



Soluciones en busca de problema y problemas en busca de solución

Sr. Director:

La carta de Millet et al, a propósito de nuestro trabajo¹, contiene varias líneas argumentales de interés. La primera se refiere al papel de la hospitalización a domicilio (la *solución*) en la reducción de estancias quirúrgicas inadecuadas (el *problema*). Compartimos la importancia de la hospitalización a domicilio para reducir las tasas de inadecuación hospitalaria, pero desde la perspectiva de la gestión de las unidades quirúrgicas quizá fuera mejor desarrollar el argumento en la dirección opuesta, es decir, desde las causas a los problemas. Las estancias inadecuadas pueden estar causadas por diversos *problemas*: estancias preoperatorias innecesarias, esperas internas para realizar pruebas o recibir sus resultados (a veces pruebas cuyos resultados no cambiarán la decisión de alta), preferir dar altas a pacientes muy estables (aunque esto no implique mejores resultados clínicos e incluso pueda conllevar riesgos nosocomiales), la simple ausen-

cia de un sistema de valoración de las altas posibles y, aunque raramente en los estudios españoles, la falta de apoyo familiar o la ausencia de instituciones o unidades de cuidados alternativos a la hospitalización convencional (esta última requiere que el médico hospitalario intente dar el alta, y no basta con que el paciente sea susceptible de cuidados alternativos).

Cada uno de estos *problemas* podría tener una o más *soluciones* posibles: programar mejor los ingresos y los estudios preoperatorios, mejorar los flujos internos de peticiones de pruebas, citas desde los servicios centrales y envío de resultados, valorar sistemáticamente las altas, hoteles de pacientes, recurso a trabajadores sociales, etc. Incluso en muchas ocasiones se puede evitar el ingreso completo (cirugía mayor ambulatoria, unidades externas de realización de pruebas invasivas y otras). En los casos en que el paciente tenga un grado de necesidad de atención que no requiera hospitalización pero sea demasiado complejo para la atención primaria, la hospitalización a domicilio es una *solución* que se afianza cada vez más en el Sistema Nacional de Salud. En todo caso, lo usual es que un servicio concreto tenga varios *problemas* y, en consecuencia, requiera un abordaje mixto con una combinación de *soluciones*. Es probable que la hospitalización a domicilio forme parte de la mayoría de las combinaciones, pero analizar los problemas de un servicio y un hospital concretos y buscar las soluciones adecuadas parece mejor guía que salir desde la solución a enfrentar el problema, incluso aunque la solución sea tan potente –y flexible– como la hospitalización a domicilio.

Adicionalmente, la valoración del papel de la hospitalización a domicilio en las estancias inadecuadas identificadas usando el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) es muy problemática y, probablemente, no idónea. El AEP se ha mostrado útil para determinar el porcentaje de estancias en hospitales de agudos que no requieren cuidados de este nivel, pero este instrumento no fue diseñado para valorar cuál es el nivel de cuidados que debería atender a los pacientes. Sirvan de ejemplo los trabajos que han usado el AEP en hospitalización a domicilio que han mostrado porcentajes de inadecuación extraordinariamente elevados (el 62 y el 95%)^{2,3}, pero

que no son informativos, ya que en realidad estos trabajos indican que las estancias en domicilio hubieran sido inadecuadas de haberse realizado en el hospital, pero no que lo sean en la propia hospitalización a domicilio, un nivel de atención sustancialmente distinto.

Es probable que la hospitalización domiciliar sea todavía un nivel excesivo (“inadecuado”) para muchos pacientes que el AEP identifica como “inadecuados” en el hospital pero que podrían ser atendidos directamente por la atención primaria. La solución en este caso no es la hospitalización a domicilio, sino la coordinación de cuidados con el primer nivel asistencial. También es posible, como apuntaban muy perspicazmente los autores de la carta, que la hospitalización a domicilio pueda atender de modo excelente a muchos pacientes que el AEP identifica como “adecuados”. En este caso, la solución pasa por la coordinación entre hospitalización a domicilio y unidades hospitalarias, y el problema sería haber utilizado un instrumento “inadecuado” para valorar quién debe estar en el hospital y quién en el domicilio. Buscar los instrumentos idóneos para esta coordinación entre unidades hospitalarias y hospitalización a domicilio es importante (los criterios de ingreso que utilizan muchas unidades de hospitalización a domicilio son una buena base para esta finalidad) pero, como decían Millet et al, esta búsqueda forma parte de otra historia.

Pedro Antón^a, Salvador Peiró^a y Jesús M. Aranaz^b

^aFundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. España.

^bDepartamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. España.

Bibliografía

1. Antón P, Peiró S, Aranaz JM, et al. Uso inadecuado de la hospitalización en cirugía general. Magnitud, factores asociados y causas. Cir Esp. 2005;78:183-91.
2. García Arcal C, Locutura Rupérez J. Evaluación de la pertinencia de las estancias en hospitalización a domicilio. III Jornadas sobre optimización en los servicios sanitarios. Barcelona, 1988.
3. Oterino de la Fuente D, Peiró S, Ridao M, et al. La hospitalización domiciliaria. Una posible estrategia para reducir la hospitalización inadecuada. Rev Calidad Asistencial. 1998;13:204-10.