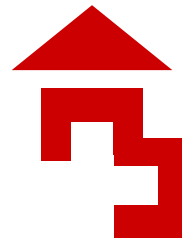




# 3ª JORNADA DE ECONOMÍA DE LA SALUD

## MAYO 2010, CARTAGENA



Dirección Estratégica del Conocimiento en UHD  
La Escalera Hacia el Éxito

Cegarra-Navarro, Juan Gabriel  
<http://www.upct.es/~adem/uhd/index.htm>  
Email: [Juan.Cegarra@upct.es](mailto:Juan.Cegarra@upct.es)



## Proyecto de Investigación

DIRECCIÓN ESTRATÉGICA DEL CONOCIMIENTO EN EL SECTOR SANITARIO:  
APLICACIÓN PRÁCTICA A UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO



Financiado por:  
MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACIÓN

[Inicio](#)

[Equipo Investigador](#)

[Publicaciones](#)

[Enlaces](#)

[Overview \*\(english\)\*](#)

Encuesta dirigida  
a profesionales de  
la Hospitalización  
a Domicilio



El sector sanitario es un ámbito de gran innovación, donde se esperan cambios profundos que nos obligarán a afrontar retos como: nuevos problemas de salud, asegurar la satisfacción de los ciudadanos desde sistemas sanitarios complejos, ofrecer los servicios de forma priorizada y equitativa, y avanzar en la idea de que las personas son responsables de cuidar de su propia salud.

La gestión del conocimiento brinda una oportunidad sin precedentes al sector sanitario para utilizar conectividad, contenido y comercio a fin de mejorar y modernizar los servicios sanitarios mientras contiene los costes aumentando su eficiencia operativa.

A este respecto, la implantación de unidades de hospitalización a domicilio (UHD) permite, en opinión de los expertos, una reducción cercana al 25% del gasto sanitario asociado ya que permiten trasladar al domicilio del paciente una serie de actuaciones y procedimientos asistenciales que habitualmente se realizan en el medio hospitalario.

Sin embargo, la implantación de UHD, supone abordar cambios organizativos en los propios hospitales, para que la atención domiciliaria ocupe el lugar relevante que debe tener, reservar



## Proyecto de Investigación

DIRECCIÓN ESTRATÉGICA DEL CONOCIMIENTO EN EL SECTOR SANITARIO:  
APLICACIÓN PRÁCTICA A UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO



Financiado por:  
MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACIÓN

[Inicio](#)

[Equipo Investigador](#)

[Publicaciones](#)

[Enlaces](#)

[Overview \(english\)](#)

Encuesta dirigida  
a profesionales de  
la Hospitalización  
a Domicilio

### Equipo investigador

<a href="#">Dr. Juan Gabriel Cegarra Navarro</a>	Universidad Politécnica de Cartagena
<a href="#">Dra. Eva Martínez Caro</a>	Universidad Politécnica de Cartagena
<a href="#">Dra. María Paz Salmador Sánchez</a>	Universidad Autónoma de Madrid
<a href="#">Dr. Gabriel Cepeda Carrión</a>	Universidad de Sevilla
<a href="#">Dr. Sajjad M. Jasimuddin</a>	Universidad de Aberystwyth
<a href="#">Dra. María Teresa Sánchez Polo</a>	Responsable de la UHD del Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)
<a href="#">Dr. Víctor J. González Ramallo</a>	Responsable de la UHD del Hospital Gregorio Marañón (Madrid)
<a href="#">Dr. J. Manuel Melero Bellido</a>	Responsable de la UHD del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

### Colaboradores

Dr. Antonio Segado Soriano	UHD Hospital Gregorio Marañón (Madrid)
Dr. Jose Ruipérez Ruiz	UHD Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)
Dña. Mª Pilar Baño Ortiz	UHD Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)
Dña. Auxiliadora Fernández López	UHD Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)



**Capítulo 1.** Revisión histórica de su gestión, papel de sus valores intangibles y marco adecuado para su funcionamiento

**Capítulo 2.** Aplicación de las Nuevas Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en la Gestión del Conocimiento en el Hospital a Domicilio

**Capítulo 3.** Entorno de trabajo en grupo en el ámbito de la Hospitalización a Domicilio

**Capítulo 4.** Gestión del Conocimiento en Hospitalización a Domicilio

**Capítulo 5.** Hospital a Domicilio en Oncología

**Capítulo 6.** GAP de conocimiento en el sector sanitario: aplicación práctica a UHD

**Capítulo 7.** El desarrollo de programas de Gestión del Conocimiento en las Unidades de Hospitalización a Domicilio

**Capítulo 8.** Una aplicación del Modelo de Aceptación de Tecnología a UHD

**Capítulo 9.** Dimensiones del Conocimiento Organizativo: Implicaciones en el diseño de programas de Gestión del Conocimiento en las Unidades de Hospitalización a Domicilio

**Capítulo 10.** El paciente y las Tecnologías de la información y la comunicación en el sector sanitario





## DEFINICION DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.

Es aquella actividad asistencial llevada a cabo con recursos humanos y materiales similares a los hospitalarios, realizada en el propio “domicilio” del paciente.

“Domicilio” → “Arma terapéutica”

→ “Reto para el profesional”



## DIFERENCIAS ENTRE U.H.D. Y ATENCION DOMICILIARIA

Dependencia	Hospital	A. Primaria
Estancia	Corta	Larga
Criterios de ingreso	Sí	No
Prevención/Educación	+	+++
Tratamiento	++++	+ / +++



## HISTORIA DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO.

-Nueva York (1947), surgió la primera U.H.D. del mundo, con el fin de descongestionar el hospital y proporcionar a pacientes y familiares un ambiente psicológico más favorable.

-París (1951), primera experiencia en Europa.

-España: Hospital Provincial de Madrid (1981), Vizcaya (1983), Sevilla y Santander (1984), Burgos (1985), La Coruña (1987), Comunidad Valenciana y País Vasco (1990-1992), Murcia (1999).



## OBJETIVOS.

- 1.- Aprovechamiento de los recursos hospitalarios.
- 2.- La asistencia se efectúe en el “mejor lugar terapéutico” de forma más humanizada, potenciando los autocuidados.
- 3.- Realizar labor de puente entre el Hospital y Atención Primaria.
- 4.- Educación sanitaria en el domicilio, modificando hábitos y actitudes negativas, para aumentar el autocuidado.





## VENTAJAS.

### Paciente:

- Se favorece el proceso de curación/mejoría.
- Se proporciona mejor calidad de vida.
- Disminuye el riesgo de yatrogenia.
- Evita el hospitalismo.
- Tiene mayor grado de comodidad e intimidad.
- La asistencia es personalizada.
- Se facilita la educación sanitaria y el autocuidado.
- Tiene garantía de calidad asistencial.
- Posibilita una muerte digna en casa.



## VENTAJAS.

### Familia:

- Mayor información sobre la misma.
- Respeto a la normalidad del ámbito familiar.
- Educación sanitaria.
- Eliminación de tiempos perdidos en desplazamientos y acompañamientos hospitalarios.



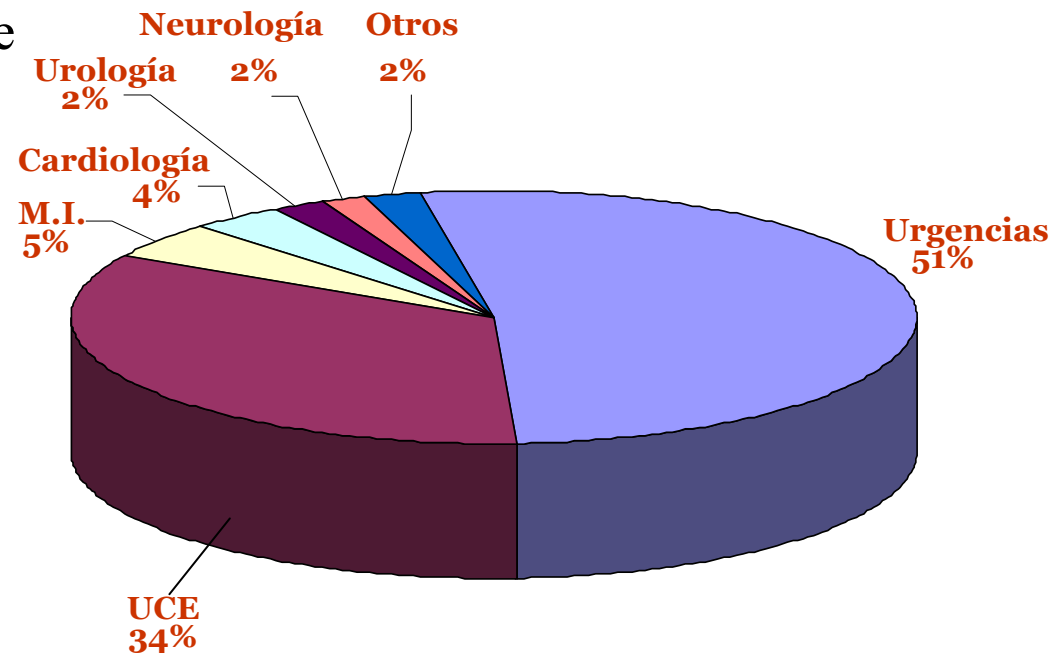
## VENTAJAS.

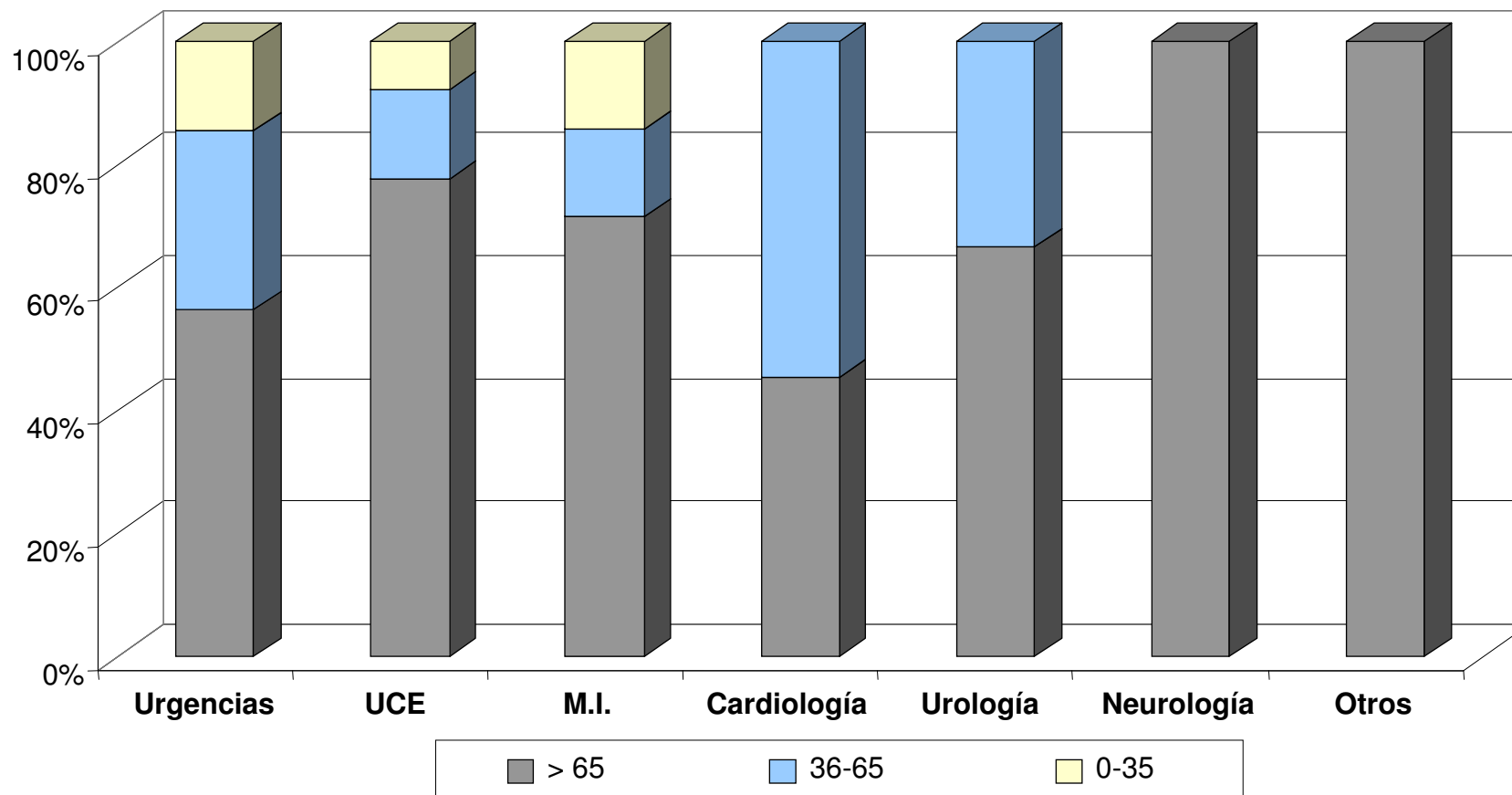
### Hospital:

- Posibilita el aumento de rotación de camas.
- Ayuda al correcto uso de recursos.
- Garantiza una buena asistencia.
- Contribuye al control del gasto.

## GRUPO DE PACIENTES:

- Enfermedades infecciosas agudas.
- Descompensaciones agudas de enfermedades crónicas respiratorias (EPOC, bronquiectasias), cardiovasculares (IC, HTA), digestivas (cirrosis hepática), endocrinológicas (DM).
- TVP, TEP.
- Post-operatorio de cirugía, úlceras tórpidas.
- FOD, síndrome constitucional a estudio.
- Tx cardíaco y renal.

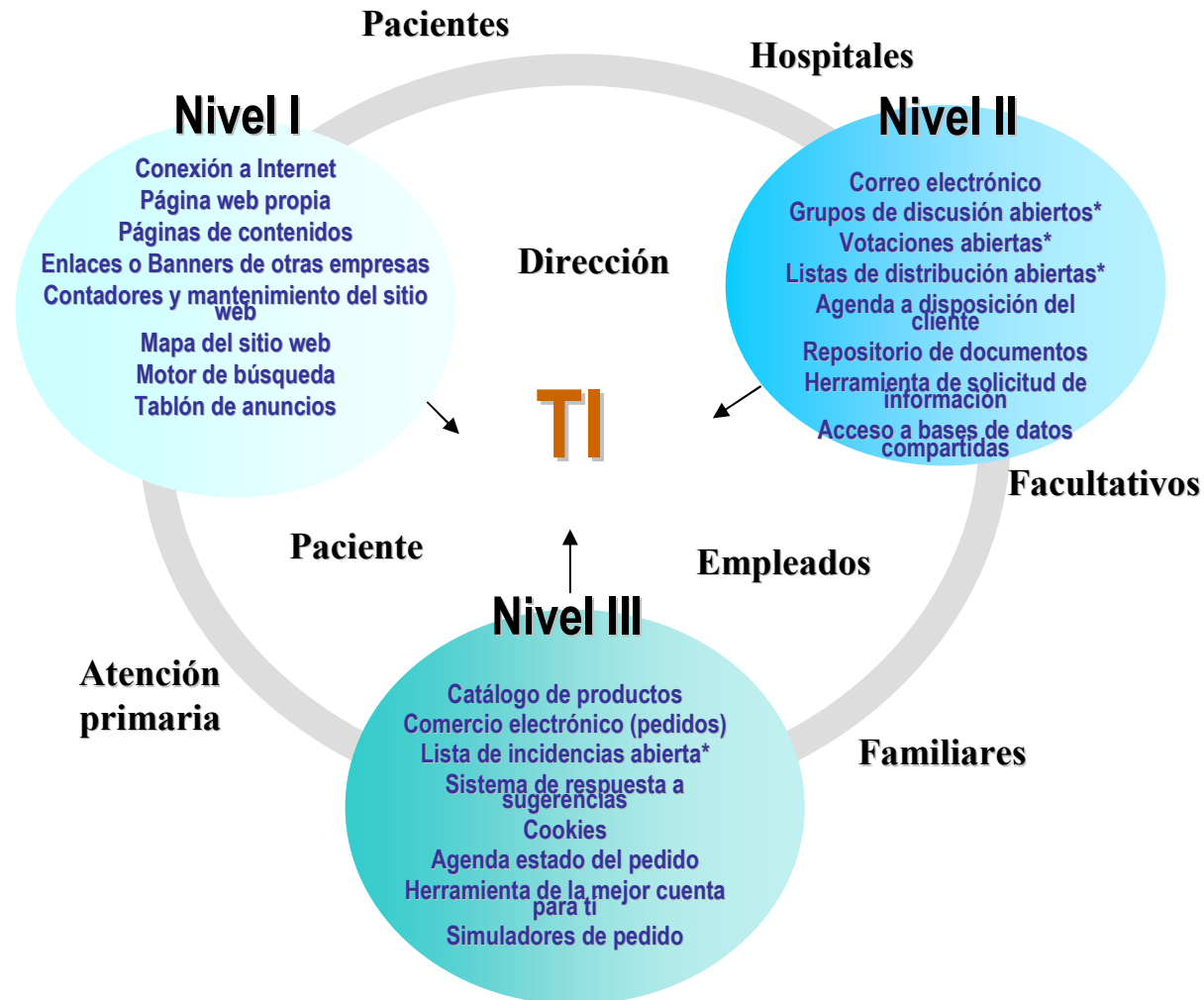






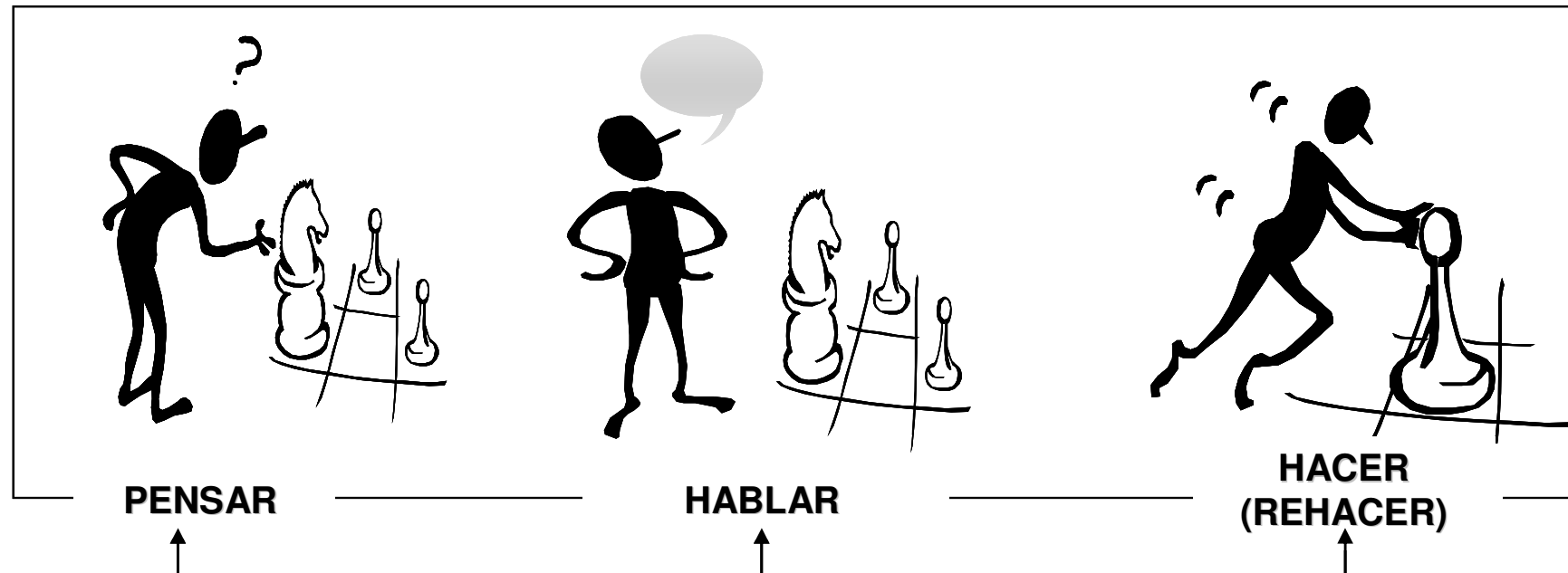
## Aplicaciones Clínicas de la Telemedicina

Historia clínica electrónica	Informes, comentarios Exploraciones complementarias Prescripción electrónica Registros de enfermería
Monitorización de pacientes	Presión arterial ECG (continuo, de eventos) Espirómetro Polisomnografía Determinaciones en sangre capilar (glucosa, INR) Cámara web
Servicios web para el paciente	Páginas web informativas Páginas web interactivas Web 2.0 (redes sociales)
Acceso web a información científica	Bases de datos bibliográficas Revistas de resúmenes Biblioteca Cochrane Manuales electrónicos Guías de práctica clínica Sistemas de ayuda en la toma de decisiones
Colaboración entre profesionales	Tele dermatología Telerradiología Sesiones clínicas por videoconferencia





## Barreras técnicas, de educación y administrativas que impiden



Necesidad de definir facilitadores para la hospitalización a domicilio





## Facilitadores de trabajo en el entorno de la hospitalización a domicilio

- Sistema de información de flujo bidireccional
- Cambiar las estrategias tradicionales de prestación de servicios
- Fortalecer o crear canales y mecanismos de comunicación interinstitucional
- Protocolos o guías de actuación (preventiva, diagnóstica, terapéutica, de transmisión de datos clínicos, de seguimiento y control)
- Fortalecer la empatía y el entendimiento entre los agentes del hospital
- Fortalecer la derivación de enfermos a las unidades de hospitalización a domicilio
- Formación de recursos humanos
- Impulsar las funciones docente e investigadora
- Institucionalizar la figura de la unidad de hospitalización



PENSAR



HABLAR



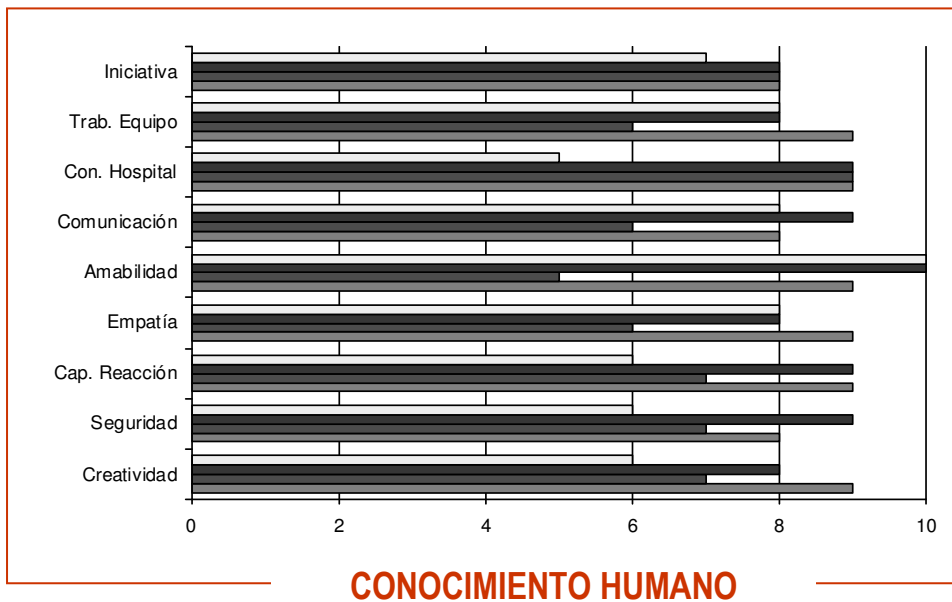
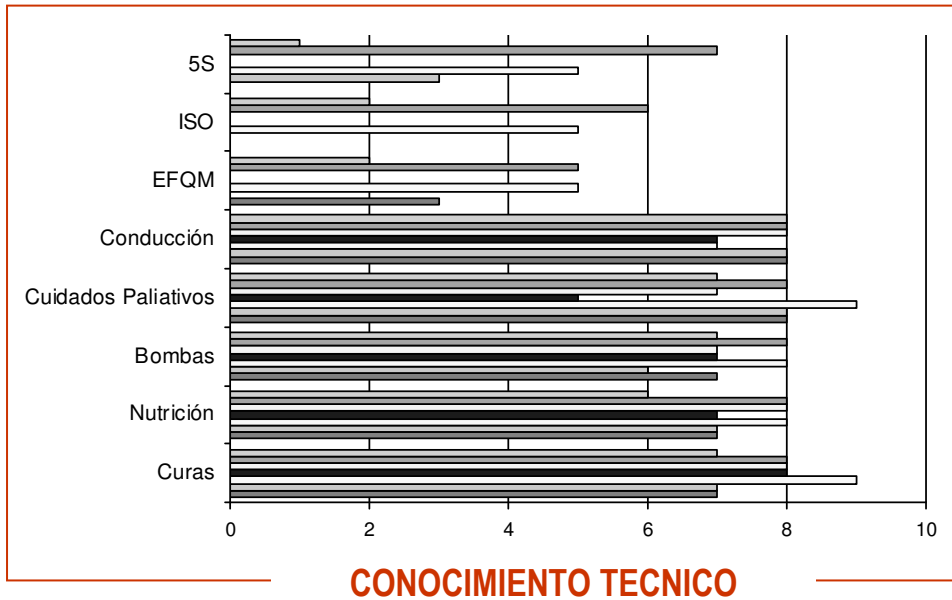
REHACER

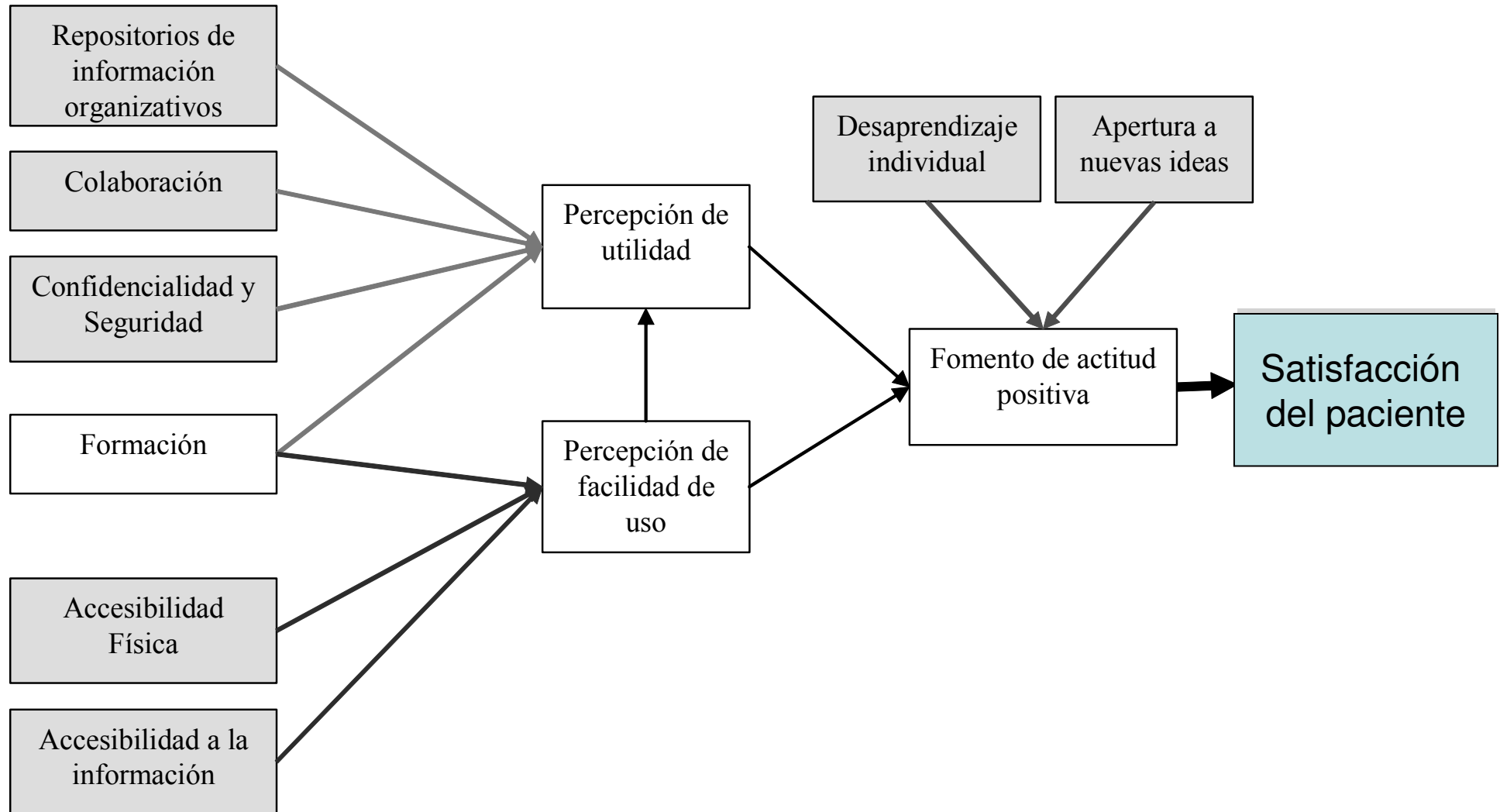


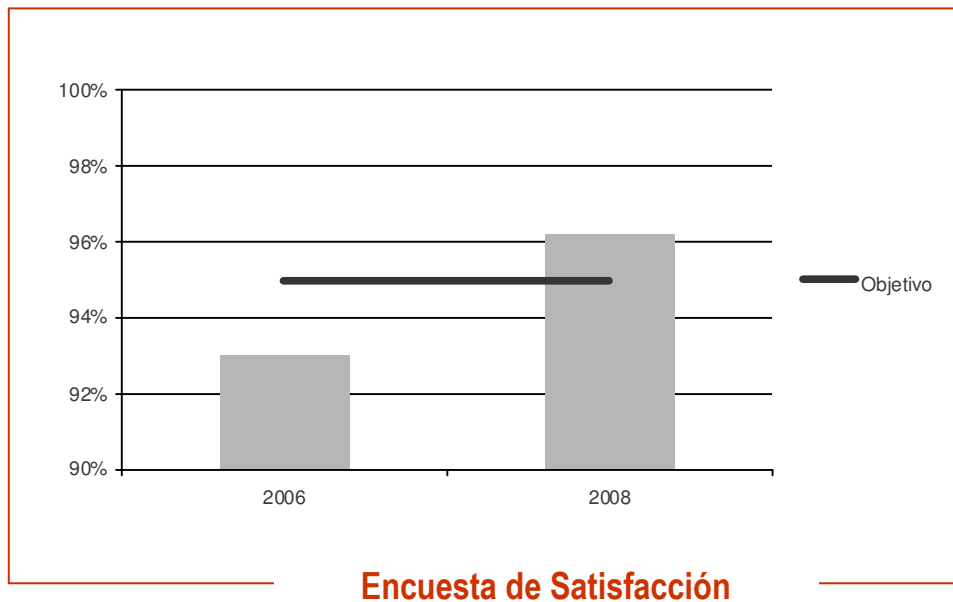
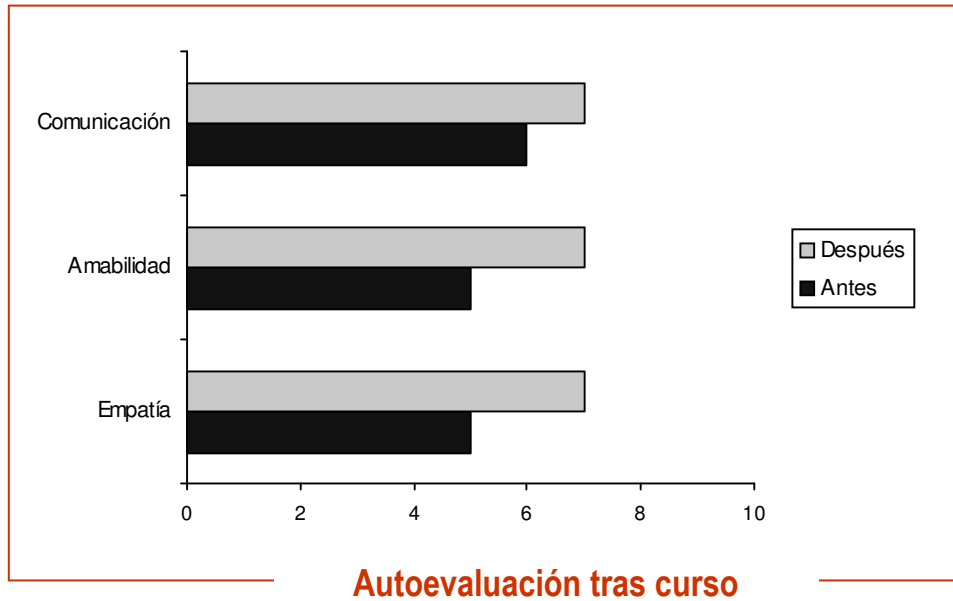
## Ficha Técnica de la Investigación Cualitativa

- A. Apezetxea Celaya
  - Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital de Basurto, Bilbao
  - Inicio actividad: 1983
- 

Total de ingresos.....	793
Total altas.....	791
Estancia media.....	8,65
Peso.....	1,9639
Complejidad.....	1.420
Tasa de reingresos < 1 mes.....	10,34
Ambulatorizables.....	0,83%
Tasa de Mortalidad.....	2,15









## Ficha Técnica de la Investigación Cuantitativa

- La SEHAD nos proporcionó una lista de 65 UHD.  
44 UHD han participado  
63 Facultativos de enfermería, y 63 Facultativos médicos
- 126 cuestionarios fueron completados (7 defectuosos)
  
- 119 cuestionarios fueron completados satisfactoriamente  
(56 facultativos médicos y 63 facultativos de enfermería)  
62.1% Mujeres



### Fortalezas

- Cohesión del equipo
- Coste por estancia menor que en hospitalización convencional
- Pacientes satisfechos que vuelven a demandarla cuando tienen otro episodio

### Oportunidades

- Presión de Urgencias
- Necesidad de liberar camas hospitalarias

- Aumento de la estancia media
- Falta de diversificación de los Servicios proveedores de pacientes
- Nivel tecnológico bajo

- Transferencia de pacientes con gran facilidad de “adopción”
- Aumento del número de reingresos
- Adopción de pacientes

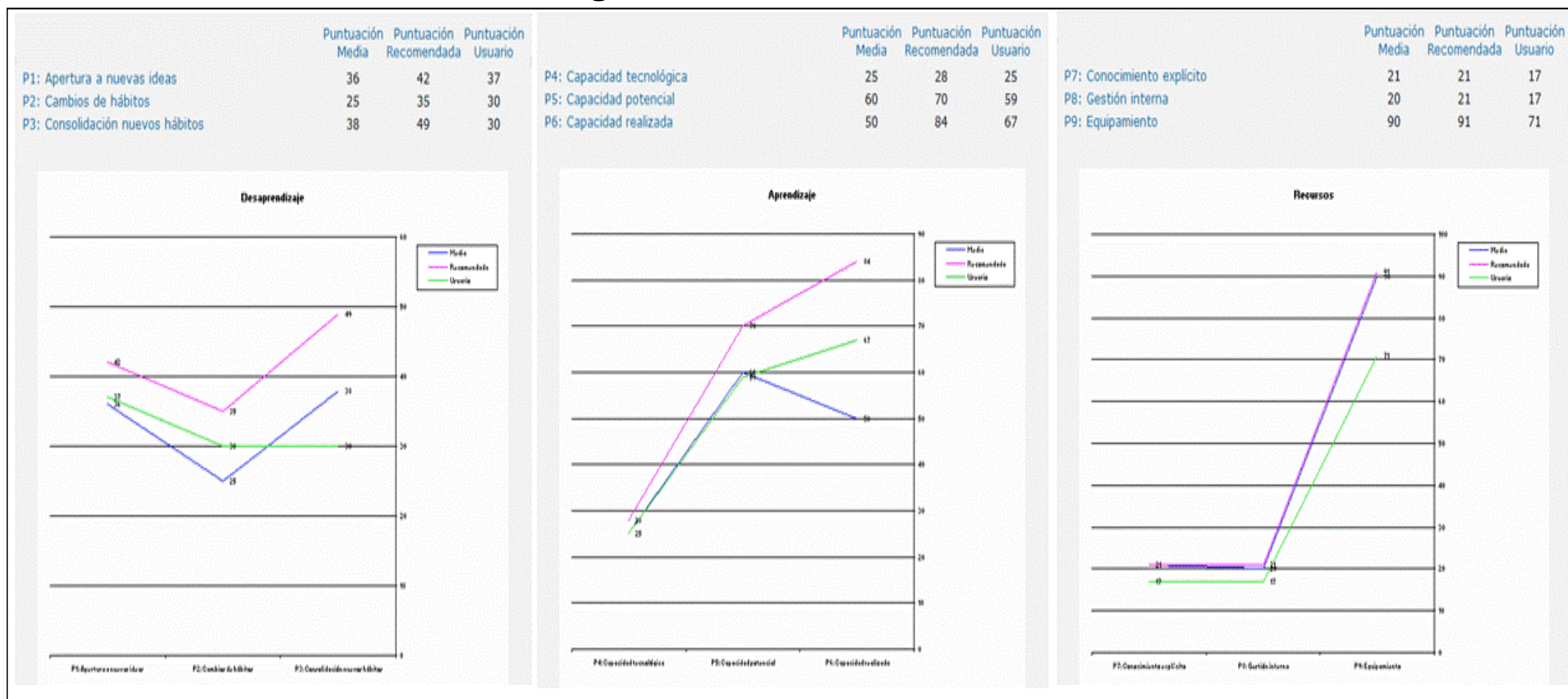
### Debilidades

### Amenazas





## Brechas de gestión de conocimiento en UHD

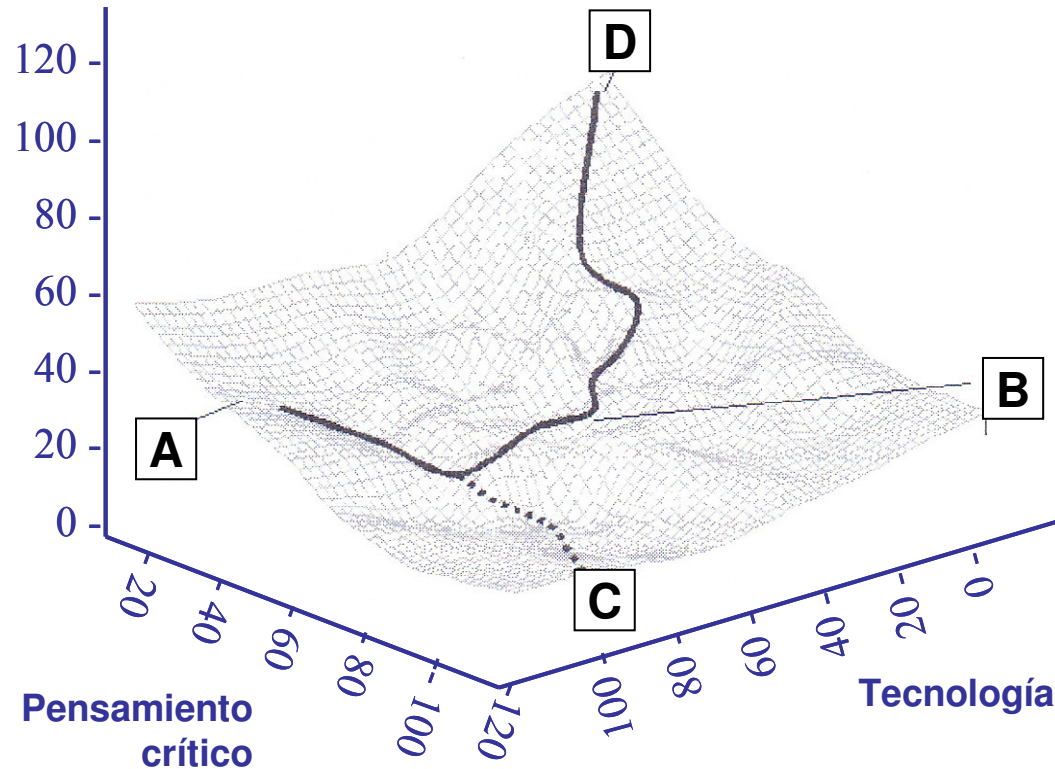






## Dónde la UHD se encuentra y qué tiene alrededor

### Resultados



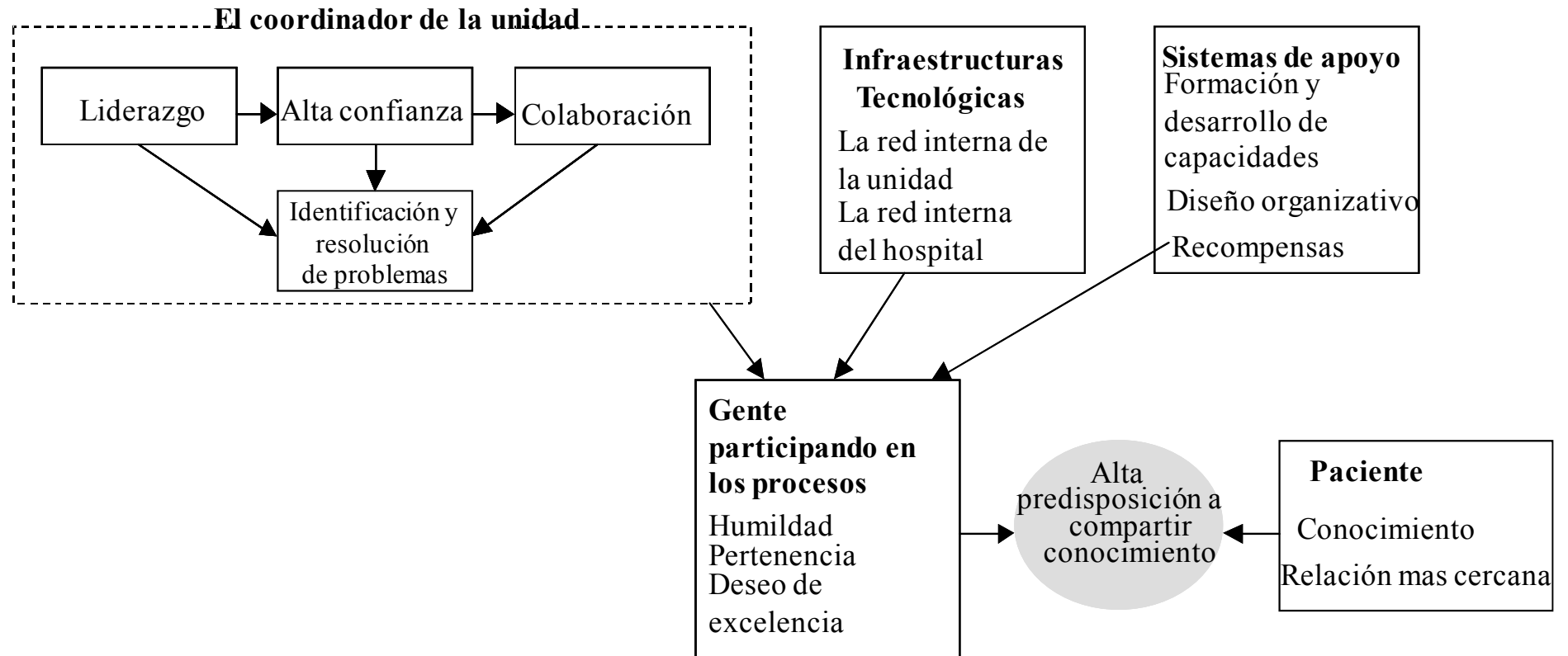
**A** → Comienzo de la UHD y planteamiento inicial del esfuerzo en:

- Aprender nuevos conocimientos ↔ Desaprender obsoletos
- Tecnología presente ↔ Tecnología realizada ↔ Tecnología potencial
- Resultados planteados ↔ Resultados realizados.

**B** → Estimación de la eficiencia de la UHD analizada en función de la eficiencia de unidades similares con objetivos y capacidad similares a la analizada.

**C** → Estimación del riesgo al fracaso de la UHD analizada en función del fracaso de unidades similares con objetivos y capacidad similares a la analizada.

**D** → Previsión de crecimiento de la UHD analizada en función del riesgo y la eficiencia actual.





# CONCLUSIONES

El tratamiento domiciliario de los pacientes crónicos y agudos es una estrategia terapéutica viable y coste-eficaz.

El tratamiento domiciliario se dirige especialmente a pacientes de edad y enfermedad avanzada con alta comorbilidad (muchas patologías asociadas), pacientes que por otra parte son grandes consumidores de los Recursos Sanitarios.

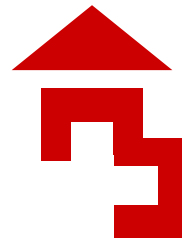
## **La implantación de UHD requiere:**

- Actitud positiva al cambio
- Inversión en tecnología
- Resultados acordes al tipo de enfermo y contexto



# 3ª JORNADA DE ECONOMÍA DE LA SALUD

## MAYO 2010, CARTAGENA



Dirección Estratégica del Conocimiento en UHD  
La Escalera Hacia el Éxito

Cegarra-Navarro, Juan Gabriel  
<http://www.upct.es/~adem/uhd/index.htm>  
Email: [Juan.Cegarra@upct.es](mailto:Juan.Cegarra@upct.es)