

# "La HAD tiene que ser un servicio más, con gestión independiente"

Beatriz Massa, nueva presidenta de la Sehad, cree que la hospitalización a domicilio debe evaluarse con indicadores propios, dado que los GRD de ingresos tradicionales "no sirven"

MADRID  
**ROSALÍA SIERRA**  
rsierra@diariomedico.com

La Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (Sehad) presentó, en su último congreso, un plan de actuación a cuatro años que produzca un cambio estructural en este modelo asistencial en el ámbito nacional (ver *DM del 18-IV-2016*): llevar la hospitalización a domicilio (HAD) a todos los hospitales españoles.

Esta estrategia, denominada *HAD 2020*, tiene como pilar principal la homogeneización del modelo, actualmente muy heterogéneo. Y éste es el reto al que se enfrenta la nueva presidenta de la Sehad, Beatriz Massa, jefa de la Unidad de HAD del Departamento de Salud de Elche-Hospital General: "El enfoque fundamental durante esta nueva etapa será unificar la HAD a nivel nacional, buscando una mentalidad global dentro de la propia sociedad".

Para lograr esta unificación, primero tocará sentar las bases de qué es la HAD, qué aporta y qué beneficios se obtienen con ella. En el primer aspecto, Massa con-



Beatriz Massa, presidenta de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio.

sidera que es preciso planificar que la hospitalización domiciliaria, como recurso asistencial, "es beneficiosa en momentos concretos del proceso evolutivo de una patología".

Considerando este aspecto, y lo amplio de su cartera de servicios -"nos ocupa-

mos de patologías crónicas, agudas, heridas, nutrición, paliativos..."-, resulta fundamental la multidisciplinariedad. Por ello, la Sehad pondrá en marcha "grupos de trabajo específicos para fomentar la relación con otras especialidades y con sociedades científicas como

las de patología respiratoria -Separ- y heridas crónicas -Seher-".

## PROCESO ASISTENCIAL

Y es que, a su juicio, una de las razones que han impedido el desarrollo de un recurso que en algunas regiones existe desde hace más de

“ La hospitalización a domicilio tiene beneficios económicos, de calidad y de resultados en salud, pero falta robustecer esa evidencia con estudios multicéntricos”

dos décadas, es que "hemos trabajado demasiado centrados en nosotros mismos, cuando una de las bases de la HAD es que forma parte de un proceso asistencial global".

Pero si de homogeneizar el modelo de hospitalización domiciliaria se trata, antes habría que definir el modelo ideal. Massa da algunas pistas: "Tiene que ser un servicio autónomo, integrado en el hospital como uno más, con gestión económica independiente, una cartera de servicios común en todo el territorio nacional y multidisciplinar".

Precisamente, el de financiación es uno de los problemas de estas unidades: "Necesitamos medir nuestra actividad con indicadores propios y reportar directamente a la gerencia del hospital. Los GRD clásicos no

sirven", afirma Massa, que anuncia que, por este motivo, la Sehad está trabajando en un modelo de indicadores para la HAD que incluyen factores ajenos a la hospitalización tradicional como los de tipo social.

## EVIDENCIA

Otro de los objetivos a medio plazo de la Sehad es "refrendar nuestra actividad con evidencia científica". Según explica, las experiencias existentes apuntan a que la HAD "tiene beneficios económicos, de calidad y de resultados en salud", pero falta robustecer esa evidencia "con estudios multicéntricos".

Asimismo, la sociedad quiere hacerse fuerte profesionalmente; para ello, "plantearemos un modelo de acreditación propio y de validación de los profesionales", explica Massa. Hasta el momento, sólo tres autonomías, las mismas tres en que la HAD está extendida a todo el territorio -País Vasco, Galicia y Comunidad Valenciana- dotan a los profesionales de las unidades de hospitalización domiciliaria de categoría profesional independiente de otros servicios clínicos.

Para sacar adelante toda esta tarea, Massa confía en el apoyo de la Administración: "Estamos teniendo reuniones institucionales con el Ministerio de Sanidad, y hay buen pulso. El objetivo es ir planteando el modelo a las autonomías para lograr nuestra meta de extender la HAD a todo el territorio nacional en 2020".

## Áreas de gestión integrada: una oportunidad que puede escaparse

LA CORUÑA  
**MARÍA R. LAGO**  
dmredaccion@diariomedico.com

El congreso nacional de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), celebrado la pasada semana en La Coruña, fue el escenario de una mesa redonda en la que se revisaron los modelos de coordinación entre niveles desplegados en España (Galicia, Valencia, Cataluña, País Vasco y Andalucía).

Una de las conclusiones es que la gestión integrada es una oportunidad que se puede escabullir. Las fórmulas para llevarla a la práctica no se están tradu-

ciendo en una coordinación real y las mejoras en salud no son claras. El problema esencial para examinar el modelo y decidir sobre su generalización es que no hay evaluación de resultados para saber si aporta o no valor añadido.

La mayoría de los expertos que participaron en el debate se inclinaron más por una integración de abajo arriba, en lugar de al revés, que es lo que se ha hecho en España: "No hay evidencia de que sólo con una gerencia única se produzcan beneficios", dijo Juan José Gómez Doblas, director de la Unidad de Gestión

del Área del Corazón de Hospital Universitario Virgen de la Victoria, de Málaga. Abogó por medidas que den más protagonismo al médico de Familia en el diagnóstico, *des-especializando* al paciente crónico y trasladando a AP la inversión que las administraciones hacen en el crecimiento de los servicios de Urgencias.

Antoni Bayón, especialista en Medicina Familiar del centro de salud de Trinidad, en Valencia, apuntó que los recursos en Urgencias en los últimos diez años han aumentado un 163 por ciento. Asimismo, subrayó que en la gestión integrada hay



Carlos Eirea -médico de Familia y moderador-, Antoni Bayón, Jesús Rey -médico de Familia y moderador-, Roberto Nuño y Juan José Gómez, la pasada semana en el congreso de Semfyc, en La Coruña.

que definir objetivos en términos de salud, no sólo de eficiencia.

Roberto Nuño, economista de la Salud de la Universidad de Deusto (Bilbao), de-

fendió la integración: "Lo veo como una oportunidad para afrontar varios temas que tenemos en la agenda sanitaria, como la innovación entre niveles, el avan-

ce hacia un modelo centrado en el paciente, hacia un enfoque de salud poblacional y un paso hacia la construcción de un sistema sociosanitario".