

# El hospital del futuro, ¿será a domicilio?

*La posición y las perspectivas  
del modelo de hospitalización a domicilio (HAD) «francés» en el  
sistema sanitario*

---

**Dr. Laure COM-RUELLE** [comruelle@irdes.fr](mailto:comruelle@irdes.fr)

*Director de investigación*

*Instituto de Investigación y Documentación en Economía de la Salud (IRDES)*

*París (Francia)*

**Tema:** Nuevos modelos organizativos (*SESIÓN 10 Sala 6*)

**CALASS 2014 – Granada – 4, 5 y 6 septiembre 2014**

# Índice

- Definición
- Objetivos
- Contexto
- Materiales y métodos
- Resultados
- Discusión y conclusión

# ¿Qué es la HAD «francesa»? (1)

↳ *El servicio de asistencia hospitalaria a domicilio (SHAD, por sus siglas en francés), entre el hospital y la ciudad*

## Decretos de octubre de 1992, circulares de mayo de 2000

- ✓ Los servicios de asistencia hospitalaria a domicilio (SHAD) se encargan del paciente en su domicilio y ofrecen asistencia médica técnica, más o menos compleja e intensa que, en ausencia de tales servicios, necesitaría una hospitalización convencional.
- ✓ La HAD se aplica a enfermos afectados de **patologías graves, agudas o crónicas, evolutivas y/o inestables**. La HAD tiene como objetivo evitar o acortar la hospitalización en los servicios de cuidados intensivos o la continuación y la rehabilitación, cuando es posible la asistencia a domicilio.

# ¿Qué es la HAD «francesa»? (2)

↳ *Una pequeña red en sí misma  
insertada en una red ciudad-hospital más amplia*

## – Tres nociones conjuntas

### 1- Sustitución

→ *hospitalización convencional evitada, ingreso retrasado o salida anticipada*

### 2- Atención integral

⇒ *variada gama de cuidados, profesionales sanitarios, sociales, de ayuda a domicilio*

### 3- Coordinación intersectorial

→ *carga/complejidad de la asistencia, múltiples participantes*

## – Elección del enfermo y su familia

→ **Interés de las características psicosociales y familiares**

# Objetivos

## Reflexión sobre el posicionamiento estratégico de la hospitalización a domicilio (HAD) en Francia

- ¿Cómo puede el modelo de HAD «francés» responder a las nuevas necesidades sanitarias?
- ¿Qué visión prospectiva proponer?
  - ✓ basada en las buenas prácticas
  - ✓ y las innovaciones
- ⇒ Varios escenarios de evolución
- ⇒ incluso recomendaciones de políticas públicas

# Contexto (1)

Necesidad de reformar el sistema sanitario  
para asegurar su misión ante la población

## Desafío de las políticas sanitarias frente a las principales tendencias actuales

- Envejecimiento de la población
- Aumento de las enfermedades crónicas y la polipatología
- Aumento rápido del gasto sanitario
  - Francia 2011: el gasto corriente en salud (DCS, por sus siglas en francés) = 240 300 millones de €, 12,0% de su PIB  
*+ 59% en precios corrientes desde 2000 y + 30% en precios relativos 2005*
  - cuyo consumo de asistencia y bienes médicos (CSBM, por sus siglas en francés) = 180 000 millones de €, *el CSBM se financia por el seguro médico obligatorio a ≈ 75%*
- Contexto financiero restringido
- Desigualdades sociales y territoriales en materia de salud (ISTS, *por sus siglas en francés*)
  - Gasto restante a cargo de los pacientes ↗ y «desiertos médicos» ↗

↳ **Actuar para mejorar la calidad de la atención  
e incrementar la eficacia de la oferta de asistencia sanitaria,  
tanto en la ciudad como en el hospital**

# Contexto (2)

Necesidad de reformar el sistema sanitario para asegurar su misión ante la población

## El hospital ocupa una posición particular

- Plataforma técnica, asistencia médica y quirúrgica  
*intramuros y extramuros*
  - Calidad de la atención: infección nosocomial en el hospital intramuros
  - Distribución desigual de la oferta de asistencia sanitaria en el territorio
- Presupuesto del seguro médico: casi la mitad del gasto sanitario

↳ **Profundas transformaciones en los próximos años**

## La HAD es un establecimiento sanitario de pleno derecho

- La HAD «francesa» = Concepto innovador aunque antiguo ( $\approx$  60 años)
- Organización y funcionamiento moderno, entre los sectores hospitalario, ambulatorio, médicosocial y social

↳ **¿Qué futuro y que posición**

**en el seno de una oferta de asistencia sanitaria múltiple?**

**⇒ Reflexión sobre su posicionamiento estratégico**

# Materiales y métodos (1)

## Revisión de literatura francesa y extranjera

- Identificar los distintos modelos de HAD existentes
- Conocer su evolución desde el origen

## Datos exhaustivos del PMSI-HAD

*(PMSI: programa de medicalización de los sistemas de información)*

→ Situación actual de la oferta de HAD y de la base de pacientes en Francia

## Entrevistas semidirigidas y entrevistas a actores clave en 2013

- ✓ Profesionales de la HAD, Federaciones hospitalarias,
- ✓ Dirección general de la oferta de asistencia sanitaria (DGOS, *por sus siglas en francés*) del Ministerio de Sanidad
- ✓ Agencia técnica de información sobre la hospitalización (ATIH, *por sus siglas en francés*), etc.

↪ *¿Cuáles son las reformas en curso para hacer evolucionar el modelo de HAD?*

↪ *¿Cuáles son las reflexiones llevadas a cabo sobre las perspectivas de evolución?*



# Materiales y métodos (2)

## Descripción del historial y de la situación actual de la HAD

- Misión, modo de funcionamiento, financiación
- Implantación geográfica, actividad, motivos y asistencia sanitaria dispensada, trayectoria de los pacientes (*procedencia y destino*)
- Identificación de las fortalezas y los límites de la HAD en Francia

Después, a partir de las observaciones:

→ **Analizar e identificar las evoluciones convenientes**

↳ *¿En qué proporción puede continuar la HAD*

→ *desarrollándose significativamente*

→ *y para qué orientaciones en su asistencia?*

# Resultados

## Preguntas

tras una voluntad política real  
de favorecer el desarrollo de la HAD

# La misión de la HAD hoy en día (1)

Una fórmula de atención hospitalaria moderna  
centrada en torno al paciente y quién se adapta

## ✓ ¿Para quién?

Una fórmula que se adapta a la asistencia *desde el nacimiento al final de la vida*

- ✓ Atención en el *seno familiar*
- ✓ Independientemente de la *condición social*

Una fórmula que tiene en cuenta e integra el *entorno del paciente*

## ✓ ¿Por qué?

Una alternativa bien adaptada al tratamiento de *numerosas enfermedades*

- ✓ *Cáncer, enfermedades neurológicas, cardiovasculares, etc.*
- ✓ Episodios **agudos o más largos**, rehabilitación...

## ✓ ¿Qué cuidados?

Una *atención integral*

Cuidados *comparables a los de la hospitalización convencional*

- ✓ *Enfermedades principales y asociadas y atención médicosocial*
- ✓ *Asistencia médica, productos farmacéuticos, material y mobiliario médico, transporte sanitario... y ayuda a domicilio*
- ✓ **Continuidad y permanencia de la asistencia** (24 h, 7 días a la semana)

*El diagnóstico se realiza antes de la HAD, a menudo en el hospital*



*La HAD ofrece el tratamiento prescrito sobre la base de un proyecto terapéutico integral y asegura el seguimiento.*

# La misión de la HAD hoy en día (2)

## La coordinación de los profesionales que intervienen en torno al paciente

### ✓ *¿Quién coordina?*

- ✓ El **médico coordinador**, referente médico de la estructura de HAD, decide las admisiones en base a un **proyecto terapéutico**
- ✓ La **enfermera coordinadora** gestiona las intervenciones paramédicas

### ✓ *¿Qué participantes?*

- ✓ Entre los sectores **hospitalario, ambulatorio, médicosocial y social**
- ✓ Un **equipo pluridisciplinar** de profesionales sanitarios y médicosociales
  - *Los asalariados de la estructura: asistentes sociales, auxiliares paramédicos, administración, etc.*
  - *Los farmacéuticos (farmacia hospitalaria –PUI– o farmacia)*
  - *Los profesionales liberales de la ciudad (médicos y enfermeros)*
  - *Los médicos especialistas hospitalarios*
  - *Los suministradores de servicios (alquiler de equipo médico)*

### ✓ *¿Qué herramientas?*

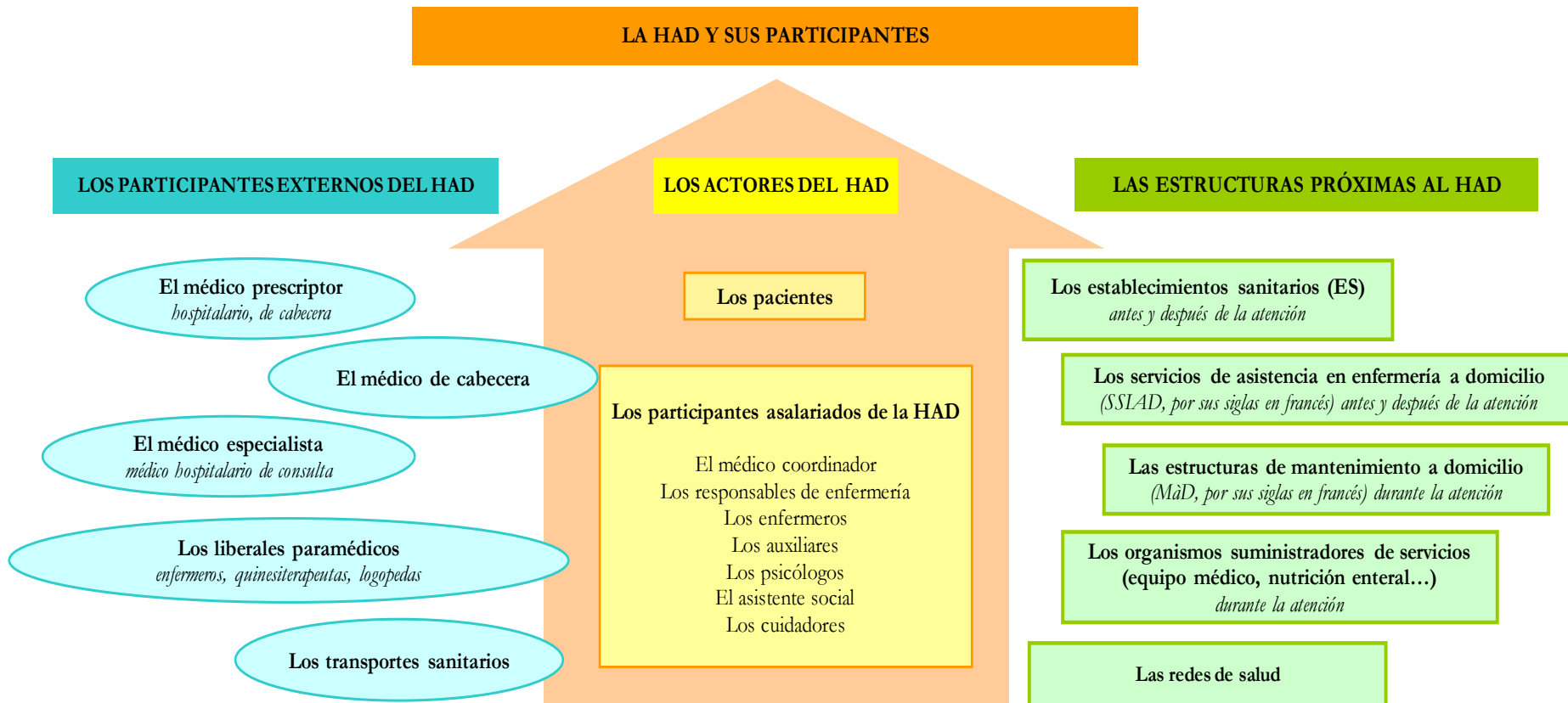
- ✓ Un **libreta de enlace** entre los participantes
- ✓ Un **sistema de información** médica al servicio del conocimiento (médico) y de la gestión (tarificación de la actividad - T2A, seguro médico obligatorio - AMO, por sus siglas en francés)
- ✓ La **telemedicina** al servicio de la televigilancia y la teleconsulta

# El funcionamiento de la HAD hoy en día (1)

- ⇒ Auténtica pequeña **red** en sí misma en el seno de una red más amplia
  - Domina el concepto de **coordinación**
  - Equipo **pluridisciplinar** de participantes médicos capaces de anticiparse
- El personal auxiliar se desplaza **al domicilio del paciente** donde está a su disposición
- La HAD se **propone** y no se impone, bajo prescripción médica hospitalaria o de la ciudad, en base a un proyecto terapéutico «a medida»
- **Atención integral** de los pacientes (no solo de una enfermedad)
- **Vocación generalista** (todas patologías) aunque existen ciertas HAD específicas

# El funcionamiento de la HAD hoy en día (2)

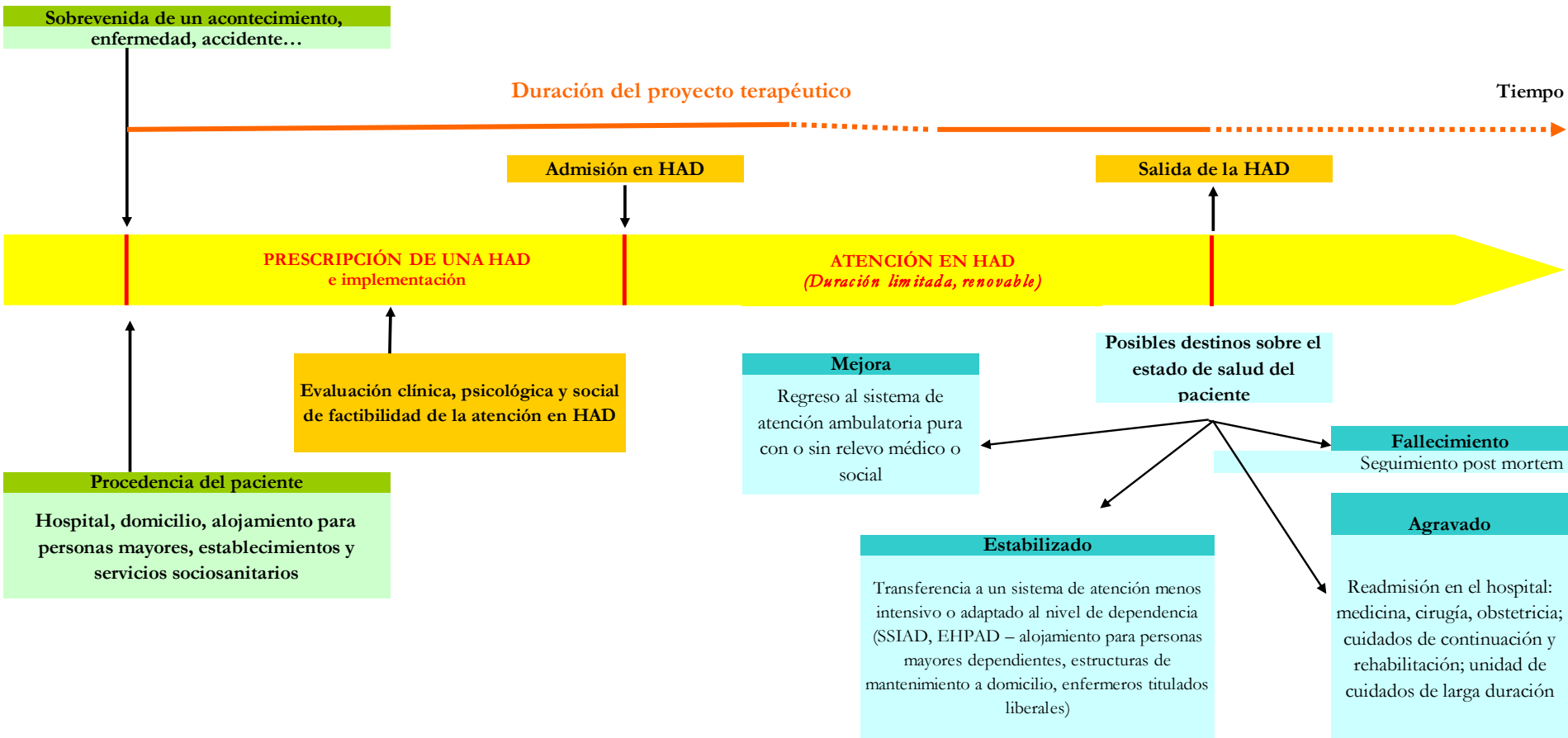
## Coordinación, pluridisciplinariedad, anticipación



# El funcionamiento de la HAD hoy en día (3)

## ¿Cómo se desarrolla una estancia en HAD?

### La estancia en HAD



# Desde las primeras experiencias de HAD hasta nuestros días (1)

## una historia de pioneros innovadores

### sembrada de obstáculos administrativos y culturales mejorados poco a poco

## Primeras experiencias de HAD

- ✓ Respuesta a la congestión de los hospitales
- ✓ Pero desconocimiento general:
  - ⇒ *visto como competidor del sector liberal de la ciudad, desconfianza*
- ✓ Remuneración discordante y opaca
  - ⇒ *selección de pacientes,*
  - *falta de estudios económicos especialmente...*
- ✓ Sin embargo, la satisfacción de los pacientes, de su entorno y de los profesionales sanitarios

## El enfoque de los estudios científicos

- ✓ Contribución de los estudios franceses sobre la HAD y enseñanza de los modelos extranjeros de SHAD
  - ↳ **Una voluntad política de desarrollo más fuerte desde principios de los años 2000**



# Desde las primeras experiencias de HAD hasta nuestros días (2)

## una historia de pioneros innovadores

### sembrada de obstáculos administrativos y culturales mejorados poco a poco

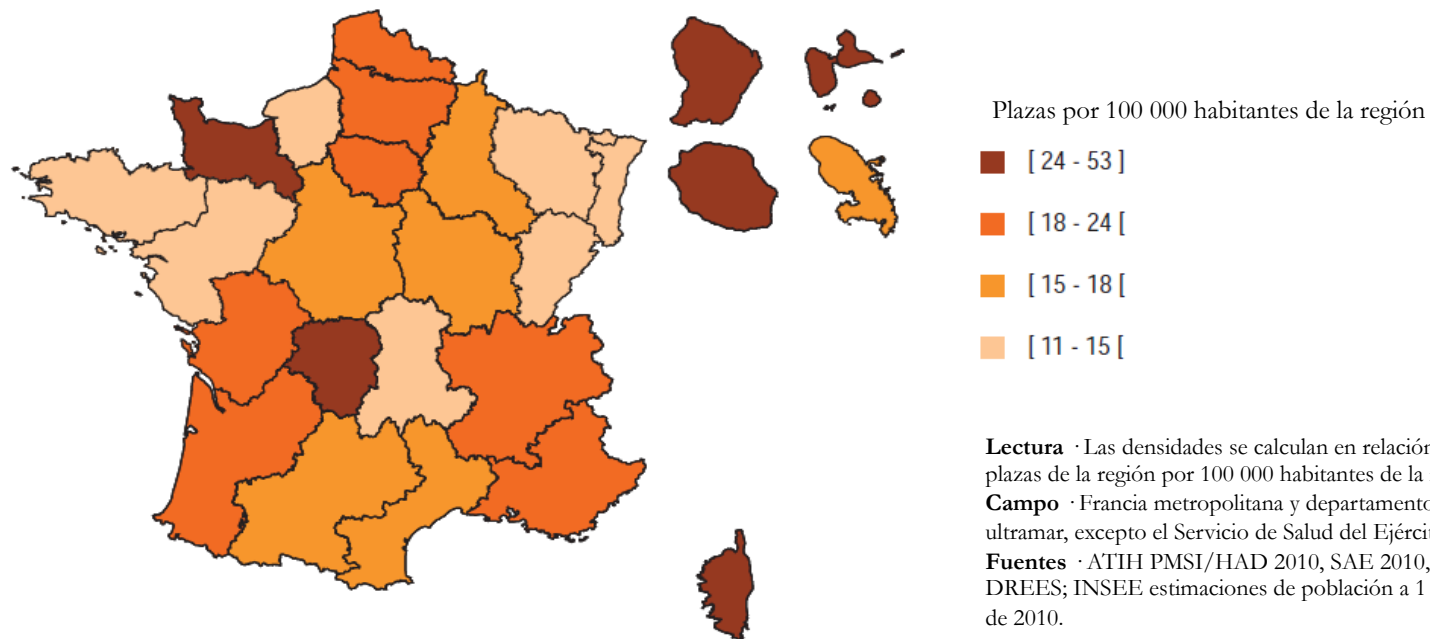
#### ⇒ Cambios recientes

- Obstáculos significativos superados (administrativos, técnicos y culturales)
- + establecimiento de incentivos, de los cuales:
  - Reconocimiento oficial de la actividad de HAD + herramientas de profesionalización
  - Anulación del tipo de cambio para crear una plaza de HAD (cerrar 2 plazas de hospitalización clásica)
  - Objetivos de implantación de HAD inscritos en los Esquemas regionales de organización sanitaria de 3ª generación (SROS 3, por sus siglas en francés)
  - Tarifación de la actividad (T2A) específica desde 2005, basada en los costes observados y la selección informática exhaustiva de las estancias (PMSI-HAD)
- ⇒ interés por adoptar y favorecer la calidad de los cuidados y la equidad entre establecimientos
- Pero aparecieron otros obstáculos, de los cuales:
  - La hospitalización de día (HD) es más rentable para los hospitales (en campos equivalentes)
    - ⇒ auto prescripción de HD antes que de HAD (p. ej. quimioterapia anticancerosa)
- ⇒ Necesidad de reestimar las tarifas T2A: Estudios nacionales de costes (ENC) HAD, MCO y cuidados de continuación y rehabilitación (SSR, por sus siglas en francés)

# ¿Dónde está el desarrollo de la HAD? Situación actual (1)

## Una cobertura del territorio revela grandes disparidades en 2010

- ✓ La HAD es un servicio de proximidad inscrito en la Ley hospital, pacientes, salud y territorios (HPST, *por sus siglas en francés*) de 2009 que fija un objetivo de acceso a la asistencia médica de calidad para todos.
- ✓ Cada departamento francés, incluidos los de ultramar, está provisto de al menos una estructura de HAD.
- ✓ Sin embargo, hay disparidades en el número de plazas, pacientes tratados y días de HAD: fuertes a nivel regional, estas desigualdades se vuelven evidentes a nivel de los territorios de salud.
- ✓ La mayor parte de las estructuras de HAD creadas recientemente son demasiado pequeñas (eficiencia si >30 plazas)



## ¿Dónde está el desarrollo de la HAD? Situación actual (2)

La mayoría de los indicadores de actividad en HAD progresan regularmente

*Pero no se alcanzó el objetivo de 15 000 plazas establecidas y operativas en 2010*

➤ En 2010, había:

*302 estructuras de HAD en Francia  
12 387 plazas establecidas  
152 139 estancias efectuadas  
1 millón de pacientes distintos  
4 millones de días*

➤ Predomina el sector privado no lucrativo:  
en % días

*64%: sector privado no lucrativo  
26%: sector público  
10%: sector privado lucrativo*

➤ Motivos principales para la admisión:

✓ 60% de días =

*Cuidados paliativos (24,5%)*

+ *Apósitos complejos (20,3%)*

+ *Asistencia respiratoria o nutricional (14,9%)*

✓ 40% = otros:

*Cuidados de enfermería graves (9,6%)*

*Perinatalidad (6,4%)*

*Fase posterior al tratamiento quirúrgico (5,4%)*

*Tratamientos intravenosos (5,0%)*

*Cuidados técnicos de cancerología (4,6%)*

➤ En 2011, la actividad de HAD sigue siendo marginal:

*Con respecto a la hospitalización en MCO + SSR (medicina, cirugía, obstetricia + cuidados de continuación y rehabilitación)*

*3,9 % de días*

*0,8 % de pacientes*

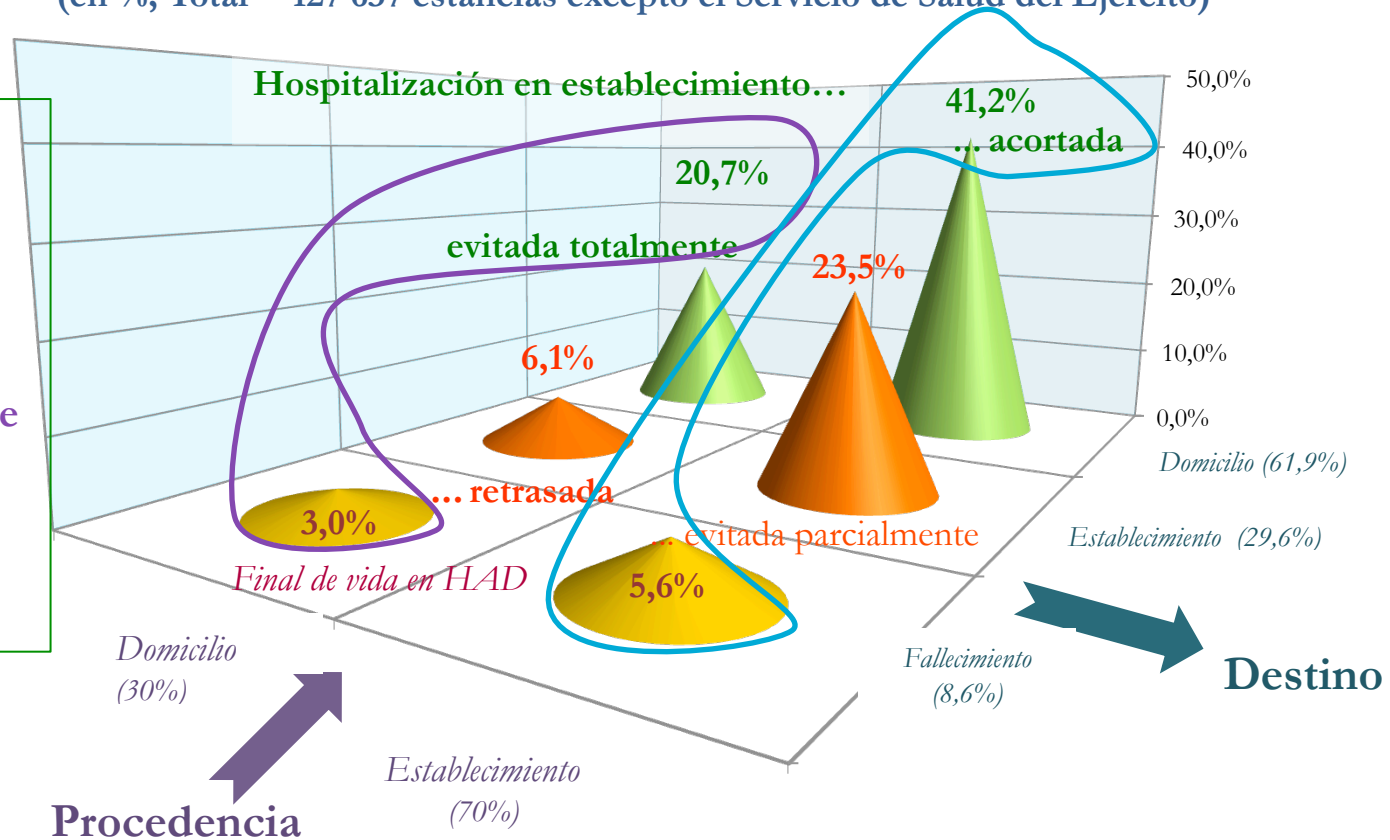
*0,6 % de estancias*

# El recorrido de la asistencia

## Trayectorias de pacientes (procedencia y destino)

La evolución reciente de las trayectorias refleja tanto el aumento del uso de la HAD como la disminución de la hospitalización convencional y una carga más importante de pacientes admitidos en HAD.

Pacientes que han efectuado una estancia en HAD en 2010  
(en %; Total = 127 637 estancias excepto el Servicio de Salud del Ejército)



Gracias a la HAD,  
la hospitalización  
convencional:

- evitó totalmente (23,7 %)
- acortó 45,8 %

# Síntesis (1) - Ventajas:

## Interés tecnológico, económico y humano de la HAD

### ☺ HAD: una alternativa en términos de coste y calidad

☺ Calidad de la atención: personal bien formado y menos infecciones nosocomiales

☺ La HAD es menos costosa para el seguro médico en campos equivalentes\*:

*que la hospitalización clásica o la hospitalización de día (HD) (cf. QES IRDES n.º119)*

→ P. ej.: HAD versus SSR (cuidados de continuación y rehabilitación) (datos 2007, Ratio R° 1,6)  
Coste medio diario (CMD) = 263 € (SSR) versus 169 € (HAD) de media:

→ ∇ el grado de dependencia (R° 1,6 a 1,9), el perfil médico de base\* (R° 1,4 a 1,9)

→ R° máximo en los niños (2,5); disminuye con la edad en los adultos (de 1,6 a 1,4)

☺ Satisfacción: *pacientes, entorno, auxiliares en HAD*

☺ Simplicidad por «ventanilla única»: *admisión, atención integral, financiación*

☺ Flexibilidad y fluidez del recorrido de la asistencia: *entre ciudad/hospital*

\* Se distinguen 6 perfiles médicos básicos: 1-Rehabilitación, 2- Cuidados de continuación, 3-Cuidados postquirúrgicos, 4-Cuidados paliativos, 5-Nutrición artificial, 6-Asistencia respiratoria)

# Síntesis(2)

A pesar de los avances recientes, todavía existen **algunas limitaciones**

☹ Necesidad frecuente de un entorno colaborativo

➤ *Respetar las indicaciones médicas y el contexto sociofamiliar*

☹ Otros factores de mejora

☹ Continuar la superación de los obstáculos culturales

- Desconocimiento, Insuficiencia de comunicación hospital/ciudad

☹ Corregir los obstáculos técnicos (administrativos, legislativos)

- Cambiar el modelo de T2A-HAD
- Pero también los otros (T2A-MCO y T2A-SSR)

☹ Progresar en la formación específica a todos los niveles

- participantes (MG también), paciente, entorno

☹ Subsanan la brecha en la graduación de la asistencia

- en particular entre SHAD y SSIAD (Servicios de asistencia en enfermería a domicilio, por sus siglas en francés)

↪ Pero  entornos demasiado rígidos ≠ flexibilidad

# Discusión (1)

## La HAD está en un momento crucial en su desarrollo

❖ **Políticas de apoyo al desarrollo de la HAD insuficientemente definidas, límites patentes**

↪ **Principios y estrategia de reflexión en el desarrollo futuro de la HAD**

➤ **Punto de vista del regulador (Recomendaciones):**

→ la **eficiencia** del sistema de asistencia en su **globalidad** y en **coherencia** prima

⇒ Reflexionar sobre el recorrido de la asistencia a los pacientes y la fluidez del **sistema en su conjunto**

⇒ **Herramientas comunes** para trazar el recorrido de la asistencia al paciente (indicadores PMSI)

➤ **Desarrollar la HAD, significa conciliar:**

- Concentración creciente de las plataformas técnicas y
- Atención de proximidad (SROS III)

➤ **Lógica de la financiación de la oferta de asistencia**

- Si **sustitución** ⇒ **redistribución** de medios
- Si **asistencia suplementaria** ⇒ **medios adicionales**

➤ **Contextos más favorables al desarrollo de SHAD**

⇒ **visualización política clara + secuencia de acciones**

# Discusión (2)

La HAD está en un momento crucial en su desarrollo

## ↪ Acciones definidas

### ➤ Ejes de trabajo propuestos por el Ministerio de Sanidad y adoptados:

#### → 3 objetivos:

- Posicionar con **pertinencia** la HAD en la oferta de asistencia
- Adaptar su **gestión económica y tarifaria** a sus objetivos estratégicos
- Mejor **consideración de sus particularidades** en la reglamentación

### ➤ Redefinición de orientaciones nacionales en curso

#### → Promoción de su **base de competencias generales**

#### → Marco de su **diversificación** (especialidades)

con una **doble atención**:

- **Pertinencia médica-social-económica**
- Asegurar su desarrollo ante los **sectores particularmente vulnerables de la población.**



# Así que aún queda mucho por hacer...

*¿En qué proporción puede continuar la HAD desarrollándose significativamente y para qué orientaciones en su asistencia?*

- ↪ **Referenciales de indicaciones pertinentes** de HAD en curso de elaboración
- ↪ Continuación de la **profesionalización de sus participantes**
- ↪ **Escenarios de evolución** estimados adecuados para responder a las necesidades actuales
- **Doblar la actividad HAD de 2013 a 2018 (5 años) ⇒**
  - estancias en HAD = 1,2% de las estancias en hospitalización integral (MCO+SSR)
  - ≈ aproximadamente 800 millones de euros
  - ≈ 1% del gasto de seguro médico en relación con el conjunto de la hospitalización
    - ⇒ Evaluar la parte que se refiere a la sustitución MCO+SSR
    - ⇒ y aquella relativa a los efectos demográficos y tecnológicos
- **Doblar cada 5 años durante 20 años ⇒**
  - HAD < 10% de la actividad MCO+SSR
  - y menos en términos financieros

# Conclusión

- Este análisis proporciona:
  - una serie de reflexiones prospectivas en el desarrollo futuro de la HAD
  - escenarios estimados adecuados para responder a las necesidades actuales
  - el punto en su interés tecnológico (incluida la telemedicina), económico y humano
- A pesar de los escenarios de duplicación de actividad cada 5 años durante 20 años:
  - la HAD en 20 años seguiría siendo inferior al 10% de la actividad MCO+SSR y menor en términos financieros,
  - lo que todavía parece poco respecto a las necesidades, las posibilidades tecnológicas y los deseos de los usuarios en este intervalo.

↪ **Se necesitan trabajos o estudios.**

↪ **Deben accionarse las palancas de acción.**

**¡Gracias por su atención!**

[comruelle@irdes.fr](mailto:comruelle@irdes.fr)

[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)