Centro de investigación
y documentación en
economía de la salud
(Paris, Francia)

De la investigación sobre la organización de los cuidados a la voluntad política

El auge de la hospitalización a domicilio en el sistema de salud francés

XX Congreso de ALASS

10-11-12 septiembre 2009

LUXEMBOURG

Laure COM-RUELLE — Directora de investigación – comruelle@irdes.fr

Anissa AFRITE — Encargada de investigación – afrite@irdes.fr

Plan

- ¿Qué es la Hospitalización a Domicilio (o HAD)?
  - Definición, historia
  - Los intereses en juego de su desarrollo
- Trabajos de investigación anteriores a 2006
  - Estudios para responder a las necesidades
  - Impacto político de los resultados
- Una expresión del estado en 2006
  - Presentación de los datos
  - Qué oferta para qué actividad?
  - Los pacientes hospitalizados a domicilio
- ¿Qué perspectivas de desarrollo para la Hospitalización a Domicilio?

Hospitalización a Domicilio

- La HAD concierne a los enfermos que padecen de patologías graves, agudas o crónicas, evolutivas y/o inestables quiénes, sin eso servicio, serían hospitalizados en un establecimiento de salud. La HAD tiene por objetivo de evitar el ingreso hospitalario o reducir su duración en un servicio de cuidados agudos o en un centro de rehabilitación, cuando la hospitalización a domicilio está posible.

  Circular ministerial del 30 de mayo de 2000 y su suplemento de 11 del diciembre de 2000.

- 3 conceptos claves:
  - Sustitución
  - Manejo global
  - Coordinación

↳ *La HAD = un mini red dentro un red "ciudad-hospital" más vasta*

La HAD francesa, más de un medio siglo de historia

- Nacimiento de la HAD “a la francesa” en 1957
  - Necesidad para aliviar la carga de los servicios de cancerología
    - El equipo hospitalario va al domicilio del paciente
    - Autonomización de los establecimientos de HAD y extensión a otras patologías graves
- Evolución del nombre de establecimientos y de plazas hasta el año 2000
  - 1957-1983: el nombre de establecimientos y de plazas aumentan
  - Después, una relativa estancación:
    - 1992: 41 establecimientos de HAD, 3950 plazas (1 plaza para 125 camas de hospitalización completa)
    - 2000: 76 establecimientos de HAD, 4000 plazas (7 plazas por 100000 habitantes)
  - Implantación desigual en el territorio, 1 departamento por 2 desprovisto
- Existencia de limitaciones técnicas y culturales a su desarrollo
  - No reconocimiento oficial
  - Un sistema de financiamiento anterior complejo y opaco
  - Desconocimiento de los profesionales de salud y del publico
    - ↳ Falta una comunicación ciudad-hospital

Estudios para responder a las necesidades

- Los intereses en juego del desarrollo de la HAD:
  Conciliar: concentración de los planos técnicos y manejo de proximidad
  - Mejorar el conocimiento de la HAD y la comunicación ciudad-hospital
  - Voluntad política de adaptar el sistema de cuidados a las necesidades (progresos medical y técnico)
  - Gestión de costos hospitalarios
- Demostración de su interés medical, humano y económico
  - Encuestas descriptivas de su funcionamiento y de los pacientes hospitalizados
    - CNAMTS 1982 ● IRDES: ENHAD 92 y ENHAD 2000 ● Ministerio de la Salud 1999
  - Encuestas de satisfacción:
    - CNERTHI 1988 ● ENHAD 92 ● Talence 1995 ● Lens ● Santé Service Puteaux 1994 y 1998 ● AP-HP 1997 ● Conception Marseille
    - 90 a 96% de los pacientes y de su entorno satisfecho, «Ser mejor en su casa»: 93% de los pacientes (IRDES)
  - Necesidad de una mejor convergencia entre los tarifas y la carga de cuidados
    - ENHAD 92: análisis global de costos
      ↳ *La HAD reduce los gastos hospitalarios = ahorro para la Seguro de Enfermedad*
    - ENHAD 2000: calculo de costos según la patología y construcción de un modelo de tarificación
      ↳ *Establecimiento de un sistema de información hospitalera en HAD en 2005 (PMSI HAD)*
      ↳ *Aplicación de un tarificación a la actividad en 2006 (T2A)*

↳ Supresión de las limitaciones y nuevo auge de la HAD después de 2000

Supresión de las limitaciones al desarrollo de la HAD

1970 Reforma hospitalaria : reconoce el principio de la HAD

1974 Circular de la CNAMTS (29 de octubre)

1986 Circular del Ministerio de la salud (12 de marzo)

1991 Reforma hospitalaria

1992 Decretos de octubre

Reconocimiento de la HAD como una real alternativa a la hospitalización completa

¡Pero un tipo de cambio: camas de hospitalización completa versus plazas de HAD!

2000 Circular de 2000 y las siguientes:

Definición de la HAD, tipos de cuidados, contratos de objetivó y de medios, supresión del tipo de cambio, organización del territorio, creación de incentivos financieros, Plan cáncer (1/2 paciente en HAD padece de cáncer…)

2005 Establecimiento del Programa de medicalización de los sistemas de información (PMSI)

2006 Establecimiento de la tarificación a la actividad

- sectores publico y privado

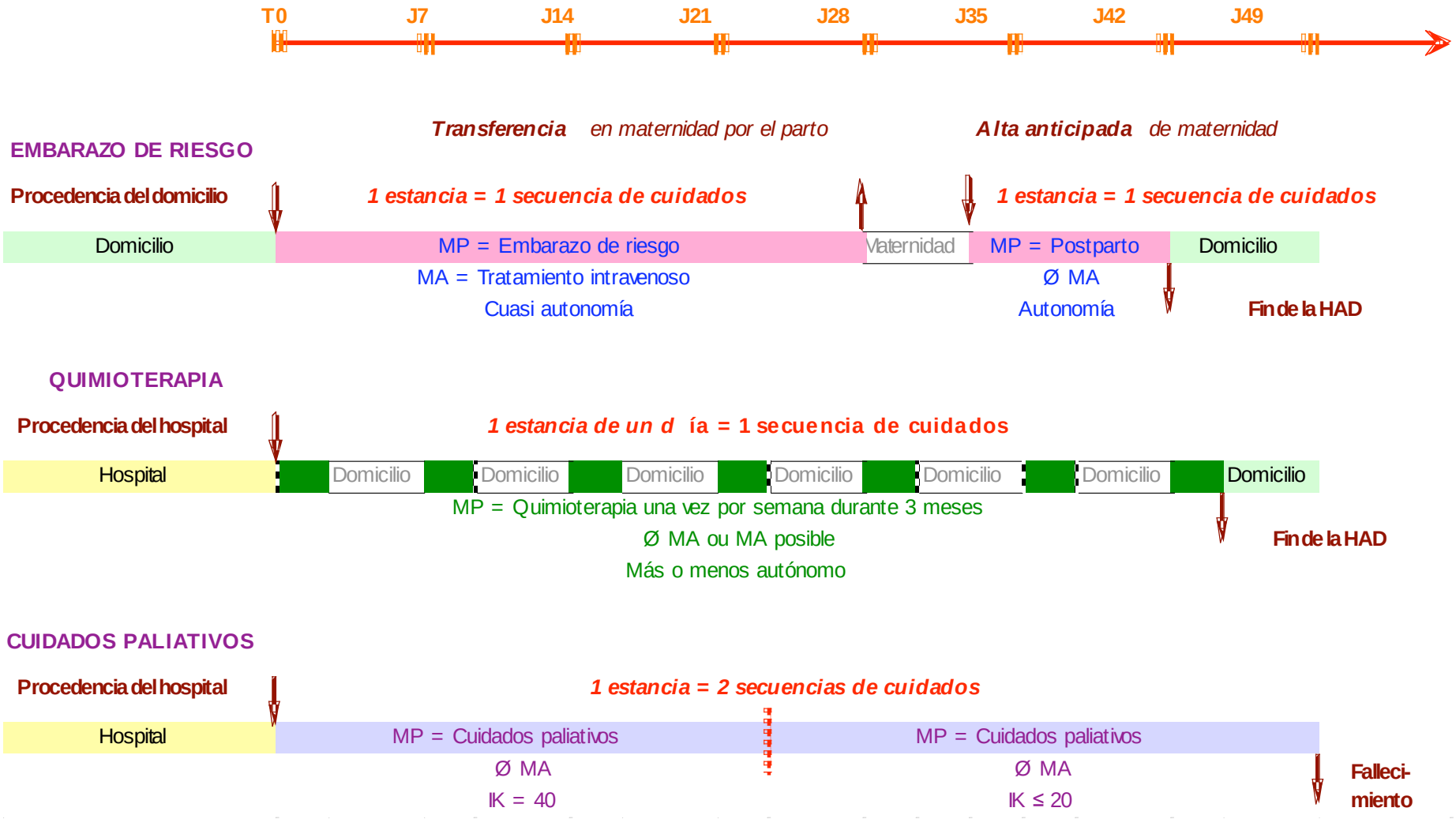
Dos fuentes de datos estadísticas en 2006

- Los datos del PMSI HAD 2006:
  - Características de los pacientes y sus tratamientos
  - Nivel de actividad de los establecimientos de HAD (nombre de estancias, días…)

- Estadísticas de actividad de los establecimientos (SAE 2006)
  - Encuesta obligatoria nacional y anual del Ministerio
  - Estadísticas de actividad de los establecimientos

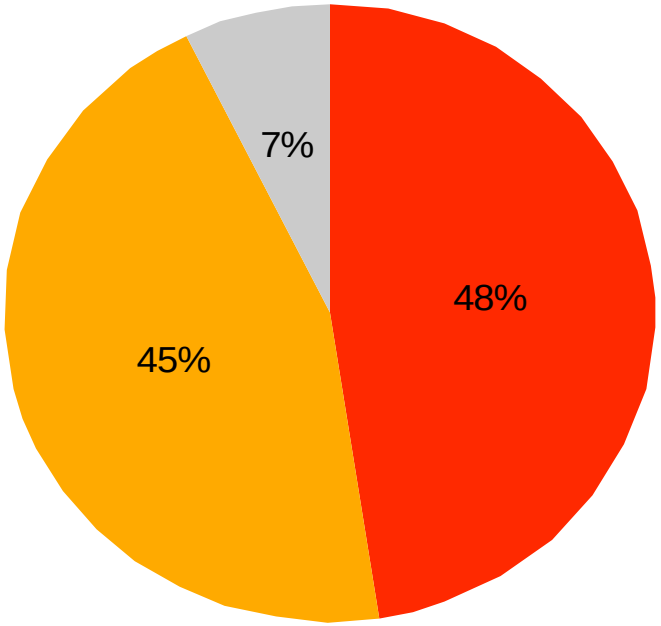
➪ *Estudio de la oferta y de la demanda de HAD en Francia metropolitana en 2006*

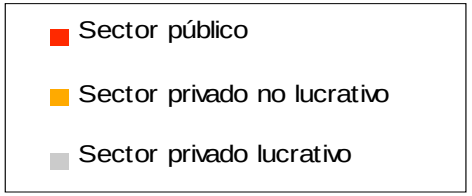
¿Qué es un estancia en HAD?



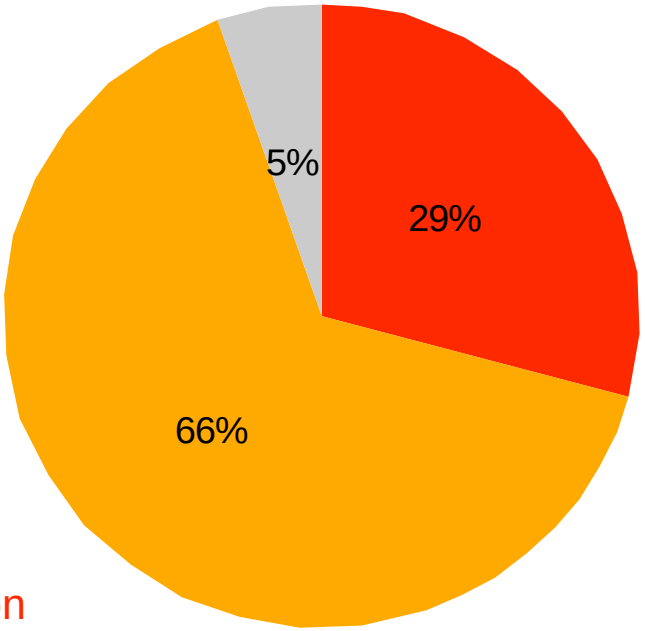
La oferta en 2006,
por parte de establecimientos de estatutos jurídicos diversos

164 establecimientos





6751 plazas instaladas



1 plaza de HAD
para
66 camas en hospitalización
completa

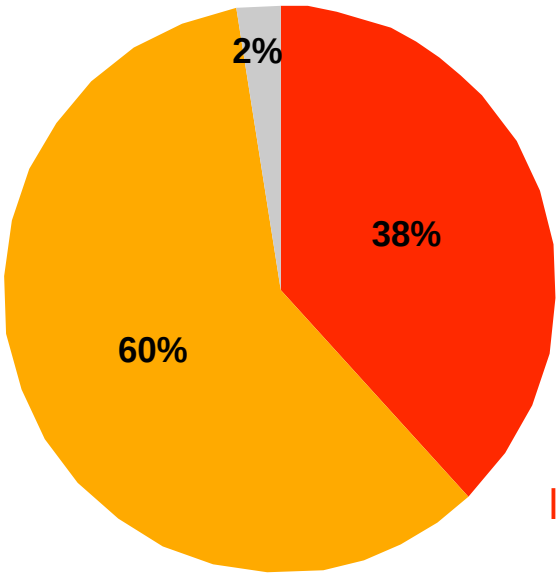
Campo de los datos: Francia Metropolitana

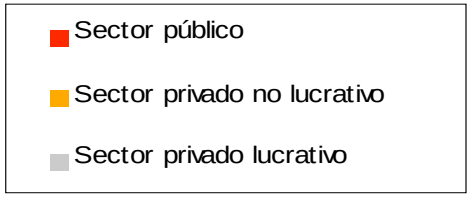
Fuentes de los datos:
- DHOS-DREES, *PMSI HAD 2006, datos estatísticas*
- DREES, *SAE 2006, datos estatísticas*

La actividad en 2006,

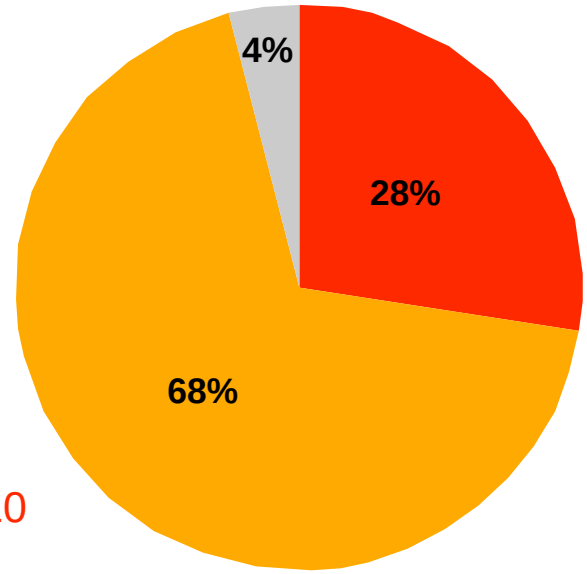
según el estatuto jurídico de los establecimientos

84983 estancias





2114601 días



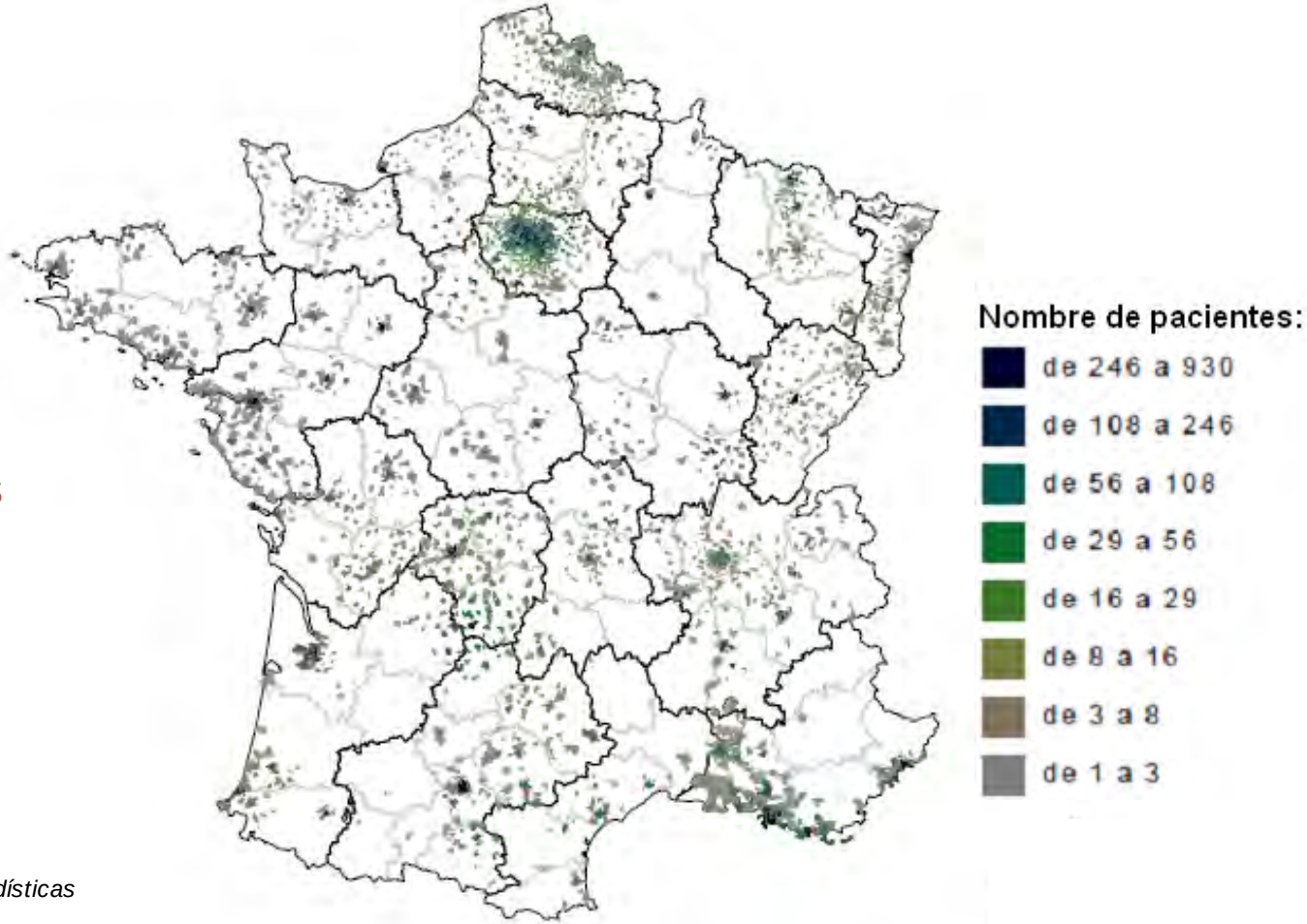
El sector privado no lucrativo: 6 estancias para 10 2/3 de los días

Campo de los datos: Francia Metropolitana

Fuentes de los datos:
- DHOS-DREES, *PMSI HAD 2006, datos estadísticas*
- DREES, *SAE 2006, datos estadísticas*

Cuidados de proximidad desigualmente repartidos en el territorio

Zonas de atracción
de los establecimientos
de HAD en 2006

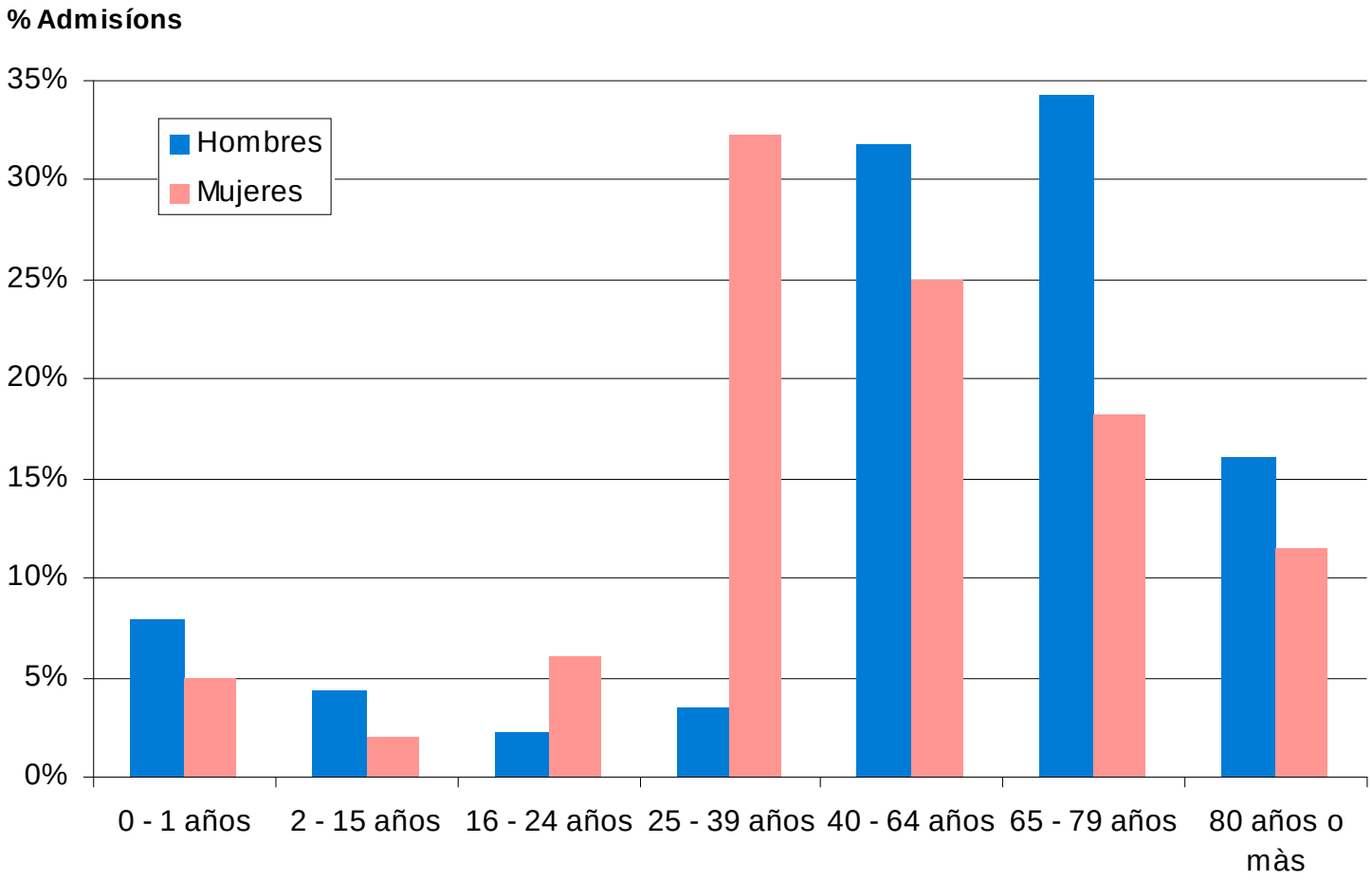


Campo de los datos: Francia Metropolitana

Fuentes de los datos:
- DHOS-DREES, *PMSI HAD 2006, datos estadísticas*
- DREES, *SAE 2006, datos estadísticas*
- INSEE, *estimaciones localizadas de población 2007*

Pacientes de todos años,

sobre todo hombres y jóvenes madres



Campo de los datos:
Francia Metropolitana

Fuentes de los datos:
- DHOS-DREES, *PMSI HAD 2006, datos estadísticas*
- DREES, *SAE 2006, datos estadísticas*

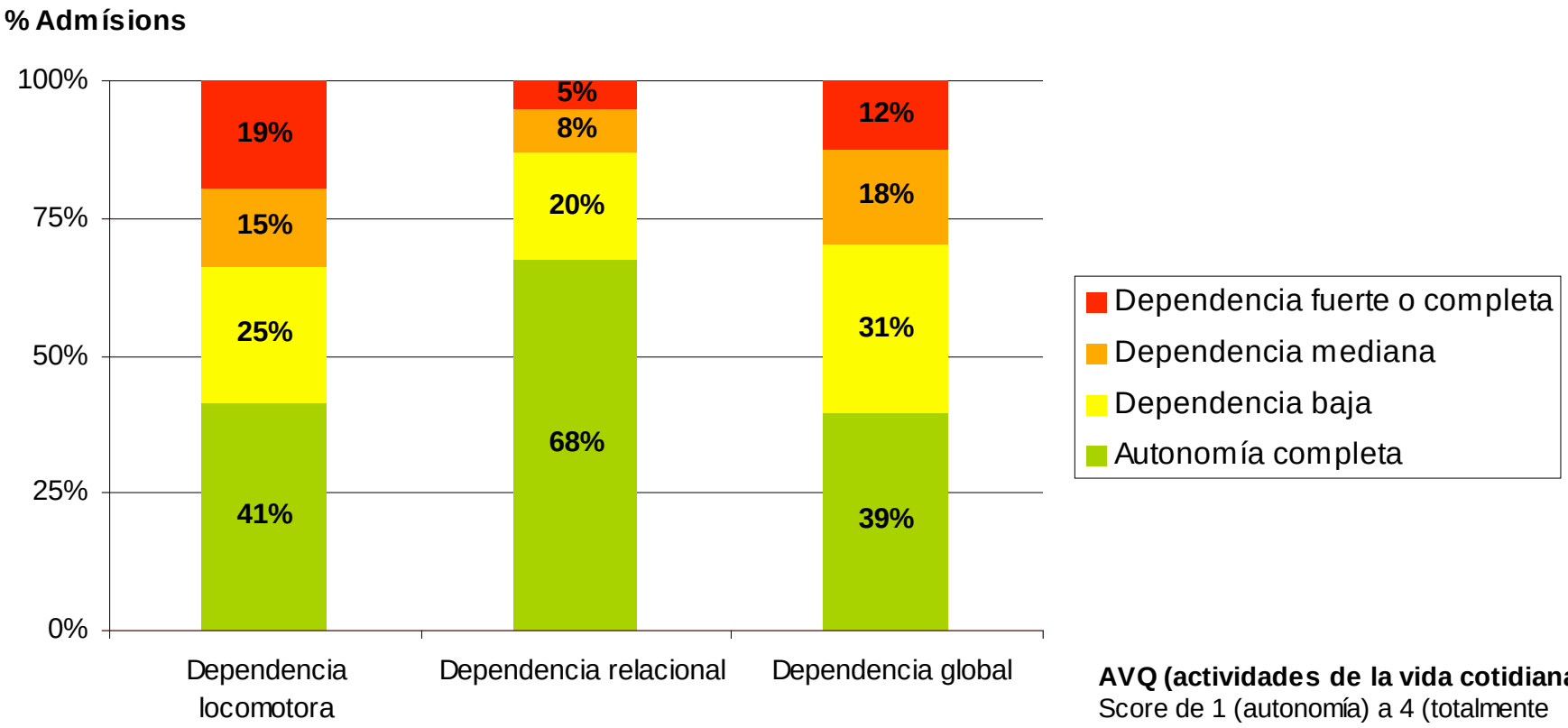
Las patologías en el momento de la admisión

	Estancias (%)	Días (%)
Perinatalidad	**22,4**	**6,8**
Regreso precoz al domicilio después del parto	8,5	1,4
Postparto patológico	6,9	1,8
Asistencia del recién nacido	4,7	1,2
Vigilancia de embarazo de riesgo	2,4	2,5
Cuidados técnicos de quimioterapia	**19,0**	**6,5**
Quimioterapia anticancerosa	15,8	3,7
Vigilancia post quimioterapia	3,2	2,6
Radioterapia	0,1	0,1
Cuidados paliativos	**14,6**	**19,7**
Ayuda respiratoria o nutricional	**8,4**	**16,2**
Nutrición parenteral	3,4	4,1
Nutrición enteral	3,1	7,8
Ayuda respiratoria	2,0	4,4
Tratamiento intravenoso	**7,8**	**4,7**
Apósitos complejos y cuidados específicos	**7,3**	**18,4**
Reeducación - Readaptación - Educación	**3,7**	**6,2**
Educación del paciente y de su entorno	1,8	2,2
Reeducación ortopédica	1,0	1,5
Reeducación neurológica	0,9	2,4
Cuidados de nursing intensivos	**3,5**	**9,3**
Otros motivos	**13,3**	**12,2**
Post-tratamiento quirúrgico	5,9	5,3
Otros tratamientos	5,1	4,9
Alivio del dolor	1,5	1,7
Transfusión sanguínea	0,2	0,0
Vigilancia de aplasia	0,5	0,2

Campo de los datos:
Francia Metropolitana

Fuentes de los datos:
- DHOS-DREES, *PMSI HAD 2006, datos estadísticas*
- DREES, *SAE 2006, datos estadísticas*

La dependencia (AVQ) en el momento de la admisión



AVQ (actividades de la vida cotidiana):
Score de 1 (autonomía) a 4 (totalmente dependiente) dentro 6 dimensiones

4 dimensiones «locomotora»:
desplazamientos y transferencia cama-sillón, vestirse y lavarse, alimentación, continencia

2 dimensiones «Relacional»:
comportamiento, comunicación

Campo de los datos:
Francia Metropolitana

Fuentes de los datos:
- DHOS-DREES, *PMSI HAD 2006, datos estadísticas*
- DREES, *SAE 2006, datos estadísticas*

Duración de la estancia en HAD en 2006

- 1% de las estancias duran más de 7.8 meses
- Rara son las estancias que duran más de 3 años

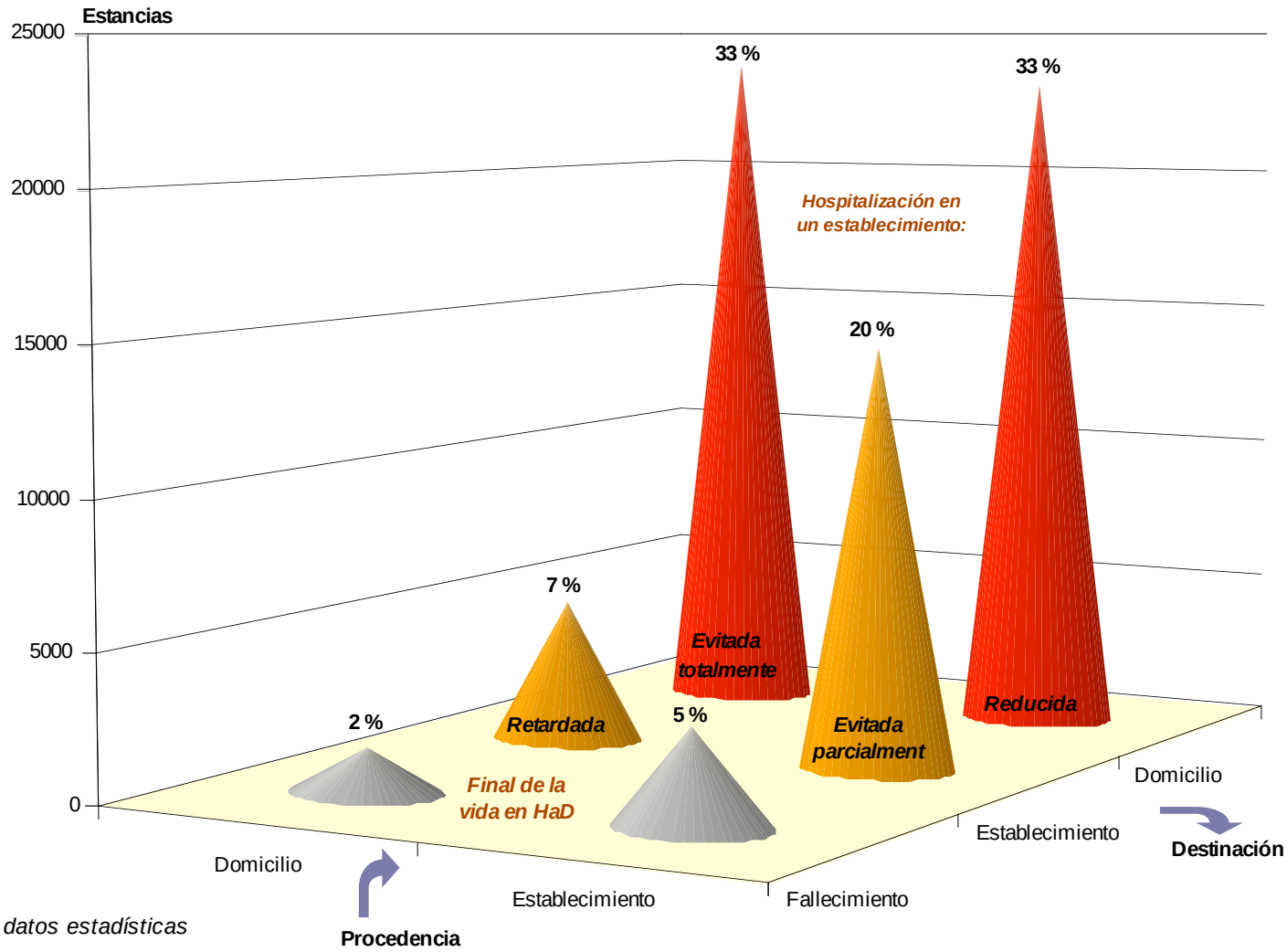
	Mediana	95 percentil	99 percentil
Regreso precoz al domicilio después del parto	4	6	8
Postparto patológico	5	11	11
Asistencia del recién nacido	4	21	35
Vigilancia de embarazo de riesgo	19	64	91
Quimioterapia anticancerosa	3	12	60
Vigilancia post quimioterapia	7	83	182
Radioterapia	19	146	232
Cuidados paliativos	16	114	257
Nutrición parenteral	16	91	182
Nutrición enteral	26	189	380
Ayuda respiratoria	19	201	427
Tratamiento intravenoso	5	55	121
Apósitos complejos y cuidados específicos	30	211	445
Educación del paciente y de su entorno	14	127	316
Reeducación ortopédica	22	106	266
Reeducación neurológica	30	218	406
Cuidados de nursing intensivos	30	234	498
Post-tratamiento quirúrgico	11	63	150
Otros tratamientos	3	93	229
Alivio del dolor	11	111	231
Transfusión sanguínea	2	4	6
Vigilancia de aplasia	3	36	94
Total	**6**	**90**	**233**

50 % de las estancias duran menos de 6 días

Campo de los datos:
Francia Metropolitana

Fuentes de los datos:
- DHOS-DREES, *PMSI HAD 2006, datos estadísticas*
- DREES, *SAE 2006, datos estadísticas*

Trayectorias de los pacientes



Campo de los datos:
Francia Metropolitana

Fuentes de los datos:
- DHOS-DREES, *PMSI HAD 2006, datos estadísticas*
- DREES, *SAE 2006, datos estadísticas*

Perspectivas

- La HAD es un tipo de hospitalización moderna que se dirige a todos los pacientes
  - ¿Cuando se va a alcanzar el objetivo de los 15000 plazas? (previsto para 2010)
  - Una población francesa en proceso de envejecimiento
  - Debe organizarse localmente (servicio de proximidad)
- Dos condiciones subyacente para alcanzar los objetivos:
  - Necesidad de una mejora comunicación ciudad-hospital
  - Un tiempo de difusión de las competencias
- Las bases de datos se desarollan
  - Un estudio nacional de los costos en 2009

¡Gracias por su atención!

- Para saber más…
  - Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006
    Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L., Valdelièvre H. (2009), E&R DREES
  - Les patients hospitalisés à domicile en 2006
    Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L., Valdelièvre H. (2009), QES IRDES
  - Les établissements de santé – Un panorama pour l'année 2009
    DREES
  - L'HAD, une prise en charge hospitalière moderne
    Com-Ruelle L., Afrite A. (2008), Elsevier
  - L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation
    Afrite A., Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T. (2007), QES IRDES n°119 & Rapports IRDES n°1689/1689bis
  - Le développement des services de soins hospitaliers à domicile - Expériences australienne, canadienne et britannique,
    Chevreul K., Com-Ruelle L., Midy F., Paris V. (2005), QES IRDES n°91 & Rapport IRDES n°1610
  - Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile
    Com-Ruelle L., Dourgnon P., Perronnin M., Renaud T. (2003), QES IRDES n°69
  - Le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD),
    Aligon A., Com-Ruelle L., Renaud T., Lebrun E. (2003), QES IRDES n°67 & Rapport IRDES n°1484