

Alternativas a la hospitalización

Jordi Colomer Mascaró

PID_00173159



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índice

Introducción	5
1. Evolución de la atención sanitaria	7
1.1. Innovaciones tecnológicas	8
1.2. Demografía	8
1.3. Cambios en la concepción de los hospitales	10
1.4. Nuevo perfil del paciente ingresado	12
1.5. Nuevos escenarios en el diseño del hospital tradicional	13
2. La planificación de los sistemas alternativos	17
2.1. Plan funcional	18
2.2. Perfil del paciente	20
2.3. Organización y gestión	21
2.4. Identificación de los pacientes	22
2.4.1. Pacientes quirúrgicos	23
2.4.2. Pacientes médicos crónicos y no reagudizados	23
2.4.3. Pacientes susceptibles de exploraciones diagnósticas y tratamientos	23
2.5. Cooperación entre niveles asistenciales	23
2.6. Ventajas de los hospitales de día frente a la hospitalización	25
3. Unidades de cirugía ambulatoria	27
3.1. Procedimientos de cirugía ambulatoria	28
3.2. Tipos de unidades de cirugía ambulatoria	29
3.3. Distintas estructuras de unidades de cirugía sin ingreso	30
3.4. Actividades susceptibles de realizarse en las unidades de cirugía sin ingreso	31
4. Hospitales de día	33
5. La calidad en los sistemas alternativos	35
5.1. Sistemas de calidad	35
5.2. Satisfacción percibida	36
6. La coordinación y la comunicación	38
Resumen	39
Bibliografía	41

Introducción

En la actualidad vivimos en un proceso permanente de adaptación a las necesidades globales, sociales e individuales. No podemos predecir qué se descubrirá, pero sabemos que la ciencia médica abrirá muchas puertas a la esperanza.

Es difícil pensar qué tipo de problemas nuevos surgirán ni cuántos serán, pero no hay duda de que surgirán. El acceso fácil a la información, la presencia de nuevas competencias, la mayor exigencia de los pacientes y ciudadanos en general y los continuos avances tecnológicos son algunos de los factores que obligan a nuestras instituciones a adaptarse y a desarrollar sus actividades en un entorno más competitivo y dinámico.

Necesitamos, por consiguiente, que las personas que componen las organizaciones sean capaces de aprender y evolucionar en sus hábitos y creencias para adaptarse a las nuevas situaciones.

1. Evolución de la atención sanitaria

En las últimas décadas los sistemas sanitarios en Europa han experimentado cambios importantes. Del aumento de su accesibilidad en los años sesenta se pasó a un incremento del interés por los costes en los setenta, mientras que el interés se centró en la mejora de la calidad en los ochenta y, desde los noventa, en la adecuación de los resultados.

Los términos *eficacia*, *efectividad* y *eficiencia* se utilizan hoy día como una moneda de uso corriente en nuestro entorno sanitario. Otra cuestión es hasta qué punto se acompañan estas palabras de contenido. Resulta difícilmente creíble, en principio, que unos cambios tan profundos los puedan haber digerido los distintos actores en tan poco tiempo y con tan escasa evaluación.

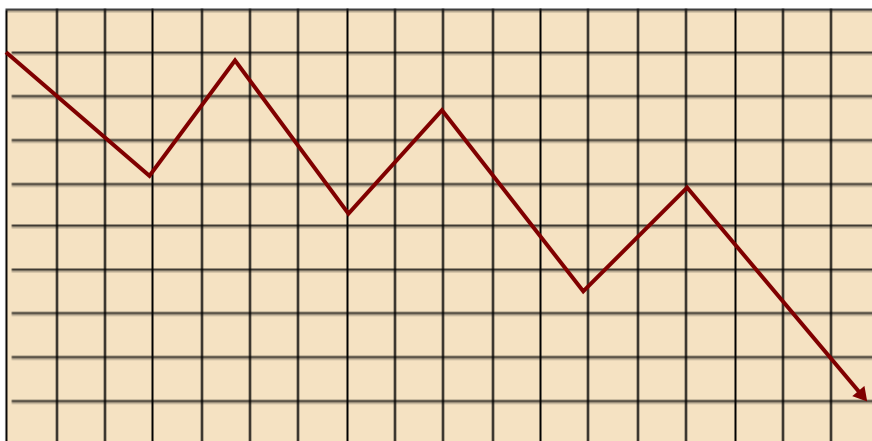
La investigación en los sistemas de salud dirigida a la excelencia en la optimización de la prestación de los servicios sanitarios estudia la evaluación individual de la idoneidad de las atenciones a los pacientes.

El uso inapropiado de las hospitalizaciones realizadas en hospitales de agudos es el que se produce en los casos que, estrictamente desde el punto vista clínico, podrían haber sido atendidos, con la misma seguridad, en otros ámbitos con menor coste, como el hospital de día, geriátrico, unidades de cirugía ambulatoria, etc. (incluso sin hospitalización alguna). De esta forma, la cama ha ido perdiendo paulatinamente su valor como uso terapéutico, por lo que, en la actualidad, la actividad de un centro hospitalario se debe medir, no por el número de camas disponibles, sino por la diversidad de servicios que presta, muchos de los cuales son actividades ambulatorias.

Durante los últimos veinte años, la estancia media en los hospitales ha disminuido en numerosos países. Esta realidad ha sido consecuencia de la introducción de nuevas tecnologías, la presión de las largas listas de espera y la demanda de una mejor utilización de los recursos disponibles. Hoy en día es quizá ya una obligación evitar estancias prolongadas más de lo deseable, máxime cuando se percibe que la actitud de permanecer en el hospital ha cambiado tanto en los pacientes como en los profesionales y que, en determinadas ocasiones, la estancia es incluso perjudicial (desorientación en pacientes de edad avanzada, infecciones hospitalarias, interacciones medicamentosas que afectan a la seguridad de los pacientes ingresados).

1.1. Innovaciones tecnológicas

Un imperativo en la tecnología es asociarse con el progreso. Desde la segunda mitad del siglo xx hay un desarrollo de la tecnología diagnóstica que posteriormente se ha desarrollado en el campo de la terapéutica. En este sentido, en la actualidad existen muchas técnicas poco invasivas que permiten realizar tratamientos en pacientes sin indicación en otros tiempos por su gravedad preoperatoria (cateterismos cardíacos), efectuar nuevas indicaciones y, en algunos casos, evitar las intervenciones, como en el tratamiento del *Helicobacter pylori* que ha supuesto la minimización de la cirugía del úlcus gastroduodenal.



La mayor disponibilidad de toda esta panoplia instrumental (catéteres, cirugía mínimamente invasiva, laparoscopias, etc.) ha representado una disminución del uso de la cama como terapéutica en un 20% y a la vez ha aumentado un 20% la actividad global y en especial la quirúrgica.

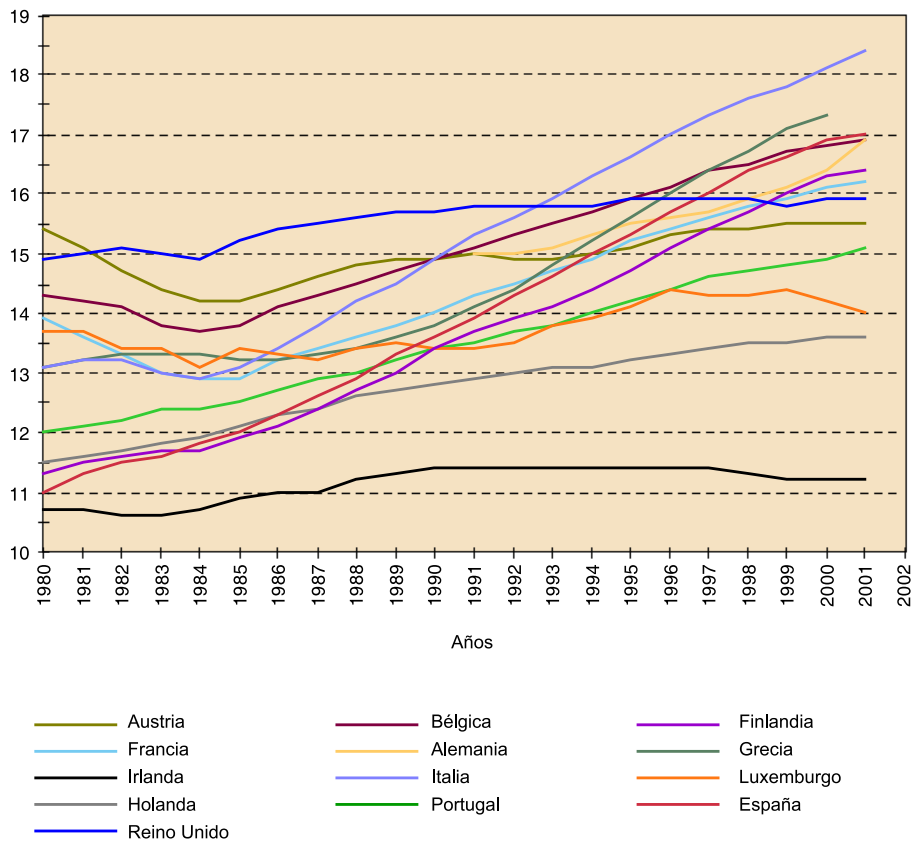
Las distintas innovaciones tecnológicas en el campo de la medicina (anestesia, métodos diagnósticos –ecografía, TAC, etc.–, terapéuticos –laparoscopia, stents, etc.–), así como las habidas en los sistemas de construcción (acero, ascensores) y las que se producen en la actualidad en los sistemas de comunicación conforman unas variables que han afectado y seguirán afectando al diseño de los hospitales y el resto de los distintos sistemas de atención.

De forma irremediable, y a la vista de lo acontecido en los últimos años, las innovaciones tecnológicas irán por delante de las infraestructuras establecidas y, por consiguiente, también la planificación estará sujeta a las variaciones que puedan producirse en el futuro que, en muchas ocasiones, ni siquiera se pueden intuir en la actualidad.

1.2. Demografía

El crecimiento de la población mundial, así como su envejecimiento, tienen un impacto directo sobre los sistemas sanitarios y su financiación. La población de más de 65 años, que representaba el 17% del total en el año 2000, aumentará al 20% en el 2020. En este sentido, por lo que respecta a España, la

población mayor de 65 años ha pasado en los últimos veinte años del 11% al 17% del total de la población que tenemos actualmente. Esta tendencia imparable afectará directamente al modelo de hospital que conocemos actualmente y al sistema sanitario en general.



Otro dato a tener en cuenta es el aumento de la población de más de 80 años, que en España pasará del 4% en el año 2000 al 6% en el 2020. Este envejecimiento de la población trae consigo el desarrollo de enfermedades crónicas y degenerativas que requerirán unos cuidados adecuados por parte de todos los agentes del sistema sanitario (atención primaria, atención especializada, atención farmacéutica y de los servicios sociales), ya que aumentará la dependencia de este tipo de enfermos.

El porcentaje de pacientes con patología asociada aumenta de forma importante con la edad, desde menos del 30% en pacientes de 21 a 30 años hasta el 90% en los de 71 a 80 años. Aproximadamente el 30% de los pacientes ancianos tienen tres o más enfermedades o comorbilidades, y el 80% tiene al menos una comorbilidad que aumenta el riesgo quirúrgico. Estas enfermedades y comorbilidades deben ser evaluadas y tenidas en cuenta durante el período perioperatorio. Aunque la edad "per se" no es una contraindicación para la cirugía, se la considera un factor de riesgo independiente de muerte posquirúrgica. El riesgo de morir en los mayores de 80 años que son intervenidos de cirugía mayor es del 5% frente a un 2% en los pacientes más jóvenes.

La mayor frecuentación hospitalaria por las personas mayores se acompaña, asimismo, de una mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos. Además, cada vez son más frecuentes los casos con pluripatologías, sobre todo en los pacientes de edad avanzada.

Debido en gran parte a la mayor esperanza de vida y a cambios en los patrones sociodemográficos, se ha constatado un aumento progresivo de la complejidad de la casuística atendida en los hospitales.

De conformidad con los datos proporcionados por la ENS, cada persona de entre 65 y 74 años tiene una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas; dicha media se eleva a 3,23 en las personas mayores de 75 años.

Frecuentación hospitalaria por edad y sexo en España (altas por 1.000 personas y año)

Grupos de edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	107,24	100,96	113,35
< 1 año	378,62	411,99	343,14
1-4	72,71	81,92	61,83
5-14	32,93	37,22	28,39
15-24	52,72	40,23	65,86
25-34	91,08	41,49	144,07
35-44	76,21	56,63	96,47
45-54	79,05	85,12	73,05
55-64	120,18	143,30	98,36
65-74	188,78	232,83	151,30
75-84	274,33	341,94	227,81
85-89	342,32	412,51	307,62
90-94	375,78	445,21	349,09
> 95	352,73	426,09	328,64

Fuente: EMH 2006. INE.

1.3. Cambios en la concepción de los hospitales

Los continuos cambios habidos en la práctica médica, acompañados del rápido desarrollo de nuevas tecnologías y la constatación de la limitación de los recursos, han producido importantes transformaciones en la prestación sanitaria. La innovación y la necesidad de mejorar la eficiencia del sistema sanitario han potenciado la difusión de nuevas formas de atención.

El desarrollo histórico de los hospitales se inicia con la disolución de los monasterios como instituciones utilizadas para cuidar a los pacientes enfermos y ligadas a las órdenes religiosas. Estas instituciones representaron un elemento relevante para la expansión de la cristiandad a través de Europa. Estas instituciones religiosas fueron centros de enseñanza y ayuda espiritual a las comunidades locales, así como un referente de seguridad para los viajeros y como casa de huérfanos y demás personas incapaces de valerse por sí mismas.

El fin de estas instituciones dio lugar a la pérdida de su conocimiento médico y a la aparición del profesionalismo médico. Posteriormente, en el siglo XVII, los hospitales incorporan el cuidado de los pacientes ancianos a la atención establecida para los pobres y huérfanos, con una organización basada en la enfermería de apoyo a la profesión médica. El resto de los pacientes eran tratados en su domicilio por el médico. El avance de la industrialización en el siglo XIX representó un aumento de la población y de la migración masiva del campo a las ciudades. Estos cambios comportaron un aumento de las enfermedades infecciosas y estimularon el interés por la salud pública (conducción de agua potable, alcantarillado, etc.). En este siglo se produce una expansión de los hospitales con la introducción en estas instituciones de la enseñanza y la investigación médicas. Los profesionales realizaban sus servicios de forma gratuita a los pacientes enfermos y pobres en contraprestación de adquirir conocimiento y poder realizar mejor su práctica privada fuera de los hospitales. El prestigio de la medicina se basaba en la atención personalizada por el médico y de forma ambulatoria en el domicilio.

A finales del siglo XIX y principios del XX los hospitales cobraron un gran impulso gracias a la aparición por un lado de los antibióticos y por otro de la anestesia, con el consiguiente desarrollo de la cirugía que transformó de forma radical el diseño de los hospitales. Todo ello comportó de forma progresiva el prestigio del paciente ingresado en detrimento del paciente ambulatorio. De unas instalaciones pensadas para pacientes moribundos, débiles, etc., con predominio de enfermedades infecciosas, lo que comportaba edificios grandes y modulares con facilidad de aireación, se pasó a empezar a diseñar edificios más compactos y pivotando en las salas quirúrgicas.

Después de la Segunda Guerra Mundial, y con la introducción de nuevas tecnologías diagnósticas, los hospitales alcanzan su máximo esplendor, dando lugar al conocido hospitalcentrismo. Fruto de esta época, el hospital se ha dividido tradicionalmente en distintas áreas (ingreso, urgencias y consultas externas). En los años ochenta empieza el declive de los hospitales como centro del sistema sanitario al trasladarse la actividad en régimen ambulatorio gracias a los nuevos avances tecnológicos no solo en el campo diagnóstico sino también en el terapéutico, y, debido a la aparición de las nuevas formas de atención, se fueron introduciendo diversos sistemas alternativos a la hospita-

lización (unidades de cirugía ambulatoria, hospitales de día, etc.). En la década de los noventa, la tendencia del mundo occidental ha sido el descenso de los servicios prestados de los pacientes ingresados.

En la actualidad, la hospitalización como práctica normativa ha cumplido ya su ciclo natural (ha terminado la edad de oro de los hospitales, Coile 1986) y observamos cómo el hospital se transforma de forma progresiva en un centro con menos camas y mucho más orientadas al paciente crítico, crónico agudizado y sofisticado. Con una mayor atención ambulatoria y un mayor peso relativo de sus procesos por el nuevo perfil de los pacientes. Por consiguiente, los diseños de los hospitales traducen de forma progresiva en sus infraestructuras estas nuevas necesidades: un mayor volumen de la actividad ambulatoria (consultas externas, gabinetes de exploración, unidades de cirugía ambulatoria, hospitales de día, urgencias etc.) en estrecha relación con los espacios destinados al diagnóstico y, en menor medida, y distantes de las entradas al hospital, las unidades de hospitalización convencional.

1.4. Nuevo perfil del paciente ingresado

En la actualidad, el envejecimiento de la población y el aumento de la cronicidad de muchas enfermedades, junto con el predominio de la atención ambulatoria, están conformando un nuevo perfil de paciente ingresado. Para una mayoría de pacientes ancianos, el hospital en situaciones de cronicidad puede convertirse en un lugar incluso peligroso: los ingresados duermen poco, ya que los despiertan muy pronto y les molesta el ruido que por lo general se genera, la alimentación es poco apetecible, existe riesgo de sobremedicación especialmente por la sistemática sedación nocturna, hay falta de sensibilidad en la intimidad, etc.

En el grupo de pacientes mayores de 80 años, respecto a los pacientes de entre 19 y 75 años, se observa una mayor proporción entre los procesos de agudización de las enfermedades crónicas (insuficiencia cardíaca, EPOC & bronquiectasias) y los numerosos procesos agudos que les acompañan (cataratas, fractura de cadera, infarto agudo de miocardio, neumonía, enfermedad cerebro vascular aguda). En este grupo de pacientes mayores de 85 años existe una variabilidad clínica debida en parte a una mayor presencia de diagnósticos con mayor diversidad en su codificación (por ejemplo, EPOC & bronquiectasias, insuficiencia cardíaca).

En cualquier caso, a pesar de la moderada variabilidad existente entre grupos de personas mayores independientemente de su edad, se pone de manifiesto la realidad y la necesidad de acometer alguna acción con la finalidad de adecuarse mejor a las necesidades de estos pacientes y afrontar el enorme impacto que supone esta variabilidad observada en la utilización hospitalaria entre distintas áreas sanitarias, que consiste en una variación entre 600.000 ingresos menos que los actuales y 710.000 más que los actuales.

En la actualidad, la mayoría de los sistemas hospitalarios responden más bien a premisas establecidas en los años ochenta. Nuestro sistema sanitario fue diseñado para atender a pacientes agudos, con factores de éxito basados en diagnósticos certeros y conocimientos específicos. Sin embargo, hoy en día, los pacientes crónicos, que mayoritariamente presentan reagudizaciones, requieren una atención aguda delimitada en el tiempo y posteriormente más cuidado, lo que demanda una atención integral y longitudinal. Todo ello está configurando el papel del hospital como un dispositivo más del sistema sanitario y que toma distancia del papel predominante del hospital, aún vigente en muchos lugares.

El reto presupone un cambio, que consiste en transferir al paciente ingresado tan rápidamente como sea posible a otro espacio diseñado de forma específica. El resultado final es que el hospital tradicional va añadiendo de forma progresiva espacio a los sistemas alternativos, en vez de añadir camas de agudos. Sin embargo, las dos tendencias, la demográfica (envejecimiento progresivo) y la organizativa (modelo asistencial), no avanzan con la misma velocidad.

1.5. Nuevos escenarios en el diseño del hospital tradicional

No nos debería extrañar la necesidad de repensar también la hospitalización convencional que resulta de este nuevo perfil de pacientes. La siguiente tendencia contemplará cambios en la distribución de las camas que conforman el hospital. Si en la actualidad una minoría está orientada a las necesidades de los pacientes y el resto gira en torno a las distintas especialidades médicas, en un futuro cercano, al agudizarse el perfil del paciente hospitalizado, y al ser sus necesidades muy parecidas, las características ligadas a las especialidades, por consiguiente, serán cada vez menos evidentes. No solo entre las especialidades médicas y quirúrgicas, sino incluso entre las de cada una de ellas.

Este nuevo perfil de paciente hospitalizado comportará una distribución distinta de las camas en el hospital y dará lugar a nuevas modalidades de hospitalización convencional diseñadas como unidades pensadas para afrontar las necesidades de los pacientes y no tanto de la especialidad médica como hasta ahora: unidades de semana, unidades de pacientes frágiles, unidades de ingreso, unidades de pre-alta, etc., que conforman una hospitalización centrada en el paciente y con un papel más preponderante en la organización y gestión de los cuidados por parte de la enfermería. Mirando a un futuro no muy lejano, el uso adecuado de las camas de agudos se establecerá en un sentido longitudinal, siguiendo al paciente, por lo que exigirá una íntima cooperación entre los profesionales de atención primaria (médicos, enfermería y trabajadores sociales) y los gestores de las unidades de hospitalización centradas en los pacientes.

Diez razones por las que los hospitales constituyen un factor clave de las reformas sanitarias

- Los hospitales absorben una parte importante del presupuesto sanitario, hasta un 70% en algunos países del este de Europa.

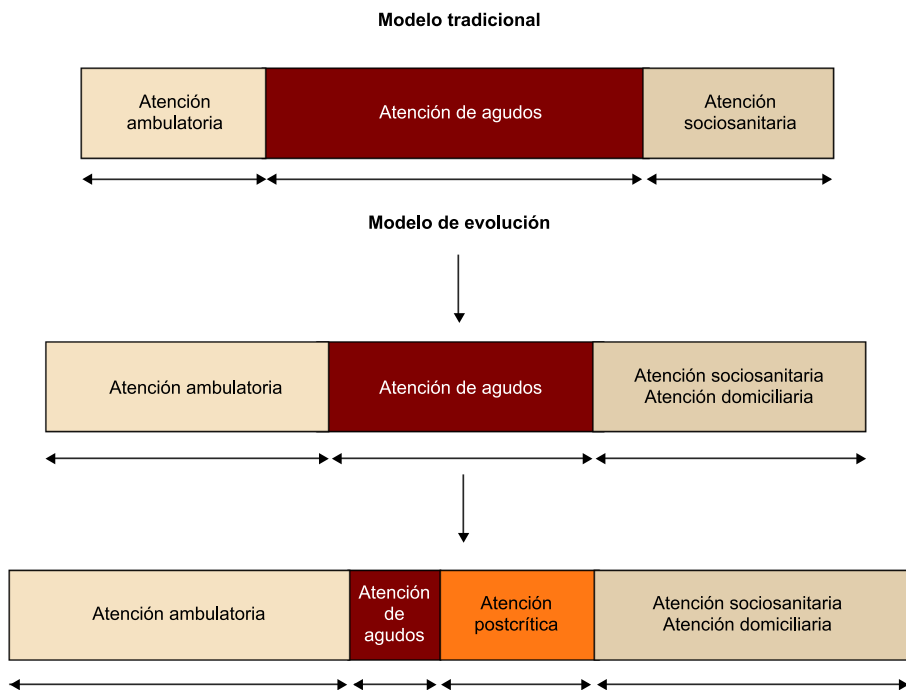
- Los hospitales emplean hasta la mitad del total de los médicos y tres cuartas partes del total de enfermeras.
- La posición relativa de los hospitales difiere en los distintos sistemas sanitarios europeos y es más dominante en los países de Europa oriental que en los de Europa occidental.
- Su posición en el vértice del sistema sanitario implica que las políticas y prácticas hospitalarias tienen un enorme impacto en el conjunto de la atención sanitaria.
- Los hospitales no solo tratan a pacientes sino que también cumplen funciones importantes en la educación, la investigación y las economías locales.
- A menudo, las reformas sanitarias tienen implicaciones y consecuencias no intencionadas sobre una o más de estas funciones.
- Los hospitales, sin embargo, pueden ser resistentes al cambio a pesar de las presiones del contexto (cambios demográficos, nuevas patologías, oportunidades que ofrecen los avances farmacológicos y tecnológicos, nuevas ideas sobre sus funciones...).
- Las interacciones con la atención primaria y comunitaria cambian constantemente. En consecuencia, las pautas de tratamiento se están modificando considerablemente: los pacientes más enfermos pasan menos tiempo en los hospitales y crece la atención ambulatoria.
- Los hospitales se están reestructurando a través de nuevos modelos de gestión y financiación, lo que conlleva una mayor regulación sobre sus resultados.
- Los hospitales tienen también una importancia simbólica: son la parte más visible y emblemática del sistema sanitario.

Fuente: **Martin Mckee; Judith Healy** (eds.) (2002). *Presente y futuro de los hospitales en Europa*. Open University Press.

En la actualidad, los hospitales ya no deben considerarse como instituciones aisladas. Los hospitales, considerados centros de excelencia, deberán progresar y pasar a convertirse en los centros de soporte de la comunidad. Deberán adaptarse continuamente a circunstancias cambiantes dentro de los hospitales mismos, y transformar su interacción con el resto del sistema sanitario y con el entorno económico y social más amplio.

Los hospitales son un componente clave del sistema sanitario, y por tanto, un aspecto central en los procesos de reforma sanitaria.

La realidad se impone y la evolución en la utilización y capacidad hospitalaria ha mostrado importantes cambios en toda Europa. Se utilizan menos camas hospitalarias de forma más intensiva gracias a las estancias más breves de los pacientes. El aumento del número de admisiones de pacientes que permanecen durante períodos más breves, juntamente con el crecimiento de las tasas de admisiones de un solo día y de las consultas externas, implican que los hospitales se han convertido en centros cada vez más dinámicos.

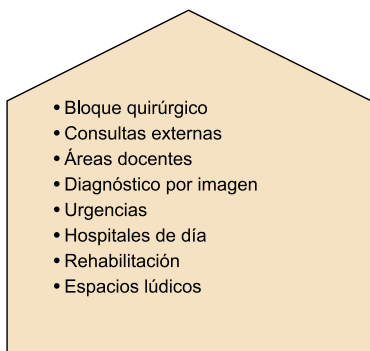


Una cuestión fundamental para los hospitales modernos es diferenciar el tipo de asistencia sanitaria que debe proporcionarse desde sus instalaciones. El hospital es solo un elemento más dentro de un sistema en el que los pacientes se mueven entre distintos niveles, tipos y localizaciones de la asistencia. La colaboración entre los niveles de atención proporciona oportunidades tanto para mejorar el acceso al hospital como para desviar los pacientes a otros servicios.

Las estrategias empleadas en este sentido han sido:

- Mejorar la coordinación entre los distintos tipos de asistencia.
- Modificar las fronteras organizativas, así como las distintas modalidades de atención.
- Evitar, cuando sea posible, la asistencia hospitalaria a pacientes internos, sustituyéndola por otros tipos de asistencia.

Áreas que verán incrementada su superficie con respecto al total del hospital



Áreas que disminuirán su superficie con respecto al total del hospital



Estos hechos pueden justificarse, más que por criterios de eficacia o eficiencia, por la presencia de economías de escala y aprendizaje que fundamentan los procesos de reestructuración hospitalaria. Todo ello nos conduce a pautas de atención sanitaria más complejas, con la centralización de ciertas funciones y la descentralización de otras, por ejemplo, en los centros clínicos independientes.

Los cambios en la configuración de los hospitales requieren por lo general la expansión de la atención ambulatoria y la construcción de nuevas instalaciones, dado que, a menudo, las reformas hospitalarias tienen que enfrentarse a edificios grandes y obsoletos. Por ello, también se hace necesaria la movilización de importantes volúmenes de inversiones.

Finalmente, también se ha constatado que existe una relación positiva entre la satisfacción profesional y laboral y los buenos resultados en la calidad de la asistencia. Los profesionales valoran las instituciones que ofrecen un buen entorno para desarrollar su actividad, y, normalmente, dichas organizaciones se caracterizan por otorgar una mayor autonomía y favorecer la relación entre los diferentes profesionales que intervienen en el proceso asistencial.

2. La planificación de los sistemas alternativos

Tradicionalmente, la capacidad de un hospital se ha medido (y aún se mide) en camas. La enfermedad se medía en su momento por el número de camas (en la actualidad no tanto), y las instituciones eran remuneradas en función del trato del enfermo encamado. La cama no se receta como si fuera una pastilla, pero ha estado considerada la base de todo tratamiento. Por todo ello, las continuas preocupaciones por la escasez de camas deben ser moderadas en la actualidad por las nuevas modalidades de atención basadas en las alternativas a la hospitalización.

Existen distintos factores que determinan la reserva de camas:

- Aumentan la necesidad de camas:
 - La resistencia al cierre.
 - La necesidad inducida por el médico.
 - La tecnología y la ciencia médicas.
 - La demanda de la población.
 - La necesidad planificada.

- Disminuyen la necesidad de camas:
 - La dificultad para ubicar hospitales.
 - La tecnología y la ciencia médicas.
 - La dificultad de disponer de personal.
 - Las limitaciones financieras.

De estos factores destacamos la necesidad de determinar el ingreso en el hospital y el papel del médico a la hora de tomar esta decisión: es un juicio personal que varía en función del médico y del tiempo, lo que explica la variabilidad en el número de camas de agudos existente entre poblaciones similares y pone de manifiesto que está influida por la cantidad de camas existentes en el tiempo y el lugar de revisión.

Existen estudios sobre el uso inapropiado de las camas hospitalarias que ponen de manifiesto la necesidad de asegurar la correcta utilización de dichas camas para evitar los ingresos innecesarios, las estancias excesivas y una localización incorrecta. Que no solo responden a problemas clínicos sino también a otros existentes de organización y entorno.

Dentro de los ejemplos de ingresos innecesarios encontramos los efectuados por estudios y procedimientos quirúrgicos tributarios de realizar de forma ambulatoria. Las estancias prolongadas y las ubicaciones incorrectas están más ligadas a factores de hábitos de la organización, influencias extrahospitalarias

del entorno social, presencia de atención domiciliaria y, en ocasiones, actuaciones, por otra parte comprensibles, de adecuación por existir una duda respecto al diagnóstico o la gravedad del paciente.

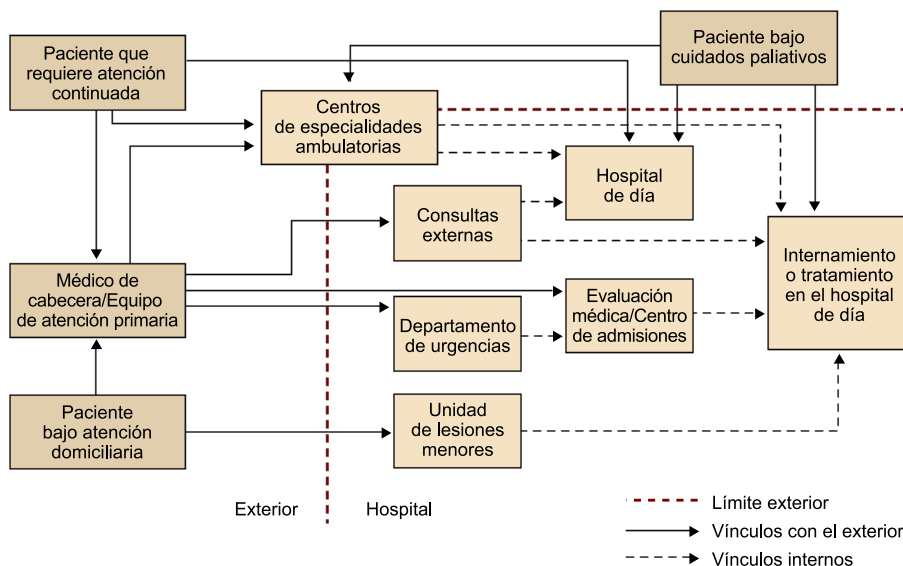
La cartera de servicios de la organización hospitalaria del futuro tendrá un alto nivel de desarrollo, adecuando la oferta a las características de su población de referencia e incorporando los nuevos avances de la medicina.

Los servicios diagnósticos participarán más activamente en el proceso asistencial, integrando y agilizando la respuesta diagnóstica. Ante una disminución previsible de la hospitalización de las patologías médicas, el peso relativo de la actividad quirúrgica aumentará considerablemente. Ello podrá provocar ciertas tensiones en la asignación de recursos, al tratarse de prestaciones con un consumo más intensivo. Los actos quirúrgicos serán principalmente cirugía ambulatoria e intervenciones de alta complejidad, en función del papel de referencia de los hospitales para determinadas especialidades.

La incorporación de nuevas alternativas a la hospitalización es una respuesta a los nuevos retos que plantea el sector.

2.1. Plan funcional

Conforme cambian las funciones de los hospitales, el éxito de las políticas implica adoptar una combinación de estas estrategias. Por ejemplo, los "filtros" de admisión incluyen el reforzamiento del papel de "guardianes" de los médicos generales de cabecera (generalista o especialista en medicina familiar o comunitaria), el establecimiento de unidades de evaluación médica y el desarrollo de nuevos servicios de atención externa.



Fuente: Martin Mckee; Judith Healy (eds.) (2002). *Presente y futuro de los hospitales en Europa*. Open University Press.

Además, los hospitales han hecho un considerable esfuerzo por poner en marcha distintos programas para acelerar el alta, como el servicio del "hospital en casa" y el recurso a otros servicios sociales y comunitarios, especialmente en la atención a los ancianos.

Algunos hospitales están desarrollando modelos de integración "vertical" al incorporar otros servicios, como clínicas ambulatorias externas, centros u hospitales de rehabilitación diurna y residencias asistidas. Destacamos las más relevantes y con mayor experiencia. Por sí solas significan un cambio significativo en la forma de provisión de la asistencia en cualquier centro hospitalario en el que se desarrollen.

La configuración de una unidad alternativa a la hospitalización y por defecto ambulatoria requiere la elaboración previa de un programa funcional, lo que permitirá identificar a la población diana y elaborar la cartera de servicios, cuantificar los recursos correspondientes a cada modalidad asistencial, definir sus relaciones y adaptarlas a la estructura organizativa y de gestión. A título de ejemplo, un plan funcional debería contemplar los siguientes puntos relevantes:

- Análisis demográfico e identificación del ámbito territorial de la unidad.
- Análisis de los recursos de atención primaria vinculados al hospital y a la atención ambulatoria específica.
- Criterios de selección de pacientes. Estimación de la demanda teórica de cada una de las modalidades asistenciales de atención ambulatoria. Deberá tenerse en cuenta la capacidad de penetración de la unidad en su entorno, una vez se encuentre esta en pleno funcionamiento.

- Análisis de la infraestructura arquitectónica donde se desarrollarán las actividades ambulatorias (tanto para la definición de una nueva infraestructura como para la adaptación de la ya existente).
- Análisis de la capacidad de producción, según escenarios de mayor o menor eficiencia.
- Análisis y definición de la cartera de servicios de la unidad.
- Análisis y definición de las relaciones de la unidad con otras unidades y elementos del sistema sanitario.
- Estudio de necesidades de personal y de equipamiento, atendiendo a la demanda, la actividad prevista y la cartera de servicios del hospital.
- Definición de sus criterios de funcionamiento con referencias al manual de normas, y detallando los esquemas de circulación de pacientes, personal, cuidadores y materiales.
- Configuración del circuito asistencial (formas de acceso de los pacientes, tramitación administrativa de su recepción, tránsito dentro de la unidad, alternativas a su salida, etc.), formas de asistencia médica post-alta y relaciones funcionales con el resto de las estructuras de su entorno (servicios centrales, urgencias, atención primaria, etc.).
- Estudio económico, en el que se reflejará tanto el importe de la inversión prevista en infraestructura y equipamiento como la estimación de los gastos corrientes de funcionamiento en personal, suministros y mantenimiento necesarios para realizar sus actividades, así como el impacto económico-sanitario de su funcionamiento en la institución de la que depende.

2.2. Perfil del paciente

Según los datos de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI), en 2007 fueron atendidos en España más de cinco millones de pacientes y se estableció una relación de altas en hospitalización convencional/hospital de día de casi 5/1 realizadas en el hospital de día de todo tipo. La mayoría de los pacientes que acuden a estas unidades presentan patologías crónicas, y vienen a ellas de forma programada acompañados de un cuidador. La actividad del hospital de día debe perturbar lo menos posible la actividad cotidiana de ambos, paciente y cuidador.

La información proporcionada en la unidad debe incluir todos los aspectos que faciliten la función de apoyo de los cuidadores y promuevan su colaboración activa en la atención de los pacientes tratados en esta modalidad asistencial.

Se ha observado un notable incremento en el número de sesiones de hospital de día en un corto período (1999-2002). Los procesos oncológicos pueden representar casi la cuarta parte del total, seguidos por la atención a los pacientes con infección VIH/sida que, sin embargo, de conformidad con su evolución epidemiológica, fue notablemente decreciente en dicho período.

2.3. Organización y gestión

Estas unidades se consideran autónomas e intermedias en la medida en que su actividad principal es la prestación de cuidados a pacientes procedentes de otras unidades de responsabilidad en el centro que, en la mayoría de los casos, acuden desde su domicilio, aunque, en algunos casos, los pacientes que se atienden en ellas proceden de otras unidades del propio centro.

Estas unidades ambulatorias dan atención de forma programada y en ocasiones de forma preferente, con indicación del médico responsable. A lo largo del seguimiento de la gestión del paciente en el entorno existen diferentes alternativas de organización y gestión, entre las que cada organización sanitaria deberá identificar la más adecuada.

Como se ha comentado anteriormente a propósito del nuevo papel del hospital en el sistema sanitario y la existencia de un solapamiento entre la asistencia primaria y la especializada, se debería producir un ajuste a este nuevo escenario y promocionar el papel de los profesionales de atención primaria. Las unidades ambulatorias, y en especial los hospitales de día, deben participar en el seguimiento longitudinal del paciente con el objetivo de prestarle la atención que precise en cada momento en el lugar (domicilio, consulta de atención primaria o de especialidad, hospital de día, hospitalización convencional, urgencias) y con los recursos (de personal, tecnológicos) más adecuados. Para ello es preciso que exista una efectiva coordinación entre el médico responsable del paciente en atención primaria y el médico (o, en su caso, otro profesional que sea el "gestor del paciente") en atención especializada.

Son requisitos imprescindibles de organización del hospital de día:

- La existencia de un manual de organización y funcionamiento.
- La protocolización rigurosa y la definición estricta de las líneas de responsabilidad.

- La información exhaustiva al paciente y a los familiares/cuidadores.
- El consentimiento informado.
- El trato adecuado tanto para el paciente como para sus cuidadores.

Estas unidades deberán disponer de un manual de organización y funcionamiento en el que se reflejen los datos siguientes: el organigrama de la unidad, la disposición física de la unidad y los recursos estructurales y el equipamiento de que dispone, la organización y normas como la cartera de servicios. Las unidades ambulatorias requieren una serie de recursos estructurales y de equipamiento, los cuales estarán relacionados con las características de la actividad clínica programada y dispondrán del grado de autonomía que, con respecto a los recursos existentes en otras unidades del hospital, se precisen.

Para desarrollar la estructura de una unidad, conviene mantener la secuencia de sus actividades: acceso físico (independiente, en lo posible), admisión, espera, consulta, tratamiento, recuperación y alta...

2.4. Identificación de los pacientes

La selección del paciente se debe realizar valorando cada caso mediante un análisis individualizado. La decisión en el caso del tratamiento ambulatorio depende además del riesgo anestésico y/o quirúrgico y farmacológico, de las circunstancias sociales y de la actitud del paciente frente a esta nueva forma de modelo asistencial. La clave del éxito como alternativa a la hospitalización convencional consiste, pues, en la adecuación previa de los pacientes al tipo de área ambulatoria. En la actualidad, la auténtica alternativa es en muchos casos la hospitalización tradicional y, en tal supuesto, sería necesario justificar el ingreso ante la factibilidad de la atención ambulatoria.

En un estudio de planificación, y en especial cuando queremos estudiar la dimensión de un sistema que representa la sustitución de un número indeterminado de pacientes que son tratados por el sistema convencional basado en la hospitalización, es muy importante identificar las zonas de solapamiento con otros dispositivos.

En la atención ambulatoria, la atención primaria y la atención a domicilio son temas que se deben tener en cuenta.

En cualquier caso, antes de delimitar el tipo de paciente, conviene considerar que en el paciente ambulatorio es importante valorar su actitud ante el dolor y el autocuidado, puesto que la atención ambulatoria requiere una mayor colaboración del paciente. En otras palabras, se programan pacientes, no procedimientos.

2.4.1. Pacientes quirúrgicos

La gran mayoría de los procesos quirúrgicos, independientemente de la edad, son susceptibles de practicarse mediante cirugía ambulatoria. Representan más del 80% de los procedimientos en lista de espera y más del 60% de los procedimientos que de forma habitual se realizan en nuestros hospitales.

2.4.2. Pacientes médicos crónicos y no reagudizados

Categorización de pacientes crónicos: en el nivel 1 se encuentra la mayoría de la población con enfermedades crónicas, que se puede beneficiar de programas desde el ámbito de la atención primaria que prestan una especial atención a la educación para la salud y fomentan el autocuidado. En el nivel 2 se pueden incluir los enfermos crónicos con un protagonismo incuestionable de una enfermedad de un órgano específico, que se pueden beneficiar de un programa de *disease management* (gestión de la enfermedad). En el nivel 3 se encuadran los pacientes con necesidades muy complejas, que requieren una infraestructura organizativa específica que les aporte un servicio altamente personalizado.

2.4.3. Pacientes susceptibles de exploraciones diagnósticas y tratamientos

Por lo general, se trata de pacientes que son asistidos en otras unidades que disponen de áreas de readaptación al medio e integradas, como las unidades de hemodinamia, curas paliativas, etc. En este supuesto, y según el número de casos y la estructura del centro, se puede compartir con el hospital de día la zona necesaria para reanimación y adaptación al medio exigible.

2.5. Cooperación entre niveles asistenciales

A lo largo de la historia, la utilización de la cama como medio terapéutico ha ido evolucionando. Las interacciones con la atención primaria y comunitaria cambian constantemente. En consecuencia, las pautas de tratamiento se están modificando considerablemente: los pacientes más enfermos pasan menos tiempo en los hospitales y crece la atención ambulatoria.

La introducción de las innovaciones tecnológicas en el diagnóstico y el tratamiento, así como la mejora en la gestión de los hospitales, conjuntamente con la aparición de dispositivos alternativos de menor coste que la hospitalización convencional, están cambiando el papel del hospital.

Tengamos presente que todos los países de nuestro entorno han tenido que afrontar problemas de coste, ineficiencia, derroche de recursos, distorsiones y la inflexibilidad de una contención de presupuesto por la convergencia europea. En este sentido, la mayoría de las reformas realizadas a finales de los años ochenta y los inicios de la década de los noventa se apoyaron en la potenciación de la atención primaria conjuntamente con el redimensionamiento de los hospitales y la separación de la compra y de la provisión, entre otros factores.

En un período de reformas sanitarias y de los hospitales, en el que se tenía una imagen negativa y generalizada del hospital como responsable de los costes, era necesario transformar el hospital orientado a las camas en una institución centrada en las necesidades de los pacientes como un elemento más de la red de asistencia y garantía de trabajo para muchos sectores con la finalidad de demostrar que no son una carga excesiva para ningún país.

La definitiva reforma de la atención primaria con una política de asignación de recursos que estimule la resolución del primer nivel, conjuntamente con una integración más amplia de las especialidades o más exigente con los especialistas, son la clave del éxito de un modelo basado en dos niveles: atención primaria y atención especializada.

Destacar la gran cantidad de urgencias que soportan nuestros hospitales, que los singulariza frente a los hospitales de nuestro entorno más cercano. Las urgencias representan por término medio el 15% de la actividad que se factura. Este número de urgencias dificulta la gestión del día a día del hospital y es una actividad sometida, en momentos puntuales, a una presión en el ámbito ciudadano y en el político que no facilita las decisiones de forma equitativa con otros ámbitos que forman parte de la actividad de un centro hospitalario.

En España optamos por un modelo en el que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema. El acceso en ocasiones no es fácil y, a pesar de distintas fórmulas, el paciente conoce los atajos para saltar los obstáculos. La cita previa, la percepción real o ficticia de resolución en los centros de salud, la contraria percepción en el hospital que parece compensar con las interminables esperas en los servicios de urgencias, junto con sistemas de reparto en forma de torneo en la asignación de recursos entre niveles y organizaciones compartimentadas, no ayudan a buscar soluciones integradas. En este sentido

se realizan experiencias de ámbito territorial que incorporan los distintos niveles. Necesitamos tiempo para poder tener datos fiables y seguros para poder comparar y justificar empíricamente su bondad.

Muchos factores han contribuido a aumentar el énfasis en la atención primaria. Las enfermedades crónicas son cada vez más importantes que los episodios agudos. Las primeras requieren un tratamiento longitudinal, en el que se fomenta el papel del médico de familia. Los avances en la tecnología médica, el desarrollo de los sistemas de información y los próximos resultados de las investigaciones van en este sentido. Es decir, en propiciar la atención ambulatoria.

De todas formas, la sustitución de los niveles de especialización por el primer nivel está lejos de ser significativa. En cualquier caso, la atención primaria siempre necesitará de la atención especializada, y esta formará parte de uno de los peldaños del modelo. En la actualidad se están dando distintos modelos, pero es importante que en todos ellos se permita impulsar un diálogo de igualdad entre las partes: la atención primaria y los hospitales.

Existe evidencia para afirmar que, por lo general y salvo alguna excepción, la atención primaria es un complemento de la atención secundaria más que una sustitución del paciente ingresado. Su papel de sustitución en el paciente ambulatorio es mucho más claro. De todas formas, en ocasiones olvidamos que la actuación en el ámbito de la atención primaria y la especializada imprime una especialización fruto de la experiencia. En la atención primaria, lo más frecuente es tratar pacientes sanos. De ahí su importancia en el valor predictivo que establece. Por el contrario, la atención especializada está sesgada por tratar pacientes generalmente enfermos. Son dos poblaciones distintas que requieren métodos diferentes. Sin embargo, ante la proliferación de métodos diagnósticos en los dos ámbitos parece que si tropezamos con un paciente sano es que, en realidad, está poco estudiado.

En cualquier caso, las barreras que separan el hospital y la atención especializada del ámbito del médico de cabecera son cada vez más difusas, y la realidad de la atención ambulatoria en sus distintas modalidades, que son auténticas alternativas a la hospitalización convencional, representa un esfuerzo por ambas partes para dar continuidad a la atención de los pacientes.

2.6. Ventajas de los hospitales de día frente a la hospitalización

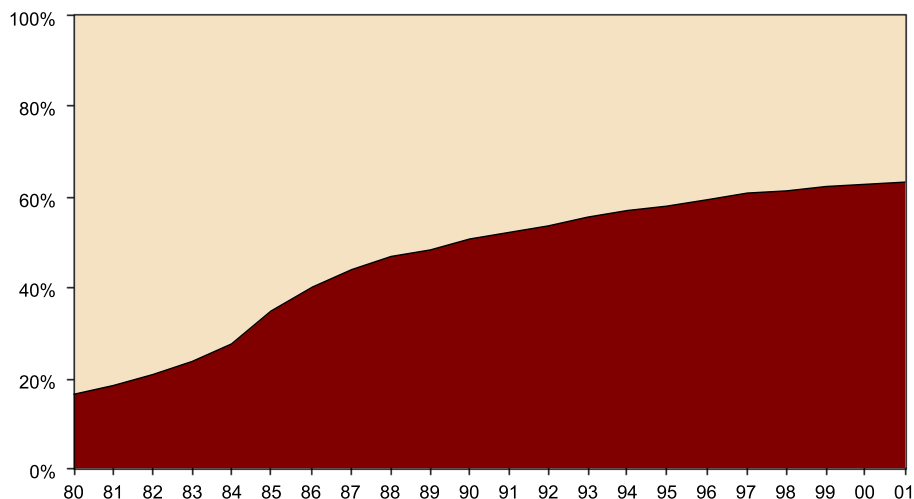
- Las citas pueden programarse de forma que permitan a los pacientes y a sus cuidadores compaginar el tratamiento con sus actividades laborales o domésticas.
- Se programa de forma independiente de la hospitalización convencional, lo que hace menos probable que se produzcan demoras o cancelaciones.

- El ambiente percibido por el paciente adopta una forma menos agresiva que la hospitalización convencional.
- Reduce los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales.
- Reconduce a un número no despreciable de pacientes complejos y sofisticados del quizá sobredimensionado servicio de urgencias, y permite un tratamiento más personalizado por el médico habitual, mucho más conocedor de las particularidades del paciente.
- Permite a los clínicos programar los tratamientos de forma más directa y flexible.
- Para los gestores, propicia un uso más eficiente de los recursos y, además, reduce las listas de espera y los tiempos de demora para ciertos procedimientos.

3. Unidades de cirugía ambulatoria

La cirugía ambulatoria es el sistema alternativo que más ha impactado en los distintos modelos sanitarios, y ello hasta el punto de que, en la actualidad, ha dejado de ser la alternativa para la mayoría de los pacientes quirúrgicos presentes en las listas de espera. En otras palabras, para estos procedimientos se debería justificar su realización mediante la hospitalización convencional.

La introducción de la cirugía ambulatoria tal como la conocemos en la actualidad (cirugía sin ingreso, cirugía mayor ambulatoria, *day surgery*, *outpatient surgery*...) ha representado unos cambios profundos no solo en la práctica médica sino también en los criterios de planificación y financiación. Sin embargo, su desarrollo ha sido muy desigual en los diferentes países, debido en parte a la diferente organización de los sistemas sanitarios y a los distintos incentivos en la forma de financiación.



Fuente: *The Lewin Group analysis of American Hospital Association Annual Survey data, 1980 – 2001, for community hospitals.*

En EE. UU. la ampliación de la cirugía ambulatoria ha sido el resultado de muchos factores:

- El elevado coste de la cirugía intrahospitalaria.
- Los incentivos al cirujano y al paciente por las compañías de seguros médicos.
- Los desarrollos tecnológicos en la cirugía.
- La introducción de nuevos anestésicos y analgésicos.
- La educación del paciente.
- El desarrollo de servicios sociales de apoyo a domicilio para los pacientes ancianos.

En Europa, su crecimiento no ha sido tan espectacular y la existencia de las listas de espera ha sido el factor más importante para el desarrollo de la cirugía ambulatoria. La cirugía ambulatoria ha representado aumentar la producción de los quirófanos siempre y cuando el motivo fuera la falta de camas en el hospital.

Desde el momento en que se introdujo esta modalidad en los contratos programa y se consideró la tarifa del alta quirúrgica por el proceso independientemente de la estancia, su desarrollo ha ido en aumento, y, en este sentido, los nuevos diseños de los hospitales contemplan la presencia de un espacio específicamente diseñado para este fin, lo que ha comportado un replanteamiento del número de camas por habitante (indicador muy establecido en los manuales de planificación hospitalaria). Todo ello ha representado en la última década una auténtica reconversión en la mayoría de los hospitales de EE. UU. y Europa.

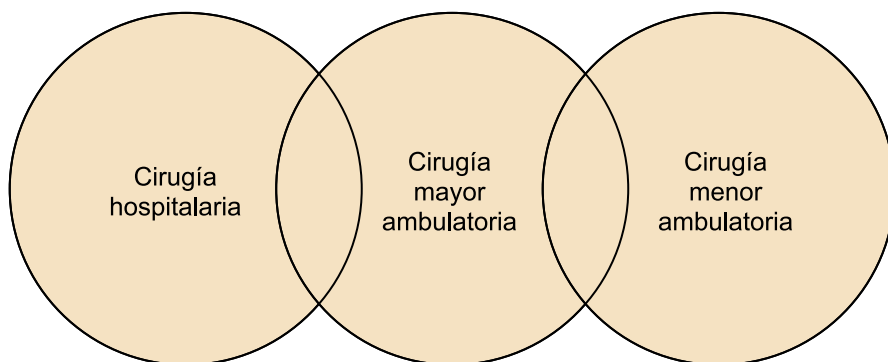
La limitación de recursos, los avances tecnológicos y la involución de los pacientes ingresados repercuten sensiblemente en la ocupación de los hospitales.

3.1. Procedimientos de cirugía ambulatoria

Lo que ha significado el desarrollo de la cirugía ambulatoria es la introducción de procedimientos quirúrgicos que anteriormente requerían incisiones grandes y hospitalización prolongada y actualmente se efectúan con técnicas mínimamente invasivas (cirugía de la rodilla, colecistectomía...) y toda una serie de intervenciones muy prevalentes, como las de la hernia inguinal, la cirugía refractaria, cuyo tratamiento ambulatorio se ha visto favorecido por las tecnologías en el campo de la anestesia.

Actualmente, la cirugía ambulatoria se divide en mayor y menor:

La cirugía mayor ambulatoria incluye intervenciones que se realizan a pacientes no hospitalizados, con cualquier tipo de anestesia, y hacen necesaria o aconsejable la existencia de un período de recuperación u observación antes de dar de alta al paciente en un plazo de seis horas desde la intervención.



La cirugía menor ambulatoria incluye aquellas intervenciones que, por lo general, se realizan bajo anestesia local y en las que se produce el alta inmediata.

El nuevo concepto de la cirugía ambulatoria mayor enlaza los procedimientos quirúrgicos menores que pueden realizarse en una consulta médica y la cirugía que requiere soporte hospitalario y cuidados posoperatorios hospitalarios. El solapamiento entre estos tipos de cirugía exige sentido común y flexibilidad, es decir, tener en cuenta al paciente y sus circunstancias, que son, en definitiva, lo que aconseja el lugar idóneo donde se practica, por encima de la simple indicación de la intervención.

Cirugía sin ingreso

Según la Day Surgery Unit, la cirugía sin ingreso es la que se realiza sin internamiento. Esta denominación se introdujo para asociarse a la disposición de un espacio específicamente diseñado para dar un ambiente de seguridad tanto para el paciente como para el profesional.

La cirugía ambulatoria también se conoce en España, en determinados lugares, como unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA), aunque no solo realicen cirugía mayor ambulatoria. Por todo ello, la mayoría de los pacientes con procedimientos quirúrgicos menores se podrán tratar en régimen ambulatorio en la misma consulta médica, otros en la unidad de cirugía sin ingreso y, quizá de forma excepcional, incluso en régimen ingresado.

3.2. Tipos de unidades de cirugía ambulatoria

La cirugía sin ingreso y, concretamente, la cirugía mayor ambulatoria, es un tipo de cirugía que requiere un espacio específicamente diseñado para aumentar la seguridad del paciente y del profesional, dado que representa compartir la convalecencia posoperatoria.

En este sentido, no es aconsejable mezclar a los pacientes tributarios de cirugía con hospitalización con los de atención ambulatoria. Ello representa establecer unos mínimos circuitos diferenciados en la ejecución de los procedimientos. En este sentido, podemos establecer en una unidad de cirugía sin ingreso los siguientes espacios:

- recepción,

- área de intervención quirúrgica,
- área de readaptación al medio.

Si bien el área de intervención puede compartirse con relativa facilidad con los pacientes quirúrgicos con hospitalización, la de recepción y la de readaptación al medio son exclusivas para estos pacientes.

El área de readaptación al medio es la zona donde los pacientes con cirugía mayor ambulatoria requieren un período de estabilización no mayor de seis horas aproximadamente desde la finalización de la intervención. En este espacio el paciente se recupera de la anestesia, acompañado por el familiar, y se constata la factibilidad de su traslado a su domicilio con mínimos cuidados por parte del acompañante. Si bien el área de recepción es común para toda la cirugía ambulatoria, el área de readaptación al medio es innecesaria para los pacientes con cirugía menor ambulatoria, salvo casos excepcionales que requieren un tiempo limitado de atención antes de enviar al paciente a su domicilio.

Una característica de la cirugía ambulatoria consiste en compartir la convalecencia posterior a la intervención. Por ello, y con la finalidad, además, de establecer un clima de seguridad, es muy recomendable disponer de un procedimiento establecido para contactar por vía telefónica con el paciente, una vez se encuentre en su domicilio habitual, durante las primeras 24 horas después de la intervención, y poder atender las dudas que le puedan surgir mientras dura la convalecencia prevista. En nuestra experiencia, esta accesibilidad es muy bien recibida por el paciente y sus familiares. Se pueden establecer una serie de entrevistas preestablecidas para evitar omisiones y errores. Este contacto es primordial para dar seguridad al profesional y confort a los pacientes intervenidos.

3.3. Distintas estructuras de unidades de cirugía sin ingreso

Probablemente, las tipologías más usuales son las autónomas y las satélites, que son, asimismo, las que tienen la relación coste-efectividad más favorable.

- **Unidades integradas.** Las de tipo I comparten todos los recursos con el resto del hospital. No son unidades recomendables, pero en determinados centros de pequeño tamaño son, por su tipología, la única manera de introducir esta modalidad terapéutica. Estas unidades, que comparten quirófanos y utilizan salas de hospitalización convencional, son menos eficientes y no son recomendables, y presentan las mayores tasas de ingresos hospitalarios.

Para las de tipo II existe una organización independiente, pero se comparten determinados elementos, como los quirófanos, con el resto del hospital.

- **Unidades autónomas.** Disponen de una organización independiente y delimitación arquitectónica con el resto del hospital.
- **Unidades satélite.** Se ubican en edificios similares a los de las anteriores, pero están separadas físicamente de los hospitales, y más o menos alejadas de ellos, pero con una dependencia administrativa de los mismos.
- **Unidades independientes.** Son por su organización y estructura totalmente independientes de un hospital general. Constituyen la máxima expresión de la externalización de la actividad hospitalaria en una estructura estrictamente ambulatoria.

3.4. Actividades susceptibles de realizarse en las unidades de cirugía sin ingreso

El Instituto de Información Sanitaria de la Agencia Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) proporciona los datos del CMBD. Para los procedimientos quirúrgicos que en su mayoría se realizan de forma ambulatoria, el índice de sustitución (IS) para 29 procedimientos quirúrgicos es del 63%¹. El rango del IS en las diecisiete comunidades autónomas varía ampliamente entre el 78% y el 40%. Los procedimientos sobre el cristalino son, con notable diferencia sobre el resto (representan un 35% del total), los procesos de CMA más frecuentes, con un IS global para el SNS del 91.9%. En la actualidad, el IS todavía es bajo para algunos procedimientos potencialmente ambulatorios con frecuentaciones hospitalarias altas, como, por ejemplo, los de la hernia inguinal, el aborto o la amigdalectomía.

⁽¹⁾GRD quirúrgicos potencialmente ambulatorios realizados de forma ambulatoria/GRD potencialmente ambulatorios realizados tanto en modalidad de hospitalización convencional como ambulatoria, en %. Es un indicador de eficiencia y calidad que exige la definición previa de una "cesta" de procesos quirúrgicos potencialmente ambulatorios.

Son procedimientos susceptibles de CMA los siguientes:

- Esterilización del varón.
- Circuncisión.
- Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía.
- Procedimientos extraoculares, excepto órbita (dacriocistorrinostomía, escisión del pterigión, escisión del saco lagrimal, reparación de los párpados).
- Liberación del túnel canal carpiano.
- Miringotomía.
- Interrupción tubárica por endoscopia y laparoscopia.
- Procedimientos primarios sobre el IRIS.
- Dilatación y legrado, conización, excepto por neoplasia maligna.
- Procedimientos de región perineal y enfermedad pilonidal.
- Artroscopia (por lo general diagnóstica).
- Biopsia de mama y excisión local por proceso maligno.

- Procedimientos sobre hernia inguinal.
- Procedimientos sobre mano o muñeca (fasciectomy de la mano, escisión de ganglión, reparación de dedo en resorte, sutura de tendón, reducción de fractura con fijación interna...).
- Procedimientos intraoculares, excepto retina (trabeculectomía, vitrectomía mecánica, extracción del vítreo o queratoplastia perforante).
- Ligadura y *stripping* de venas.
- Amigdalectomía y adenoidectomía.
- Procedimientos sobre el pie (excisión hallux valgus, reparación dedo en martillo o en garra, alineación metatarsal o artrodesis interfalángicas).
- Excisión local o eliminación de fijaciones internas, excepto cadera y fémur.
- Procedimientos sobre tejidos blandos.
- Procedimientos sobre testículo, proceso no maligno (hidrocelectomía, varicocelectomía, inserción de prótesis de testículo o biopsia abierta de testículo).
- Colectomía laparoscópica sin exploración del conducto biliar.

4. Hospitales de día

La hospitalización de día es una forma organizativa específica pensada para atender una determinada demanda asistencial, para lo que se requiere unas condiciones estructurales y funcionales que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios y de los profesionales.

Entendemos por hospitalización de día la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, ya para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.

El desarrollo de los hospitales de día ha sido muy dispar, y por ello, con la experiencia actual, quizá sea oportuno considerar lo que no es una unidad de hospitalización de día. No lo son los lugares del hospital que están integrados en otras áreas, como consultas externas, gabinetes de exploración, hemodinámica, unidades de cirugía ambulatoria, etc., que pueden incluir actividades susceptibles de realizarse también en un hospital de día. Estas sombras borrosas que se establecen entre las distintas actividades ambulatorias dependen de muchas variables y tienen efecto en el ámbito asistencial, pero no en el de la facturación. En este sentido, es relevante, en cambio, evitar que estas distintas actividades ambulatorias se realicen con régimen de hospitalización.

La presencia de una unidad de hospital de día es un elemento clave para realizar el tratamiento oportuno al paciente adecuado.

En general podemos señalar que el tradicional hospital de día médico-quirúrgico, que concentra toda la actividad de hospitalización de día del hospital general de agudos, ha ido dando paso a una configuración más diversa, derivada de la tendencia a la especialización en determinado tipo de pacientes. Por todo ello, con la aparición de las unidades de cirugía sin ingreso, los hospitales de día son, por lo general, áreas polivalentes de pacientes médicos, sin menoscabo de que en determinadas instituciones, por su tamaño y por la prevalencia de determinadas enfermedades, se puedan considerar hospitales de día específicos:

- Hospitales de día polivalentes, con pacientes médicos.
- Hospitales de día integrados especializados: oncológico, sida, paliativos, pluripatológicos, etc.

En la medida en que los hospitales disponen de consultas para pacientes pluri-patológicos o de gabinetes de exploración (de endoscopias, o hemodinámica, por ejemplo) que incluyen puestos de HdD, se aprecia que disminuye la necesidad de puestos en las unidades de hospital de día médico polivalentes. Existe, por tanto, una relación de sustitución entre los puestos de HdD integrados en otras unidades y los puestos incluidos en las UHdD médico polivalentes.

Las actividades susceptibles de realizarse en un hospital de día son las siguientes:

- Aspiración:
 - Biopsia (hepática, muscular, ósea, pleural, renal...).
 - Bomba subcutánea.
 - Cuidados post procedimiento diagnóstico-terapéutico.
 - Extracción sanguínea.
 - Cuidado de catéter venoso central y reservorios subcutáneos.
- Curas.
- Drenajes:
 - Infusión intravenosa (quimioterapia).
 - Infusión intravenosa (otros).
 - Intubación nasogástrica.
- Inyección.
- Nebulización.
- Paracentesis.
- Punción-biopsia de médula ósea.
- Punción lumbar.
- Quimioterapia.
- Toracocentesis.
- Artrocentesis.
- Transfusión sanguínea.

5. La calidad en los sistemas alternativos

La aparición de las unidades de hospital de día ha sido más espontánea que meditada previamente por un modelo conceptual. Ha sido un desarrollo más reactivo que proactivo, y, en este sentido, se explica la escasa regulación de estas unidades en los distintos países. Ni la Administración general del Estado ni las comunidades autónomas (en adelante, CC. AA.), que cuentan con una legislación relativa a la autorización y registro de centros sanitarios, disponen, sin embargo, de legislación específica sobre los requisitos que han de cumplir los hospitales de día, siendo aplicable a los mismos la normativa general.

El Instituto Americano de Arquitectos (AIA), con la asistencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., desarrolla desde 1947 unas guías para el diseño y construcción de instalaciones sanitarias, en las que se hace referencia al hospital de día; sin embargo, ni el Departamento de Salud y Servicios Humanos ni Medicare o Medicaid disponen de normativa específica sobre el hospital de día. Tampoco la tiene la Joint Commission. En cambio, el National Health Service (NHS) dispone de una guía para el hospital de día, tanto en lo relativo a su estructura e instalaciones como a los procesos y procedimientos. La *Health Building Note 52: Accommodation for day care 11* es aplicable tanto al diseño de nuevos edificios como a la adaptación o ampliación de los preexistentes, ubicados en hospitales generales.

5.1. Sistemas de calidad

Los avances en medicina han modificado completamente el pronóstico y el tratamiento de muchas enfermedades. Sin embargo, esta evolución ha ido acompañada de numerosos factores, especialmente de un enorme incremento en la complejidad, especialización y segmentación de la asistencia, que han condicionado un incremento de riesgo y de daños para los pacientes. En el momento actual se considera que la provisión de asistencia sanitaria entraña unos riesgos inaceptables en comparación con otras actividades o incluso otras situaciones consideradas de riesgo.

Los errores asistenciales tienen consecuencias graves para los pacientes y sus familias, generan un coste asistencial y económico muy elevado, erosionan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios, que son, sin duda, su segunda víctima. Las alternativas a la hospitalización también son susceptibles de riesgos similares. Si por un lado las infecciones intrahospitalarias son prácticamente inexistentes, su vulnerabilidad está en relación con los riesgos derivados de una falta de coordinación entre los profesionales y el apoyo a los pacientes en su período de convalecencia.

Mortalidad

Con la excepción de la mortalidad derivada de la anestesia, tanto la hospitalización como la exposición a medicamentos en los hospitales se asocian a una mortalidad mayor que la atribuida a las armas de fuego y los accidentes de tráfico.

En la asamblea general de la IAAS (Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria) celebrada en el 2003 se seleccionaron cinco indicadores derivados de las referencias clínicas australianas y francesas:

- Suspensión de procedimientos, en % (cancelaciones/pacientes citados).
 - No comparecencia del paciente, en % (cancelaciones por no comparecencia del paciente/pacientes citados) por aparición de un proceso agudo o intercurrente, decisión del paciente, motivos administrativos y otros.
 - Cancelación después de acudir a la UCSI, en % (cancelaciones después de acudir a la UCSI/pacientes citados), por problema médico preexistente, aparición de un proceso agudo o intercurrente, motivos administrativos y otros.
- Reintervención no planificada en el mismo día, en % (reintervenciones/pacientes operados).
- Pernocta no planificada, en % (pacientes que pernoctan sin estar planificado/pacientes operados), por motivos quirúrgicos, anestésicos o administrativos.
- Consulta urgente, en % (urgencias/pacientes operados), en las primeras 24 horas, después de las 24 horas y antes de 28 días después de la intervención quirúrgica.
- Reingresos hospitalarios, en % (ingresos/pacientes operados), en las primeras 24 horas, después de las 24 horas y antes de los 28 días después de la intervención quirúrgica.

No se dispone de indicadores para hospitales de día, lo cual no impide que en el ámbito de cada centro se puedan diseñar indicadores que permitan evaluar la bondad y efectividad de este sistema alternativo.

5.2. Satisfacción percibida

En el sector hospitalario del futuro inmediato, la sanidad "a la carta" crecerá paralelamente a la mayor capacidad de decisión del consumidor sobre su propia atención. En este sentido, las distintas promesas que en los últimos tiempos se han hecho en los períodos electorales nos deberían hacer recordar que la satisfacción es igual a las percepciones sobre dichas promesas menos las expectativas que se han creado.

Estas afirmaciones tendrán implicaciones en los servicios que prestan las organizaciones sanitarias, que deberán reorientar sus actividades y estrategias, dado que los pacientes demandarán:

- Atención personalizada durante todo el proceso asistencial y en todos los contactos que el paciente mantenga con la institución, sin importar la categoría profesional del interlocutor.
- Tratamientos individualizados a partir de las características propias del paciente (sexo, edad, morbilidad...), e incluso medicamentos a medida.
- Acceso ilimitado y a cualquier hora del día a las instituciones sanitarias, bien directamente, bien a través de diversos dispositivos habilitados, como teléfono, Internet...
- Respuestas rápidas y eficientes, lo que implica la eliminación (de forma racional) de las listas de espera en todas las modalidades asistenciales y la resolución de los problemas de salud del paciente.
- Confort, seguridad, intimidad y privacidad. El paciente y sus familiares exigirán sentirse "como en casa", tanto en lo que se refiere a aspectos hosteleros como en las actuaciones que reciba por parte de los profesionales.
- Calidad total. Los pacientes (conscientes de que en más de una ocasión se les recuerda que son clientes) deberán percibir, durante todo el proceso asistencial, y en todas las relaciones que mantengan con el hospital, que se les está prestando unos servicios –sean del tipo que sean– con un alto nivel de calidad: calidad asistencial, excelencia en el trato, disponibilidad...

A su vez, este comportamiento se acompañará de una mayor participación del consumidor en la sanidad (que conforman no solo sus derechos sino también sus deberes), lo que implica un importante potencial en la mejora de su eficiencia. Si desde hace unos años se apostó por la implicación de los profesionales en la gestión de los recursos, en la actualidad se impone la implicación del paciente, y ello no solo en la prevención sino también en la elección de su recuperación, en caso de enfermedad.

Numerosas enfermedades podrían ver reducidos sus costes en la medida en que los pacientes asumieran una posición más activa respecto a su control y seguimiento. Sin embargo, en la práctica se ha visto que los ciudadanos no han sido tradicionalmente gestores responsables de su salud. Prueba de ello es la presencia del tabaco, el alcohol y la obesidad como las tres principales causas de discapacidad y muerte en muchos países industrializados.

Con los nuevos productos farmacéuticos, también existirá la posibilidad de que se confundan los límites entre bienestar, prevención, cuidados agudos y crónicos. Es un hecho contrastado que la población, independientemente de su nivel cultural, gasta cada vez más en tratamientos alternativos, como los basados en hierbas, homeopatía, técnicas de relajación, masajes, acupuntura, etc. La eficiencia es más una actitud que el nivel de conocimiento.

6. La coordinación y la comunicación

La atención ambulatoria es más sensible a problemas de información y comunicación. Por un lado, porque significa compartir un período de convalecencia con el paciente en su domicilio habitual, y, por otro, por lo que significa la coordinación, por estar en contacto permanente, entre distintos dispositivos asistenciales. En estos procesos es muy importante la comunicación, y esta depende de ambas partes: el emisor y el receptor.

En muchas ocasiones, por faltas de atención, por efectos de percepción, prejuicios, etc., nos pasamos más tiempo aclarando los defectos de interpretación de la información aportada que ocupándonos de su correcta transmisión. Para evitar la desinformación entre las situaciones de intercambio de información es aconsejable recordar la técnica SBAR: modelo de lenguaje común para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados:

- S = *situation* (situación),
- B = *background* (antecedentes),
- A = *assessment* (evaluación),
- R = *recommendation* (recomendación).

La asignación de tiempo suficiente para comunicar la información importante y formular y responder preguntas sin interrupciones debería estandarizar el alta para garantizar que el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria dispongan en el momento oportuno de la información clave referente a los resultados de pruebas, diagnósticos, plan de tratamiento, plan de cuidados y medicamentos. El uso de *checklist* facilita la transferencia eficaz de la información clave tanto al paciente como al siguiente prestador de asistencia sanitaria.

Resumen

En la actualidad, la hospitalización convencional es la alternativa a los sistemas de atención ambulatorios.

Actualmente estamos en disposición de afirmar que, para la gran mayoría de los pacientes, la hospitalización convencional es la alternativa a los dispositivos ambulatorios, y, por ello, se debería justificar la hospitalización convencional para la realización de los procesos ingresados potencialmente ambulatorios.

El hospital del futuro consiste en una preponderancia de sistemas de atención sofisticados (camas intensivas, quirófanos) y muchas menos camas convencionales. La atención hospitalaria actual se puede realizar, en gran parte, sin internamiento o de forma ambulatoria, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Estos dispositivos, a su vez, por su capacidad resolutive pueden ser elementos estructurales que no dependen en su mayoría de una estructura hospitalaria tal como la entendemos hoy en día. En un futuro próximo, muchas de estas actividades se podrán realizar en estructuras independientes o integradas en otras actividades colectivas como un gran centro comercial, y de esta forma hacer posible la coexistencia del tiempo del ocio con el tiempo para resolver problemas de salud de determinada complejidad.

Bibliografía

Antón, P. y otros (2007). *Revisión de la utilización hospitalaria. Estrategias efectivas para la mejora de la adecuación hospitalaria*. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.

Contel, J. C. y otros (1999). *Atención domiciliaria. Organización y práctica*. Barcelona: Springer.

El futuro de la sanidad en España. Círculo de la Sanidad M-51874-2004.

Establecimientos sanitarios con régimen de internado (EESRI)

Guiding principles for the development of the hospital of the future. (2008). Health care at the crossroads. The joint commission.

Mckee, M.; Healy, J. (2002). *Presente y futuro de los hospitales en Europa*. Open University Press.

McKinsey & Co / FEDEA (2009). *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*.

Ortiga, B. y otros (2010). "Effectiveness of a surgery admission unit for patients undergoing major elective surgery in a tertiary university hospital". *BMC health services Research*, 10:23.

Oteo, L. Á. (2006). *Gestión Clínica: gobierno clínico*. Madrid: Díaz de Santos. ("Manuales de dirección médica y gestión clínica").

Varios autores (2009). *Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Centro de Publicaciones ("Informes, estudios e investigación").

Varios autores (2009). *Hospital de Día. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Centro de Publicaciones ("Informes, estudios e investigación").

Varios autores (2008). *Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Centro de Publicaciones ("Informes, estudios e investigación").

Varios autores (2009). *Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Centro de Publicaciones ("Informes, estudios e investigación").

Vetter, N. (1995). *The Hospital. From centre of excellence to community support*. Londres: Ed Chapman & Hall.

Villalobos, J. (2007). *Gestión sanitaria para los profesionales de la salud*. Barcelona: McGraw-Hill Interamericana.

