

# Plan Gallego de Hospitalización a Domicilio

Estrategia HADO 2019-2023





# Plan Gallego de Hospitalización a Domicilio

Estrategia HADO 2019-2023

Plan gallego de hospitalización a domicilio. Estrategia HADO 2019-2023

Edita: Xunta de Galicia  
Consellería de Sanidad  
Servicio Gallego de Salud  
Dirección general de Asistencia Sanitaria  
Subdirección general de Evaluación Asistencial y Garantías

Lugar: Santiago de Compostela  
Diseño e ilustraciones: Felipe Iglesias Pernas



HA  
DO

## AUTORÍAS

### Coordinadores:

**Durán Parrondo, Carmen**

Subdirectora General de Evaluación Asistencial y Garantías. Dirección general de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud

**Hermida Porto, Leticia.**

Médico de hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Área sanitaria de A Coruña y Cee.

**Rey Tristán, M<sup>a</sup> Jesús.**

Médico. Servicio de Análisis y Evaluación Asistencial. Subdirección General de Evaluación Asistencial y Garantías.

### Autores:

**Aldonza Torres, Marta.**

Médico de atención primaria. Centro de Salud de Padrón. Área sanitaria de Santiago de Compostela y A Barbanza.

**Alonso Paz, Jorge.**

Médico de urgencias. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Área sanitaria de Pontevedra y O Salnés.

**Álvarez Hernández, Manuel.**

Médico de hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Área sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras.

**Andaluz Corujo, Luisa.**

Trabajadora Social. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Área sanitaria de A Coruña e Cee.

**Andión Campos, Eladio.**

Jefe del Servicio de Normalización e Integración de la Información. Subdirección General Evaluación Asistencial y Garantías.

**Balea Vázquez, Lucía.**

Enfermera de hospitalización a domicilio/paliativos. Hospital público A Mariña. Área sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos.

**Benito García, José Ignacio.**

Médico de hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Área sanitaria de Vigo.

**Carballada Rico, M.<sup>a</sup> del Carmen.**

Médico de hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Área sanitaria de Ferrol.

**Cerqueiro Pereira, Sara.**

Médico. Dirección General de Mayores y Personas con Discapacidad. Consellería de Política Social.

**Díaz López, Martín Mario.**

Médico. Servicio de Normalización e Integración de la Información. Subdirección General de Evaluación Asistencial y Garantías.

**Fernández Fernández, José Luís.**

Médico de hospitalización a domicilio. Hospital público A Mariña. Área sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos.

**Ferreiro Broz, M.<sup>a</sup> del Mar.**

Subdirectora General de Recursos Residenciales y de Atención Diurna. Dirección General de Mayores y Personas con Discapacidad. Consellería de Política Social.

**García Sixto, Montserrat.**

Médico. Jefa de Servicio de Análisis y Evaluación Asistencial. Subdirección General de Evaluación Asistencial y Garantías.

**Gómez Ruíz, Rodrigo.**

Subdirección General de Evaluación Asistencial y Garantías.

**Guerrero Caro, Sandra Milena.**

Médico. Residencia del mayor Nuestra Señora de los Milagros. Lugo.

**Hermida Porto, Leticia.**

Médico de hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Área sanitaria de A Coruña y Cee.

**Iglesias Gallego, Marina.**

Médico de hospitalización a domicilio. Hospital de la Barbanza. Área sanitaria de Santiago de Compostela y A Barbanza.

**Lamelo Alfonsín, Fernando.**

Médico de hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Área sanitaria de A Coruña y Cee.

**López Lazcano, Juan.**

Médico. Jefe de sala de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

**López Triguero, Ángel Ramón.**

Enfermero de hospitalización a domicilio/unidad de cuidados paliativos. Hospital del Salnés. Área sanitaria de Pontevedra y O Salnés.

**Malfeito Jiménez, Rocío.**

Médico geriatría. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. Área sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos.

**Martín Rodríguez, M.<sup>a</sup> Dolores.**

Médico. Jefa de Servicio de Sistemas de Calidad y Mejora Continua. Subdirección General de Evaluación Asistencial y Garantías.

**Otero Barros, María Teresa.**

Médico. Técnico de calidad. Servicio de Sistemas de Calidad y Mejora Continua. Subdirección General de Evaluación Asistencial y Garantías.

**Piñeiro Davila, Silvia.**

Enfermera de hospitalización a domicilio. Hospital da Barbanza. Área sanitaria de Santiago de Compostela y A Barbanza.

**Rodríguez González, Avelino.**

Médico de medicina interna. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Área sanitaria de Vigo.

**Santos Guerra, Fernando.**

Servicio de Gestión de Proyectos. Subdirección General de Sistemas y Tecnologías de la Información.

**Suárez Luque, Silvia.**

Farmacéutica. Jefa de Servicio de Gestión Sociosanitaria. Subdirección General de Planificación y Programación Asistencial.

**Valcárcel Rodríguez, Catalina.**

Médico hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Área sanitaria de Santiago de Compostela y A Barbanza.

**Varela Vaamonde, José A.**

Médico de hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Área sanitaria de Pontevedra y O Salnés.

**Varela Meizoso, Oliva.**

Enfermera de atención primaria. Coordinadora del Centro de salud Vite. Área sanitaria de Santiago de Compostela y A Barbanza.

**Vila Iglesias, Isabel.**

Enfermera de hospitalización a domicilio. Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. Área sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos.

**Vizoso García, Aurora.**

Supervisora de planta quirúrgica. Hospital público A Mariña. Área sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos.

## GRUPOS DE TRABAJO

### Coordinadores:

- Durán Parrondo, Carmen.
- Hermida Porto, Leticia.
- Rey Tristán, M<sup>a</sup> Jesús.

### Grupo gestión de pacientes susceptibles de Hospitalización a Domicilio:

- Aldonza Torres, Marta.
- Alonso Paz, Jorge.
- Andaluz Corujo, Luisa.
- Carballada Rico, Carmen.
- Cerqueiro Pereira, Sara.
- Ferreiro Broz, M.<sup>a</sup> del Mar.
- García Sixto, Montserrat.
- Guerrero Caro, Sandra Milena.
- Hermida Porto, Leticia.
- Iglesias Gallego, Marina.
- López Lazcano, Juan.
- Malfeito Jiménez, Rocío.
- Rodríguez González, Avelino.
- Suárez Luque, Silvia.
- Varela Meizoso, Oliva.
- Vizoso García, Aurora.

### Grupo Sistemas de Información:

- Andión Campos, Eladio.
- Iglesias Gallego, Marina.
- Lamelo Alfonsín, Fernando.
- López Lazcano, Juan.
- López Triguero, Ángel Ramón.
- Santos Guerra, Fernando.

### Grupo Cartera de Servicios:

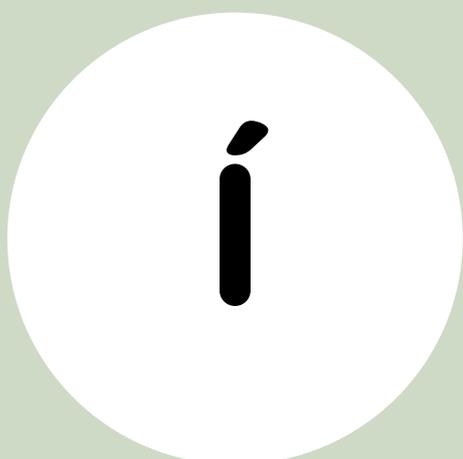
- Álvarez Hernández, Manuel.
- Balea Vázquez, Lucía.
- Benito García, José Ignacio.
- Carballada Rico, M.<sup>a</sup> del Carmen.
- Díaz López, Martín Mario.
- Piñeiro Davila, Silvia.
- Valcárcel Rodríguez, Catalina.
- Varela Vaamonde, José A.

### Grupo Calidad Asistencial e Investigación:

- Benito García, José Ignacio.
- Hermida Porto, Leticia.
- Martín Rodríguez, M.<sup>a</sup> Dolores.
- Otero Barrós, María Teresa.
- Vila Iglesias, Isabel.

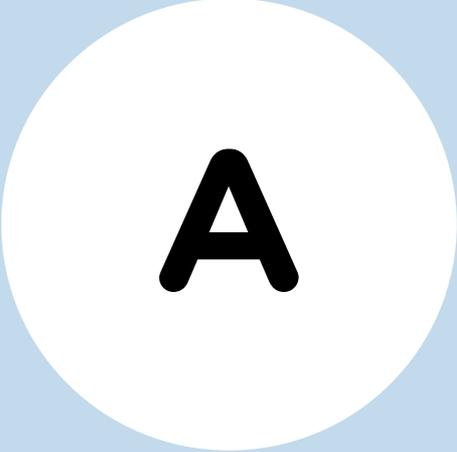
### Grupo Comunicación y Formación:

- Fernández Fernández, José Luís.
- García Sixto, Montserrat.
- Gómez Ruíz, Rodrigo.
- Hermida Porto, Leticia.
- Vila Iglesias, Isabel.



# Índice

	<b>ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS</b>	10
<b>1</b>	<b>PRÓLOGO</b>	12
<b>2</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	14
<b>3</b>	<b>DEFINICIONES</b>	18
<b>4</b>	<b>MARCO LEGAL</b>	22
<b>5</b>	<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	24
<b>6</b>	<b>PROPÓSITO</b>	26
	MISIÓN	
	VISIÓN	
	VALORES	
<b>7</b>	<b>OBJETIVO</b>	28
<b>8</b>	<b>PLAN PARA LA NORMALIZACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EL SERVICIO GALLEGO DE SALUD</b>	30
	SITUACIÓN ACTUAL	
	EJE 1. ESTABLECER LOS MODELOS ASISTENCIALES DE HADO	
	EJE 2. ORGANIZAR LA ASISTENCIA	
	EJE 3. DEFINIR LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	
	EJE 4. HOMOGENEIZAR LA RED ASISTENCIAL DE HADO	
	EJE 5. DESENVOLVER OS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE HADO	
	EJE 6. PROMOVER LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN	
<b>9</b>	<b>PLAN DE COMUNICACIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD</b>	68
	EJE 1. ACCIONES DE COMUNICACIÓN INTERNA	
	EJE 2. ACCIONES DE COMUNICACIÓN EXTERNA	
<b>10</b>	<b>PLAN DE CALIDAD ASISTENCIAL Y MEJORA CONTINUA</b>	74
	LÍNEA ESTRATÉGICA 1. LIDERAZGO	
	LÍNEA ESTRATÉGICA 2. ESTRATEGIA	
	LÍNEA ESTRATÉGICA 3. PERSONAS	
	LÍNEA ESTRATÉGICA 4. ALIANZAS Y RECURSOS	
	LÍNEA ESTRATÉGICA 5. PROCESOS	
	LÍNEA ESTRATÉGICA 6. PACIENTES Y CIUDADANOS	
	LÍNEA ESTRATÉGICA 7. RESULTADOS EN LAS PERSONAS	
	LÍNEA ESTRATÉGICA 8. RESULTADOS EN LA SOCIEDAD	
	LÍNEA ESTRATÉGICA 9. RESULTADOS CLAVE	
	LÍNEA ESTRATÉGICA 10. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS	
<b>11</b>	<b>SISTEMA DE EVALUACIÓN</b>	80
<b>12</b>	<b>PLAN DE NECESIDADES: ORGANIZACIÓN Y RECURSOS</b>	82
	EJE 1. DOTACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	
	EJE 2. DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIALES	
<b>13</b>	<b>DOCUMENTACIÓN CONSULTADA</b>	86
	BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	
	ENLACES DE INTERÉS	
<b>14</b>	<b>ANEXOS</b>	90
	ANEXO I: PLAN DE COMUNICACIÓN	
	ANEXO II: PANEL DE INDICADORES	
	ANEXO III: DOTACIÓN ECONÓMICA DEL PLAN	

**A****Abreviaturas, siglas y acrónimos**

ACIS	Agencia de Conocimiento en Salud.
AH	atención hospitalaria.
AP	atención primaria.
CAPNOR	catálogo de procedimientos normalizados.
CIAP2	clasificación internacional de atención primaria, versión 2.
CIE-10	clasificación internacional de enfermedades, versión 10.
ECG	electrocardiograma.
HADO	hospitalización a domicilio.
EPOC	enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
FAQ	(Frequently Asked Questions) Lista de preguntas y respuestas que surgen frecuentemente dentro de un determinado contexto y para un tema en particular.
ICC	insuficiencia cardíaca congestiva.
IGE	Instituto Gallego de Estadística.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
INR	razón normalizada internacional.
IRAS	infección relacionada con la asistencia sanitaria.
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association.
NIC	(nursing interventions classification) clasificación de intervenciones enfermeras.
NOC	(nursing outcomes classification) clasificación de resultados de enfermería.
PAC	punto de atención continuada.
PET	tomografía por emisión de positrones.
PICC	catéter central de inserción periférica.
PROA	programa de optimización de uso de antibióticos.
RUNA	repositorio institucional de la Consellería de Sanidad-Sergas.
SIAC	sistema de información de análisis complejos.
SINASP	sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente.
SNOMED CT	(systematized nomenclature of medicine–clinical terms) nomenclatura sistematizada de medicina–términos clínicos.
TAC	tomografía axial computerizada.
TELEA	plataforma de teleasistencia domiciliaria.
TIC	tecnología de información y comunicación.
TVP	trombosis venosa profunda.
UPP	úlceras por presión.
XPE	gestor de peticiones electrónico.

1

2

3

4

5

6



Prólogo

7

8

9

10

11

12

13

14

Los sistemas sanitarios nos encontramos en un momento crucial. Las nuevas demandas, focalizadas fundamentalmente hacia pacientes mayores con una o más enfermedades crónicas, requieren una transformación de los servicios y que estos sean prestados en el lugar más próximo a la persona enferma; con una clara tendencia a que el domicilio sea central en esta atención.

También está cambiando el papel del paciente en la gestión de su enfermedad, implicándose cada vez más en las decisiones terapéuticas y en los cuidados, con la expectativa de que se tengan más en cuenta sus valores, opiniones y preferencias.

La hospitalización a domicilio como alternativa a la convencional, pasa a ser un eje fundamental en la transformación de la asistencia sanitaria, por acercar cuidados de rango hospitalario al domicilio del paciente de manera efectiva y segura. Además, está muy bien valorada por los pacientes y repercute positivamente en su calidad de vida.

El Servicio Gallego de Salud está comprometido en el abordaje integral de la cronicidad, la aproximación de la sanidad al domicilio del paciente y la incorporación de las nuevas tecnologías como herramienta facilitadora de la calidad asistencial y seguridad del paciente.

En esta línea de actuación se enmarca el presente Plan gallego de hospitalización a domicilio, que pretende potenciar y consolidar este modelo asistencial en el Servicio Gallego de Salud y garantizar su desarrollo en los próximos años.

Para afrontar satisfactoriamente los retos de este plan, tales como la normalización de la cartera de servicios, el establecimiento de nuevos modelos de atención y la organización de los circuitos asistenciales, hemos contado con la participación de un amplio grupo de profesionales de hospitalización a domicilio y de otros ámbitos de la atención.

Trabajamos juntos con la ilusión de mejorar el modelo de hospitalización a domicilio que tenemos, para afrontar los retos presentes y futuros que la ciudadanía está demandando, así como seguir avanzando de manera firme y segura hacia nuestro principal objetivo: prestar una atención de la máxima calidad a todos los gallegos.

Jesús Vázquez Almuiña  
Conselleiro de Sanidad

1

2

3

4

5

6

7

8

9

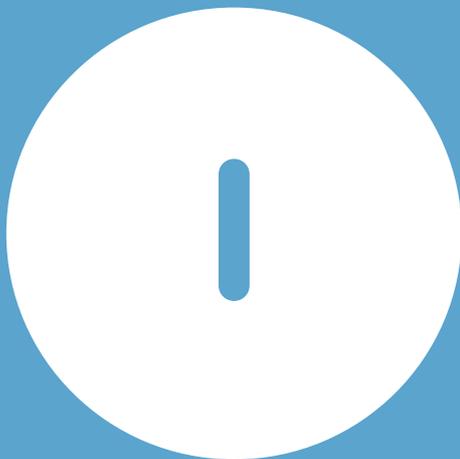
10

11

12

13

14



## Introducción

En la actualidad, los servicios sanitarios se enfrentan a importantes retos para dar respuesta a los cambios derivados del progresivo envejecimiento de la población, el aumento de los pacientes crónicos, pluripatológicos y complejos, así como la creciente demanda asistencial y el cambio en valores y expectativas de la ciudadanía acerca de los cuidados de su salud.

Cabe destacar que en España la población mayor de 65 años representa el 18,7% del total (INE 2017) y en Galicia se eleva hasta el 24,6% (IGE 2017), siendo esta tasa de envejecimiento de las más altas de España y seis puntos superior al promedio europeo. El aumento de la edad media poblacional va ligado al indudable protagonismo de la cronicidad, que está desplazando la patología aguda en importancia, entre otros motivos por el elevado consumo de recursos sanitarios. Por su parte, el paciente está cambiando su papel en la gestión de su enfermedad, por lo que es necesario implicarle en las decisiones terapéuticas, así como tener en cuenta sus valores, opiniones y deseos. Esta evolución en el perfil de las enfermedades y pacientes hace cada vez más importante garantizar la continuidad asistencial, es decir, dispensar la misma calidad en los cuidados con independencia del nivel o ámbito asistencial.

---

*El paciente está cambiando su papel en la gestión de su enfermedad, por lo que es necesario implicarle en las decisiones terapéuticas, así como tener en cuenta sus valores, opiniones y deseos.*

---

En este contexto y ante la necesidad de un cambio de paradigma, los servicios sanitarios iniciaron un progresivo proceso de ambulatorización de la asistencia sanitaria, a lo que contribuyeron los avances tecnológicos y terapéuticos. Así, se incrementaron el número de intervenciones quirúrgicas ambulatorias, se potenciaron los hospitales de día o las unidades de corta estancia, se implantó la telemedicina y se hizo imprescindible desplegar una estrategia que aborde alternativas a la hospitalización convencional, que sea capaz de garantizar a los pacientes la mejor asistencia a sus problemas de salud con el mínimo coste personal y familiar, que tenga un concepto transversal del proceso clínico y que sea garantía de una transición adecuada entre el entorno hospitalario y el domiciliario, optimizando además la utilización de los recursos sanitarios. El modelo de hospitalización a domicilio (HADO) cumple con estas características y se sitúa, por tanto, como uno de los ejes de esta evolución de modelo sanitario.

La atención domiciliaria se define como el conjunto de actividades asistenciales, sanitarias y sociales que se desarrollan en el domicilio. Su concepción es integral y se basa en el correcto desarrollo y coordinación de los recursos asistenciales. La cartera de servicios de este tipo de atención depende del grado de medicalización, la necesidad de acercar tecnologías, la intensidad, duración y complejidad de los cuidados así como del estado evolutivo de la enfermedad. Teniendo en cuenta estos criterios se puede diferenciar la atención domiciliaria hospitalaria y la proporcionada en atención primaria.



En lo que respecta a la hospitalización a domicilio, se puede definir como una alternativa asistencial que consiste en un modelo organizado capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario (proporcionados por profesionales de la salud y recursos materiales propios del hospital), tanto en calidad como en cantidad a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero aún necesitan de vigilancia activa y asistencia compleja. Los cuidados de rango hospitalario están definidos por su intensidad y complejidad (de manera que, si no ingresa en hospitalización a domicilio, debería ingresar o permanecer ingresado en hospitalización convencional) y el ingreso en esta modalidad de hospitalización se caracteriza por su voluntariedad (ya que requiere la aceptación expresa del paciente).

En base a esta definición y características de la hospitalización a domicilio, es evidente que ayuda a evitar ingresos hospitalarios y posibilita el alta precoz desde la hospitalización convencional. Pero además, diferentes estudios y revisiones ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada por la hospitalización a domicilio es efectiva, segura y eficiente, está muy bien valorada por los pacientes y repercute positivamente en su calidad de vida. Esto, unido a la calidad de la atención prestada por los equipos multidisciplinares expertos que integran las unidades y su importante papel en la continuidad asistencial, hacen que esta alternativa hospitalaria se esté posicionando como un modelo asistencial consolidado y de futuro.

Galicia, junto con la Comunidad Valenciana, Cataluña y País Vasco, es una de las comunidades autónomas con mayor presencia y desarrollo de la hospitalización domiciliaria. El compromiso del Servicio Gallego de Salud con la atención a la cronicidad y el reconocimiento expreso de la atención domiciliaria como una alternativa deseable queda recogido tanto en la estrategia Sergas 2014 y 2020 cómo en la Estrategia Gallega para la Atención a Personas en Situación de Cronicidad. Además, el indudable liderazgo tecnológico en salud de nuestra comunidad está haciendo que la atención en el domicilio del paciente sea, cada vez más, una realidad.

Como parte de este compromiso nace este Plan gallego de hospitalización a domicilio, en el que participaron 32 profesionales del Servicio Gallego de Salud de distintos ámbitos y especialidades y que partió de un análisis realizado en el año 2016 a través de grupos focales con distintos profesionales de hospitalización a domicilio. Se ha estructurado en tres planes distintos: plan para la normalización de la hospitalización a domicilio, de comunicación y de calidad asistencial y mejora continua. Además, el plan de normalización consta de 6 ejes estratégicos con el objetivo de establecer los modelos asistenciales de HADO, organizar su asistencia, definir una cartera común de servicios, homogeneizar la red asistencial, desarrollar los sistemas de información y promover la formación y la investigación.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

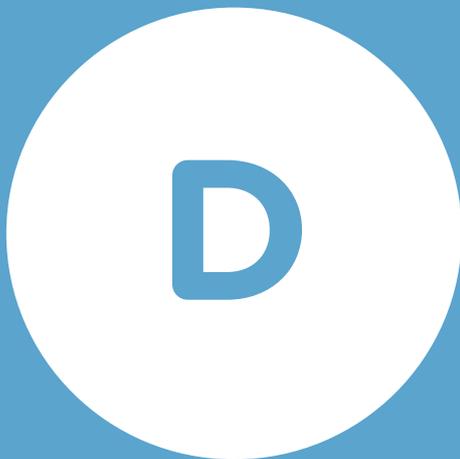
10

11

12

13

14



## Definiciones

**Actividades:** es cada una de las actuaciones, procedimientos, tratamientos o cuidados realizados por los profesionales de la unidad de hospitalización a domicilio durante el transcurso de una visita.

**Autoadministración:** administración de un fármaco por el propio paciente o su cuidador tras recibir indicaciones y entrenamiento por el personal de hospitalización a domicilio.

**Benchmarking:** técnica que consiste en tomar “comparadores”(benchmarks) para aquellos productos, servicios y procesos de trabajo que pertenezcan a organizaciones que evidencien las mejores prácticas sobre el área de interés, con el propósito de transferir el conocimiento de las mejores prácticas y su aplicación.

**Bomba elastomérica:** dispositivo mecánico que permite la infusión de una solución endovenosa o subcutánea a un flujo constante mediante la contracción de un compartimento elastomérico que la propulsa.

**Bomba electrónica:** dispositivo electrónico que permite la infusión endovenosa continua de una solución por un tiempo y a un flujo determinado o bien de forma discontinua de un volumen que se ha fijado en horarios definidos. Una vez programada, no requiere de la intervención directa del paciente, del cuidador ni del personal de la hospitalización a domicilio para su administración. Dispone de alarmas para alertar de fallos en el sistema.

**Cuidador:** persona o grupo de personas con capacidad mínima suficiente para atender al paciente mientras permanece en régimen de hospitalización a domicilio y dispensarle atención a sus necesidades básicas y otros cuidados delegados por el personal sanitario. Debe estar de acuerdo con el tipo de atención sanitaria, conocer al equipo sanitario y poder comunicarse con él para requerir su atención en caso necesario.

**Curas complejas:** conjunto de curas aplicadas al enfermo que por su dificultad o elevado requerimiento de recursos no pueden ser asumidas por la atención primaria.

**Cuidados paliativos:** enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor así como de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

**Domicilio:** lugar a donde se traslada a un paciente para ser atendido en régimen de hospitalización a domicilio. Puede ser un domicilio particular o una institución residencial.

**Educación sanitaria:** conjunto de indicaciones y consejos en salud que se dan al enfermo y/o al cuidador en beneficio del mantenimiento de su estado de salud.

**Episodio:** conjunto de todas las atenciones proporcionadas durante el tiempo en el que un paciente permanece bajo la responsabilidad de una unidad de hospitalización a domicilio, derivadas de una única solicitud.

**Hospitalización a domicilio (HADO):** asistencia sanitaria de complejidad hospitalaria prestada en el domicilio del paciente por un profesional/unidad sanitaria de atención hospitalaria en régimen de internamiento/ingreso domiciliario.

**Hospitalización convencional (HC):** atención especializada en régimen de internamiento/ ingreso físico en una cama de una planta de hospital.

**Hospital de día:** modalidad asistencial alternativa a la hospitalización en la que se presta atención al paciente en el hospital mediante procedimientos consistentes en técnicas y tratamientos complejos en régimen ambulatorio.

**Hospitalización a domicilio en modelo de alta precoz:** episodio de HADO precedido de un episodio en régimen de internamiento/ingreso en una cama de una planta de hospital. Sustituye la parte final del episodio de hospitalización convencional.

**Hospitalización a domicilio en modelo de evitación de ingreso:** episodio de HADO no precedido de un episodio en régimen de internamiento/ingreso en una cama de una planta de hospital. Sustituye un episodio completo de hospitalización convencional..

**Modelo EFQM:** modelo de calidad definido por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad.

**Paciente crónico complejo (PCC):** persona cuya gestión clínica es percibida como especialmente difícil por sus profesionales referentes. Los criterios para incluir a un paciente en este grupo son:

- Criterios relacionados con el propio paciente: perfil de morbilidad, semiología y tipo de crisis, características evolutivas, consumo de recursos, especialmente en franjas de edad extremas.
- Criterios que dependen de los profesionales: carácter multidisciplinario, transiciones frecuentes, riesgo de exposición a criterios asistenciales discrepantes o a situaciones de incertidumbre clínica.

La Estrategia gallega para la atención de personas en situación de cronicidad considera pacientes en situación de cronicidad:

- Pacientes que tienen, por lo menos, una enfermedad de larga duración (>6 meses) y progresión lenta, cuyo fin o curación es impredecible.
- Pacientes que tienen una condición crónica, entendiendo cómo tal la enfermedad o un parámetro fisiológico que es permanente, que no tiene curación, independientemente de la forma de adquisición y que es de larga evolución.

**Paciente crónico avanzado:** paciente con complejidad asociada a un pronóstico de vida limitado, a una aproximación paliativa presente, importante, creciente y finalmente, a una planificación anticipada de decisiones.

**Paciente frágil:** paciente, con frecuencia anciano, en el que concurren varias enfermedades crónicamente sintomáticas, con frecuentes reagudizaciones, que repercuten negativamente sobre su situación funcional y que generan una importante demanda en los diferentes niveles asistenciales.

**Plan de cuidados:** relación jerarquizada y temporalizada de cuidados y técnicas previstas para responder a las necesidades asistenciales de un episodio de ingreso en HADO.

**Podcast:** grabaciones de audio o vídeo originales o transmisiones grabadas de un programa de televisión o radio, una conferencia, una presentación o cualquier otro evento.

**Soporte:** modalidad asistencial consistente en asesorar a otro profesional de forma presencial (consulta externa, visitas conjuntas, valoraciones puntuales, etc), telefónica u otra. El profesional que solicita soporte mantiene la responsabilidad principal sobre el proceso o enfermedad del paciente.

**Subepisodio:** conjunto de todas las atenciones proporcionadas durante el tiempo en el que un paciente permanece bajo la responsabilidad de una unidad de hospitalización a domicilio derivadas de una única solicitud, sin contabilizar las atenciones en el hospital.

**Tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE):** procedimiento de administración de antimicrobianos por vía intravenosa en hospitalización a domicilio a pacientes con procesos infecciosos. Hace referencia al tratamiento administrado, a la modalidad de administración y al resto de cuidados que garantizan una atención de rango hospitalario en el domicilio.

**Terapia de presión negativa:** tratamiento de heridas complejas basado en la aplicación de presión negativa sobre una lesión con el objetivo de estimular la cicatrización y aspirar el exceso de exudado. Requiere de un equipo multidisciplinar experto y de supervisión continuada.

**Visita:** es cada uno de los contactos presenciales o no, realizados entre los profesionales de la unidad de hospitalización a domicilio y el paciente durante el transcurso de un episodio.

**Voluntariedad:** aceptación del paciente y su cuidador para completar su episodio de hospitalización en régimen domiciliario. El ingreso en hospitalización a domicilio requiere de la aceptación del paciente y/o cuidador, a quien se informa de que puede concluir el ingreso en régimen de hospitalización a domicilio o solicitar el traslado a hospitalización convencional en cualquier momento durante el transcurso del episodio de hospitalización a domicilio.

**Valoración de ingreso:** proceso por lo que el equipo de hospitalización a domicilio comprueba que el episodio es tributario de esta (cumple todos los criterios de ingreso y ninguno de exclusión); evalúa el plan terapéutico previsto para el domicilio (nivel de complejidad idóneo) y solicita la aceptación del paciente y su cuidador para ser atendido en su domicilio (consentimiento).

1

2

3

4

5

6

7

8

9

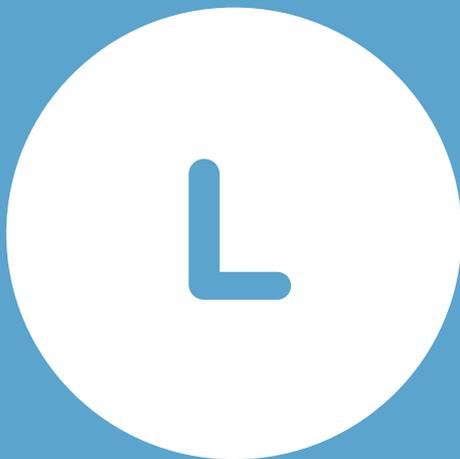
10

11

12

13

14



Marco legal

En el año 1985 se publica en el *Boletín Oficial del Estado* (BOE nº 55, 5/3/85) el Reglamento general de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales de la Seguridad Social, en el que se mencionan por primera vez los servicios y unidades de hospitalización a domicilio dentro de la División de Enfermería.

La Ley general de sanidad (BOE nº 102, 29/4/86) cita expresamente la hospitalización a domicilio como una de las actuaciones dependientes de la Asistencia Sanitaria Especializada.

En 1987 se publica una reforma del Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (BOE nº91, 16/4/87) en la que se adscriben los servicios y unidades de hospitalización a domicilio a la División Médica. Posteriormente, en el año 1989, el Ministerio de Sanidad y Consumo establece los requisitos mínimos que deberían cumplir las unidades de hospitalización a domicilio del territorio gestionado por el INSALUD, pero la progresiva transferencia de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas hizo poco operativo dicho documento.

Por su parte, la Ley 16/2003, del 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema nacional de salud, establece como prestación de atención especializada el “apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio”. Posteriormente, el Real decreto 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema nacional de salud, recoge la hospitalización a domicilio como prestación reconocida.

En lo referente a los sistemas de información, el Real decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada determina la estructura y características del registro de actividad en hospitalización a domicilio, considerándola unidad de registro específica y modalidad asistencial propia.

En nuestra comunidad, en el año 1999, la Xunta de Galicia elabora un documento base para la regularización de la hospitalización a domicilio en los hospitales del Sergas. Además, la Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia, recoge en su título II la hospitalización domiciliaria como una prestación sanitaria del sistema público de salud de Galicia.

1

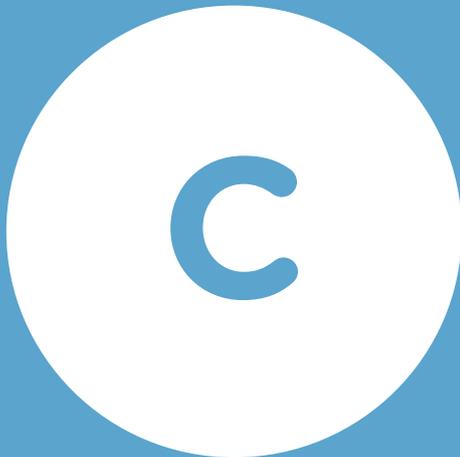
2

3

4

5

6



Marco conceptual

7

8

9

10

11

12

13

14

La Estrategia Sergas 2014 formulaba, como uno de sus objetivos, la necesidad de “potenciar los cuidados domiciliarios de forma equitativa, facilitando a los pacientes una atención integral en el lugar idóneo, atendiendo a sus necesidades, evitando estancias y visitas innecesarias a los centros hospitalarios y reforzando el papel del domicilio del paciente como lugar de atención”.

Con el fin de conseguir ese objetivo, fueron definidos, como elementos clave, potenciar y reforzar el papel de las unidades de hospitalización a domicilio como unidades asistenciales prestadoras de cuidados médicos y de enfermería continuados en igual cantidad y calidad que en el hospital, así como asistencia y apoyo a los familiares del paciente. Avanzaba también la necesidad de desarrollar un enfoque integrador, tanto de los niveles asistenciales, como de aquellos otros actores (servicios sociales, salud pública, etc.) implicados en el cuidado de la salud.

---

### *La Estrategia Sergas 2020 avanza orientando la estructura de prestación de servicios de hospitalización a domicilio hacia las necesidades de los pacientes*

---

Posteriormente, la Estrategia 2020 del Servicio Gallego de Salud define la misión de la organización y su objetivo fundamental: “mejorar la salud de los gallegos”.

La tercera línea estratégica “orientar la estructura de prestación de servicios de cara a las necesidades de los pacientes y a la atención a la cronicidad” define el proyecto de “mejora y extensión de la hospitalización a domicilio” estableciendo criterios homogéneos y definiendo los procesos comunes para el conjunto del Servicio Gallego de Salud.

En resumen, la Estrategia Sergas 2020 avanza orientando la estructura de prestación de servicios de hospitalización a domicilio hacia las necesidades de los pacientes, con dos objetivos principales:

- mejorar y extender la hospitalización a domicilio a todo el ámbito geográfico de nuestra comunidad (accesibilidad de todos los pacientes a la mejor alternativa asistencial para su salud) y
- establecer criterios homogéneos que garanticen la equidad en la asistencia en hospitalización a domicilio para la población gallega.

1

2

3

4

5

6



Propósito\*

7

8

9

10

11

12

13

14

## Misión:

Las unidades de hospitalización a domicilio han de proporcionar, en el domicilio del paciente, asistencia integral y personalizada, con niveles diagnósticos, terapéuticos y/o cuidados similares a los dispensados en el hospital, a pacientes susceptibles, con apoyo de su cuidador.

## Visión:

Consolidar la hospitalización a domicilio como modalidad relevante de nuestro sistema sanitario. De implantación prácticamente universal, adaptando la atención sanitaria a la realidad de cada enfermo y ofreciendo la oportunidad de atención especializada en el domicilio del paciente con los mejores resultados en eficacia y efectividad clínica, seguridad y satisfacción para el propio paciente y sus familiares.

## Valores:

Los principales valores que identifican y caracterizan la hospitalización a domicilio son:

- **Humaniza la atención**, ya que aporta como elemento de valor el escenario terapéutico idóneo, el domicilio del paciente; permite un trato personalizado y directo con el paciente y su familia y adapta la atención a la realidad de cada enfermo.
- **Presta una atención centrada en el paciente**, que deja de ser un sujeto pasivo. Fomenta el autocuidado y empodera a los familiares y cuidadores en la atención que se le dispensa, dando mayor autonomía y seguridad en el manejo del paciente crónico complejo en el domicilio así como implicando y proporcionando formación a los enfermos y a sus cuidadores para la etapa posterior al alta.
- **Fomenta la continuidad asistencial** dado que su ámbito de actuación está próximo a la atención primaria pero no invade su área de competencia. Favorece, además, la coordinación con atención primaria, así como la respuesta a las necesidades de ésta en pacientes que requieran cuidados complejos y sean tributarios de la hospitalización a domicilio, evitando así la institucionalización del paciente.
- **Proporciona atención multidisciplinar**, organizada y coordinada: la polivalencia y el perfil multidisciplinar de los profesionales de las unidades de HADO son valores necesarios para desarrollar un modelo de atención experta y una mejor respuesta a la diversidad de requerimientos asistenciales que se le exponen.
- **Proporciona atención experta**, próxima y segura para el paciente. Los resultados de eficacia clínica y los indicadores de seguridad son equiparables o superiores a los de las unidades de hospitalización convencional, a lo que contribuye la baja sobreindicación de tratamientos y de pruebas diagnósticas, así como la disminución de la iatrogenia.
- **Es una modalidad de hospitalización muy satisfactoria** para el paciente y su familia. La cercanía en la relación con el enfermo y su entorno es percibida por éste como un elemento de calidad y atención excelente.
- **Se adapta a los cambios** y su versatilidad propicia que sea un servicio flexible. Tiene capacidad para atender rápidamente una realidad cambiante según las necesidades de cada centro. Es un auténtico servicio de soporte asistencial transversal a todos los ámbitos asistenciales de un área sanitaria (médicos, quirúrgicos, hospital de día, intervencionismo, urgencias, primaria, etc.).

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



**Objetivo**

El objetivo principal de este plan estratégico es potenciar y consolidar la hospitalización a domicilio como un modelo asistencial del Servicio Gallego de Salud y garantizar su desarrollo en los próximos cinco años. Para ello, se pretende establecer criterios homogéneos de atención en la hospitalización a domicilio prestada en nuestra comunidad, con la finalidad de:

- **Normalizar** los modelos asistenciales, cartera de servicios y flujos de trabajo para asegurar una asistencia sanitaria de calidad, disminuyendo la variabilidad, de manera que todos los pacientes sean atendidos del modo más apropiado y eficiente.
- **Equiparar** la asistencia hospitalaria a domicilio con la de los pacientes ingresados en régimen de hospitalización convencional a todos los efectos, tanto administrativos como asistenciales, incluidas las prestaciones farmacéuticas.
- **Sustituir** al hospital en sus distintas áreas asistenciales en aquellos pacientes para quienes, por su enfermedad o estadio evolutivo, el domicilio en régimen de hospitalización es la mejor opción asistencial.
- **Colaborar** en el desarrollo de programas de gestión de enfermedades para la atención de condiciones crónicas que, por su complejidad, necesitan ser realizados o tutelados por unidades hospitalarias específicas (programas de cuidados paliativos, de atención geriátrica a domicilio, etc.). El objetivo fundamental es mantener la estabilidad clínica de pacientes con elevada complejidad y/o morbilidad.
- **Garantizar** la equidad, propósito necesario e imprescindible en cualquier servicio sanitario público.
- **Dar a conocer** la hospitalización a domicilio del Servicio Gallego de Salud entre los profesionales sanitarios y pacientes.
- **Establecer** criterios de calidad que permitan la mejora continua de la atención domiciliaria prestada por el Servicio Gallego de Salud.

Estos objetivos se concretarán con el desarrollo e implantación de los planes establecidos en este documento.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



**Plan para la normalización  
de la hospitalización a domicilio  
en el Servicio Gallego de Salud**

## Situación actual

La hospitalización a domicilio fue iniciada en el Hospital Guido Montefiore de Nueva York en 1947 por el Doctor E.M. Bluestone, con el fin de descongestionar el hospital, encontrar un clima psicológico más favorable para el enfermo y paliar las dificultades debidas a la ausencia de seguro médico en los estratos más bajos de la sociedad y posteriormente se extendió a todo el país.

En España, bajo el nombre de hospitalización a domicilio, se inicia en el Hospital Provincial de Madrid en 1981. En 1983, se puso en marcha un plan piloto de hospitalización a domicilio en el Hospital de Cruces (Bizkaia) que supuso la primera experiencia de este tipo dentro de la red gestionada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y adquirió en 1986 el reconocimiento de servicio de hospitalización a domicilio. Otros grandes hospitales crearon sus unidades en años posteriores: Virgen del Rocío en Sevilla (1984), Marqués de Valdecilla en Santander (1984) y General Yagüe en Burgos (1985).

---

*La hospitalización a domicilio es una de las líneas estratégicas del Servicio Gallego de Salud en la medida en que es capaz de proporcionar a los pacientes una asistencia hospitalaria experta, segura y eficiente en el ámbito domiciliario.*

---

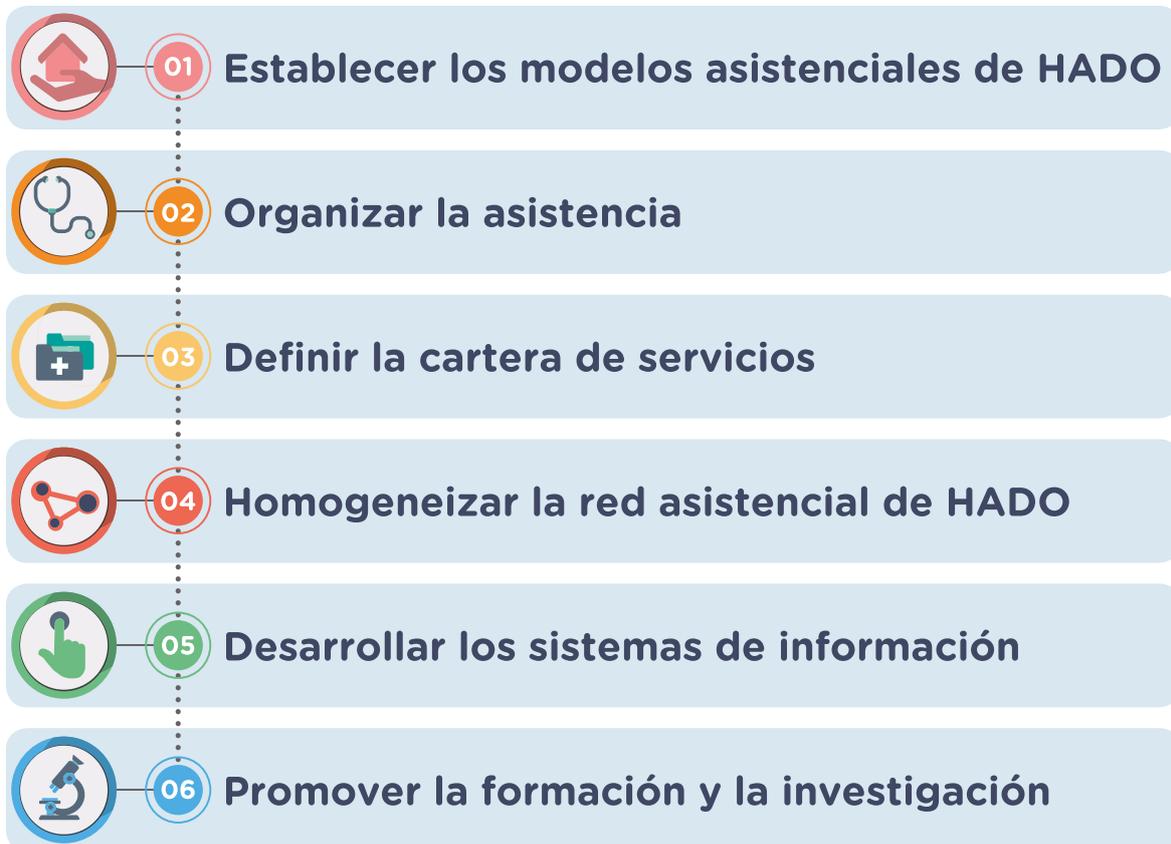
En Galicia, las primeras unidades de hospitalización a domicilio se crearon en los hospitales Juan Canalejo en A Coruña (1987) y Hospital General de Vigo (1990).

Más de 30 años después de la aparición de la primera unidad en nuestra comunidad autónoma, podemos concluir que la hospitalización a domicilio es una modalidad asistencial consolidada, que presta servicio a un 75% de los gallegos. Para conseguir esta cobertura poblacional, las unidades de hospitalización a domicilio fueron incrementándose, desde las dos iniciales en los hospitales Juan Canalejo y General de Vigo, hasta las 15 unidades actuales y 45 equipos.

Este crecimiento de la hospitalización a domicilio no fue parejo con el desarrollo de un plan o marco común que homogeneizara y normalizara el funcionamiento de las distintas unidades de HADO del Servicio Gallego de Salud. En consecuencia, en la actualidad, la asistencia hospitalaria a domicilio está adaptada a la idiosincrasia del área sanitaria correspondiente y, por lo tanto, no se ajusta a modelos asistenciales comunes ni a estructuras o cobertura poblacional homogéneas.

Como ya se comentó, la hospitalización a domicilio es una de las líneas estratégicas del Servicio Gallego de Salud en la medida en que es capaz de proporcionar a los pacientes una asistencia hospitalaria experta, segura y eficiente en el ámbito domiciliario. Es necesario, por lo tanto, desarrollar un modelo de hospitalización a domicilio sólido y garantista, capaz de interactuar con los distintos niveles asistenciales y dar continuidad al proceso clínico-asistencial.

Para poder conseguir estos objetivos, HADO debe ser capaz de gestionar la asistencia que dispensa y los procesos que la integran de forma ágil, dinámica y adaptada a las necesidades y tipología de la población gallega. Este cambio se concreta en el presente plan para la normalización de la hospitalización a domicilio en el Servicio Gallego de Salud, cuyos ejes estratégicos se relacionan a continuación:



## EJE 1. Establecer los modelos asistenciales de HADO

### OBJETIVO ESTRATÉGICO: HOMOGENEIZAR LA ATENCIÓN PRESTADA EN HADO

Con el objeto de extender a toda la población gallega una atención lo más apropiada y eficiente posible, homogénea, estandarizada y de máxima calidad, se establecen los modelos asistenciales de la hospitalización a domicilio del Servicio Gallego de Salud.

Dichos modelos se definen en función del grado de medicalización, incorporación de tecnologías, duración y complejidad de los cuidados, así como de la participación de los diferentes ámbitos asistenciales en el proceso de atención.

Los modelos establecidos son los siguientes: modelo de hospitalización en domicilio, modelo de aplicación de técnicas/procedimientos en domicilio, modelo de interconsulta y modelo de atención compartida/gestión de la enfermedad.

---

## Modelo de hospitalización (hospitalización en domicilio)

---

Es un modelo asistencial similar al realizado en hospitalización de agudos, proporcionando cuidados de intensidad y complejidad hospitalaria en el domicilio del paciente, de forma continua y durante un período de tiempo limitado, siendo el responsable de la atención sanitaria el equipo de hospitalización a domicilio.

Los pacientes subsidiarios de este modelo son aquellos que, tras el diagnóstico y estabilización de su enfermedad, requieren cuidados hospitalarios durante un tiempo determinado (habitualmente días) hasta poder recibir el alta. La atención puede iniciarse a demanda o de manera programada.

Se benefician de este modelo de atención:

- Pacientes crónicos complejos con reagudización de su enfermedad (insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades neurodegenerativas, etc.)
- Pacientes que requieren curas complejas (por ejemplo curas con sistemas de vacío).
- Pacientes paliativos oncológicos o no oncológicos de alta complejidad.
- Pacientes estables con un proceso infeccioso y necesidad de antibioterapia intravenosa o de administración hospitalaria (infecciones urinarias, pie diabético sobreinfectado, osteomielitis, úlceras de evolución tórpida, etc.).

En este caso, la derivación a HADO puede realizarse desde atención primaria y centros residenciales, así como desde los distintos servicios y unidades hospitalarias (urgencias, hospital de día, consultas externas, plantas de hospitalización, etc.). Este modelo facilita el alta precoz del paciente y contribuye a evitar ingresos en régimen de hospitalización convencional, lo que tiene como consecuencia la disminución de la estancia hospitalaria evitando posibles complicaciones inherentes a la hospitalización.

---

## Modelo de aplicación de técnicas/procedimientos en domicilio

---

Este modelo se establece para la aplicación en el domicilio de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de rango hospitalario y que, por lo tanto, no pueden ser asumidos por atención primaria. Es una atención de carácter puntual, periódica y/o programada en la que el equipo de HADO tiene la responsabilidad sobre el paciente el tiempo que dure el procedimiento.

Pueden ser subsidiarios de este modelo de atención los pacientes que tienen estabilizada su enfermedad y que requieren la aplicación de una técnica o procedimiento complejo, como por ejemplo:

- Pacientes en programas de nutrición enteral o parenteral.
- Pacientes que precisen soporte hemoterápico programado y que presentan importantes problemas de movilidad.
- Pacientes que precisen paracentesis u otras técnicas invasivas y que presentan importantes problemas de movilidad.
- Pacientes que precisen ventilación mecánica no invasiva.

Además, es de especial interés en el caso de enfermedades poco prevalentes que requieren tecnología compleja. La derivación a HADO permite a estos pacientes abandonar el hospital y mejorar su calidad de vida contando, en todo momento, con un equipo especializado tanto en lo que se refiere al conocimiento de las técnicas y manejo de aparataje, como en la toma de decisiones terapéuticas.



---

## Modelo de interconsulta

---

Este modelo se establece para la realización de valoraciones clínicas a petición de profesionales sanitarios de atención primaria y hospitalaria, que tienen en ese momento la responsabilidad asistencial del paciente. Se presta una atención puntual y a demanda.

Se puede realizar una interconsulta para todo paciente para el cual el profesional sanitario responsable precise asesoramiento. Estas consultas suelen referirse a la gestión de pacientes complejos, como por ejemplo:

- Pacientes que requieren cuidados paliativos y/o control del dolor.
- Pacientes con enfermedades infecciosas o enfermedades crónicas avanzadas.
- Pacientes a tratamiento con nutrición enteral.
- Pacientes que requieren curas complejas.

---

## Modelo de atención compartida/gestión de la enfermedad

---

Este modelo establece una atención continuada y coordinada con atención primaria, con integración de procesos asistenciales. El objetivo es que los pacientes sean atendidos por un equipo multi e interdisciplinario que asume la responsabilidad de prestar una atención integral, que actúa con criterios compartidos, que prioriza sus actuaciones en función de los beneficios esperados para el paciente y que traslada a éste un mensaje único.

Los pacientes susceptibles de ser atendidos en esta modalidad son aquellos cuya enfermedad está estabilizada pero que necesitan seguimiento clínico compartido entre el equipo de atención primaria y el de hospitalización a domicilio. En este modelo, la solicitud de atención compartida puede ser realizada por ambos equipos asistenciales y la atención es programada y periódica.

Los pacientes que se beneficiarían de este modelo son principalmente:

- Pacientes crónicos complejos.
- Anciano frágil.
- Pacientes oncológicos o no oncológicos que requieren cuidados paliativos.
- Pacientes con un proceso infeccioso.
- Pacientes que precisen cuidados transicionales.

Dentro de este modelo de atención compartida, existen dos modalidades:

- **Paciente no ingresado en HADO** y que no es candidato a ingresar en ninguno de los otros modelos asistenciales, pero que su enfermedad o estado clínico es subsidiario de un seguimiento continuo por parte del equipo de atención primaria y de un seguimiento de soporte periódico por parte del equipo de HADO, pudiéndose dar la situación de visitas conjuntas de valoración del paciente y toma de decisiones terapéuticas. Esta atención compartida, requiere ser programada por ambos dispositivos de manera protocolizada y consensuada.
- **Paciente ingresado en HADO** en el que el equipo de atención primaria participa en la asistencia domiciliaria, para garantizar la continuidad de cuidados de determinadas patologías del paciente, tanto si son previas al ingreso en HADO como de nuevo diagnóstico tras el mismo.

Este modelo de atención compartida se contempla también en los centros residenciales con equipos sanitarios propios.

## EJE 2. Organizar la asistencia

Para establecer la correcta organización de la asistencia sanitaria en hospitalización a domicilio es necesario definir y normalizar los criterios de ingreso y derivación de pacientes, definir los circuitos asistenciales entre los distintos niveles de atención y establecer los procesos y procedimientos de gestión necesarios para cada caso

### OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: ESTABLECER CRITERIOS DE ENTRADA DEL PACIENTE

El tipo de patología que puede ser atendida en HADO es muy amplia, dado que es posible completar el proceso clínico-asistencial de múltiples enfermedades en el domicilio del paciente. Por otra parte, el éxito de la atención proporcionada por HADO depende en gran medida de la selección adecuada de los pacientes que son candidatos a este tipo de hospitalización, por lo que es importante determinar los criterios de ingreso.

#### Tipo de paciente/patología

Los grupos de pacientes atendidos con mayor frecuencia son:

##### Pacientes con patología quirúrgica

Son pacientes que, tras un procedimiento quirúrgico realizado en el hospital, precisan de una atención que, por sus características, inicialmente no es asumible en el ámbito de la atención primaria de salud. Se puede distinguir:

- **Cirugía de corta estancia o alta precoz:** el objetivo en este tipo de patologías es que el paciente pueda ser remitido a su domicilio en un plazo inferior a las 48 horas, reduciendo estancias hospitalarias postoperatorias. Se incluyen pacientes con:
  - Drenajes que precisan control y seguimiento.
  - Terapia analgésica con bomba electrónica.
- **Patología quirúrgica complicada:** el objetivo de seguimiento de este tipo de pacientes es evitar estancias hospitalarias prolongadas e innecesarias. En este apartado están incluidos pacientes con:
  - Complicaciones de la herida quirúrgica.
  - Patología médica aguda concomitante o descompensación de enfermedad previa.
- **Cirugía de trasplante:** el papel de HADO requerirá el desarrollo de protocolos consensuados con los servicios implicados a fin de garantizar el tratamiento y los cuidados específicos de este tipo de pacientes.

##### Pacientes con patología médica

- **Patología médica aguda:** se trata de pacientes agudos estables con diagnóstico confirmado y con un tratamiento pautado que se puede desarrollar en el domicilio del paciente. Entre las enfermedades que se incluyen en este grupo se puede destacar:
  - Enfermedades infecciosas que precisan de tratamiento antibiótico intravenoso y controles clínicos frecuentes: neumonías, pielonefritis, celulitis, infecciones urinarias complejas, abscesos abdominales, bronquiectasias sobreinfectadas, neutropenia febril, osteomielitis, endocarditis, etc.
  - Trombosis venosa profunda.

- Atención de pacientes con tratamientos antineoplásicos: soporte domiciliario de las complicaciones como anemia, neutropenia febril, etc.
- Otras enfermedades que precisen de tratamientos, técnicas y/o procedimientos hospitalarios.
- **Patología médica crónica agudizada:** en este tipo de pacientes es especialmente importante la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, con el objetivo de disminuir los reingresos hospitalarios. Los pacientes que más frecuentemente reúnen condiciones de ingreso en HADO son aquellos afectos de las siguientes patologías:
  - Patología cardiorrespiratoria: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras broncopatías crónicas, etc.
  - Patología neurológica: demencias y otras enfermedades neurodegenerativas.
  - Hepatopatías crónicas.
  - Otros: atención al anciano frágil, enfermo pluripatológico, etc.
- **Patología crónica avanzada y/o pacientes oncológicos con necesidad de atención paliativa**
  - Cuidados paliativos y/o cuidados al final de la vida: casos complejos, de difícil manejo o con necesidad de soporte especial.
  - Controles sintomáticos, de la exacerbación de procesos crónicos y prevención de complicaciones.
  - Pacientes con ciclos de medicación intravenosa hospitalaria.

## Otras patologías

Dentro de este apartado se incluyen programas específicos que se desarrollan con protocolos hospitalarios, como son:

- Programas de nutrición parenteral domiciliaria.
- Programas de hemoterapia y derivados (en coordinación con los servicios de hematología de los hospitales).
- Programas de ventilación mecánica domiciliaria.

---

## Criterios de ingreso

---

La derivación de un paciente a hospitalización a domicilio puede ser realizada desde el ámbito hospitalario (urgencias, consultas externas, hospital de día y plantas de hospitalización), así como desde el ambulatorio (atención primaria y centros residenciales). Dicha derivación se realizará tras la correspondiente evaluación de la situación clínica y necesidades del paciente y la posterior selección de la modalidad asistencial de ingreso en HADO. Atendiendo a objetivos de seguridad, adecuación e información, se establecen una serie de criterios para el ingreso en HADO:

- Paciente que precise atención hospitalaria: si el paciente no es ingresado en HADO precisaría ingreso en hospitalización convencional.
- Paciente con diagnóstico establecido o alta sospecha diagnóstica: paciente que estando clínicamente estable, permanece ingresado en el hospital (planta de hospitalización o servicio de urgencias) pendiente de realizar alguna prueba diagnóstica o de recibir el resultado.
- Situación clínica que no sugiera la necesidad de precisar cirugía urgente o ingreso en las unidades de cuidados críticos, en un breve periodo de tiempo.
- Existencia de condiciones sociofamiliares adecuadas con un cuidador principal o institución responsable: para que una persona pueda ser considerada cuidador principal deberá tener

disponibilidad para cuidar al paciente y capacidad para comprender y ejecutar los cuidados encomendados. Esta persona colaborará en los cuidados básicos del paciente (aseo, alimentación,...) y, con el equipo de HADO, en el desarrollo de determinadas tareas técnicas que requieren entrenamiento y aprendizaje específico (seguridad). El cuidador principal deberá ser identificado en el momento de la valoración de ingreso del paciente.

- Aceptación por parte del paciente y del cuidador: el ingreso en el servicio de hospitalización a domicilio es voluntario y requiere la aceptación expresa del paciente y cuidador (información).

---

## Criterios de rechazo

---

Un paciente no debe ingresar en HADO en las siguientes situaciones:

- Diagnóstico no establecido: en los casos en los que la falta de diagnóstico se vea como dificultad para un adecuado manejo del enfermo en el domicilio.
- Situación clínica inestable: pacientes subsidiarios de medidas terapéuticas más complejas como cirugía o cuidados intensivos o que precisen de cuidados continuados de difícil adecuación en el domicilio.
- Desacuerdo/no aceptación del paciente: el ingreso en HADO es voluntario. Si el paciente no quiere ingresar en esta modalidad no se podrá realizar dicha actividad.
- Falta de cuidador principal: un paciente que viva solo o acompañado de alguien que no le pueda prestar la ayuda necesaria, no es subsidiario de ingreso en hospitalización a domicilio.
- Situación sociosanitaria inadecuada: deben valorarse las condiciones de la vivienda y de su entorno así como la existencia de un teléfono accesible. El problema social nunca debe ser la causa de inclusión de un paciente en estos servicios (adecuación).
- No se dan las condiciones geográficas, horarias y/o técnicas que permitan la atención sin comprometer la seguridad de los pacientes.
- Rechazo por la institución responsable: afecta a casos de pacientes que viven en centros residenciales.
- Mejoría clínica en el momento de la valoración: cuando, en el momento en el que se hace la valoración del paciente, su situación clínica mejoró y no precisa el tratamiento o cuidados de rango hospitalario que motivaron la solicitud de ingreso en HADO.
- Éxito acontecido entre la solicitud de ingreso y la valoración.

## OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: DEFINIR CIRCUITOS ASISTENCIAIS

La reorganización del modelo de atención pasa necesariamente por eliminar las barreras que actualmente dificultan la integración real de todos los ámbitos asistenciales del sistema sanitario.

Con este objetivo, y atendiendo a los modelos o esquemas asistenciales definidos para la hospitalización a domicilio, se definen y se procedimentan los circuitos asistenciales de gestión de pacientes en HADO que garantizan la continuidad del proceso.

El modelo de atención compartida se propone como el modelo organizativo más adecuado para la asistencia a pacientes con enfermedad estable que necesitan seguimiento a lo largo del tiempo.



Figura 1: Integración asistencial.

## Circuíto asistencial atención primaria-HADO

### Modelo de hospitalización en domicilio y para la aplicación de técnicas y procedimientos

El equipo de atención primaria, después de la evaluación adecuada del paciente en su domicilio, puede solicitar el ingreso en HADO si se cumplen los criterios de ingreso establecidos.

La solicitud de ingreso puede realizarse en las distintas modalidades asistenciales de HADO, en base a las necesidades y características clínicas del paciente. Así, puede solicitarse un ingreso en el modelo de hospitalización en domicilio o bien para la realización de una técnica, procedimiento o administración de medicamentos de carácter hospitalario (modelo de aplicación de técnicas/procedimientos en domicilio).

El equipo de HADO, después de la valoración del paciente, puede aceptar o rechazar el ingreso, así como modificar o proponer otro modelo asistencial. También puede posponer el ingreso hasta que se den las condiciones adecuadas para la atención idónea del paciente.

### Modelo de atención compartida/gestión de la enfermedad

En el caso del modelo de atención compartida/gestión de la enfermedad, la solicitud puede partir del equipo de atención primaria. La finalidad será establecer, con el equipo de HADO, una planificación asistencial y terapéutica que garantice la atención coordinada, programada y periódica para pacientes con enfermedad estable que necesitan seguimiento a lo largo del tiempo.

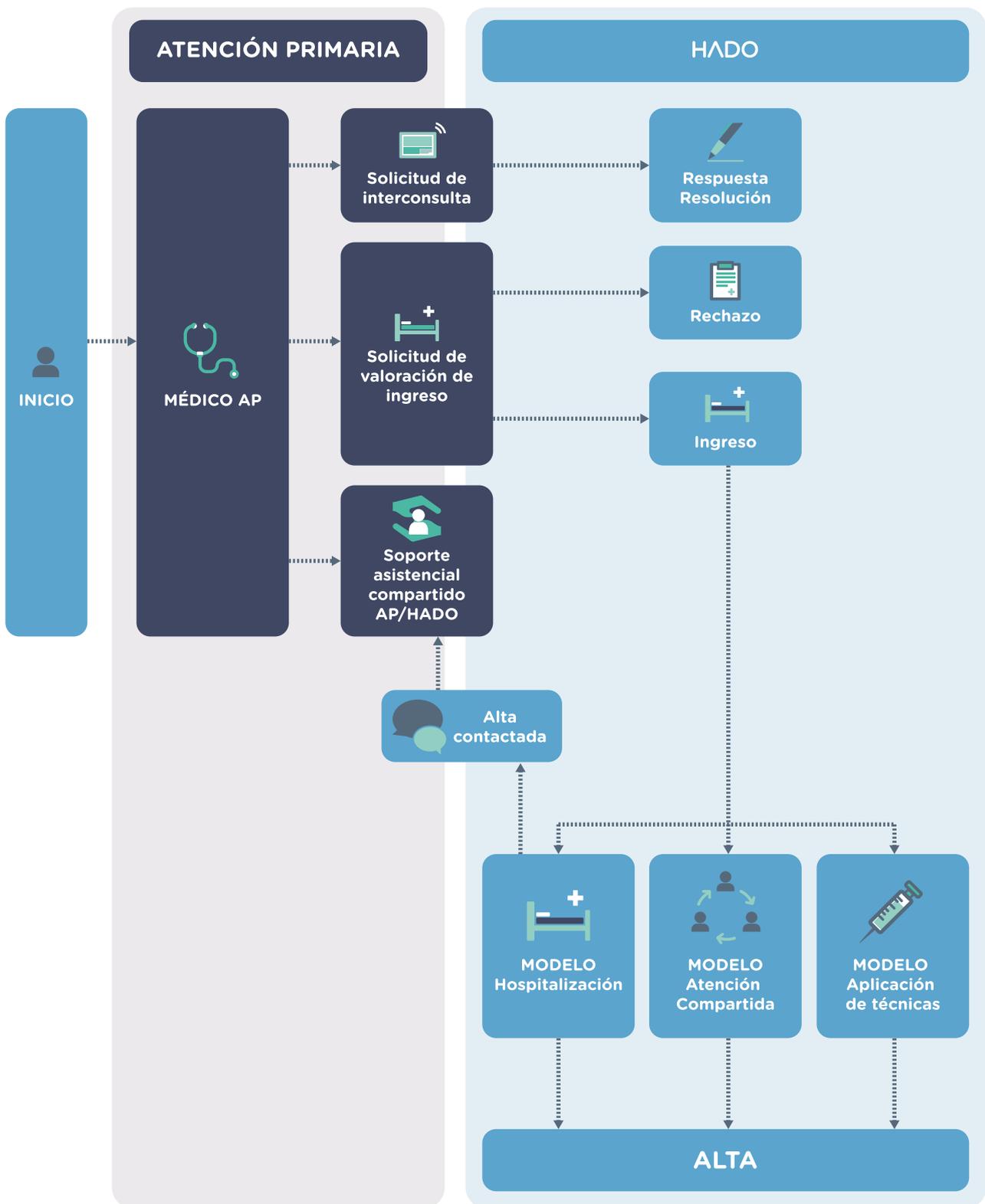


Figura 2: Circuito asistencial atención primaria-HADO.

Inversamente, el proceso de atención puede ser iniciado por el equipo de HADO, que solicita la participación del equipo de atención primaria, generalmente para a continuación de cuidados postalta de hospitalización a domicilio.

En ambas situaciones, los equipos acordarán un plan de seguimiento con visitas en el domicilio, conjuntamente o por separado, programadas para tal fin y agendadas en los sistemas de soporte y registro de actividad asistencial.

La información clínica será registrada en la historia clínica electrónica del paciente como soporte de información compartida, sin perjuicio de la necesaria comunicación entre los profesionales por otras vías.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que la mayor parte de los pacientes que van a ser dados de alta desde HADO requieren continuidad de cuidados. Para evitar la ruptura en el proceso asistencial se establece la gestión del alta contactada, que supone el contacto con el equipo de atención primaria con el objetivo de compartir la información clínica del paciente, planificar los cuidados y acordar visitas programadas conjuntas. El alta contactada es de especial utilidad en pacientes con patología crónica compleja o aquellos que precisan cuidados transicionales.

El equipo de HADO responsable del alta del paciente solicitará una primera visita domiciliaria del equipo de atención primaria, que preferentemente será realizada de manera conjunta. En esa visita, los profesionales de ambos ámbitos asistenciales consensuarán la asignación de la continuidad de cuidados y la de visitas sucesivas, atendiendo a criterios clínicos ajustados a las necesidades de cada paciente.

### **Modelo de interconsulta**

En lo referente al modelo de interconsulta, las peticiones partirán del equipo de atención primaria a través de la herramienta electrónica disponible para tal efecto (gestor de peticiones electrónicas). El equipo de HADO dará respuesta a la interconsulta tras la valoración del caso clínico, manteniéndose en cualquier caso la responsabilidad asistencial del paciente en el equipo de atención primaria.

De la resolución de la interconsulta se puede derivar la necesidad de ingreso en HADO del paciente en cualquiera de las modalidades asistenciales (incluyendo la atención compartida).

Este circuito asistencial es similar en el caso del equipo sanitario de una institución residencial, estableciéndose en ese caso, el flujo asistencial entre HADO y los profesionales sanitarios de dicho ámbito.

---

## **Circuito asistencial atención hospitalaria - HADO**

---

### **Para el ámbito de hospitalización**

#### **Modelo de hospitalización en domicilio y para la aplicación de técnicas y procedimientos**

El equipo de HADO, a través de una solicitud de ingreso, es requerido para la valoración de un paciente ingresado en una planta de hospitalización. Del resultado de la misma se puede producir un ingreso del paciente en el modelo de hospitalización a domicilio o en el de aplicación de técnicas o procedimientos. También puede rechazarse dicha solicitud o posponerla hasta que se reúnan las condiciones idóneas para la atención del paciente.

En los casos que se decida la conveniencia del ingreso en HADO, se procederá al traslado del paciente a su domicilio a través del transporte indicado en función de su situación clínica y se programará la

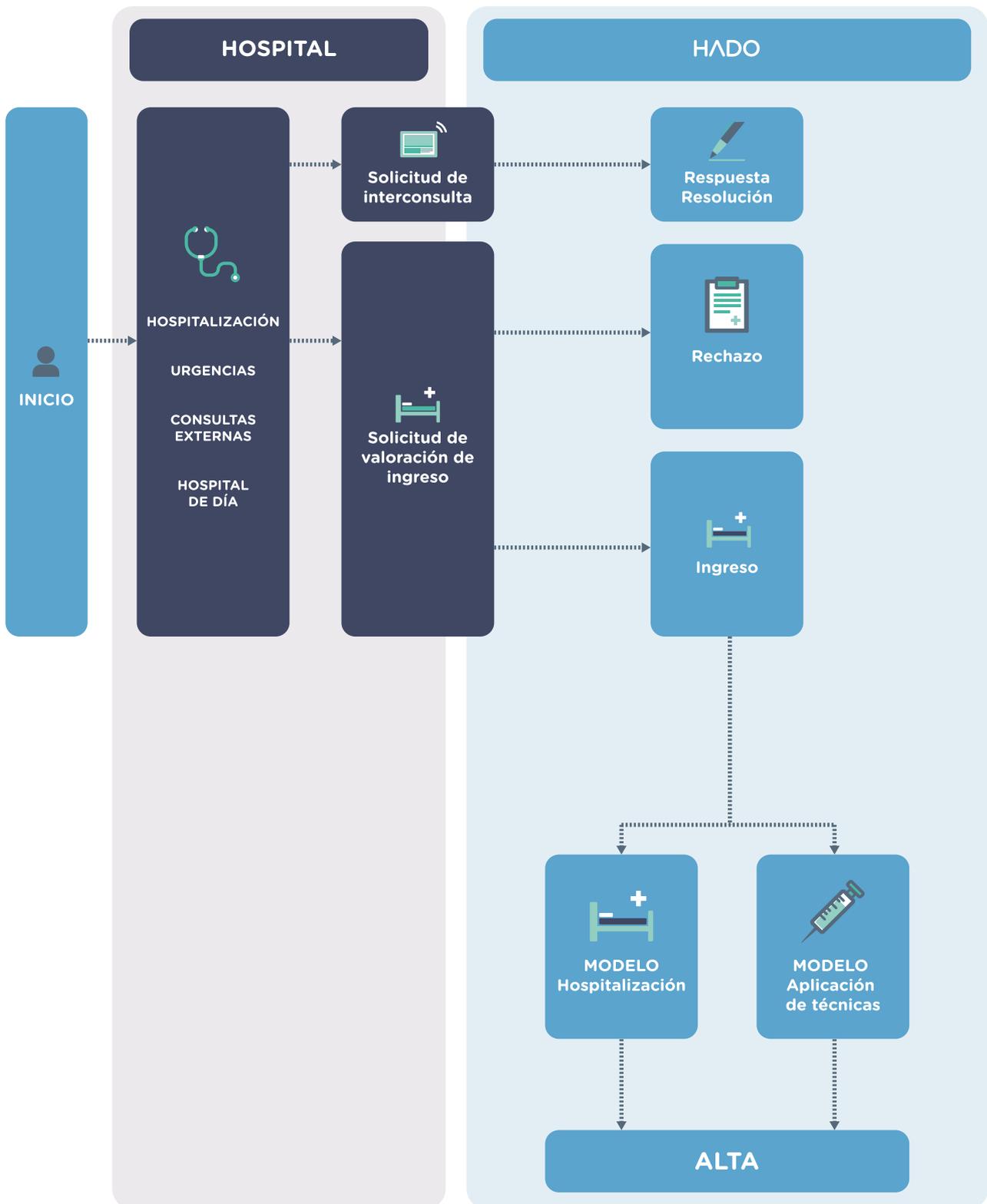


Figura 3: Circuito asistencial atención hospitalaria – HADO.

atención correspondiente por el equipo de HADO. Es importante añadir que se trata de un traslado intrahospitalario.

En la actualidad, el reto que se presenta es mejorar el circuito asistencial en el caso del flujo inverso, es decir, el paciente ingresado en HADO que debe ser trasladado a otra unidad/servicio de hospitalización. Tal y como se comentó anteriormente, se trata de un traslado interno y, por lo tanto, deberá establecerse un circuito normalizado, ágil y eficiente, que evite el paso innecesario del paciente por el servicio de urgencias del hospital, previo al ingreso en la planta de hospitalización.

### **Modelo de interconsulta**

En el ámbito de la hospitalización convencional es frecuente la consulta al equipo de HADO como experto en determinados campos clínicos, atendiendo al modelo asistencial de interconsulta. En estos casos, las peticiones partirán de los profesionales hospitalarios a través de la herramienta electrónica disponible para tal efecto. El equipo de HADO dará respuesta a la interconsulta tras la valoración del caso clínico. Al igual que de las interconsultas procedentes del ámbito ambulatorio, se puede derivar de la misma la necesidad de un ingreso en HADO en cualquiera de las modalidades asistenciales.

El flujo asistencial inverso, es decir, la solicitud de interconsulta por parte del equipo de HADO a otra unidad/servicio de hospitalización (bien para valoración clínica especializada o bien para la realización puntual de pruebas/procedimientos) debe seguir el mismo canal que cualquier otro servicio/unidad del hospital. La única diferencia radica en que los profesionales encargados de resolver las interconsultas deberán indicar el lugar propicio así como el día y la hora para trasladar al paciente, ya que éste no se encuentra ingresado en una planta de hospitalización convencional.

### **Para el ámbito de urgencias**

Los profesionales sanitarios del servicio de urgencias, al igual que en el caso anterior, pueden realizar una solicitud de valoración de ingreso en HADO. Del resultado de esta valoración puede derivar la aceptación o rechazo del ingreso o posponer el mismo hasta que se reúnan las condiciones necesarias para la atención idónea del paciente.

Cuando se decida la conveniencia del ingreso en HADO, se procederá al traslado del paciente a su domicilio mediante el transporte indicado en función de su situación clínica.

En el caso inverso, es decir, cuando un paciente ingresado en HADO precise una atención puntual en el servicio de urgencias, será tramitada como una interconsulta y no genera alta en HADO, a pesar del desplazamiento del paciente al hospital.

Es objetivo de la organización restringir las atenciones en el servicio de urgencias de los pacientes previamente ingresados en HADO, a aquellos casos absolutamente necesarios en los que está indicada la atención específica y propia de este servicio.

En lo que respecta al modelo de interconsulta, es aplicable el descrito para el ámbito de hospitalización.

### **Para los ámbitos de consultas externas y hospital de día**

En la consulta externa hospitalaria, el circuito asistencial es bidireccional. Los profesionales que consultan a un paciente pueden solicitar una valoración de ingreso en HADO (modelo de hospitalización en domicilio o aplicación de técnicas) o bien ayuda puntual del equipo de HADO como consulta de soporte (interconsulta) o consulta externa de soporte de cuidados paliativos.

Además, un paciente ingresado en HADO puede ser atendido en una consulta externa del hospital (citas programadas).

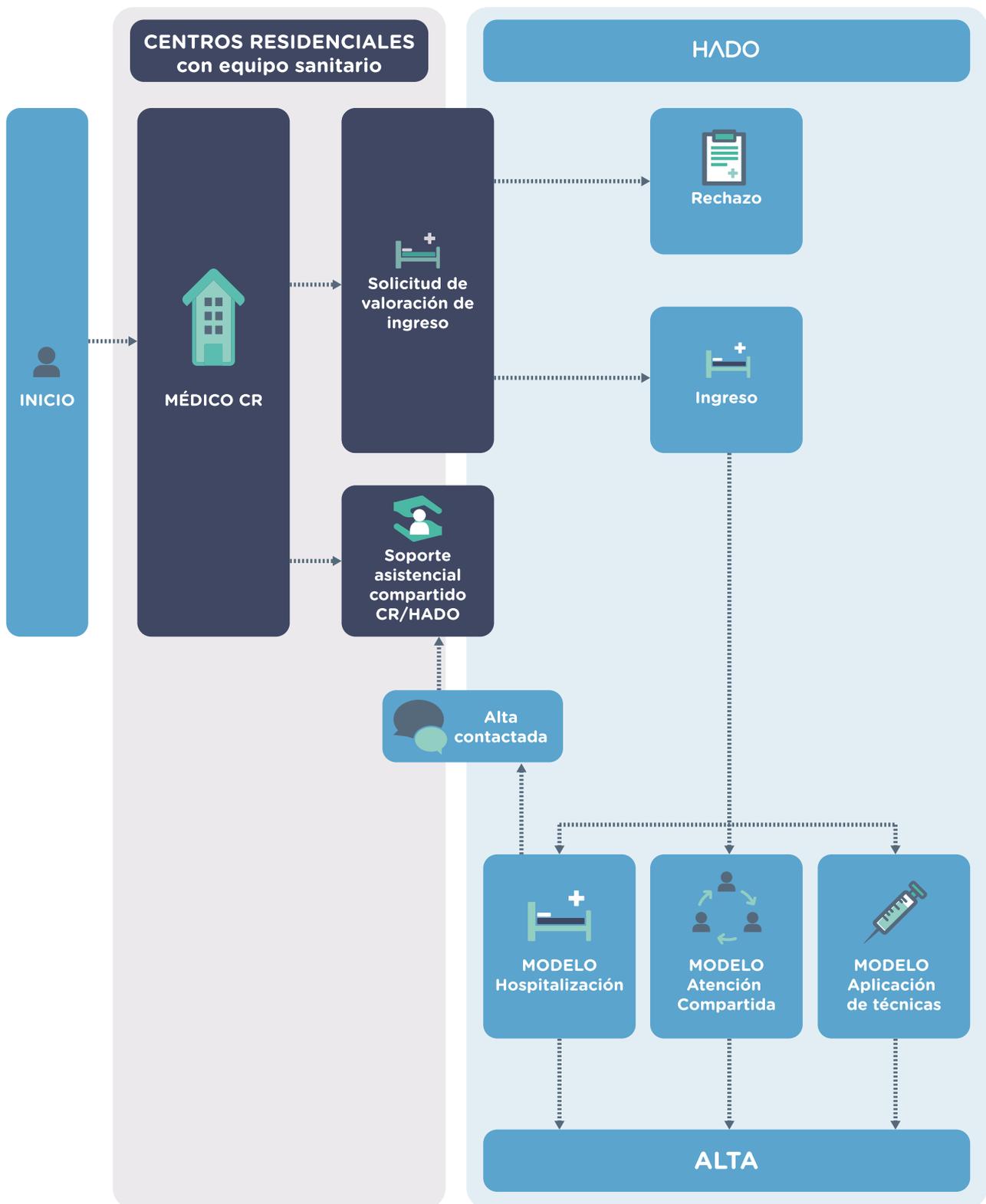


Figura 4: Circuito asistencial HADO - centros residenciales.

El circuito asistencial entre hospital de día y HADO se establece habitualmente para los pacientes que reciben tratamientos endovenosos o terapias hospitalarias. En estos casos, la atención en el hospital de día no genera una alta en HADO.

---

## **Circuito asistencial HADO - centros residenciales**

---

Los centros residenciales de atención a personas mayores, como se recoge en su propia regulación (Orden de 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, del 28 de julio, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores), deben prestar una asistencia sanitaria integral a todos los residentes, a través de servicios propios o concertados, según el caso.

Los centros residenciales tienen un papel cada vez más destacado en el cuidado de las personas mayores, las cuales, desde un punto de vista de atención sanitaria, suelen ser pacientes crónicos y pluripatológicos. La atención de los pacientes en un ámbito residencial puede ser una oportunidad, ya que el hecho de que convivan en una institución con infraestructuras y medios propios puede facilitar la atención del paciente in situ, sin necesidad de desplazamiento a centros sanitarios.

Para definir un circuito asistencial, hace falta diferenciar entre los centros residenciales que cuentan con personal sanitario propio y aquellos en los que el personal sanitario de referencia es el equipo de atención primaria.

### **Recursos residenciales sin profesional/equipo sanitario en el centro**

En este caso, el equipo de referencia es el de atención primaria, por lo que el circuito no difiere del circuito asistencial atención primaria-HADO.

Como para todo paciente que ingresa en HADO, deberá identificarse la figura del cuidador principal.

### **Recursos residenciales con profesional/equipo sanitario de referencia en el centro**

Cuando el paciente reside en un centro residencial con personal sanitario propio, el médico del centro puede solicitar directamente la asistencia sanitaria en la modalidad de hospitalización a domicilio, aplicación de técnicas y procedimientos o atención compartida/gestión de la enfermedad.

El equipo de HADO, después de la valoración del paciente y atendiendo a los criterios establecidos, puede aceptar, rechazar o posponer el ingreso. Es necesario añadir que un paciente que reside en un centro residencial debe contar, como cualquier otro paciente que ingresa en HADO, con la presencia de un cuidador principal.

Asimismo, el médico del centro puede realizar una interconsulta a HADO en el marco de la gestión de casos complejos. El equipo de HADO dará respuesta a la consulta y el equipo sanitario del centro residencial mantendrá la responsabilidad asistencial del paciente.

En el referente al modelo de atención compartida/gestión de la enfermedad, la solicitud puede partir del médico del centro residencial o bien del propio equipo de HADO, que requiere de la participación del equipo sanitario del centro, con el fin de establecer una atención coordinada, programada y periódica para pacientes con enfermedad estable que necesitan seguimiento a lo largo del tiempo. Ambos equipos acordarán un plan de seguimiento del paciente con visitas en el centro residencial, preferentemente conjuntas y programadas para tal fin.

La información clínica será registrada en la historia clínica electrónica del paciente como soporte de información compartida.

Por último, se establece la gestión del alta contactada entre los profesionales de ambos ámbitos en el momento del alta de hospitalización a domicilio, con el fin de garantizar la continuidad en la atención del proceso clínico del paciente

### **Circuito de continuidad asistencial (061 - punto de atención continuada)**

Este circuito se establece con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial de los pacientes ingresados en HADO en la modalidad asistencial de hospitalización en domicilio, así como en la de atención compartida/gestión de la enfermedad.

En estos casos, el equipo responsable de la asistencia sanitaria del paciente informará al cuidador que, una vez terminado el horario de cobertura de la hospitalización a domicilio, podrán llamar al 061 en caso de necesitar asesoría o asistencia médica urgente.

Para facilitar la coordinación de HADO con la central de coordinación del 061, esta dispondrá del censo actualizado de pacientes ingresados en HADO, así como de la información sobre la situación clínica del paciente, a través de la historia clínica electrónica. De esta manera, podrán valorar las necesidades del paciente en el momento de la llamada.

La resolución de la consulta sanitaria telefónica al 061 realizada por el paciente o su cuidador podrá consistir en:

- Facilitar consejo médico/de enfermería telefónico, sin que sea precisa la movilización de ningún recurso.
- El médico coordinador considera que es precisa la visita domiciliaria del médico y/o enfermero del punto de atención continuada, con el objetivo de valorar al paciente y resolver la situación en el domicilio, evitando, a ser posible, su traslado al hospital.
- Traslado urgente al hospital, adecuando el recurso movilizado a la situación clínica del paciente (ambulancia asistencial o ambulancia medicalizada).

Se movilizarán ambulancias del 061 al domicilio, a solicitud del equipo de HADO, cuando la situación del paciente ingresado en el domicilio requiera un traslado urgente al hospital (traslado intrahospitalario). En estos casos, el personal de HADO facilitará al 061 el destino y el paciente será trasladado a hospitalización evitando, a ser posible, el paso por urgencias cuando no sea ese el ámbito de destino.

## **OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: NORMALIZAR LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE INGRESO, TRASLADO Y ALTA EN HADO**

### **Solicitud de valoración del paciente**

La hospitalización a domicilio se inicia con la solicitud de valoración del paciente por parte de un facultativo de atención primaria, de atención hospitalaria o de un centro residencial.

En determinados casos la solicitud de valoración de ingreso puede partir del propio facultativo de HADO, como por ejemplo, en la administración periódica de tratamientos de uso hospitalario, controles evolutivos, transfusiones periódicas, etc.

La solicitud motivada será tramitada directamente desde la historia clínica del paciente, estando la información clínica accesible para el equipo de HADO que asume la petición.

## Respuesta y conclusión de la valoración

Después de la valoración del paciente, el profesional de HADO responderá a la solicitud determinando el ingreso o rechazo del mismo, cabiendo también la respuesta provisional “en espera” (para aquellos pacientes que precisan resolver una condición previa al ingreso, por ejemplo realizar una prueba). En ambos casos (ingreso o rechazo) motivará la respuesta según los criterios establecidos.

## Procedimiento de traslado del paciente al domicilio

Cuando el paciente ingresa en HADO desde el ámbito hospitalario, éste tendrá que trasladarse a su domicilio para continuar la asistencia en el mismo. En función de la situación clínica, el paciente

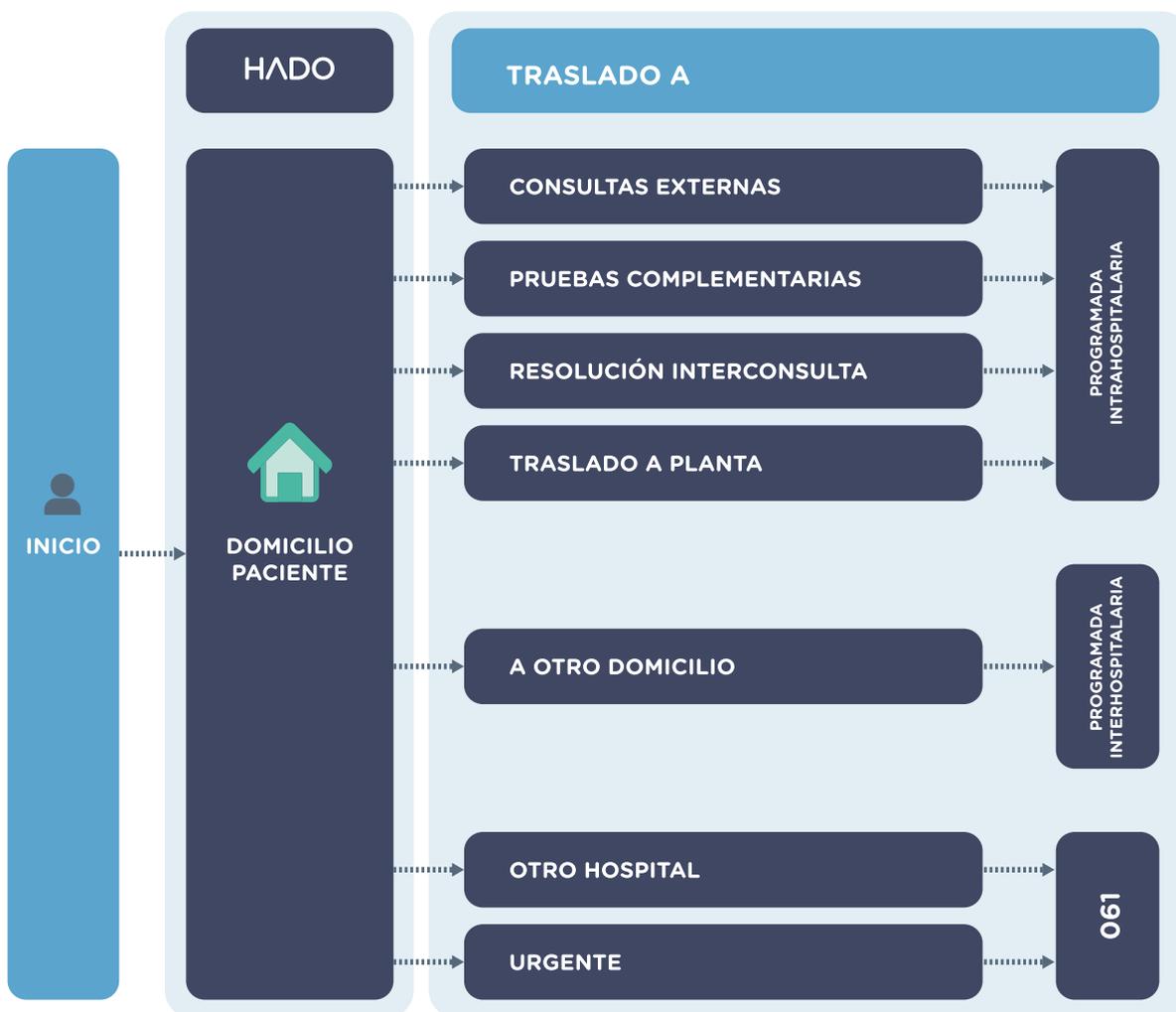


Figura 5: Procedimiento de traslado del paciente.

puede trasladarse por sus propios medios o bien en transporte sanitario no urgente. En el segundo caso, la solicitud del recurso debe tramitarse como traslado intrahospitalario, ya que el paciente está hospitalizado.

La gestión del transporte sanitario no urgente deberá tener en cuenta las necesidades del paciente, así como las condiciones de atención establecidas por parte del equipo de HADO. Si el paciente requiere asistencia el mismo día del ingreso, es conveniente que el traslado sea considerado prioritario, permitiendo la continuidad asistencial.

---

## Procedimiento de traslado del paciente desde el domicilio al hospital

---

Los pacientes que están ingresados en HADO pueden precisar, en diversos momentos de su estancia, ser trasladados al hospital o centro de especialidades para atenciones sanitarias en consulta externa, realización de pruebas complementarias, resolución de una interconsulta solicitada por el equipo de hospitalización a domicilio, o bien pueden necesitar un traslado urgente o programado para ingreso en otra modalidad de atención.

En el caso de traslado urgente, se alertará al 061 que, dependiendo de la gravedad del paciente y de acuerdo con el equipo de HADO, movilizará el recurso más adecuado (ambulancia asistencial o medicalizada, según los requerimientos previstos en el anexo II del Decreto 52/2015, de 5 de marzo).

En los otros casos y, considerando la situación clínica del paciente, se solicitará un transporte sanitario no urgente de forma programada, que se tramitará como traslado intrahospitalario.

---

## Procedimiento de alta

---

Todo paciente que ingresa en HADO genera un alta al final del proceso. Dicha alta debe ser registrada en la historia clínica, tanto en el curso clínico como en el informe de alta.

Son causas posibles de alta:

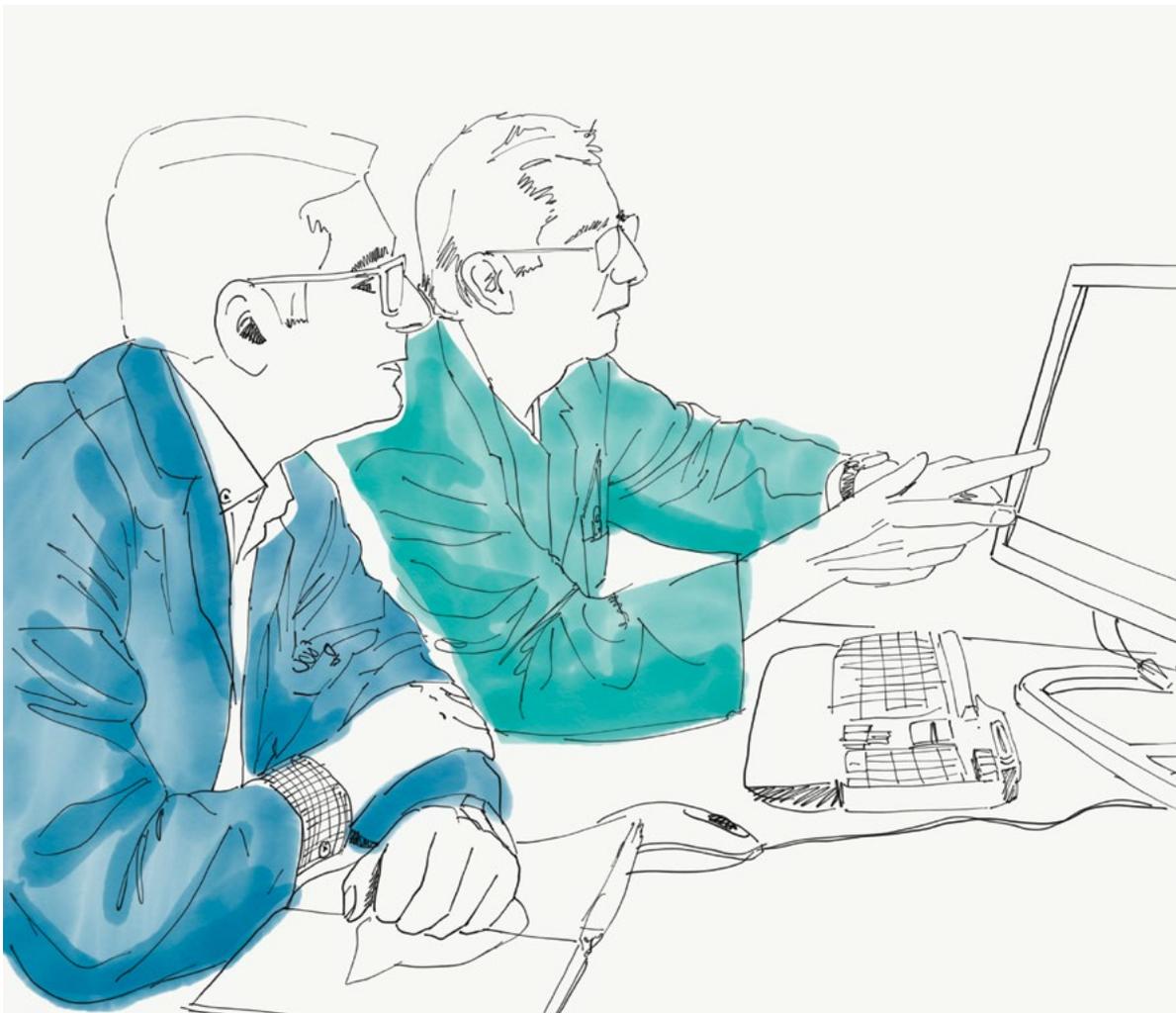
- Resolución del proceso: la situación clínica del paciente es la adecuada para el alta y seguimiento por atención primaria.
- Traslado a urgencias: el paciente ingresa en el servicio de urgencias bien por indicación del equipo de HADO, 061, puntos de atención continuada o a petición propia del paciente fuera del horario de cobertura. Los pacientes ingresados en HADO que se trasladan a urgencias y retornan al domicilio en las siguientes 24 horas no generan alta de HADO.
- Ingreso en otra modalidad: ingreso que se programa para realizar técnicas hospitalarias, ingresos programados o en los casos de claudicación familiar/paciente.
- Alta voluntaria: el paciente solicita el alta voluntaria de la unidad.
- Traslado a otro hospital: traslado a otro hospital diferente al actual.
- Paso a consultas externas: el paciente es derivado para seguimiento en consultas externas.
- Paso a la modalidad de atención compartida: el paciente es dado de alta en la modalidad de hospitalización en HADO pero continúa la asistencia en la modalidad de atención compartida, de forma limitada en el tiempo, con el equipo de atención primaria o con el equipo sanitario responsable del centro residencial.
- Éxito: el paciente fallece en el domicilio.
- Otros motivos.

## EJE 3. Definir la cartera de servicios de la hospitalización a domicilio

### OBJETIVO ESTRATÉGICO: NORMALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

Una cartera de servicios en el ámbito sanitario es el conjunto de prestaciones y procesos organizativos de los que pueden beneficiarse los usuarios y cuyo objetivo es garantizar una atención integral, continuada y en condiciones de equidad, que supongan mejoras en la salud de la población desde una perspectiva biopsicosocial y basada en la evidencia científica.

En el caso de la hospitalización a domicilio, ésta debe adaptarse al modelo asistencial prestado y a la tipología de pacientes atendidos, teniendo en cuenta las características que definen estas prestaciones (complejidad, intensidad y carácter transitorio). Además, la cartera de servicios propuesta no es una relación de actividades y procedimientos estática en el tiempo, sino que tiene un período de vigencia determinado y precisará modificaciones en función de los avances científicos y técnicos.



---

## Desarrollo de la actividad en hospitalización a domicilio

---

Las funciones y actividades de los equipos de hospitalización a domicilio tienen su entorno natural en el domicilio del paciente, aunque parte de las mismas pueden desarrollarse en los centros hospitalarios. Este epígrafe se ha estructurado teniendo en cuenta este doble entorno, así como los procesos fundamentales que integran el trabajo habitual de hospitalización a domicilio y el tipo de atención que se presta en el domicilio del paciente.

### 1. En el centro hospitalario:

- Valoración de la solicitud de ingreso (médico/enfermería) :

Se inicia con la recepción de una solicitud de ingreso en HADO y finaliza con la decisión médica pertinente (ingreso o rechazo del mismo). Consiste en la valoración por el equipo de HADO del paciente, con el fin de establecer el cumplimiento de los criterios de ingreso, realizar la evaluación clínica y, en caso de ingreso, facilitar los posteriores cuidados y asegurar el traslado del paciente al domicilio.

Por su parte, los profesionales de enfermería realizan la identificación y registro de los problemas y necesidades de cuidados que se requieren hasta la llegada al domicilio.

- Planificación del ingreso en el domicilio :

Conjunto de actividades que desarrolla el equipo de HADO, en colaboración con los distintos servicios hospitalarios y otros externos, para coordinar el ingreso de nuevos pacientes en la unidad. Incluye las actividades de coordinación del ingreso, preparación y entrega de medicación y material sanitario.

- Solicitud y gestión de pruebas diagnósticas y de consultas hospitalarias:

En determinadas ocasiones, los pacientes ingresados en HADO requieren de una prueba diagnóstica o consulta médica de rango hospitalario que no puede ser realizada en el domicilio. En estos casos, el médico de HADO puede tramitar la derivación oportuna para, por ejemplo, la realización de pruebas radiológicas, endoscopias, analíticas generales, pruebas específicas, etc.

- Comunicación/coordinación con otros profesionales que atienden al paciente para unificar criterios de actuación, compartir información, etc.

- Preparación del alta (alta médica/alta de enfermería):

Evaluación de las necesidades para trasladar la atención y los cuidados del paciente desde la unidad de HADO a otro nivel o recurso asistencial, independientemente de la circunstancia del alta.

- Interconsulta hospitalaria al equipo de HADO:

Todas aquellas intervenciones que realizan los equipos de HADO a petición de otros servicios de hospitalización, para atención complementaria de un paciente, evaluación de complicaciones o necesidad de valoración diagnóstica adicional.

- Consulta externa de soporte de cuidados paliativos :

Las unidades de hospitalización a domicilio incorporan en su cartera de servicios la atención a pacientes con enfermedad crónica avanzada y con necesidad de atención paliativa, tal como se recoge en el Plan Gallego de Cuidados Paliativos. En el momento actual, algunos centros hospitalarios del Servicio Gallego de Salud, cuentan en su cartera de servicios con una consulta externa de soporte de cuidados paliativos.

## 2. En el domicilio del paciente:

- Valoración de la solicitud de ingreso. Visita inicial del equipo de HADO:

Se inicia con la recepción de una propuesta de ingreso en HADO y finaliza con la decisión médica pertinente (aceptación o rechazo del mismo). Consiste en la valoración por el equipo de HADO del paciente, con el fin de establecer el cumplimiento de los criterios de ingreso, evaluar clínicamente al paciente y en caso de ingreso, facilitar los posteriores cuidados.

En lo que respecta a la primera visita realizada por enfermería, caben destacar las siguientes actividades:

- Valoración inicial de enfermería en domicilio: valoración integral del estado de salud del paciente, con el objeto de identificar los diagnósticos y problemas de enfermería para su priorización, elaborar el plan de cuidados e iniciar la intervención.
- Manejo ambiental del domicilio: medidas para adaptar el domicilio a las necesidades de cuidado del paciente.
- Enseñanza, al cuidador principal, de los cuidados básicos de higiene, alimentación y movilización del paciente. Entrenamiento específico en la práctica de las actividades necesarias para el desarrollo del proceso en domicilio.
- Suministro de material sanitario y medicación hospitalaria.
- Evaluar y comprobar la adherencia al tratamiento y el manejo del plan de cuidados establecidos.
- Toma de constantes.
- Visitas de control o sucesivas del equipo de HADO. Seguimiento del paciente:
  - Visita básica: atención domiciliaria programada a un paciente ingresado a iniciativa del propio equipo de HADO o bien la incluida en la programación establecida en el modelo asistencial de atención compartida.
  - Visita básica más procedimiento: al igual que en el caso anterior, se presta una atención domiciliaria programada a un paciente ingresado, realizándose, en el mismo acto, un procedimiento o técnica diagnóstica/ terapéutica.
- Visita urgente del equipo de HADO:
 

Visita domiciliaria no programada a un paciente ingresado, a iniciativa del paciente/familiar o de otro profesional sanitario. La prestación de esta actividad se realizará durante las 24 horas, bien por el equipo de HADO, bien por los equipos de atención continuada coordinados a través del 061. En ocasiones esta visita requerirá de la realización de algún procedimiento y/o técnica diagnóstica/ terapéutica así como la movilización de los recursos asistenciales oportunos para la mejor atención del paciente.
- Interconsulta en domicilio:
 

Tiene las mismas características que una interconsulta hospitalaria pero para su resolución se requiere de la valoración del paciente en su domicilio. En estas visitas domiciliarias, el equipo de HADO evalúa clínicamente a los pacientes no ingresados a petición de profesionales de consultas externas hospitalarias, hospital de día o atención primaria.

La interconsulta puede ser resuelta o bien requerir de un ingreso en HADO, de una asistencia compartida o de la derivación del paciente a otro ámbito terapéutico.
- Visita de duelo:
 

Visita realizada por el equipo de HADO a los familiares, unos días después del fallecimiento del paciente, para ayudar al adecuado desarrollo del duelo.

### 3. Consultas telefónicas, electrónicas y teleasistencia domiciliaria:

Durante el ingreso de un paciente en hospitalización a domicilio es fundamental la comunicación fluida con éste y/o sus cuidadores. Así, es necesario establecer distintas vías que faciliten dicha comunicación, destacando, a día de hoy, la consulta telefónica, aunque la consulta electrónica y teleasistencia domiciliaria se dibujan cómo alternativas a medio plazo.

En lo referente a las consultas telefónicas, estas pueden ser programadas o a demanda. El primer tipo de consulta hace referencia a las que son iniciativa de un profesional de HADO, mientras que las denominadas a demanda parten del propio paciente o sus cuidadores, tanto si el paciente está ingresado en HADO como si no (paciente crónico con programación periódica).

Como ya se comentó, la cartera de servicios es dinámica, por lo que podrán ser definidas y contempladas en este apartado aquellas actividades de los profesionales de HADO que deriven del control y atención de pacientes a través de las nuevas plataformas tecnológicas. Por otra parte, la actividad realizada será recogida por los sistemas de información corporativos.

### 4. Proceso de relevo:

Se trata de todos los contactos entre los profesionales de HADO y los de atención primaria, centros residenciales, trabajo social, etc., antes de que se produzca el alta en HADO, con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial, aunque también se contempla para la resolución conjunta de casos y transferencia de la información clínica.

---

## Catálogo de procedimientos

---

En este epígrafe se relacionan los procedimientos y/o técnicas diagnósticas y terapéuticas que integran la cartera de servicios de hospitalización a domicilio sin perjuicio de aquellos nuevos que se podrán incorporar como consecuencia del avance en el conocimiento científico y el desarrollo de nuevas técnicas.

La diferenciación del profesional que realiza los distintos procedimientos que se recogen a continuación (médico y enfermería) no es categórica, ya que en la práctica asistencial el desempeño de los mismos es realizado por ambos.

Por otra parte, estos procedimientos podrán ser desarrollados en la modalidad de atención compartida con los profesionales de atención primaria.

### Diagnósticos:

#### Médicos

- » Ecografía clínica diagnóstica básica.
- » Paracentesis, toracocentesis y artrocentesis (diagnóstica y/o evacuadora).
- » Punción lumbar.
- » Aspirado de abscesos para cultivos.
- » Control y valoración de drenajes.
- » Biopsias.
- » Monitorización no invasiva (holter, electrocardiografía, tensión arterial, pulsioximetría).

## Enfermería

- » Electrocardiografía.
- » Control de constantes.
- » Pulsioximetría.
- » Espirometría.
- » Monitorización glucemia.
- » Control y valoración de drenajes
- » Extracciones analíticas:
  - Hematología.
  - Bioquímica, inmunología, hormonas.
  - Análisis de orina.
  - Estudios anatomopatológicos.
  - Niveles plasmáticos de medicamentos.
  - Líquido articular.
  - Gasometría.
  - Estudios de coagulación.
  - Otros.
- » Estudios microbiológicos y pruebas invasivas complementarias.
- » Preparación para estudios radiológicos.
- » Valoración nutricional.
- » Aplicación de escalas de valoración estandarizadas (valoración cognitiva, valoración del dolor, valoración funcional, etc.).

## Terapéuticos:

### Médicos

- » Recambio de catéter de sonda suprapúbica.
- » Administración, control y educación sanitaria del manejo de inhaladores, nebulizadores, aerosoles y oxigenoterapia.
- » Ventilación mecánica invasiva y no invasiva.
- » Capnografía.
- » Adaptación al aparato de tos asistida (cough assist).
- » Infiltraciones articulares.
- » Transfusiones de sangre y hemoderivados (siempre según los protocolos establecidos con el servicio de hematología del centro).
- » Tratamientos endovenosos: inserción y cuidados de las vías subcutáneas y venosas (periféricas y centrales: catéteres cortos, medios, centrales de inserción periférica (PICC), centrales de inserción subclavia y yugular, centrales tunelizados y reservorios). Educación sanitaria para el autocuidado.

- » Extracción de tapones auditivos.
- » Taponamiento nasal.
- » Prescripción, control y adecuación de la medicación. Valoración y ajuste de la polifarmacia.
- » Extracción manual de fecalomas.
- » Programa de nutrición parenteral.
- » Soporte de diálisis peritoneal.
- » Soporte de nutrición enteral.

## Enfermería

- » Recambio de sondas y cánulas .
- » Recambio de sonda de gastrostomía percutánea.
- » Sondaje nasogástrico.
- » Sondaje uretral y lavados vesicales.
- » Sondaje rectal.
- » Manejo de ostomías: seguimiento y educación sanitaria del paciente ostomizado (colostomía, ileostomía, gastrostomía, gastroenterostomía, traqueostomía, ureterostomía y nefrostomía).
- » Administración, control y educación sanitaria para el manejo de inhaladores, nebulizadores, aerosoles y oxigenoterapia.
- » Extracción de tapones auditivos.
- » Tratamientos endovenosos:
  - inserción y cuidados de las vías subcutáneas y venosas periféricas.
  - Cuidados de vías venosas centrales: catéteres cortos, medios, catéteres centrales de inserción periférica, centrales de inserción subclavia y yugular, centrales tunelizados y reservorios.
- » Manejo de catéter epidural.
- » Formación y entrenamiento para la autoadministración de medicación por vía subcutánea e intravenosa (por vía periférica y central).
- » Formación y entrenamiento en el manejo de infusores y bombas de infusión.
- » Transfusiones de sangre y hemoderivados (siempre según los protocolos establecidos con el servicio de hematología del centro).
- » Sangrías terapéuticas.
- » Control y manejo de la anticoagulación pautada.
- » Administración de enemas de limpieza con sonda rectal.
- » Control y cura de drenajes (quirúrgicos, biliares, pleurales, peritoneales, etc.).
- » Curas de heridas simples, complejas y desbridamiento quirúrgico cortante.
- » Uso y seguimiento de sistemas de terapia de presión negativa.
- » Aspiración de secreciones.
- » Fisioterapia respiratoria.
- » Control, administración y suministro de medicación.

### **Educación sanitaria y apoyo psicosocial:**

- Valoración integral del paciente psicopatológico, geriátrico y con patologías crónicas.
- Promoción y educación para la salud, incluyendo las vacunaciones.
- Planificación compartida de cuidados.
- Educación sanitaria, en el ámbito familiar del paciente, para su cuidado (aseo, nutrición, control de piel y mucosas, cambios posturales, manejo de la boca seca, sueño-vigilia, etc.).
- Educación sanitaria específica al paciente y/el cuidador para el manejo de la vía endovenosa y subcutánea, nutrición enteral y parenteral, cuidado de curas simples y complejas, administración de medicamentos vía parenteral (endovenosa y subcutánea), manejo de insulinas, etc.
- Asesoramiento para la realización del documento de instrucciones previas y toma de decisiones conjuntas.
- Gestión de ayuda psicosocial.

### **Cuidados paliativos y/o cuidados del final del ciclo vital:**

- Control de síntomas: dolor, urinarios, gastrointestinales y otros.
- Cuidados y confort del paciente: cambios posturales, cuidados de la boca, prevención de úlceras por presión, nutrición, etc.
- Apoyo psicológico y espiritual al paciente/familia.
- Entrenamiento familiar y acompañamiento al paciente y a la familia .
- Instauración de sedación. Control/revisión de la sedación y acompañamiento.
- Ayuda y asesoramiento para el registro de voluntades anticipadas (documento de instrucciones previas).
- Acompañamiento en el duelo.

## EJE 4. Homogeneizar la red asistencial de HADO

### OBJETIVO ESTRATÉGICO: DEFINIR LAS CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

La asistencia al paciente en el ámbito domiciliario se establece como una apuesta de futuro del Servicio Gallego de Salud. Con el objetivo de poder ofertar a la población de Galicia el acceso equitativo a una hospitalización a domicilio de calidad, se considera necesario normalizar la red asistencial del modo más apropiado y eficiente posible. No obstante, las particularidades territoriales y poblacionales de Galicia obligan a adaptar los recursos y el modelo asistencial de los distintos servicios de hospitalización a domicilio, en función de la dispersión/concentración poblacional y de la complejidad de la población asignada.

En este epígrafe se pretende definir las características estructurales, organizativas y funcionales de las unidades de hospitalización a domicilio del Servicio Gallego de Salud, teniendo en cuenta que se deberán adecuar a la idiosincrasia de cada área sanitaria, así como que su desarrollo será realizado paulatinamente en los próximos años y en función de los recursos disponibles.

Las características comunes de las unidades de HADO que se establecen cómo óptimas y que serán alcanzadas progresivamente, son las siguientes:

- Los profesionales de los equipos de hospitalización a domicilio se constituirán como unidades o servicios, con dependencia funcional directa de la estructura directiva correspondiente del área sanitaria, al igual que cualquier otro servicio hospitalario.
- Es necesario trabajar hacia un modelo de hospitalización a domicilio que potencie la atención experta, próxima y de calidad. A este modelo puede contribuir la acreditación y validación competencial de los profesionales sanitarios de HADO, así como la dotación de una categoría profesional propia independiente de otros servicios clínicos.
- De manera óptima, se considera que un equipo de hospitalización a domicilio lo constituyen un médico y dos profesionales de enfermería. No obstante, esta dotación será dimensionada en función del número de equipos que constituyen la unidad, el horario de cobertura de HADO y las necesidades asistenciales objetivables.
- La gestión de la atención domiciliar hospitalaria tendrá como objetivo conseguir la cobertura de la población de referencia del área sanitaria, en cualquiera de las modalidades asistenciales de HADO. Así, se organizará la estructura de las unidades/servicios de HADO, adecuando el número y distribución de los equipos a las características propias del área de influencia de los centros sanitarios correspondientes. Como referencia, se puede establecer una ratio idónea de un equipo por cada 40-50.000 habitantes.

La dispersión geográfica y poblacional característica de Galicia dificulta la extensión de este tipo de atención a la totalidad de la población. Por este motivo, se podrá considerar la oportunidad de contar con unidades satélites de HADO en los lugares más lejanos, dimensionando las mismas en función de las necesidades asistenciales. Por otra parte, la implantación de nuevas herramientas y tecnologías, como la consulta electrónica o la teleasistencia puede facilitar la atención de los pacientes que residen en estas zonas.

- La gestión de la actividad asistencial de los profesionales de HADO deberá tener en cuenta las características geográficas y poblacionales del área de referencia, así como la complejidad de los pacientes atendidos o el tipo de procedimiento/ técnica.

Dada la dificultad de estandarizar los tiempos necesarios para la correcta atención de los pacientes ingresados en HADO, se han propuesto distintas fórmulas para evaluar la complejidad de la asistencia y dimensionar las agendas o actividad de los equipos de HADO. Sirva de orientación, la aplicación de un coeficiente de ponderación a cada modelo asistencial o establecer un número de pacientes por equipo que oscile entre los 10-12 pacientes.



## EJE 5. **Desarrollar los sistemas de información de HADO**

Para poder extender una hospitalización a domicilio de calidad a toda la población de Galicia es necesario disponer de un sistema de información que contemple las características propias de un ámbito asistencial que se caracteriza por la singularidad de desarrollar la mayor parte de su actividad fuera del hospital, en el domicilio del paciente.

Los sistemas de información de HADO deben permitir que la información pueda ser generada y recuperada en el domicilio del paciente pero, además, deben garantizar que esa información pueda ser compartida entre los distintos profesionales sanitarios y ámbitos que participan en la atención.

Por todo ello, el Servicio Gallego de Salud ha implantado acciones de mejora en los sistemas de información -modificando funcionalidades de las aplicaciones informáticas corporativas- y en la equipación de los profesionales de HADO, dotándolos de los dispositivos físicos electrónicos necesarios para facilitar la integración en el ámbito domiciliario .

El desarrollo de un sistema de información específico, adecuado y potente, debe ser considerado uno de los ejes estratégicos de este plan, para hacer frente a los retos actuales y futuros que presenta la hospitalización a domicilio.

### **OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: DISPONER DE LAS HERRAMIENTAS QUE PERMITAN LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICO-ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES DE HADO**

#### **La historia clínica electrónica en el domicilio**

La historia clínica electrónica del Servicio Gallego de Salud es la herramienta fundamental de los sistemas de información que hace posible la confluencia e integración de los diferentes ámbitos asistenciales. Permite, además, el acceso y manejo de la información clínica del paciente agrupada en torno a un proceso asistencial, en el que participan todos los profesionales compartiendo un único soporte.

El desarrollo de la actividad asistencial en el domicilio del paciente hace preciso disponer de herramientas que permitan el soporte de la historia clínica fuera del ámbito hospitalario. La Historia Clínica en Movilidad (HCEMOV) del Servicio Gallego de Salud fue diseñada para unificar, concentrar, coordinar y compartir la información clínica generada en el domicilio.

Para la correcta utilización de HCEMOV es necesario que los profesionales de HADO dispongan de dispositivos físicos fáciles de transportar e interconectados, que permitan el acceso a la historia clínica electrónica en movilidad. Así, la información clínica generada durante la atención domiciliaria estará inmediatamente disponible para el resto de los profesionales que participen en la atención, garantizando la integración y la continuidad asistencial, así como mejorando la calidad de la misma y la seguridad del paciente.

La optimización de la historia clínica electrónica en movilidad conlleva la progresiva incorporación de nuevas funcionalidades destinadas a mejorar la atención sanitaria en el domicilio, como el registro automático de mediciones de constantes vitales (temperatura, tensión arterial, pulsioximetría, frecuencia cardíaca y respiratoria, etc.), la integración automática de pruebas diagnósticas e incluso la posibilidad de impresión de los informes clínicos.

## Sistema de información para la gestión del flujo asistencial del paciente

Las herramientas desarrolladas en relación con las nuevas tecnologías de la información permitirán a los profesionales de HADO gestionar el flujo asistencial del paciente desde el propio lugar en el que se presta la atención, a través de un módulo específico de hospitalización a domicilio en la historia clínica electrónica.

Las utilidades y el funcionamiento de este sistema de información se describe a continuación:

### Solicitud de valoración de ingreso en HADO:

Un profesional de cualquier ámbito asistencial podrá solicitar la valoración, para el ingreso de un paciente en HADO, directamente desde la historia clínica electrónica.

En el momento que existe una solicitud de valoración de ingreso para un paciente, el médico del equipo de HADO recibirá un aviso automático de que tiene pacientes pendientes de valorar y podrá acceder a la información clínica. Valorado el paciente, el médico de HADO resolverá la solicitud en el mismo soporte de información compartida.

Todo el procedimiento será realizado desde la propia historia clínica electrónica, dentro o fuera de los centros sanitarios y la información generada estará inmediatamente disponible para todos los profesionales participantes, garantizando la trazabilidad del proceso asistencial.

### Procedimiento de ingreso en HADO:

Como fue reseñado anteriormente, la solicitud de valoración para el ingreso de pacientes en HADO será resuelta directamente desde la historia clínica electrónica. De ser aceptado el ingreso, éste se realizará de manera automática, quedando registrado en la historia clínica electrónica, así como en los sistemas de información administrativos y de gestión del centro hospitalario:

- Sistemas de información de laboratorio.
- Sistemas de información y gestión de pruebas diagnósticas.
- Prescripción electrónica de medicación hospitalaria y extrahospitalaria.
- Plataforma de teleasistencia domiciliaria.
- Cualquier otro sistema de información.

### Gestión de la interconsulta:

La petición electrónica es la funcionalidad de la historia clínica electrónica a través de la cual un profesional puede realizar una interconsulta a otro durante el proceso asistencial de un paciente.

El Gestor de Peticiones Electrónico (GPE) es la herramienta que permite gestionar en la propia historia clínica solicitudes de pruebas o consultas desde los hospitales o los centros de salud de todo el Servicio Gallego de Salud.

Utilizando esta herramienta electrónica, los profesionales de los equipos de atención primaria podrán solicitar una interconsulta al equipo de HADO desde un episodio de atención registrado en la historia clínica electrónica. Por su parte, el equipo de HADO responderá la consulta en la historia clínica. Toda la información asociada a esa atención, desde los datos administrativos al informe clínico asistencial derivado de la consulta, quedarán recogidos en la historia del paciente y, tanto el profesional peticionario como el responsable de la resolución de la consulta, podrán conocer en todo momento en qué punto del proceso se encuentra la solicitud.

La gestión electrónica de la interconsulta posibilitará la comunicación entre los equipos de HADO y los equipos de atención primaria en la aplicación del modelo asistencial de interconsulta, garantizando la comunicación entre los dos niveles asistenciales.

Las interconsultas entre hospitalización a domicilio y otros servicios del hospital serán tramitadas desde el nodo de interconsulta hospitalaria de la historia clínica electrónica, sin perjuicio del desarrollo de nuevas funcionalidades en este ámbito.

### **Atención/gestión compartida:**

La aplicación del modelo asistencial de atención compartida contará con su propio soporte en los sistemas de información, bien a través del gestor de peticiones electrónicas o bien a través de otras herramientas de soporte que se diseñen para garantizar el adecuado desarrollo y mantenimiento de este modelo asistencial.

### **Registro de la atención de enfermería:**

La historia clínica electrónica facilitará la agrupación de la información en torno a los procesos asistenciales, permitiendo hacer un seguimiento integral del paciente. La nueva historia clínica electrónica contará con funcionalidades que permitirán a los profesionales de enfermería el acceso y registro de planes de cuidados, registro de vías, repositorio de variables clínicas, gestión de órdenes médicas, escalas, etc.



## OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: DISPONER DE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA ATENCIÓN CONTINUADA DEL PACIENTE

Los profesionales de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061 y de los puntos de atención continuada (PAC) prestan atención sanitaria a los pacientes ingresados en hospitalización a domicilio, fuera del horario de cobertura de estas unidades. Con el fin de garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente, es necesario disponer de sistemas de información corporativos adecuados y que la atención prestada por cualquiera profesional sea registrada en ellos. A continuación se detallan las herramientas informáticas que contribuyen a esa finalidad.

### Sistemas de notificaciones de asistencia y registro clínico-asistencial

#### Registro en la historia clínica electrónica:

La historia clínica electrónica es la herramienta de registro de la atención sanitaria del paciente. Para que la asistencia sea compartida, continuada y segura y el sistema de notificaciones funcione, es imprescindible el registro en la historia clínica electrónica de la atención prestada por el de equipo del 061 o del punto de atención continuada.

#### Notificación automática al 061 del censo de pacientes ingresados en HADO:

El 061 contará en todo momento con un censo actualizado de pacientes ingresados en HADO.

El ingreso en HADO de un nuevo paciente será notificado automáticamente a los sistemas de información del 061 en el momento en que el médico de HADO acepta la solicitud de ingreso en la historia clínica electrónica. En el caso de que un paciente ingresado en HADO precise contactar con el 061, el profesional que atiende la llamada tendrá constancia de que se trata de un paciente ingresado en esa modalidad asistencial.

#### Notificación automática del contacto con el 061 de un paciente ingresado en HADO:

Por otra parte, el equipo de HADO contará con información sobre los pacientes ingresados que precisaron atención fuera de su horario de cobertura. Cuando el 061 registre la atención a un paciente ingresado en HADO, el sistema de notificaciones enviará un aviso automático a la historia clínica electrónica, el cual podrá ser visualizado por el equipo de HADO.

### La plataforma de teleasistencia domiciliaria - TELEA

Telea es la plataforma de teleasistencia domiciliaria que el Servicio Gallego de Salud pone a disposición de los pacientes crónicos, para mejorar su seguimiento terapéutico. Facilita el acceso telemático del paciente a diversos servicios asistenciales y permite el control clínico en el domicilio. Estas características hacen que TELEA sea particularmente útil en el ámbito de la hospitalización a domicilio.

Así, la plataforma de teleasistencia TELEA se propone como una herramienta facilitadora de la gestión de los autocuidados del paciente, de la comunicación entre el paciente/ cuidador con el equipo de HADO y de la comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en la asistencia, ya que permite:

- Disponer de un portal para el paciente/cuidador para la gestión de los autocuidados desde el domicilio. Pueden registrar variables clínicas obtenidas por automedida (peso, tensión arterial, glucemia, saturación de oxígeno, etc.), así como escalas de valoración y cuestionarios en relación con la evolución de su enfermedad, quedando la información disponible para los profesionales responsables de su atención.

- Disponer de información permanente para el seguimiento asistencial, ya que el equipo sanitario recibirá una notificación cuando un paciente ingresado realiza un nuevo registro. También recibirán notificación el 061 y el equipo de atención primaria.
- Establecer mensajería asíncrona entre el paciente/cuidador y el equipo sanitario, siendo posible realizar consultas, comunicar cambios en su estado de salud o cualquier cuestión de interés.
- Establecer atención compartida: el profesional asignado en la plataforma como responsable del cuidado del paciente puede designar a otros profesionales para la atención, de manera que se puede configurar un equipo de profesionales que participan en la asistencia.
- Realizar televisitas: la plataforma permite la realización de televisitas a través de videoconferencia directa con el paciente/cuidador y acceso telefónico directo entre el paciente y el equipo de HADO.
- Notificar alertas: existirá un centro de notificación de alertas y avisos asociados a pacientes en teleseguimiento.
- Potenciar el papel del cuidador del paciente, que puede interactuar con el sistema, transmitiendo y recibiendo información del paciente, resolviendo dudas y adecuando la atención a sus propias necesidades.

### OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: NORMALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA ASISTENCIAL

#### **Normalización de la información clínica:**

La historia clínica es el documento fundamental en la relación médico-paciente, donde todos los datos clínicos del paciente quedan fielmente reflejados; el profesional sanitario tiene el deber y derecho irrenunciable de redactarla.

Por otra parte, los sistemas de información deben contar con un registro de información clínica estructurada y normalizada, resultado de dotar a los problemas de salud y situaciones clínicas de una semántica comprensible, controlada y comunicable, para que pueda ser compartida y universalmente comprendida.

En este contexto, la historia clínica electrónica del Servicio Gallego de Salud normaliza la información clínica con la integración de los sistemas de clasificación internacionalmente aceptados y establecidos para el registro de los problemas de salud o procesos de enfermedad (CIE 10, CIAP2, SNOMED...) y para la planificación de cuidados de enfermería (NANDA, NOC, NIC).

La normalización de la información clínica es imprescindible para que ésta resulte inequívocamente comprensible y comparable, pero también para la posterior realización de estudios estadísticos poblacionales, en el marco de la investigación, planificación sanitaria y otros.

#### **Normalización de la información de la actividad asistencial:**

- Identificación y registro de la actividad asistencial:

El Catálogo de procedimientos normalizados (CAPNOR) es el instrumento del sistema público de salud de Galicia que ordena un conjunto de actividades diagnósticas y/o terapéuticas definidas en función de criterios apropiados a la gestión de la demanda asistencial. La clasificación normaliza y agrupa los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, pero también los actos administrativos y actividades de consultoría, identificadas de forma unívoca (código) y referente único y común para todos los centros del Servicio Gallego de Salud.

En hospitalización a domicilio, el Catálogo de procedimientos normalizados será empleado para registrar las actividades que solicitan los profesionales en las peticiones electrónicas, para la organización y programación de la actividad asistencial y para la captura de los datos de actividad realizada y su posterior análisis en los sistemas de información y de gestión asistencial.

La identificación con CAPNOR de las actividades asistenciales en el ámbito de HADO permitirá sistematizar el proceso de programación, evaluar los resultados en los diferentes centros de la red pública y difundir indicadores de calidad y los plazos de realización del proceso asistencial.

- Conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Codificación clínica de la actividad asistencial:

El conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria es el núcleo de información mínima común sobre los episodios de hospitalización que se establece como base para la gestión, la planificación y la evaluación de los cuidados y servicios sanitarios así como para la investigación epidemiológica y clínica.

El Real decreto 69/2015, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, establece la hospitalización a domicilio como una de las modalidades hospitalarias incluidas en el ámbito de aplicación del registro. La codificación clínica de los episodios de alta en hospitalización a domicilio se inició en Galicia en el año 2014 con la clasificación CIE9- MC (9ª edición) y a partir de 2016 con la clasificación CIE10-ES.

La codificación de los episodios de alta de hospitalización en HADO se visualiza en la historia clínica electrónica del paciente junto con los episodios de la hospitalización convencional.

#### OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD

Los sistemas de información de análisis complejos (SIAC) del Servicio Gallego de Salud disponen de la información necesaria para cuantificar y mantener los indicadores establecidos.

Dentro de este sistema de información, el área analítica de hospitalización con ingreso (SIAC HOS) permite la explotación y análisis de la información de hospitalización a domicilio. Los indicadores resultantes son los instrumentos de medida de la actividad y consecución de objetivos, en el marco de análisis complejos para el diseño y evaluación de las estrategias de la organización.

Los sistemas de análisis complejos para HADO permiten combinar indicadores de episodios y subepisodios, indicadores del área analítica de visitas y actividades CAPNOR, junto con la información extraída de la codificación diagnóstica y terapéutica de todos los episodios de hospitalización.

Con la puesta en marcha del Plan gallego de hospitalización a domicilio, este sistema de información deberá adecuarse a los indicadores establecidos en el mismo, con objeto de servir como un instrumento más en la mejora continua de la actividad desarrollada en hospitalización a domicilio.

## EJE 6. Promover la formación y la investigación

### OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: FACILITAR LA FORMACIÓN ACTUALIZADA A TODOS LOS PROFESIONALES

La calidad y la eficiencia del Servicio Gallego de Salud dependen, en gran medida, de las competencias de sus profesionales. El continuo perfeccionamiento y la adquisición de nuevos conocimientos, capacidades y habilidades contribuyen a mantener y optimizar el excelente nivel de los servicios sanitarios.

En este sentido, la formación se muestra como una de las herramientas más adecuadas para mejorar y adecuar, por la vía de la capacitación profesional, los servicios sanitarios a las demandas de la población.

En lo que respecta a la hospitalización a domicilio se considera fundamental el desarrollo de dos líneas de actuación:

- Facilitar la formación/capacitación de los profesionales de HADO.
- Apoyar y facilitar la docencia en las unidades de HADO: pregrado y posgrado.

---

#### Facilitar la formación/capacitación

---

En el marco del Real decreto 639/2015, se regulan los diplomas de acreditación y los de acreditación avanzada. Estos diplomas tienen carácter oficial, reserva de denominación y validez en todo el territorio nacional. Además, se incorporan al Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, con la finalidad de seguir incrementando las garantías de seguridad en la asistencia prestada a los pacientes.

En la actualidad están trabajando coordinadamente el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, las comunidades autónomas y las sociedades científicas, en el borrador de un diploma de acreditación para los profesionales que desempeñen sus funciones en unidades de hospitalización a domicilio.

Una vez estén definidas las competencias y la unidad funcional de conocimiento de dicho diploma, y con la finalidad de facilitar a los profesionales de hospitalización a domicilio el acceso a dicha formación competencial, el Servicio Gallego de Salud, a través de los responsables del seguimiento del Plan para la normalización de la hospitalización a domicilio, realizará las siguientes actividades:

- una encuesta dirigida a todos los profesionales de hospitalización a domicilio, con el objeto de establecer las necesidades de formación que completen el diseño curricular del diploma de acreditación.
- Desarrollo de un itinerario formativo específico que cubra las necesidades detectadas, tanto teóricas como prácticas.

---

#### Apoyar y facilitar la docencia: pregrado y posgrado

---

La formación sanitaria en ciencias de la salud tiene carácter regulado y oficial. Su objetivo es dotar a los profesionales sanitarios de los conocimientos, técnicas y habilidades necesarios, que garanticen una elevada calidad asistencial y una atención al usuario integral y eficiente.

Los programas formativos de especialistas en ciencias de la salud son elaborados por la Comisión Nacional de la especialidad correspondiente y aprobados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y

Bienestar Social. En ellos se establecen los objetivos y las competencias a adquirir por el especialista en formación a través de los cursos contemplados en el programa.

En este sentido, los responsables del seguimiento del plan estratégico trabajarán en coordinación con los responsables de los programas docentes del sistema público gallego en dos líneas de trabajo:

- consolidar la inclusión de rotaciones en las unidades de hospitalización a domicilio, en el marco de los programas docentes de las especialidades de medicina interna, neumología, geriatría, medicina de familia y enfermería familiar y comunitaria.
- Incluir formación específica pregrado y posgrado en hospitalización a domicilio, así como rotaciones de los estudiantes de medicina y enfermería por estas unidades, ya que resulta imprescindible que los estudiantes de ciencias de la salud consideren HADO como una alternativa a la hospitalización convencional eficaz, segura y eficiente.

## OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: PROMOVER LA INVESTIGACIÓN

En el contexto actual de reorientación de la sanidad hacia las nuevas necesidades de la población, es donde la hospitalización a domicilio adquiere mayor relevancia. De ahí la importancia de contar con proyectos de investigación que pongan en valor este modelo de atención y proporcionen un mayor conocimiento de su impacto en la salud de los pacientes y en los costes y consumo de recursos, así como en la satisfacción de los usuarios.

La evidencia científica que ofrecen los estudios publicados a día de hoy, se orientan hacia la validez de la hospitalización a domicilio como alternativa a la hospitalización convencional.

Así, en una revisión sistemática se observó que los pacientes ingresados en hospitalización a domicilio, en la modalidad de alta precoz, no presentaban diferencias en cuanto a la mortalidad y la tasa de readmisión hospitalaria en comparación con la hospitalización convencional. Los autores también realizaron un análisis comparativo de los costes y satisfacción de los pacientes y, aunque en el primer caso no encontraron diferencias significativas, sí observaron una satisfacción significativamente mayor en los pacientes en hospitalización a domicilio en la modalidad de alta temprana. Este mayor grado de satisfacción de los pacientes y de sus cuidadores fue también observado en otro estudio, en el que se comparaba la modalidad de hospitalización a domicilio (sustitutiva del ingreso hospitalario) respecto a la hospitalización convencional, en pacientes ancianos con neumonía, celulitis y exacerbaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca.

Por otro lado, se realizaron estudios del impacto de la hospitalización a domicilio en el manejo de determinadas patologías con resultados que sugieren que esta modalidad podría ser beneficiosa en cuanto a la disminución de los reingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca, la duración de la estancia y el grado de dependencia en el ictus o el coste sanitario en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

No obstante, y a pesar de ser estudios basados en ensayos clínicos aleatorizados, la calidad de la evidencia es entre moderada y baja. Además, se trata de estudios que evalúan diferentes poblaciones, estructuras organizativas e intervenciones que originan resultados heterogéneos que complican el análisis profundo de los programas de hospitalización a domicilio.

Debido a todo el anterior, es imprescindible diseñar estrategias que permitan la investigación a través de la aplicación de diferentes metodologías (ensayos clínicos multicéntricos, estudios observacionales), para continuar avanzando en el conocimiento de la hospitalización a domicilio en cuanto a su eficacia,



seguridad clínica y eficiencia comparada con la hospitalización convencional y a su efectividad en el contexto de la práctica clínica habitual (investigación de resultados en salud). Estas estrategias deberán promover la investigación y el análisis de diferentes resultados en salud como resultados clínicos, resultados centrados en los usuarios (paciente y familiares/cuidadores) y económicos.

Por tanto, las líneas de investigación se focalizarán de forma prioritaria en las siguientes áreas:

### **Investigación de resultados clínicos**

Con el objetivo de evaluar los beneficios terapéuticos de la hospitalización a domicilio, su eficacia y efectividad clínica, a través de ensayos clínicos, estudios observacionales y estudios basados en la práctica clínica habitual (resultados en salud). Se orientará al análisis de objetivos de relevancia clínica como mortalidad y morbilidad (exacerbaciones, complicaciones, reingresos, recidivas, etc.) en función de factores clave como las características de los pacientes, las patologías más frecuentemente atendidas o las características del centro de atención primaria, centro residencial o del hospital que solicita la derivación (para neutralizar la eficiencia atribuible a cada centro).

### **Investigación centrada en los usuarios**

Con la finalidad de obtener información de los resultados percibidos por el paciente y sus familiares o cuidadores. Se focalizará en evaluar su grado de satisfacción mediante una encuesta normalizada y validada para detectar áreas de mejora y establecer las acciones correctoras o modificadoras pertinentes. La encuesta deberá ser multidimensional para abarcar todas aquellas áreas de importancia para el paciente: coordinación, información, tiempos de atención, trato recibido por los profesionales, resultados clínicos (manejo del dolor), seguridad del paciente, valoración global, etc. Se podrán elaborar encuestas específicas para determinadas patologías y/o las diferentes modalidades de hospitalización a domicilio.

La elaboración y validación de la encuesta normalizada de satisfacción de los pacientes/cuidadores será la línea prioritaria de acción de las unidades de HADO del Servicio Gallego de Salud. Esta encuesta será realizada con periodicidad anual y se establecerán las áreas de mejora en base a los resultados de la misma.

### **Investigación mediante técnicas cualitativas (grupos focales con profesionales y pacientes)**

- Valoración de la experiencia de los pacientes/cuidadores respecto a HADO, evaluar sus necesidades y preferencias e identificar los obstáculos que puedan dificultar el desarrollo de este modelo de atención.
- Valoración de la experiencia de los profesionales de los servicios hospitalarios y ambulatorios que hubieran interactuado con HADO, así como de los propios equipos de hospitalización a domicilio.

### **Investigación orientada a evaluar la calidad y seguridad de la asistencia prestada a través de la hospitalización a domicilio**

Con el objetivo de identificar y analizar los puntos críticos para la seguridad del paciente y las áreas de mejora en la asistencia y así establecer las medidas necesarias para proporcionar una atención más segura y de mayor calidad.

### **Investigación orientada al análisis de las actividades asistenciales, procedimientos y técnicas realizadas en hospitalización a domicilio y de sus costes**

Con el objetivo de identificar las variables relacionadas con el consumo de recursos en esta modalidad asistencial.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



**Plan de comunicación de la  
hospitalización a domicilio del  
Servicio Gallego de Salud**

En un sentido académico, la comunicación es la acción consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir información u opiniones distintas. Es, por lo tanto, una herramienta que permite compartir valores entre grupos de interés.

Un plan de comunicación debe ser el marco que encuadre y coordine las diferentes acciones de comunicación (interna y externa) de una organización. Debe planificar todos los aspectos de la misma de una manera coordinada, estableciendo la información que se va a transmitir, el momento en el que se debe difundir, las personas emisoras y destinatarias y el canal más apropiado en cada situación.

Debe permitir que una organización se comunique entre sí, comunique bien su mensaje al exterior y que al mismo tiempo esté bien comunicada con otras organizaciones.

Aunque un enfoque integral de la comunicación abarca varias dimensiones, no es menos cierto que cada organización la adapta a sus necesidades específicas en cada momento, agrupándolas en áreas que le permitan desarrollarla de una manera más eficaz.

En relación con la hospitalización a domicilio del Servicio Gallego de Salud, el plan de comunicación diseñado está orientado a ampliar el conocimiento que de la hospitalización a domicilio tienen los profesionales de la organización (comunicación interna), fomentando la relación de cooperación entre las unidades de hospitalización a domicilio y otros servicios de la organización, sin olvidar la importancia de la comunicación con la ciudadanía (comunicación externa).

Para el desarrollo de este plan se requieren los siguientes recursos :

- Un equipo multidisciplinar, coordinado desde la Dirección general de Asistencia Sanitaria, capaz de planificar y generar contenidos.
- Estructuras directivas de la organización que puedan dar soporte técnico a los contenidos.
- Otros recursos que permitan llevar a cabo las líneas de acción diseñadas.

### Metodología de priorización:

Con el objetivo de orientar al equipo de trabajo sobre la incidencia de unos elementos sobre otros, se propuso la siguiente priorización en base a dos criterios:

- Impacto en la imagen de hospitalización a domicilio: se trata del posible incremento de la satisfacción de los profesionales y directivos con la implantación de dichas acciones.
- Facilidad de llevar a cabo: determina la simplicidad o la complejidad para la puesta en marcha de cada una de las acciones analizadas.

Mediante la aplicación de las variables anteriores, es posible la creación de 4 líneas de trabajo en las cuales recoger los elementos propuestos, tal y como se muestran a continuación:



Figura 6: Criterios de priorización de las acciones de comunicación.

Aunque este plan de comunicación está orientado a ampliar el conocimiento que de la hospitalización a domicilio tienen los profesionales de la organización (comunicación interna) sin olvidar la comunicación con la ciudadanía (comunicación externa), en un primer momento la mayor parte de las acciones están orientadas hacia la comunicación interna.

## EJE 1. Acciones de comunicación interna

Dentro de la comunicación interna, este plan se sostiene sobre dos pilares estratégicos: el equipo de hospitalización a domicilio y todos los profesionales del Servicio Gallego de Salud.

La comunicación orientada hacia el equipo de hospitalización a domicilio se agrupa en cuatro acciones que ayuden a crear una estructura e imagen de pertenencia.

La comunicación orientada hacia todos los profesionales del Servicio Gallego de Salud se agrupa en seis acciones que ayudan a conocer y potenciar la imagen de HADO con el resto de profesionales y directivos, según se recoge en la siguiente figura y en el anexo I:

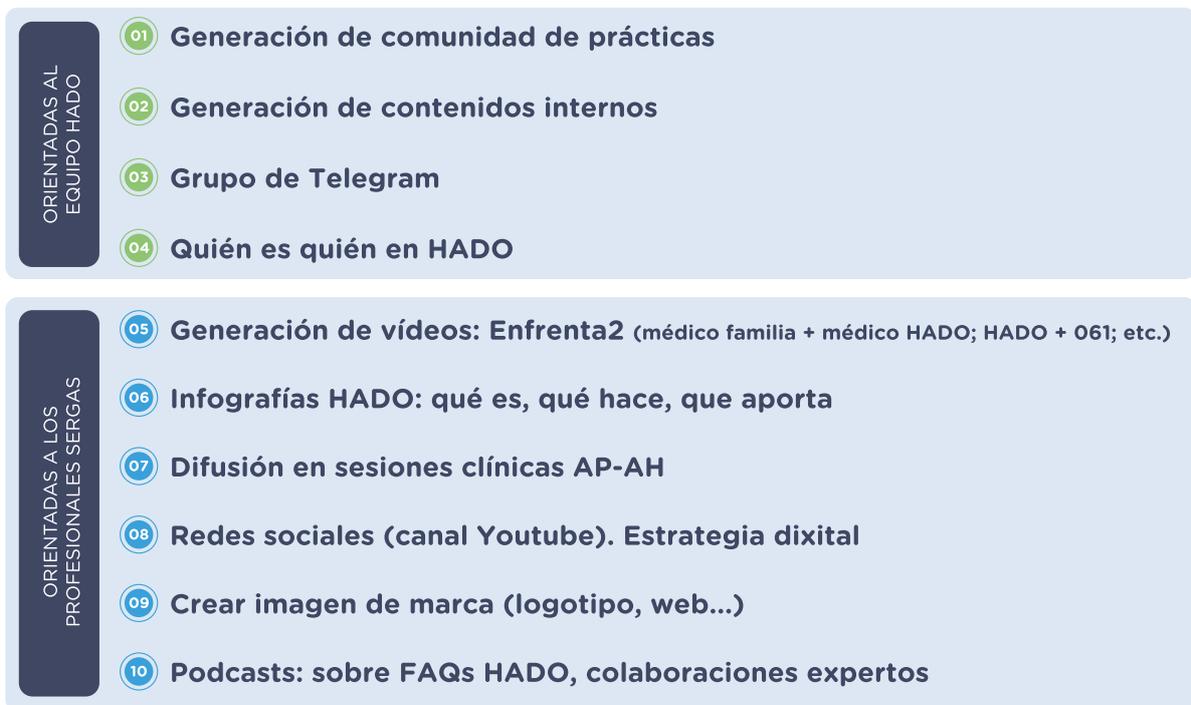


Figura 7: Acciones de comunicación interna.

A continuación se muestra el mapa de priorización en el que se sitúan el conjunto de elementos propuestos:



Figura 8: Mapa de priorización de las acciones de comunicación interna.

## OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: DESARROLLAR ACCIONES INTERNAS DE COMUNICACIÓN ORIENTADAS AL EQUIPO DE HADO

### **Generación de comunidad de prácticas:**

Tiene como objetivo desarrollar entornos que favorezcan un punto de encuentro único para todos los profesionales que llevan a cabo su trabajo en las unidades de hospitalización a domicilio del Servicio Gallego de Salud.

### **Generación de contenidos internos:**

Difundir protocolos, procedimientos normalizados de trabajo, guías clínicas y cualquier otro documento para que sean conocidos y aplicados por los profesionales.

### **Grupos de Telegram:**

Utilizar herramientas y canales de comunicación que permitan compartir en tiempo real información relevante y de calidad sobre el trabajo desarrollado por los grupos de trabajo internos o captar y compartir información externa relevante.

### **Quién es quién en HADO:**

Tiene como objetivo identificar y difundir cada uno de los roles y profesionales que trabajan en la red de HADO e identificar las capacidades y competencias específicas de cada uno de los miembros de los equipos.

## OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: DESARROLLAR ACCIONES INTERNAS ORIENTADAS A LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD

### **Generación de vídeos entre profesionales (ENFRENTA2):**

Tienen como objetivo poner en valor el papel de la hospitalización a domicilio dentro de la organización sanitaria así como destacar la visión holística de la misma, todo eso a través de las experiencias personales de los profesionales implicados.

### **Infografías HADO ( qué es, qué hace, qué aporta):**

Tienen como objetivo describir y dar a conocer HADO desde una perspectiva multidisciplinar.

### **Difusión en sesiones clínicas interdisciplinares:**

Tienen como objetivo impulsar la difusión del valor de la hospitalización a domicilio entre profesionales de diferentes niveles asistenciales.

### **Redes sociales. Estrategia digital:**

Tiene como objetivo impulsar una estrategia digital para canalizar y prescribir todos los contenidos generados desde los grupos de trabajo de HADO.

### **Crear imagen de marca (logotipo):**

Con el objetivo de reforzar, unificar y trasladar una imagen de la hospitalización a domicilio del Servicio Gallego de Salud que la identifique dentro y fuera de la organización.

### **Podcast: sobre preguntas frecuentes sobre hospitalización a domicilio y colaboraciones con expertos:**

Armonizar cada uno de los protocolos internos de funcionamiento para darlos a conocer. Reforzar y trasladar los elementos clave de hospitalización a domicilio.



## EJE 2. Acciones de comunicación externa

La percepción y conocimiento que tiene la ciudadanía sobre las unidades y equipos de hospitalización a domicilio del Servicio Gallego de Salud es satisfactoria. No obstante, dentro de las acciones de mejora continua de la organización debe figurar la difusión de la información actualizada sobre los servicios ofertados y, por lo tanto, es necesario desarrollar acciones de comunicación que faciliten a la ciudadanía un conocimiento actualizado de la hospitalización a domicilio.

### OBJETIVO ESTRATÉGICO: DESARROLLAR ACCIONES EXTERNAS DE COMUNICACIÓN DIRIGIDAS A LA CIUDADANÍA

#### **Difundir la imagen de marca (logotipo):**

Con el objetivo de reforzar, unificar y trasladar una imagen de la hospitalización a domicilio del Servicio Gallego de Salud que la identifique fuera de la organización.

#### **Colaborar con la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos:**

Esta colaboración puede contribuir a difundir a la ciudadanía las prestaciones dispensadas por los equipos de hospitalización a domicilio y su funcionamiento, lo que contribuirá a mejorar la toma de decisiones en los procesos de salud-enfermedad.

#### **Elaborar un manual de acogida para los pacientes:**

Un manual de acogida tiene como objetivo principal proporcionar información a los pacientes, familiares y cuidadores sobre el funcionamiento de un servicio sanitario y facilitar la relación con los profesionales de éste. En el caso de la hospitalización a domicilio, este manual recogerá los aspectos organizativos generales de las actividades desarrolladas, la cartera de servicios, los teléfonos de contacto y cualquier otra información que pueda ser de interés.

#### **Crear la comunidad de hospitalización a domicilio en É-Saúde:**

É-Saúde es la herramienta del Servicio Gallego de Salud de comunicación con el ciudadano, accesible desde cualquier lugar y dispositivo electrónico, que le permite el acceso a servicios y contenidos de salud personalizados.

Con el objetivo de dar a conocer los servicios y contactos de HADO a la población, se propone la creación de una Comunidad interactiva en el marco de É-Saúde.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

**10**

11

12

13

14



## Plan de calidad asistencial y mejora continua

Cualquier sistema de atención sanitaria tiene como objetivo garantizar una atención de calidad, segura, eficiente y centrada en el paciente. Para ello, es necesario analizar los procesos de atención al paciente y establecer los requisitos de calidad que deben cumplir, identificando los puntos críticos y los riesgos para la seguridad del paciente, que deben ser analizados y evaluados para identificar y priorizar las acciones para eliminarlos o, de no ser posible, establecer los controles y barreras necesarios para minimizar su frecuencia e impacto en el paciente.

El modelo corporativo de gestión integrada de la calidad del Servicio Gallego de Salud se sustenta sobre tres pilares que son fundamentales para garantizar una atención de calidad, segura, equitativa, eficiente y centrada en el paciente: la gestión de la calidad asistencial, la gestión de riesgos para la seguridad del paciente y la atención al paciente y al ciudadano.

Teniendo como objetivo prioritario impulsar una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y empleando el modelo europeo de gestión basado en la excelencia (EFQM) como referencia, se elabora el plan de calidad de hospitalización a domicilio del Servicio Gallego de Salud, como guía de actuación que contempla las diez líneas estratégicas de excelencia en la gestión de la calidad (las nueve primeras basadas en el modelo EFQM y la décima en el sistema de seguridad y gestión de riesgos sanitarios del Servicio Gallego de Salud). La estructura del plan incluye, por lo tanto:

- Cinco líneas facilitadoras, que indican cómo debe actuar la organización: liderazgo, estrategia, alianzas, recursos y por último, gestión de recursos humanos y gestión de procesos.
- Tres líneas que reflejan los resultados obtenidos: resultados en la gestión de recursos humanos, resultados en la sociedad y resultados clave.
- Dos líneas transversales a toda la organización y a las líneas anteriores: los pacientes y ciudadanos como eje central del sistema y la seguridad de los pacientes, que debe estar presente en todos los procesos de la organización.

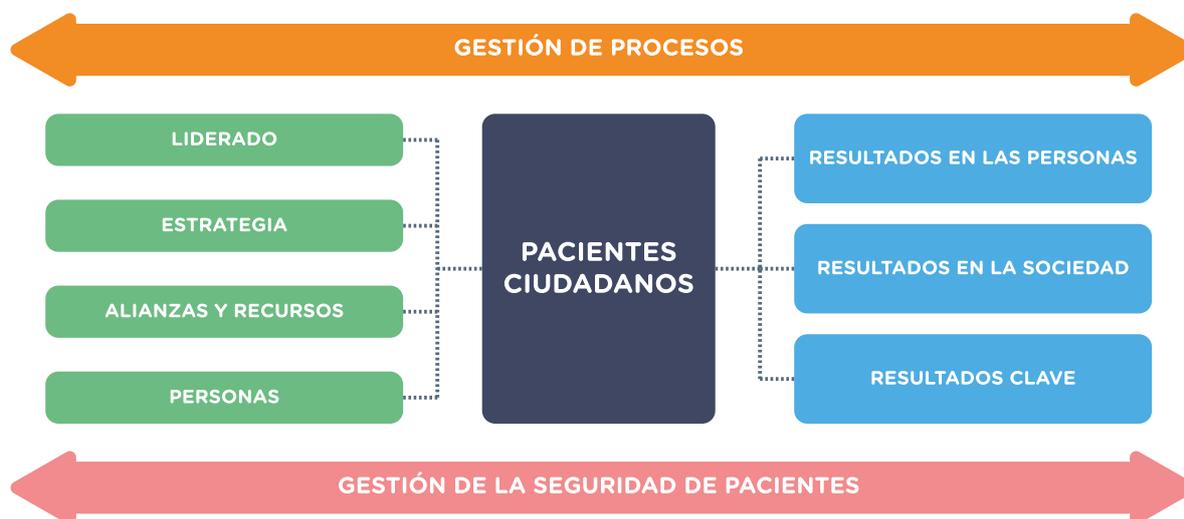


Figura 9: Estructura del plan de calidad de hospitalización a domicilio.

Por otro lado, este plan de calidad adopta la metodología de mejora continua, de tal manera que las unidades de hospitalización a domicilio podrán autoevaluarse y comparar su desempeño en gestión de la calidad entre ellas y con otras organizaciones similares, mediante el análisis de los indicadores de seguimiento.

## LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN DE CALIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

### LÍNEA ESTRATÉGICA 1. Liderazgo

Esta línea se centra en el papel de los directivos y mandos intermedios como líderes que orientan la organización y la focalizan en el paciente, fomentando el trabajo en equipo, impulsando el cambio y la innovación, así como comprometiéndose en la actualización de los conocimientos del equipo.

#### Objetivos de los líderes:

- Desarrollar la misión, visión, valores y principios éticos de las unidades de hospitalización a domicilio, actuar como modelo de referencia y definir, supervisar, revisar e impulsar la mejora y el rendimiento del sistema de gestión por procesos.
- Implicarse con los grupos de interés de las unidades de hospitalización a domicilio.
- Reforzar la cultura de calidad entre las personas que trabajan en las unidades de hospitalización a domicilio, asegurarse de que la organización sea flexible y gestionar los cambios de manera eficaz.

### LÍNEA ESTRATÉGICA 2. Estrategia

Las unidades de hospitalización a domicilio deben definir su estrategia, planes, objetivos y procesos mostrando cómo se adecuan, desde las directrices que establece el Plan gallego de hospitalización a domicilio.

#### Objetivos:

- Desarrollar las políticas enmarcadas en el Plan gallego de hospitalización a domicilio.
- Comunicar, implantar, revisar y evaluar anualmente la estrategia y sus políticas.
- Identificar las necesidades y expectativas de sus grupos de interés.

### LÍNEA ESTRATÉGICA 3. Personas

Esta línea se centra en la definición de una política de personal alineada con las necesidades del sistema y de los profesionales, principal activo de las unidades de hospitalización a domicilio.

#### Objetivos de la organización:

- Planificar y definir los procesos de gestión de las personas y alinearlos con la estrategia y la estructura, con las nuevas tecnologías y los procesos clave.
- Identificar, desarrollar y mantener el conocimiento y la capacidad de sus profesionales.
- Fomentar la implicación y participación de los profesionales de las unidades de hospitalización a domicilio en los grupos de mejora y establecer mecanismos de reconocimiento a los trabajadores..

### LÍNEA ESTRATÉGICA 4. Alianzas y recursos

La mejora de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario requiere de la correcta gestión de los recursos con los que cuenta la organización y del desarrollo de alianzas externas (con otros hospitales, recursos residenciales y establecimientos sociosanitarios, la universidad, proveedores, empresas afines al sector, ayuntamientos y entidades locales) que añadan valor a la misma y mejoren la participación ciudadana.

**Objetivos de la unidad de hospitalización a domicilio:**

- Planificar y gestionar las alianzas externas para que sus procesos funcionen de manera eficaz y sostenible y ser un referente en la responsabilidad social corporativa.
- Planificar la gestión sostenible de los recursos y favorecer la seguridad en el entorno del paciente.
- Gestionar la tecnología, la información y el conocimiento para apoyar la toma de decisiones.

---

**LÍNEA ESTRATÉGICA 5. Procesos**

---

La definición de procesos asistenciales implica organizar, describir y realizar toda la actividad en función del circuito que debe seguir el paciente desde su entrada en el sistema sanitario hasta su salida. Esto es determinante en hospitalización a domicilio, ya que en el proceso de atención participan profesionales de diferentes niveles asistenciales.

La gestión por procesos constituye una estrategia crítica para la mejora de la calidad, para la integración efectiva entre niveles asistenciales y para disminuir la variabilidad en la práctica clínica, centrando la asistencia en el paciente.

**Objetivos de la unidad de hospitalización a domicilio:**

- Definir, documentar y gestionar los procesos estratégicos, clave y de apoyo; y establecer los mecanismos de evaluación y mejora continua.

---

**LÍNEA ESTRATÉGICA 6. Pacientes y ciudadanos**

---

La Estrategia del Servicio Gallego de Salud 2020 tiene como objetivo alcanzar y mantener un modelo sanitario centrado en el paciente, familiares y cuidadores que garantice sus derechos, prestando una asistencia segura y de calidad, potenciando su participación en el sistema e incrementando su accesibilidad al mismo.

**Objetivos de la unidad de hospitalización a domicilio:**

- Evaluar la percepción de los pacientes respecto a la atención recibida y gestionar los resultados obtenidos.
- Gestionar la información que recibe de pacientes y ciudadanos.
- Velar por el respeto a los derechos sanitarios de pacientes, familiares y cuidadores.
- Tener en cuenta los aspectos que hacen referencia a la intimidad y confort del paciente y familiar/cuidador, dando el soporte necesario.

---

**LÍNEA ESTRATÉGICA 7. Resultados en las personas**

---

El grado de satisfacción de los trabajadores se mide fundamentalmente a partir de encuestas de satisfacción y de clima laboral que, junto con los indicadores de rendimiento, constituyen las principales herramientas para evaluar la efectividad del enfoque del proceso de gestión y desarrollo de las personas. Los resultados obtenidos se deben emplear también para definir los objetivos y la estrategia de la unidad de hospitalización a domicilio.

**Objetivos de la unidad de hospitalización a domicilio:**

- Evaluar y gestionar la percepción de los trabajadores respecto a sus expectativas, nivel de motivación y grado de satisfacción.
- Establecer una política adecuada de gestión de recursos humanos.

---

## LÍNEA ESTRATÉGICA 8. Resultados en la sociedad

---

En consonancia con el modelo EFQM, los indicadores encaminados a medir el impacto de la estrategia de las unidades de hospitalización a domicilio en la sociedad, deberán hacer referencia a los tres ámbitos de la responsabilidad social corporativa: sostenibilidad ambiental, social y económica.

### **Objetivos de la unidad de hospitalización a domicilio:**

- Actuar como un agente social activo y comprometido con su entorno.
- Medir y mejorar la percepción que tiene la sociedad respecto de su actuación como agente comunitario de salud destacado.
- Reducir al mínimo el impacto ambiental de sus actividades, propiciando el desarrollo sostenible y la preservación y mantenimiento de los recursos naturales.

---

## LÍNEA ESTRATÉGICA 9. Resultados clave

---

Las unidades de hospitalización a domicilio deben promover las acciones necesarias para consolidar una cultura organizativa de gestión de la calidad que avance en la mejora continua de los servicios que prestan. Para ello, deben analizar los resultados clave para evaluar tendencias, establecer relaciones de causalidad y conocer el impacto que estos resultados pueden tener sobre otros indicadores. Además, la comparación de estos resultados con los de otras organizaciones similares (benchmarking), permitirá compartir buenas prácticas para la mejora.

### **Objetivos de la unidad de hospitalización a domicilio:**

- Medir y mejorar los resultados clave de sus procesos estratégicos, operativos y de soporte.

---

## LÍNEA ESTRATÉGICA 10. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios

---

La seguridad del paciente es un objetivo consolidado y común a todos los sistemas de atención sanitaria que constituye una dimensión clave de la calidad asistencial. Mejorar la seguridad supone incrementar la calidad asistencial en todas sus dimensiones.

Para conseguir una atención segura y de calidad es necesario identificar e implantar buenas prácticas, basadas en la evidencia científica.

### **Objetivos de la unidad de hospitalización a domicilio**

- Ser líderes en la gestión de riesgos para la seguridad de pacientes:
  - Implantar los procedimientos para la identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos para conseguir una atención segura a los pacientes.
  - Fomentar la participación y formación de los profesionales, pacientes, familiares y cuidadores en la gestión de los riesgos relacionados con la seguridad del paciente, identificados en los procesos de hospitalización a domicilio y aquellos con los que interactúan.
  - Elaborar el mapa de riesgos de la unidad, así como el listado de eventos centinela.
  - Revisar por lo menos un proceso crítico al año.
  - Notificar y analizar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente utilizando la herramienta informática SINASP (Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente).

- Implantar los procedimientos de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS):
  - Higiene de manos y uso adecuado de guantes.
  - Prevención de la infección relacionada con dispositivos (catéter venoso central y periférico, reservorios, ventilación mecánica, sonda uretral/vesical, etc.), infección del sitio quirúrgico e infección por gérmenes multirresistentes.
  - Identificación y tratamiento precoz de la sepsis.
  - Procedimientos para la limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos.
- Identificar inequívocamente los pacientes (paciente correcto, lugar correcto y procedimiento correcto) y las muestras, estudios, pruebas diagnósticas y documentos del paciente.
- Hacer un uso seguro de medicamentos y productos sanitarios:
  - Implantar el programa de optimización del uso de antibióticos (PROA) para mejorar el pronóstico de los pacientes, minimizar los eventos adversos, controlar la aparición de resistencias y garantizar el uso de tratamientos coste-eficaces.
  - Conciliar la medicación del paciente al ingreso y al alta de la hospitalización en el domicilio.
  - Implantar procedimientos para garantizar el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo y de medicamentos de aspecto y nombres parecidos.
- Mejorar la comunicación y garantizar la continuidad asistencial:
  - Incluir en el programa de sesiones clínicas la revisión de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
  - Informar a todas las partes interesadas sobre los resultados del análisis de las notificaciones realizadas en el SINASP y las acciones de mejora implantadas, así como de los indicadores de seguimiento del desempeño de los procesos de la unidad relacionados con la seguridad del paciente.
- Implantar buenas prácticas para minimizar los riesgos relacionados con los cuidados y procedimientos técnicos de diagnóstico y tratamiento:
  - Prevención de caídas y lesiones asociadas.
  - Prevención de úlceras por presión.
  - Seguridad en las contenciones mecánicas.
  - Prevención de la malnutrición.
  - Prevención de la broncoaspiración.
  - Detección y asistencia al paciente frágil.
  - Prevención del deterioro cognitivo.
  - Abordaje integral del dolor.
  - Prevención del suicidio.
  - Prevención de reacciones alérgicas al látex.
  - Prevención de la trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
  - Prevención de las hemorragias en pacientes de riesgo como: anticoagulados, posquirúrgicos y sometidos a procedimientos invasivos.
- Implantar los procedimientos necesarios para garantizar el uso seguro de los equipamientos y una gestión segura de los residuos sanitarios.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



Sistema de evaluación

Para la evaluación y seguimiento de los ejes y líneas estratégicas establecidas en el Plan gallego de hospitalización a domicilio, se definen los indicadores que se recogen en el anexo II.

Transcurrido un año desde su implantación, se analizará el cumplimiento de los objetivos, con objeto de evaluar el plan, detectar áreas de mejora y determinar los estándares para cada uno de los indicadores.

## Panel de indicadores

### Liderazgo

- Organización
- Necesidades y expectativas de las partes interesadas
- Memoria de actividad

### Estrategia

- Objetivos de calidad
- Cuadro de mando de HADO

### Personas

- Formación de los trabajadores de HADO

### Alianzas y recursos

- Mantenimiento preventivo/correctivo
- Caducidad de la medicación/fungible

### Procesos

- Mapa de procesos
- Procedimientos operativos

### Pacientes y ciudadanos

- Satisfacción del paciente
- Participación del paciente/ciudadano

### Resultados en las personas

- Satisfacción de los profesionales de HADO
- Participación en la mejora

### Resultados en la sociedad

- Formación de pacientes/ciudadanía
- Innovación e investigación

### Resultados clave

- Solicitudes de ingreso
- Valoraciones de la propuesta de ingreso
- Tiempo medio de respuesta a la solicitud de ingreso
- Ingresos totales
- Pacientes ingresados
- Interconsultas
- Tiempo medio de respuesta a la interconsulta
- Atención compartida

- Visitas totales
- Visitas médicas
- Visitas de enfermería
- Visitas conjuntas
- Actividades
- Consultas presenciales
- Consultas telefónicas
- Estancia media de las altas
- Porcentaje de ocupación
- Porcentaje de altas con procedimientos o técnicas
- Visitas de duelo

### Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios

- Incidentes relacionados con la seguridad del paciente en el SINASP
- Formación en gestión de riesgos clínicos
- Acogida del paciente ingresado en HADO
- Valoración del riesgo de UPP en HADO
- Plan de cuidados en pacientes con riesgo de UPP
- Incidente acumulado de UPP en HADO
- Pacientes en HADO con valoración del riesgo de caída
- Plan de cuidados en pacientes en HADO con riesgo de caída
- Incidente acumulado de caídas en HADO
- Valoración del dolor en pacientes en HADO
- Valoración del riesgo de trombosis venosa profunda
- Pacientes con bacterias multirresistentes en HADO
- Reacciones transfusionales en HADO

### Sistemas de información

- Historia clínica en movilidad
- Utilización de las herramientas electrónicas (I)
- Utilización de las herramientas electrónicas (II)
- Utilización de las herramientas electrónicas (III)
- Codificación

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



**Plan de necesidades:  
organización y recursos**

Tal y como se recoge en este Plan, para conseguir el objetivo de ofertar a la toda la población de Galicia un acceso equitativo a una hospitalización a domicilio de calidad, los 365 días del año, es necesario homogeneizar la red asistencial de HADO.

Teniendo en cuenta las características comunes establecidas cómo óptimas para las unidades de HADO y la heterogeneidad de las mismas en el momento actual, se establece el siguiente plan de necesidades, organización y recursos.

• **EJE 1: DOTACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS**

- Objetivo estratégico 1: ofertar la hospitalización a domicilio a toda la población de Galicia.
- Objetivo estratégico 2: proporcionar atención los 365 días del año.

• **EJE 2: DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIALES**

- Objetivo estratégico: dotar de los recursos materiales necesarios a las unidades de hospitalización a domicilio.

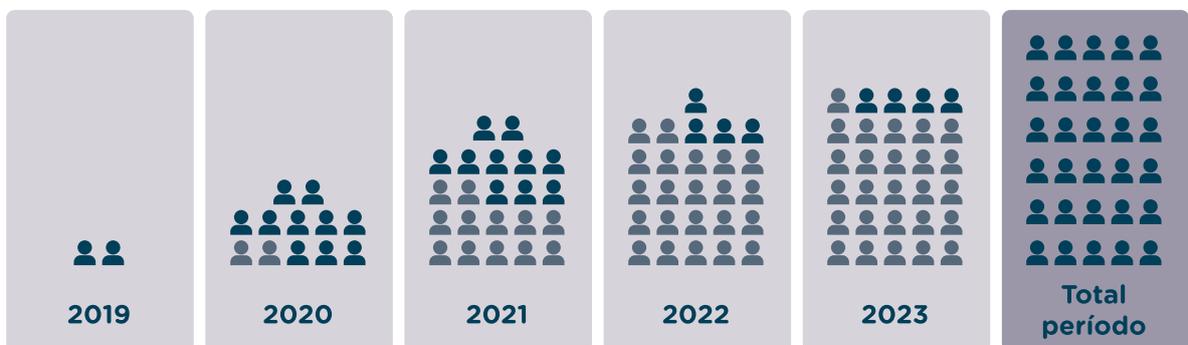


Figura 10: Incorporación progresiva de nuevos equipos de hospitalización a domicilio (HADO) y dotación de vehículos.

**TABLA 1: INCREMENTO DE EQUIPOS Y PERSONAL EN EL PERÍODO DE APLICACIÓN DEL PLAN**

AÑO	NUEVOS EQUIPOS	DOTACIÓN RECURSOS HUMANOS	
		Personal médico	Personal enfermería
2019	1	1	2
2020	5	5	10
2021	5	5	10
2022	2	2	4
2023	2	2	4
<b>TOTAL PERÍODO</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>

**Personal médico**

**Personal de enfermería**


## EJE 1. Dotación y organización de los recursos humanos

### OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: OFERTAR LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO A TODA LA POBLACIÓN DE GALICIA

Para garantizar la asistencia sanitaria de toda la población de Galicia por hospitalización a domicilio, según lo establecido en este documento, es necesario ampliar la red asistencial de HADO con 15 nuevos equipos adicionales (un profesional médico y dos de enfermería por equipo) haciendo un total de 60 equipos en Galicia al final del período establecido para el desarrollo del Plan (año 2023), con una implantación progresiva tal y como se recoge en la tabla 1.

### OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: PROPORCIONAR ATENCIÓN LOS 365 DÍAS DEL AÑO

La atención de hospitalización a domicilio se ampliará, progresivamente, a los 365 días del año. Para conseguir este objetivo será necesario que las unidades de HADO adapten su estructura y organización de los recursos humanos en función de la idiosincrasia de su área sanitaria, pudiéndose establecer los turnos correspondientes del personal de enfermería así como contemplar las guardias médicas los fines de semana y días festivos.

La continuidad asistencial será garantizada, fuera del horario de las unidades de hospitalización a domicilio, por el 061 y los puntos de atención continuada.

## EJE 2. Dotación de recursos materiales

### OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: DOTAR DE LOS RECURSOS MATERIALES NECESARIOS A LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Todas las unidades de HADO deben disponer de unas instalaciones idóneas para el desarrollo de su actividad, en función del número de profesionales que las compongan.

También se dispondrá de la equipación sanitaria necesaria para la valoración y diagnóstico de los pacientes, así de los medios tecnológicos para el desarrollo de su actividad.

Además, a la progresiva incorporación de los nuevos equipos de HADO irá pareja la adquisición de vehículos oficiales convenientemente autorizados y rotulados, para la realización de los desplazamientos a los domicilios (hasta un total de 15). Los vehículos serán automóviles eléctricos o con combustibles menos contaminantes y de menor efecto invernadero que los actuales. En el primer supuesto, se crearán en los hospitales estaciones de recarga con paneles fotovoltaicos que se financiarán, con el apoyo del Instituto energético de Galicia, con fondos europeos de eficiencia energética. Este es un primer paso para que el Servicio Gallego de Salud inicie la transformación de sus medios de transporte hacia vehículos más sostenibles con el medio ambiente.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

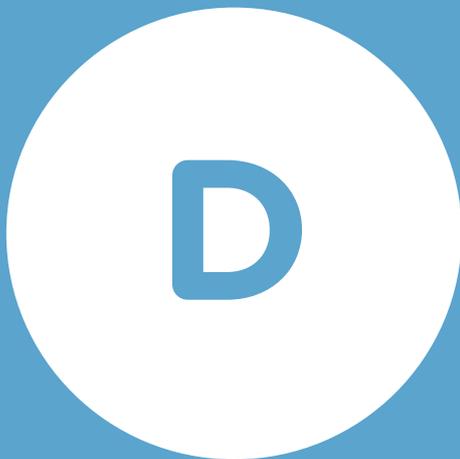
10

11

12

**13**

14



Documentación  
consultada

---

## Bibliografía consultada:

---

- Anna Vila, PhD, Eulalia Villegas, PhD, Jordi Cruanyes, PhD, Rosa Delgado, PhD, Rosa-Ana Sabate, PhD, Josep Ortega, PhD, Cristina Araguas, PhD, and Carlos Humet, PhD, on behalf of the Program for the Care of Patients with Multimorbidity. Cost-Effectiveness of a Barcelona Home Care Program for Individuals with Multimorbidity. *J Am Geriatr Soc.* 2015; 63:1017-102.
- Bayona Huguet J., Limón Ramírez E, Cegri Lombardo F. Propuestas para la atención domiciliar del siglo XXI. *Aten Primaria* 2018. 50(5):264---266.
- Consellería de Sanidade. Estratexia Sergas 2020 sanidade pública ao servizo do paciente. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2010 Disponible en: [https://www.Sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/Sergas ESTRATEXIA\\_2020\\_280316\\_gal.pdf](https://www.Sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/Sergas ESTRATEXIA_2020_280316_gal.pdf)
- Consellería de Sanidade. Plan Gallego de Cuidados Paliativos. 2ª ed. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Servicio Gallego de Saúde; 2006. [consultado 30 Outubro 2018]. Disponible en: <https://extranet.Sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF1-277.pdf>
- Conselleria de Sanitat. Catálogo de procedimientos del Hospital a Domicilio. Versión 2005. Catálogos SIE. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2006.
- Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enf Clin.* 2014; 24(1):51-58.
- Escarrabill J. La atención domiciliar como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Primaria* 2002.30 de septiembre. 30(5):304-309.
- Gonçalves-Bradley DC, Iltis S, Doll H, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; Issue 6. Art. No.: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub4.
- Hernández A.; Martínez JM. Marketing sanitario Evolución-Revolución. Editores: Escuela Superior de Gestión Comercial y Marketing, ESIC. 2014.
- Ho YL, Hsu TP, Chen CP, et al. Improved cost-effectiveness for management of chronic heart failure by combined home-based intervention with clinical nursing specialists. *J Formos Med Assoc* 2007;106:313-9.
- Langhorne P, Taylor G, Murray G, et al. Early supported discharge services for stroke patients: a meta-analysis of individual patient's data. *Lancet* 2005;365:501-506.
- Lef B, Burton L, Made S, et al. Satisfaction with hospital at home care. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1355-1363.
- March C. et al. Marketing y Comunicación Interna en Hospitales y Atención primaria. Opinión de los profesionales y Gestores. Editora Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada 2002.
- Ministerio de sanidad, política Social e Igualdad. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud: actualización 2010-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en: <https://publicacionesoficiales.boe.es>
- Mira J.J. La Comunicación Interna en el hospital [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500714/n10.8\\_Comunicación\\_\\_n\\_Interna\\_Hospital.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500714/n10.8_Comunicación__n_Interna_Hospital.pdf)
- Puig-Junoy J, Casas A, Font-Planells J, et al. The impact of home hospitalization on healthcare costs of exacerbations in COPD patients. *Eur J Health Econ* 2007;8:325-32.

- Sainz de Vicuña J.M. El plan de marketing en la práctica. Editorial ESIC. Madrid 1996.
- Servicio Gallego de Saúde. Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. Documento de traballo (2013).
- Shepperd S, Iliffe S. Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha da modificación significativa máis recente: 24 de maio de 2005.
- Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. Proyecto HAD 2020. Una propuesta para consolidar la HAD en España. Madrid, 9 de junio de 2016 (documento borrador). Disponible en <http://www.sehad.org/proyecto-had2020/presentacion.html>
- Steward S, Marley J, Horowitz J. Effects of a multidisciplinary, home based intervention on planned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. Lancet 1999;354:1077-83.
- Xunta de Galicia. Servicio Gallego de Saúde. Avaliación estratexia Sergas 2014. A sanidade Pública ao servizo do paciente; 2015. Disponible en: [https://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Avaliacion\\_Estratexia\\_Sergas\\_2014.pdf](https://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Avaliacion_Estratexia_Sergas_2014.pdf)
- Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servicio Gallego de Saúde. Estratexia galega para a atención a persoas en situación de cronicidade; 2018. Disponible en: <https://www.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-ga.pdf>

---

## Legislación consultada:

---

- Boletín Oficial del Estado (BOE nº 55, 5/3/85) o “Reglamento Xeral de Estructura, Organización e Funcionamento dos Hospitais da Seguridade Social”.
- Lei 1/2018, do 2 de abril, pola que se modifica a Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Referencia: BOE-A-1986-10499(BOE nº 102, 2974/86). <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/com>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Referencia: BOE-A-2003-10715. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/com>
- Orde do 18 de abril de 1996 pola que se desenvolve o Decreto 243/1995 do 28 de xullo, no relativo á regulación das condicións e requisitos específicos que deben cumprir os centros de atención a persoas maiores.
- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, polo que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Referencia: BOE-A-1987-9351. TEXTO CONSOLIDADO. Última modificación: 9 de enero de 1999.
- Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Especializada. Referencia: BOE-A-2015-1235. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/02/06/69>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Referencia: BOE-A-2006-16212. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/com>

- Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
- Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. Referencia «BOE» núm. 179, de 28 de julio de 2015. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2015/07/10/639>

---

### **Enlaces de interés:**

---

- SEHAD. Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. <http://www.sehad.org/>

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14



Anexos

# ANEXO I: PLAN DE COMUNICACIÓN

## 1. Generación Comunidad de Práctica (personas, temas)

RESPONSABLE	OBJETIVO																											
Nombre y apellidos	Desarrollar entornos y dinámicas que favorezcan un punto de encuentro único para todos los profesionales que llevan a cabo su trabajo en las unidades de hospitalización a domicilio en la red del Sistema público de salud de Galicia.																											
Justificación	Criterios de evaluación del elemento																											
La variabilidad tanto de estructura como de funcionamiento de las unidades, requiere generar entornos comunes de trabajo que ayuden a crear: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Sentido de pertenencia</li> <li>· Sentido de equipo</li> <li>· Especialización y uniformidad</li> </ul>	Se propondrá la creación de un portal o red social colaborativa estructurada por secciones de trabajo (glosario, protocolos, investigación, formación, difusión, contenidos, etc.), compuestas por grupos de trabajo representativos de las unidades de las áreas sanitarias. Se evaluarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>· N° de grupos creados</li> <li>· N° de contenidos</li> <li>· Grao de participación e achegas realizadas</li> </ul>																											
Impacto/Facilidad de implementación	RECURSOS																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th colspan="3">ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Sistemas de Información</td> <td colspan="3">Valorar alternativas para la gestión de la comunidad</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Entrar en proyecto de Código 100</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Plazo de ejecución desde la reunión</td> </tr> <tr> <td>Mensual</td> <td>Bimensual</td> <td>Trimestral</td> <td><b>Semestral</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Periodicidad de la medición</td> </tr> <tr> <td>Mensual</td> <td>Trimestral</td> <td><b>Semestral</b></td> <td>Anual</td> </tr> </tbody> </table>	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN			Sistemas de Información	Valorar alternativas para la gestión de la comunidad			Entrar en proyecto de Código 100			Plazo de ejecución desde la reunión				Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	Periodicidad de la medición				Mensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	Anual
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN																										
	Sistemas de Información	Valorar alternativas para la gestión de la comunidad																										
		Entrar en proyecto de Código 100																										
	Plazo de ejecución desde la reunión																											
	Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>																								
Periodicidad de la medición																												
Mensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	Anual																									

## 2. Generación de contenidos internos (protocolos...)

RESPONSABLE	OBJETIVO																											
Nombre y apellidos	Estandarizar y homogeneizar protocolos de actuación.																											
Justificación	Criterios de evaluación del elemento																											
Ausencia de protocolos conjuntos de actuación. Oportunidad de elaboración de protocolos por grupos de trabajo utilizando nuevas dinámicas colaborativas: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Realización, estandarización y consenso de protocolos con herramientas multimedia</li> </ul>	Se definirán y priorizarán conjuntamente los protocolos a realizar. Una vez priorizados se crearán grupos de trabajo expertos en el proceso, con representación de las áreas sanitarias, para su elaboración digital. Los procesos serán presentados y consensuados por el grupo para su despliegue. Se evaluarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>· N° de procesos elaborados</li> <li>· N° de procesos escalados</li> </ul>																											
Impacto/Facilidad de implementación	RECURSOS																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th colspan="3">ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Sistemas de Información</td> <td colspan="3">Utilización de app de formación de ACIS (ARELA), para diseño de protocolos</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Apoyo y soporte de la Subdirección General para el diseño de los protocolos</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Plazo de ejecución desde la reunión</td> </tr> <tr> <td>Mensual</td> <td>Bimensual</td> <td>Trimestral</td> <td><b>Semestral</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Periodicidad de la medición</td> </tr> <tr> <td>Mensual</td> <td>Trimestral</td> <td><b>Semestral</b></td> <td>Anual</td> </tr> </tbody> </table>	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN			Sistemas de Información	Utilización de app de formación de ACIS (ARELA), para diseño de protocolos			Apoyo y soporte de la Subdirección General para el diseño de los protocolos			Plazo de ejecución desde la reunión				Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	Periodicidad de la medición				Mensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	Anual
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN																										
	Sistemas de Información	Utilización de app de formación de ACIS (ARELA), para diseño de protocolos																										
		Apoyo y soporte de la Subdirección General para el diseño de los protocolos																										
	Plazo de ejecución desde la reunión																											
	Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>																								
Periodicidad de la medición																												
Mensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	Anual																									

### 3. Grupos de Telegram

RESPONSABLE	OBJETIVO				
Nombre y apellidos	Usar herramientas y canales de comunicación que permitan compartir en tiempo real información relevante y de calidad sobre el trabajo desarrollado por los grupos de trabajo internos o captar y compartir información externa relevante.				
Justificación	Criterios de evaluación del elemento				
Dado el elemento nuclear de movilidad de HADO, se persigue buscar una herramienta que permita: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Compartir información de alta calidad</li> <li>· En tiempo real</li> <li>· Accesible desde el móvil</li> </ul>	Se propondrá la creación de un canal propio en Telegram para subir y compartir información. Se evaluarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>· N° de miembros del canal</li> <li>· N° de contenidos publicados y dinamizados</li> <li>· Grado de participación y aportes realizados</li> </ul>				
Impacto/Facilidad de implementación	RECURSOS				
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN			
	Sistemas de Información	Creación de un canal en Telegram.			
		Plazo de ejecución desde la reunión			
	Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	
	Periodicidad de la medición				
	Mensual	Trimestral	Semestral	<b>Anual</b>	

### 4. Quién es quién en HADO

RESPONSABLE	OBJETIVO				
Nombre y apellidos	Identificar a cada uno de los roles y profesionales que trabajan en HADO. Identificar las capacidades y competencias específicas de cada uno de los miembros de los equipos.				
Justificación	Criterios de evaluación del elemento				
Necesidad de identificar cada uno de los roles que interactúan en HADO: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Visión compartida</li> <li>· Pensamiento global y de equipo</li> <li>· Centrar objetivos</li> </ul>	Se creará un grupo específico de trabajo encargado de definir las tipologías de perfiles HADO. Una vez identificadas, se buscarán profesionales representativos con los que se trabajará la elaboración de documentación de consenso. Se evaluarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>· N° de contenidos creados</li> <li>· Difusión de los contenidos</li> </ul>				
Impacto/Facilidad de implementación	RECURSOS				
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN			
	Sistemas de Información	Elaboración de videos de presentación			
		Plazo de ejecución desde la reunión			
	Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	
	Periodicidad de la medición				
	Mensual	Trimestral	Semestral	<b>Anual</b>	

### 5. Generación de videos entre profesionales: ENFRENTA2

RESPONSABLE	OBJETIVO			
Nombre y apellidos	Poner en valor el papel de HADO dentro de la organización y la visión holística de la misma. Relatar, desde las experiencias personales de los profesionales implicados, el alto valor aportado por HADO.			
Justificación	Criterios de evaluación del elemento			
Necesidad de conectar a distintos profesionales y roles que interactúan en el proceso de HADO: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Compartir experiencias</li> <li>· Compartir vivencias</li> <li>· Enfoque dinámico e interactivo</li> </ul>	Se propondrá la generación de videos tipo diálogos entre dos profesionales para compartir y afrontar una misma situación desde perspectivas paralelas (diálogo entre un médico/a de familia y profesional HADO; trabajador/a social y HADO, etc). Se creará un canal propio en YouTube para subir y compartir los videos. Se evaluarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>· N° de vídeos creados</li> <li>· N° de visitas y presencia en las intranets corporativas de las áreas sanitarias</li> </ul>			
Impacto/Facilidad de implementación	RECURSOS			
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Sistemas de Información	Generación propia de videos		
		Plazo de ejecución desde la reunión		
	Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>
	Periodicidad de la medición			
	Mensual	Trimestral	Semestral	<b>Anual</b>

### 6. Infografías HADO: qué es, qué hace, qué aporta

RESPONSABLE	OBJETIVO			
Nombre y apellidos	Poner en valor el papel de HADO dentro de la organización y su visión holística de la misma. Describir y dar a conocer el valor de HADO desde una perspectiva multidisciplinar			
Justificación	Criterios de evaluación del elemento			
Necesidad de dar a conocer y poner en valor a HADO: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Qué es</li> <li>· Qué hace</li> <li>· Qué aporta</li> </ul>	Se propondrá la generación de infografías descriptivas del valor de HADO. Se evaluarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>· N° de infografías creadas</li> <li>· N° de visitas y presencia en las intranets corporativas de las áreas sanitarias</li> </ul>			
Impacto/Facilidad de implementación	RECURSOS			
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Interno/Externo	Diseño de qué se quiere		
		Elaboración de las infografías		
	Plazo de ejecución desde la reunión			
	Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>
	Periodicidad de la medición			
Mensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	Anual	

## 7. Difusión en sesiones clínicas AP - AH

RESPONSABLE	OBJETIVO			
Nombre y apellidos	Impulsar una estrategia global de difusión interna en todas las áreas sanitarias para dar a conocer al profesional el valor de HADO.			
Justificación	Criterios de evaluación del elemento			
Utilizar sesiones clínicas y nuevos formatos para que sean los propios profesionales los que cuenten qué es y qué hace HADO.	Se propondrá la generación de una presentación dinámica común de consenso que será utilizada por los profesionales en todas las áreas sanitarias. Se evaluarán:: <ul style="list-style-type: none"> <li>· N° de sesiones clínicas realizadas.</li> <li>· Impacto de las sesiones. Efectividad y mejora de la coordinación profesional.</li> </ul>			
Impacto/Facilidad de implementación	RECURSOS			
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Interno	Presentación base		
		Planificación anual de sesiones clínicas		
	Plazo de ejecución desde la reunión			
	Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>
	Periodicidad de la medición			
Mensual	Trimestral	Semestral	<b>Anual</b>	

## 8. Redes Sociales (canal YouTube). Estrategia digital

RESPONSABLE	OBJETIVO			
Nombre y apellidos	Impulsar una estrategia digital para canalizar y prescribir todos los contenidos generados desde los grupos de trabajo de HADO.			
Justificación	Criterios de evaluación del elemento			
Necesidad de utilizar canales digitales para difundir internamente los contenidos generados. Trabajar en una propuesta común de estrategia digital.	Se propondrá la generación de un canal de YouTube, cuenta de Twitter. Se evaluarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>· N° de contenidos subidos</li> <li>· Impacto de los contenidos</li> </ul>			
Impacto/Facilidad de implementación	RECURSOS			
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN		
	Interno	Diseño de la estrategia (grupo de trabajo)		
		Gestión y seguimiento de redes		
	Plazo de ejecución desde la reunión			
	Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>
	Periodicidad de la medición			
Mensual	Trimestral	Semestral	<b>Anual</b>	

## 9. Crear imagen de marca

RESPONSABLE	OBJETIVO																																		
Nombre y apellidos	Reforzar la imagen y solidez del proyecto con una imagen de marca o logo que la identifique dentro de la organización.																																		
Justificación	Criterios de evaluación del elemento																																		
Unificar y trasladar una imagen única del proyecto de HADO para visualizar el impacto del proyecto dentro de la organización.	Se propondrá la generación de un canal una imagen de marca. Se evaluarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Creación de imagen de marca</li> <li>· Difusión y uso estandarizado</li> </ul>																																		
Impacto/Facilidad de implementación	RECURSOS																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th colspan="4">ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Interno/Externo</td> <td colspan="4">Diseño de la estrategia (grupo de trabajo)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Diseño de la imagen de marca</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Plazo de ejecución desde la reunión</td> </tr> <tr> <td>Mensual</td> <td>Bimensual</td> <td>Trimestral</td> <td colspan="2"><b>Semestral</b></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Periodicidad de la medición</td> </tr> <tr> <td>Mensual</td> <td>Trimestral</td> <td>Semestral</td> <td colspan="2"><b>Anual</b></td> </tr> </tbody> </table>	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN				Interno/Externo	Diseño de la estrategia (grupo de trabajo)				Diseño de la imagen de marca				Plazo de ejecución desde la reunión					Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>		Periodicidad de la medición					Mensual	Trimestral	Semestral	<b>Anual</b>	
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN																																	
	Interno/Externo	Diseño de la estrategia (grupo de trabajo)																																	
		Diseño de la imagen de marca																																	
	Plazo de ejecución desde la reunión																																		
	Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>																															
Periodicidad de la medición																																			
Mensual	Trimestral	Semestral	<b>Anual</b>																																

## 10. Podcast: sobre FAQs HADO, colaboraciones con expertos

RESPONSABLE	OBJETIVO																																		
Nombre y apellidos	Armonizar cada uno de los protocolos internos de funcionamiento para darlos a conocer. Reforzar y trasladar los elementos clave de la HADO																																		
Justificación	Criterios de evaluación del elemento																																		
Utilizar el podcast como método para que sea el propio profesional el que cuente diferentes elementos de la organización de HADO (protocolos, estructura, dudas, etc.).	Se propondrá la generación de podcast mensuales; se podrá contar con colaboraciones puntuales de referentes externos que acudan al Sergas por motivos profesionales. Se evaluarán: <ul style="list-style-type: none"> <li>· N.º de contenidos creados</li> <li>· Impacto generado</li> </ul>																																		
Impacto/Facilidad de implementación	RECURSOS																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TIPO</th> <th colspan="4">ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Interno/Externo</td> <td colspan="4">Diseño de la estrategia (grupo de trabajo)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Grabación podcast</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Plazo de ejecución desde la reunión</td> </tr> <tr> <td>Mensual</td> <td>Bimensual</td> <td>Trimestral</td> <td colspan="2"><b>Semestral</b></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Periodicidad de la medición</td> </tr> <tr> <td>Mensual</td> <td>Trimestral</td> <td><b>Semestral</b></td> <td colspan="2">Anual</td> </tr> </tbody> </table>	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN				Interno/Externo	Diseño de la estrategia (grupo de trabajo)				Grabación podcast				Plazo de ejecución desde la reunión					Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>		Periodicidad de la medición					Mensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	Anual	
	TIPO	ELEMENTOS QUE SE VALORARÁN																																	
	Interno/Externo	Diseño de la estrategia (grupo de trabajo)																																	
		Grabación podcast																																	
	Plazo de ejecución desde la reunión																																		
	Mensual	Bimensual	Trimestral	<b>Semestral</b>																															
Periodicidad de la medición																																			
Mensual	Trimestral	<b>Semestral</b>	Anual																																

## ANEXO II: PANEL DE INDICADORES

### LINEA DE ACCIÓN: LIDERAZGO

NOMBRE	Organización.
DESCRIPCIÓN	La unidad de hospitalización a domicilio dispone de un organigrama aprobado, vigente, publicado y conocido por todos los trabajadores. Están documentadas las funciones, competencias y responsabilidades de los profesionales.
FUENTE DE DATOS	Auditoría documental.

### LINEA DE ACCIÓN: LIDERAZGO

NOMBRE	Necesidades y expectativas de las partes interesadas.
DESCRIPCIÓN	Las unidades de hospitalización a domicilio identifican y documentan los grupos de interés y desarrollan sistemas para conocer sus necesidades y expectativas.
FUENTE DE DATOS	Auditoría documental.

### LINEA DE ACCIÓN: LIDERAZGO

NOMBRE	Memoria de actividad.
DESCRIPCIÓN	La unidad de hospitalización a domicilio elabora una memoria de actividad con periodicidad anual.
FUENTE DE DATOS	Auditoría documental.

### LINEA DE ACCIÓN: ESTRATEGIA

NOMBRE	Objetivos de calidad.
DESCRIPCIÓN	La planificación de objetivos y acciones de mejora de los procesos clave de la unidad de hospitalización a domicilio están aprobados formalmente por la dirección y recogida en los acuerdos de gestión de la unidad.
FUENTE DE DATOS	Auditoría documental.

### LINEA DE ACCIÓN: ESTRATEGIA

NOMBRE	Cuadro de mando de HADO.
DESCRIPCIÓN	La unidad de hospitalización a domicilio dispone de un cuadro de mando de indicadores que permite el seguimiento de la actividad, recursos y calidad asistencial.
FUENTE DE DATOS	Atenea-HADO.

**LINEA DE ACCIÓN: PERSONAS**

NOMBRE	Formación de los trabajadores de HADO.
DESCRIPCIÓN	La unidad de hospitalización a domicilio identifica y clasifica el conocimiento y las competencias de sus trabajadores a partir de los cuales desarrolla un plan de formación anual, aprobado por el coordinador de la unidad, y evalúa la efectividad de las acciones formativas impartidas.
FUENTE DE DATOS	Auditoría documental y de registros.

**LINEA DE ACCIÓN: ALIANZAS Y RECURSOS**

NOME	Mantenimiento preventivo/correctivo.
DESCRIPCIÓN	La unidad de hospitalización a domicilio dispone de un plan de mantenimiento, preventivo y correctivo de equipamientos.
FONTE DE DATOS	Auditoría documental y de registros.

**LINEA DE ACCIÓN: ALIANZAS Y RECURSOS**

NOMBRE	Caducidad de la medicación/material fungible.
DESCRIPCIÓN	La unidad de hospitalización a domicilio dispone de un procedimiento para la revisión de la conservación y caducidades de la medicación y material fungible.
FUENTE DE DATOS	Auditoría documental y de registros.

**LINEA DE ACCIÓN: PROCESOS**

NOMBRE	Mapa de procesos.
DESCRIPCIÓN	Las unidades de hospitalización a domicilio disponen de un mapa de procesos documentado, diferenciando los procesos clave, estratégicos y de apoyo.
FUENTE DE DATOS	Auditoría documental y de registros.

**LINEA DE ACCIÓN: PROCESOS**

NOMBRE	Procedimientos operativos.
DESCRIPCIÓN	La unidad de hospitalización a domicilio sistematiza, documenta e implanta los procedimientos asistenciales de las patologías más prevalentes que ingresan en la unidad.
FUENTE DE DATOS	Auditoría documental y de registros.

**LINEA DE ACCIÓN: PACIENTES Y CIUDADANOS**

NOMBRE	Satisfacción del paciente.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes de HADO encuestados, que se muestran satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de pacientes de HADO satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida}}{\text{Número de pacientes encuestados}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Encuestas de satisfacción.

**LINEA DE ACCIÓN: PACIENTES Y CIUDADANOS**

NOMBRE	Participación del paciente/ ciudadano.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de quejas, reclamaciones y agradecimientos por la atención prestada a pacientes atendidos en HADO dentro del período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de quejas y reclamaciones pola atención prestada a pacientes de HADO}}{\text{Número de pacientes atendidos}} \times 100$ $\frac{\text{Número de agradecimientos por la atención prestada a pacientes de HADO}}{\text{Número de pacientes atendidos}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Servicio on-line de reclamaciones y sugerencias (Queres).

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS EN LAS PERSONAS**

NOMBRE	Satisfacción de los profesionales de HADO.
DESCRIPCIÓN	La unidad de HADO realiza una encuesta de satisfacción periódica a sus trabajadores. Contabiliza el porcentaje de profesionales de HADO satisfechos o muy satisfechos, dentro do período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de profesionales de la unidad de hospitalización a domicilio satisfechos o muy satisfechos}}{\text{Número total de encuestas respondidas}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Encuestas de clima laboral dirigidas a los profesionales de las unidades de hospitalización a domicilio.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS EN LAS PERSONAS**

NOMBRE	Participación en la mejora.
DESCRIPCIÓN	La organización mide la participación de sus trabajadores en equipos de mejora: porcentaje de trabajadores de las unidades de HADO que participan en los equipos de mejora en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de trabajadores de las unidades de hospitalización a domicilio que participan en equipos de mejora}}{\text{Número total de profesionales de las unidades de hospitalización a domicilio}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Documentación y registros de la unidad de hospitalización a domicilio, unidad con competencias en materia de calidad y recursos humanos del Área Sanitaria.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**

NOMBRE	Formación de pacientes /ciudadanía.
DESCRIPCIÓN	Contabiliza las actividades informativas o formativas realizadas, dirigidas a pacientes, familiares y cuidadores de HADO, dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	Documentación y registros de la unidad de hospitalización a domicilio.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS EN LA SOCIEDAD**

NOMBRE	Innovación e investigación.
DESCRIPCIÓN	Número de publicaciones científicas de los profesionales de la unidad de HADO incluidas en RUNA, dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	Registros de la unidad de hospitalización a domicilio y RUNA.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Solicitudes de ingreso.
DESCRIPCIÓN	Número de solicitudes de ingreso en HADO dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	Base de datos de TELEA.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Valoraciones de la propuesta de ingreso.
DESCRIPCIÓN	Número de valoraciones de la propuesta de ingreso en HADO dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	Base de datos de TELEA / SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Tiempo medio de respuesta a la solicitud de ingreso.
DESCRIPCIÓN	Número de días transcurridos desde la fecha de la solicitud de ingreso en HADO hasta la fecha de respuesta, de las respuestas emitidas dentro del período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de días transcurridos desde la solicitud de ingreso en HADO hasta la respuesta emitida}}{\text{Número de respuestas emitidas}}$
FUENTE DE DATOS	Base de datos de TELEA.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Ingresos totales.
DESCRIPCIÓN	Número de ingresos en HADO dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Pacientes ingresados.
DESCRIPCIÓN	Número de pacientes ingresados en HADO en la fecha de remate del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Interconsultas.
DESCRIPCIÓN	Número de interconsultas resueltas por HADO dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS / Base de datos de XPE.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOME	Tiempo medio de respuesta a la interconsulta.
DESCRIPCIÓN	Número de días transcurridos desde la fecha da solicitud de la interconsulta a HADO hasta la fecha de respuesta, de las respuestas emitidas dentro del período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de días transcurridos desde la solicitud de interconsulta a HADO hasta la respuesta emitida}}{\text{Número de respuestas emitidas}}$
FONTE DE DATOS	SIAC-HOS / Base de datos de XPE.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Atención compartida.
DESCRIPCIÓN	Número de pacientes incluidos en el modelo asistencial de atención compartida dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	Base de datos de XPE / SIAC.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Visitas totales.
DESCRIPCIÓN	Número de visitas de HADO dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Visitas médicas.
DESCRIPCIÓN	Número de visitas médicas de HADO dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Visitas de enfermería.
DESCRIPCIÓN	Número de visitas de enfermería de HADO dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Visitas conjuntas.
DESCRIPCIÓN	Número de visitas conjuntas (médico y enfermería) de HADO dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Actividades.
DESCRIPCIÓN	Número y tipo de actividades CAPNOR de HADO dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Consultas presenciales.
DESCRIPCIÓN	Número de consultas presenciales realizadas dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Consultas telefónicas.
DESCRIPCIÓN	Número de consultas telefónicas realizadas dentro del período de estudio.
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Estancia media de las altas.
DESCRIPCIÓN	Número de días transcurridos desde la fecha de ingreso hasta a fecha de alta, de los episodios de alta de HADO dentro del período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de estancias de las altas en HADO}}{\text{Número de episodios de alta en HADO}}$
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Porcentaje de ocupación.
DESCRIPCIÓN	Número de estancias de los episodios ingresados en HADO y de los episodios de alta en HADO, por cada 100 estancias teóricas posibles dentro del período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de estancias de episodios ingresados en HADO} + \text{Número de estancias de las altas de HADO}}{\text{Número de camas de HADO} \times \text{Días naturales}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Porcentaje de altas con procedimientos o técnicas.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de altas de HADO en las que se realizó algún procedimiento o técnica, dentro del período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de altas de HADO en las que se realiza algún procedimiento o técnica}}{\text{Número de altas totales de HADO}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: RESULTADOS CLAVE**

NOMBRE	Visitas de duelo.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de altas de HADO con visita de duelo, del total de altas por éxitus, dentro del período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de altas de HADO con visita de duelo}}{\text{Número de altas de HADO con motivo de salida éxitus}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

**LINEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Incidentes relacionados con la seguridad del paciente en SINASP.
DESCRIPCIÓN	Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente, notificados en SINASP en los que se identifica la unidad de hospitalización a domicilio como área principal donde ocurren los incidentes.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de incidentes notificados en SINASP en los que se identifica la unidad de hospitalización a domicilio como área principal donde ocurren los hechos}}{\text{Número total de incidentes notificados en SINASP en los que se identifica la unidad de hospitalización a domicilio como área principal donde ocurren los hechos}}$
FUENTE DE DATOS	Gestores SINASP de cada hospital y/o Subdirección de Calidad del Área Sanitaria.

**LINEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Formación en gestión de riesgos clínicos.
DESCRIPCIÓN	Cuantificación de sesiones clínicas realizadas para aprender de los incidentes de seguridad del paciente identificados. Objetivo: $\geq 1$ trimestral.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de sesiones clínicas para aprender de los incidentes de seguridad del paciente identificados}}{\text{Número total de sesiones clínicas para aprender de los incidentes de seguridad del paciente identificados}}$
FUENTE DE DATOS	Registros documentales de las sesiones de la unidad de HADO. Auditoría documental de verificación.

**LINEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Acogida del paciente ingresado en HADO.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes a los que se entregó el manual de acogida del paciente al ingreso en la unidad de hospitalización a domicilio, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO a los que se entrega manual de acogida}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Registros Unidad Hospitalización a Domicilio.

**LINEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Valoración del riesgo de úlceras por presión en HADO.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con valoración de riesgo de úlceras por presión (UPP), en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con valoración del riesgo de UPP}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

**LINEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Plan de cuidados en pacientes con riesgo de úlceras por presión.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con riesgo de UPP y aplicación de un plan de cuidados, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con riesgo UPP y aplicación de plan de cuidados}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con riesgo UPP}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

**LINEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Incidencia acumulada de úlceras por presión en HADO.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes que desarrollan UPP nuevas durante su ingreso en la unidad de hospitalización a domicilio, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO que desarrollan nuevas UPP intraunidad (\geq 48 h ingreso)}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO (\geq 48 h ingreso)}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

**LINEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Pacientes en HADO con valoración del riesgo de caída.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con valoración del riesgo de caída, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con valoración del riesgo de caída}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

**LÍNEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Plan de cuidados en pacientes en HADO con riesgo de caída.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de pacientes con riesgo de caídas y aplicación de un plan de cuidados, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con riesgo caída y aplicación de plan de cuidados}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con riesgo de caída}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

**LÍNEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Incidencia acumulada de caídas de pacientes en HADO.
DESCRIPCIÓN	Pacientes/caídas durante el ingreso en la unidad de hospitalización a domicilio, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO que sufren caídas } (\geq 48 \text{ h ingreso})}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO } (\geq 48 \text{ h ingreso})}$
FUENTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

**LÍNEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Valoración del dolor en pacientes en HADO.
DESCRIPCIÓN	Valoración del dolor como 5ª constante en las primeras 24 horas después del ingreso en HADO, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con valoración de dolor en la gráfica de constantes en las primeras 24 horas del ingreso}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

**LÍNEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Valoración del riesgo de trombosis venosa profunda.
DESCRIPCIÓN	Valoración del riesgo de trombosis venosa profunda (TVP), en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO con valoración del riesgo de TVP}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Historia clínica electrónica.

**LÍNEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Pacientes con bacterias multirresistentes en HADO.
DESCRIPCIÓN	Bacterias multirresistentes (BMR) ( $\geq 48$ horas ingreso infección + contaminación), en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO } (\geq 48 \text{ h}) \text{ con BMR (infección + colonización)}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO } (\geq 48 \text{ h})} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Servicio Microbiología/Medicina preventiva/S.G. de Evaluación Asistencial y Garantías.

**LÍNEA DE ACCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

NOMBRE	Reacciones transfusionales en HADO.
DESCRIPCIÓN	Reacciones transfusionales, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO transfundidos que sufren reacciones transfusionales}}{\text{Número total de pacientes ingresados en HADO transfundidos}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Registro de hemovigilancia.

**LÍNEA DE ACCIÓN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

NOMBRE	Historia clínica en movilidad.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de profesionales de HADO con acceso a la historia clínica en movilidad (HCEMOV) en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de profesionales de los equipos de HADO que figuran como usuarios de HCEMOV}}{\text{Número total de profesionales de HADO}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Base de datos de HCPRO.

**LÍNEA DE ACCIÓN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

NOMBRE	Utilización de las herramientas electrónicas I.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de ingresos realizados en HADO utilizando las diferentes herramientas electrónicas, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de ingresos realizados por HADO directamente desde los soportes electrónicos}}{\text{Número total de ingresos en HADO}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Base de datos de TELEA.

**LÍNEA DE ACCIÓN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

NOMBRE	Utilización de las herramientas electrónicas II.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de interconsultas realizadas a través del gestor de peticiones electrónico, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de interconsultas realizadas por HADO a través del gestor de peticiones electrónico}}{\text{Número total de interconsultas}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Base de datos de XPE.

**LÍNEA DE ACCIÓN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

NOMBRE	Utilización de las herramientas electrónicas III.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de solicitudes de atención compartida realizadas a través del gestor de peticiones electrónico, en el período de estudio.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de solicitudes de atención compartida a través del gestor de peticiones electrónico}}{\text{Número total de solicitudes de atención compartida}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	Base de datos de XPE.

**LINEA DE ACCIÓN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

NOMBRE	Codificación.
DESCRIPCIÓN	Porcentaje de codificación CIE-10 ES anual en HADO.
FÓRMULA	$\frac{\text{Número de altas de hospitalización a domicilio codificadas}}{\text{Número total de altas de hospitalización a domicilio en el período}} \times 100$
FUENTE DE DATOS	SIAC-HOS.

## ANEXO III: DOTACIÓN ECONÓMICA DEL PLAN

### Recursos humanos

En las siguientes tablas se describe el presupuesto necesario para conseguir la cobertura de la población de referencia de las áreas sanitarias del Servicio Gallego de Salud, en cualquiera de las modalidades asistenciales de HADO, así como su ampliación a los 365 días del año.

TABLA 1: PRESUPUESTO PARA LA DOTACIÓN DE 15 NUEVOS EQUIPOS DE HADO. (un equipo está constituido por un profesional médico y dos de enfermería).				
AÑO	NUEVOS EQUIPOS	DOTACIÓN RECURSOS HUMANOS		TOTAL PRESUPUESTO
		Personal médico	Personal enfermería	
2019	1	1	2	67.309 €
2020	5	5	10	673.092 €
2021	5	5	10	673.092 €
2022	2	2	4	269.237 €
2023	2	2	4	269.237 €
<b>TOTAL PERÍODO</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>1.951.966 €</b>

TABLA 2: PRESUPUESTO PARA LA AMPLIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE HADO A LOS 365 DÍAS.	
Ampliación de la atención horaria	PRESUPUESTO
Guardias médicas localizadas y turnos del personal de enfermería	<b>426.918 €</b>

TABLA 3: PRESUPUESTO TOTAL DE RECURSOS HUMANOS. Dotación de 15 nuevos equipos de HADO y ampliación de la atención a los 365 días del año.					
AÑO	2019	2020	2021	2022	2023
PRESUPUESTO	122.036 €	1.045.283 €	673.092 €	269.237 €	269.237 €
<b>TOTAL PRESUPUESTO: 2.378.885 €</b>					

## Recursos materiales

El presupuesto estimado para la dotación del equipamiento sanitario de los 15 nuevos equipos de HADO es de 45.000 euros (electrocardiógrafo portátil, pulsioxímetro, tensiómetro, fonendoscopio, etc.).

Además, se estima un coste para el alquiler de los vehículos de 6.000 euros al año por vehículo. Las estaciones de recarga con paneles fotovoltaicos se financiarán, con el apoyo del Instituto energético de Galicia, con fondos europeos de eficiencia energética.

En las siguientes tablas se detallan los presupuestos estimados para la dotación del equipamiento sanitario y vehículos de los 15 nuevos equipos de HADO.

**TABLA 4: PRESUPUESTO NECESARIO PARA LA DOTACIÓN DE EQUIPAMIENTO DE LOS NUEVOS EQUIPOS DE HADO.**

ANO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL PERÍODO
NÚMERO DE EQUIPOS	1	5	5	2	2	15
PRESUPUESTO	3.000 €	15.000 €	15.000 €	6.000 €	6.000 €	45.000 €

**TABLA 5: PRESUPUESTO NECESARIO PARA EL ALQUILER DE VEHÍCULOS PARA LOS NUEVOS EQUIPOS DE HADO.**

ANO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL PERÍODO
NÚMERO DE EQUIPOS	1	5	5	2	2	15
PRESUPUESTO	6.000 €	30.000 €	30.000 €	12.000 €	12.000 €	90.000 €

**TABLA 6: PRESUPUESTO TOTAL DE LOS RECURSOS MATERIALES.**

Equipamiento sanitario y vehículos para los nuevos equipos de HADO.

AÑO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL PERÍODO
NÚMERO DE EQUIPOS	1	5	5	2	2	15
PRESUPUESTO	9.000 €	45.000 €	45.000 €	18.000 €	18.000 €	135.000 €

## Presupuesto total

En la siguiente tabla se detalla el presupuesto total del plan de necesidades (recursos humanos y materiales) para la dotación de 15 nuevos equipos de HADO y ampliación de la atención a los 365 días del año.

TABLA 7: PRESUPUESTO TOTAL DEL PLAN DE NECESIDADES: RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.						
AÑO	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL PERÍODO
NÚMERO DE EQUIPOS	1	5	5	2	2	15
PRESUPUESTO	131.036 €	1.090.283 €	718.092 €	287.237 €	287.237 €	2.513.885 €





