliaria.

Nos vemos abocados hacia un sistema en el que todas las funciones sanitarias y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales deben de generar un sistema de información de flujo bidireccional, es decir debemos ver la que los procesos de salud son continuos y uniformes no se pueden disgregar .Tenemos que hacer referencia a la representatividad que va a tener la atención domiciliaria en la reorientación de sistemas y servicios de salud hacia una sanidad moderna, efectiva y de calidad para toda la población .(Minardi, Suárez, Llopis y col, 2001)

- La primera propuesta sería la de cambiar las estrategias tradicionales de prestación de servicios que caracterizan a los hospitales mediante el replanteamiento de los objetivos, la organización, las actividades y los servicios enfermeros ofrecidos, en función de las nuevas estrategias sanitarias y de las actuales demandas sociales, demográficas y de gestión
- Fortalecer o crear canales y mecanismos de comunicación interinstitucional entre los niveles sanitarios a modo de garantizar el intercambio de información, la integración de las actividades y la continuidad del proceso asistencial. Esto implica dotar al equipo asistencial de mecanismos de comunicación modernos que permitan la toma de decisiones clínicas y continuar el cuidado de los pacientes de modo continuo.
- Diseñar (en conjunto) protocolos o guías de actuación enfermera (preventiva, diagnóstica, terapéutica, de transmisión de datos clínicos, de seguimiento y control) entre los dos niveles de un área de salud.
- Estas medidas pueden contribuir decisivamente a mejorar la calidad y la efectividad de los procesos asistenciales al implementar los enfoques integrales del paciente ingresado, disminuir las posibilidades de errores por cambios inadecuados de tratamientos y evitar conflictos interprofesionales o daños por repeticiones innecesarias de pruebas y exploraciones
- Establecer o fortalecer el área de salud como eje fundamental del sistema de atención, teniendo en el centro de salud el punto de referencia para cualquier problema sanitario individual o de la comunidad, donde concretamente se pongan en práctica los principios de integración y coordinación de los recursos, servicios y actividades.
- Invertir en una buena formación de recursos humanos, a fin de lograr una real implicación de los profesionales sanitarios en la prestación de servicios y la profesionalización de los gerentes y planificadores sanitarios. La formación de recursos humanos debe ser amplia y abarcar desde la formación de pregrado donde los estudiantes de medicina y de enfermería deban rotar por centros de salud y hospitales en actividades prácticas y curriculares hasta los programas de educación médica de postgrado.
- Impulsar las funciones docente e investigadora (además de la función asistencial)
- Construir alianzas estratégicas entre las partes del sistema sanitario y los servicios sociales, que proporcionen una mayor convergencia de las políticas sanitarias y las sociales en beneficio del paciente, superando la siempre presente provisión dicotómica entre los diferentes servicios y profesionales que participan en el tratamiento. (Jiménez, Aguiló, Antolí y col, 2010)

6. DISCUSIÓN

El trabajo realizado Mitre y col 2004 desvela tanto el incremento del gasto sanitario, como los cambios demográficos y en los padrones de morbilidad, estimulan la difusión de las alternativas a la atención sanitaria tradicional, y entre ellas se destaca la HD. El envejecimiento constituye un factor socio-demográfico fundamental, influyendo en la locación de los recursos sanitarios y sociales, ya que diversos estudios han señalado que los individuos ancianos, por su importante morbilidad es el que utiliza en mayor medida los recursos sanitarios y eso es lo que está sucediendo en nuestro país.

Los estudios de Rosangela Minardi Mitre Cotta y col 2004 se puede observar que en la literatura científica revisada no se han encontrado diferencias significativas entre la duración de la estancia en hospitalización convencional y hospitalización domiciliaria. Sin embargo, en su estudio cuando se asocia al número de visitas realizadas por el equipo, dado las características y el perfil de morbilidad de los pacientes, puede interpretarse como un uso eficiente de los recursos disponibles, en función de los estilos de prácticas propias de la HD. Es decir, la mayor interacción del paciente, familia y profesionales y la importancia de la educación sanitaria y corresponsabilización en el tratamiento, hace con que se observe una menor necesidad de cuidados básicos y técnicos en el domicilio que el esperado, y una mayor necesidad de comunicación consiguiendo una calidad asistencial así como una optimización de los recursos. La mayoría de las personas ancianas son pluripatológicas y el envejecimiento poblacional marcado por pirámides poblacionales invertidas indica un cambio socio-demográfico que lleva a ajustar nuestro sistema sanitario encontrando en la HaD la clave para sus supervivencia en estos tiempos de crisis globalizada.

La distribución de riqueza y bienestar y el gasto social por categorías de edad ha cambiado considerablemente. Éste no es por sí mismo un motivo de preocupación. Simplemente es la consecuencia de que ha aumentado la esperanza de vida y ha mejorado la salud, coincidiendo con otros acontecimientos y factores sociales, y también en el modo de vida de estas últimas décadas, que han traído una nueva valoración del bienestar a lo largo del ciclo vital, y que han propiciado una moderación del factor de descuento colectivo para tener un período ampliado de recompensa final de una vida laboral relativamente más austera. (López y Mosterín ,2008)

En los que se refiere a la estructura organizativa y al funcionamiento de la hospitalización a domicilio siempre ha habido cierta controversia, pero por otro lado la mayoría de las perspectivas presentes se enfocan a una mayor relación entre el medio hospitalario y el extra hospitalario para conseguir una asistencia continuada y eficaz. Aquí se ponen en relieve la importancia de la hospitalización domiciliaria como puente entre la atención primaria y la hospitalaria, compactando y dando coherencia a proceso de cuidado. (Jiménez y col 2007)

En el campo de la organización y la administración la atención a domicilio representa una oportunidad de crear un modelo armónico y consensuado de organización y financiación entre los diferentes niveles del sistema de salud creando servicios que den respuesta a las necesidades de los usuarios.

En general las razones del interés que despierta la hospitalización domiciliaria tienen sustento en dos puntos de vista. Por un lado están las consideraciones sobre efectividad. Se reconoce que el sistema de hospitalización domiciliaria suele traducirse en una mejor atención, así como en mayor satisfacción y participación por parte del paciente y sus familiares durante el tratamiento. La hospitalización domiciliaria también se asocia con una mejor evolución clínica en el caso de algunas enfermedades, con la reducción de ciertas complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada o innecesaria y con una asistencia más humana

Por otro lado, diferentes autores han argumentado que la HD, al permitir un uso más adecuado y racional de los recursos, tiende a disminuir el gasto en salud. La práctica de la atención en el domicilio aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internamiento en los hospitales. Adicionalmente, los costos de agregar camas en la hospitalización domiciliaria es menor que las inversiones necesarias para crear camas hospitalarias o para la ampliación o construcción de hospitales, aparte de que el costo por estancia es menor en la hospitalización que en la hospitalización tradicional.

Las ventajas se pueden dividir en tres grandes grupos en concreto pacientes, hospital y sistema de salud.

Ventajas para los pacientes:

- Una mejora de la atención participación y responsabilizarían.
- Un aumento de la considerable de la calidad de vida, bienestar e intimidad.
- Asistencia personalizada y más humanizada.
- Educación para la salud.
- Prevención de desinserción social y hospitalismo psíquico.
- Liberaliza de los estrictos horarios de las actividades hospitalarias.
- Integra a la familia en el proceso de curación del paciente.
- Evita desplazamientos de la familia al hospital.
- Disminuye los episodios de confusión mental y/o depresión en ancianos

Ventajas para el centro hospitalario.

- Mayor rentabilidad de sus recursos disponibles.
- Aumento en rotación y disponibilidad de camas.
- Reducción de estancias innecesarias.
- Acortamiento de los periodos de internamiento.
- Reducción presupuestaria.
- Posibilidad de mejorar los servicios

Ventajas para el sistema de salud.

- Incremento de la eficacia y efectividad a través de una asistencia mas humanizada.
- Uso más eficiente de los recursos sanitarios.
- Posibilidad de integrar y mejorar las relaciones entre los diferentes niveles asistenciales.
- Posibilidad de atención continuada, integral y multidisciplinaria entre los profesionales de atención primaria, hospitalaria y social.

Son innumerables las ventajas que encontramos a la hora de apostar por esta forma asistencial tan innovadora y que está dando tan buenos resultados en las zonas donde se está aplicando, pero todavía existen graves problemas operacionales y gerenciales. La idea principal desde el punto de vista administrativo es la de superar unas marcadas deficiencias y alcanzar los retos relacionados con los problemas de comunicación, integración y coordinación.

Los estudios realizados en diversos países nos muestran un problema común: el modelo vigente se centra en las direcciones y gestionando mediante programas desintegrados y organizados mucho más en función de las características estructurales de los servicios y las instituciones que de las necesidades reales de la población de referencia, ahí yace la causa principal de las deficiencias y dificultades de la asistencia sanitaria en alcanzar una cobertura satisfactoria. Por ello debe de haber una transformación de la tradicional y rígida jerarquización de los servicios de salud por niveles asistenciales, en un nuevo modelo que elimine las barreras físicas de las organizaciones sanitarias, impulsando a la nueva filosofía de asistencia integrada y compartida entre la atención prestada por el hospital y el centro de salud.

Todavía aun se dan más circunstancias en los campos operacionales y gerencia que hacen crecer los problemas para implementar medidas que proporcionen una mayor comunicación e integración entre los dos niveles sanitarios. Entre ellas cabe destacar el déficit de experiencia en la gestión de organizaciones en la red y de direcciones en proyectos comunes por parte de los gerentes de las diferentes organizaciones sanitarias,

necesidad de dedicar gran cantidad de tiempo y la fragmentación y superposición de servicios. Todas estas circunstancias esta además asociadas a la falta de una coordinación adecuada y un nivel superior de autoridad que se encargue de brindar incentivos para que tanto la atención especializada como la atención primaria converjan hacia un modelo de atención compartida.

Estos problemas dejan un margen grande de mejora solo se necesita apostar por esta alternativa a la hospitalización convencional y así conseguir un sistema de continuidad en los cuidados, un puente de unión entre los grandes servicios del sistema nacional de salud, consiguiendo no solo una mejora de la calidad asistencial sino también una racionalización de los recursos , un aumento de los beneficios y una reducción de costes que lleven a la mejorar conjunta de todo el sistema sanitario .

7. CONCLUSIONES.

Son varias las conclusiones que podemos atisbar pero sin duda hay una principal y esta es que la hospitalización domiciliaria es una solida propuesta, que contribuirá en un futuro no muy lejano a la renovación del conjunto de la organización de los cuidados enfermeros y sanitarios en su globalidad.

Otra conclusión seria que todos los medios para ello están disponibles solo falta que haya determinación por parte de las autoridades sanitarias para su implantación. La situación económica actual no es favorable para el sistema sanitario pero la HD sería una apuesta que haría obtener una mejora en todos los aspectos, y esto se vería reflejado sobretudo en una optimización de los recursos, pudiéndose racionalizar sin afectar a otras áreas de atención, incluso se podría contribuir a la mejora de estas mediante la HD.

Los cambios socioeconómicos y demográficos están llevando a una crisis profunda a los sistemas tradicionales de asistencia sanitaria siendo la HaD la alternativa más clara para su renovación.

Cada vez la población de los países desarrollados es mas susceptible de necesitar una asistencia sanitaria a través de la HaD , es decir que se está generando una demanda a la cual hay que responder.

La hospitalización domiciliaria sin duda alguna es el futuro de la organización de los cuidados sanitarios, y es la apuesta por la que todo el sistema actual sufrirá un cambio, está sucediendo poco a poco, pero solo necesita de un impulso para manifestar un gran avance.

No se produce una prolongación de niveles de asistencia sino que se integra tanto la especializada como la atención primaria.

8. BIBLIOGRAFÍA.

Carballo. F, Júdez: J, Abajo. F y Violánd. C. 2001. Uso racional de los recursos. Medicina Clínica ; 117, 662-675

Cué. M, Diaz. G, Díaz. A.G, Valdés. M, 2008. Artículo de revisión. Revista cubana de salud pública. 30

Cuxart.A y Estrada.O. 2012. Hospitalización a domicilio una oportunidad para el cambio medicina clínica:138.355-360

Escarrabil. J. 2012. La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. Atención Primaria. España. Medicina Clínica (Barc),31,29-34

Fernández. M.F. 2009. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda, Revista Española Geriatria Gerontol,44, 39-59

Gené. J, Borrás. A, Contel. J.C; Ascaso.C , González. M,Gallo .P. 2012. Factores asociados al ingreso hospitalario en un cohorte de pacientes ancianos incorporados a un programa de atención domiciliaria, Medicina Clínica (Barc), 139,473-478

González, V.J, Valdivieso. B yRuiz. V. 2002. Hospitalización a domicilio, Medicina Clínica (Barc),118,659-64

González, V.J y Segado. A.2004. Veinticinco años de hospitalización domiciliaria en España. Medicina Clínica (Barc) :112(14):456-58

Ibarra. C, Beas. L. 2007 La hospitalización domiciliaria: un desafío para las enfermeras en el presente. Horizonte enfermero. 23, 9-10,

López. G y Mosterín. A. 2008. El gasto sanitario en el contexto del gasto social. generacional de las tendencias en España en un contexto de envejecimiento demográfico. Gaceta Sanitaria. 22,43-52

Martínez.C. 2009. Hospitalización domiciliaria y cirugía mayor ambulatoria, revista educativa, 1,356-369.

Mitre. R, Cotta. J, Morales. M, Llopis. A, Ramon. A, Dias. J.A.2004.Envejecimiento y HaD. Index de Enfermería , 47,16-20

Mitre. R, Cotta. J, Morales. M, Llopis. A, Ramon. A, Dias. J.A. 2002. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud .Revista Panamericana de Salud Pública /Pan Am J public Health 11(4)76-81.

Mitre. R, Cotta. J, Morales. M, Llopis. A, Ramon. A, Dias. J.A. 2001.La hospitalización domiciliaria :antecedentes , situación actual y perspectivas. Revista Panamericana Salud Publica / Pan Am J public Health 10(1)

Naranjo. J.C, Traver.V, Fernández. V, Montón. E, Guillén. S, Valdivieso. B .2009.Sistemas m-health :la solución para las necesidades de una unidad de hospitalización a domicilio: Las redes inalámbricas en sanidad. Revista calidad asistencial ;21:39-45

Pérez.J, San José: J, Alemán. C, Pardos. J y Vilardell. M. Septiembre 2008. Antibioterapia intravenosa domiciliaria en una unidad de hospitalización a domicilio: factores pronósticos de reingreso hospitalario. Medicina Clínica (Barc) 131, 290–292.

Román. M y Siering. F, 2005.Argumentos para las unidades de gestión clínica. ENFERMERÍA CLÍNICA.15,237-41

San José. A, Pérez.S,Alemán.C, Rodríguez. E, Chicharro.L , Jiménez.F.X 2008. Atención especializada domiciliaria de patologías medicas desde un hospital universitario terciario urbano. Coordinación entre los servicios médicos del hospital y atención primaria de salud del territorio .Revista Clínica Española. 208,182-6

Sara Mazo y Carlos Emparán. 2006. Integración de sistemas de control de calidad y gestión en unidades de hospitalización domiciliaria, 45, 234-236

Torres. M, Capdevila. J, Armario. P, Montull.J.2007.Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. Medicina Clínica; 21,34-40

Villalbí. J, Ballestín. M , Casasa.C , Subirana. T y col .2012. Gestión de calidad en una organización de salud pública. Gaceta Sanitaria. 26,379–382