

# Las personas mayores y la utilización de los servicios sanitarios: análisis de la Hospitalización Domiciliaria en cuanto alternativa asistencial\*

Rosângela Minardi Mitre  
Cotta<sup>1,2,3</sup>

María M. Morales Suárez-  
Varela<sup>1,2,4</sup>

José Sette Cotta Filho<sup>2</sup>

Agustín Llopis González<sup>2,5</sup>

Enrique Ramon Real<sup>6</sup>

Jose A. Dias Ricós<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Investigación  
Clínico-Epidemiológica del  
Hospital Universitario  
Dr. Peset. Valencia

<sup>2</sup>Departamento de Medicina  
Preventiva y Salud Pública.  
Universidad de Valencia

<sup>3</sup>Departamento de Nutrição e  
Saúde. Universidade Federal  
de Viçosa. Brasil

<sup>4</sup>European Union (EU).  
Development of Coordinated  
Research on Prevention Care  
and Health Systems

<sup>5</sup>Coordinador de la Unidad  
de Salud Pública, Higiene y  
Sanidad Ambiental.  
Facultad de Farmacia.

Univ. de Valencia  
<sup>6</sup>Unidad de Hospitalización a  
Domicilio.  
Hospital Universitario Dr.  
Peset. Valencia

Correspondencia:  
Prof<sup>a</sup>. Rosângela Minardi  
Mitre Cotta  
Universidad de Valencia.  
Facultad de Farmacia  
Departamento de Medicina  
Preventiva y Salud Pública  
Unidad de Salud pública.  
Higiene y Sanidad  
Ambiental  
Av. Vicent Andrés  
Estellés, s/n  
46100 Burjassot (Valencia)  
E-mail:  
rosangelaminardi@hotmail.com

## Resumen

**Fundamentos:** El envejecimiento de la población está planteando nuevas situaciones y retos a los servicios sanitarios. El objeto del presente trabajo es describir el perfil de los pacientes asistidos en el programa de HD a la vez que se analiza la HD en cuanto alternativa sanitaria, teniendo como referencia las justificaciones tradicionalmente utilizadas para su implantación.

**Pacientes y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de pacientes asistidos en HD del Hospital Universitario Dr. Peset en el periodo de abril a diciembre de 1999 (799 pacientes). Las variables del estudio están divididas en cuanto a variables personales, clínicas y relacionadas con el desempeño del servicio.

**Resultados:** El perfil de los pacientes del estudio corresponde al de ancianos (media de edad de 73 años), pluripatológicos crónicos, con patologías múltiples asociadas y con discreto predominio de mujeres. Las principales puertas de entrada en HD son los servicios hospitalarios (75%) y los principales destinos de los pacientes al alta son la atención primaria (62%) y las muertes (13%). La estancia media en HD (8 días) es menor que en HT (10,6 días). El análisis del coste por estancia nos informa de que la HD es una alternativa asistencial más barata que la HT.

**Conclusiones:** Para la población anciana con pluripatologías crónicas-degenerativas la HD ha demostrado ser una herramienta eficiente. Se ha constatado la existencia de un importante problema de comunicación entre la atención primaria y el hospital que obviamente se proyecta hacia la calidad y efectividad de la asistencia. Se destaca la necesidad de crear y/o potenciar los canales y mecanismos de comunicación que garanticen la continuidad del proceso asistencial.

**Palabras Clave:** Hospitalización domiciliaria. Envejecimiento. Enfermedades crónicas-degenerativas. Coordinación y integración.

## Summary

**Background:** The aging of the population is giving rise to new situations and challenges or health care. The present

study describes the profile of patients treated in the context of Domiciliary Hospitalization (DH), and analyzes the latter as a health care alternative, taking as reference the justifications traditionally used for implementing DH.

**Patients and method:** Design: a retrospective descriptive study of a series of patients treated in the DH context of Dr. Peset University Hospital (Valencia, Spain) in the period between April and December 1999 (799 patients). The study variables were divided into personal, clinical and service-related parameters.

**Results:** The patient profile corresponded to elderly subjects (mean age 73 years) with multiple chronic disorders and associated pathologies, with a discrete female predominance. The main accesses to DH were the hospital services (75%), while the main patient destinations at discharge were primary care (62%) and death (13%). The mean stay in DH (8 days) was shorter than in traditional hospitalization (TH)(10.6 days). The cost per stay analysis showed DH to be a less expensive option than TH.

**Conclusions:** For the elderly population with multiple chronic-degenerative disorders, DH has been shown to be an efficient option. However, an important communication problem has been identified between the primary care and hospital settings, with obvious repercussions upon health care quality and effectiveness. Attention is drawn to the need for creating and/or reinforcing the communication channels mechanisms which guarantee continuity of the health care process.

**Key words:** Domiciliary hospitalization. Aging. Chronic-degenerative diseases. Coordination and integration.

## Introducción

Uno de los hechos más significativos de la sociedad actual y que seguramente adquirirá mayores dimensiones a lo largo de los próximos años es el creciente envejecimiento de la población y sus importantes consecuencias sobre el sistema socio-sanitario<sup>1-3</sup>.

\*El contenido de este artículo se basa en investigaciones que fueron financiadas por el Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Brasil (Beca nº 201178/97-4) y forma parte de un esfuerzo conjunto entre equipos de investigadores de Brasil y España dirigido a explorar gestiones innovadoras en sistemas sanitarios.

Los retos sanitarios crecen a medida que también lo hace la población de tercera edad, ya que los ancianos son el grupo de población que hace más uso del sistema sanitario. En ese sentido, la frecuencia de utilización médica es 1,5 veces superior a la media poblacional mientras que la utilización hospitalaria es hasta dos veces superior a la media de la población<sup>1</sup>. En España, hace diez años, una de cada tres camas existentes en los hospitales eran ocupadas por personas mayores de 65 años. Hoy la ocupación en el conjunto de los centros sanitarios es de una de cada dos camas. Este mismo grupo de pacientes absorbe un 44% del gasto sanitario<sup>4-5</sup>. Esta situación, además de los problemas sociales, políticos y económicos que acarrea, conlleva una especial complejidad para los servicios sanitarios por su asociación con el aumento de la demanda y consumo de los mismos, debido al incremento de patologías crónicas y de carácter degenerativo, pluripatologías y discapacidades<sup>6,7</sup>. En general, el envejecimiento de la población implica en costes elevados para el sistema de salud.

Asimismo, la presencia de enfermedad crónica y su gravedad son importantes factores de riesgo de ingreso. En muchos estudios se ha destacado que la tasa de ingresos hospitalarios de las personas mayores de 65 años duplica la de la población general y llega a triplicarse cuando se refiere al colectivo de personas de más de 80 años. Igualmente, se ha observado una estancia media superior y un mayor número de reingresos en las personas mayores<sup>8-11</sup>.

En ese contexto, dada la trascendencia de la atención sanitaria a las personas mayores y su consecuente impacto en la distribución y consumo de los recursos, nos encontramos ante un sistema que se enfrenta continuamente al desafío de reorganizar los sistemas y servicios de salud, intentando responder de la forma más adecuada a la demanda de salud de este grupo poblacional y coordinarse con las diferentes instituciones de tal manera que pueda integrar las actividades sanitarias y sociales, evitando siempre que sea posible la institucionalización de estos enfermos.

El envejecimiento de la población está planteando nuevas situaciones y retos a las sociedades de los países desarrollados y en desarrollo. Se acepta que el cuidado a domicilio de los ancianos oferta distintas ventajas respecto a la institucionalización, dando lugar también a un descenso de las necesidades de hospitalización e institucionalización<sup>1,9,12,13</sup>. De ahí que se haya desarrollado en muchos países diferentes programas y alternativas domiciliarias encaminadas a mejorar la situación sanitaria y auxiliar en el proceso de establecimientos de prioridades<sup>7</sup>. Las

modalidades existentes de atención domiciliaria son variadas y cada país o región se ha organizado tanto en función de la estructura de su sistema sanitario y social, como de las fuentes de financiación del mismo<sup>1,12-14</sup>. De entre estas modalidades se destaca la hospitalización domiciliaria (HD).

Desde su inicio (en 1947 se crea en Estados Unidos la primera Unidad del "Home Care")<sup>14-16</sup> los principales motivos utilizados para justificar la creación de unidades de HD destacados en la literatura<sup>17-20</sup> son una mayor efectividad de la asistencia y una reducción de los costes.

Desde el punto de vista de la efectividad, a la HD se le ha atribuido, por un lado, la ventaja de efectuarse en un "mejor lugar terapéutico", manteniendo al paciente en su entorno familiar a la vez que se proporciona una atención integral y más humanizada. También disminuye los riesgos y yatrogenias inherentes a la hospitalización, y adquiriendo mayor importancia en individuos de mayor edad. Por otro lado, debido a la peculiaridad del lugar terapéutico donde se realiza (domicilio-comunidad), puede realizar la labor de "puente" entre los dos principales niveles sanitarios (hospital y atención primaria), actuando como agente facilitador para que disminuya el aislamiento y la falta de comunicación entre atención primaria y hospital y pudiendo favorecer también la coordinación entre los distintos niveles sanitarios.

Desde el punto de vista de los costes se ha señalado un coste por estancia menor en HD que en hospitalización tradicional (HT). Asimismo, la HD permitiría un mejor aprovechamiento de los recursos hospitalarios al reducir la ocupación de camas, acortando o evitando estancias y permitiendo así la reorganización asistencial de determinados servicios hospitalarios junto a una disminución de las visitas a urgencias<sup>16,21,22</sup>.

Desde este enfoque el presente trabajo tiene como objetivos, describir el perfil de los pacientes asistidos en el programa de HD en función de sus características demográficas y epidemiológicas, a la vez que se analiza la HD en cuanto alternativa sanitaria teniendo como referencia las justificaciones tradicionalmente utilizadas para su implantación.

## Pacientes y Métodos

### Pacientes

La población de referencia del estudio corresponde a todos los pacientes incluidos en el programa de

HD del Hospital Universitario Dr. Peset, entre abril y diciembre de 1999 (ambos inclusive). Durante el período de estudio un total de 799 pacientes han ingresado en el servicio de HD y se ha analizado los datos de todos los pacientes. El hospital Universitario Dr. Peset es el hospital de referencia para la población del área de salud nº 9 de la Comunidad Valenciana<sup>23,24</sup>. El área de salud nº 9 cuenta con una población de 321.361 habitantes y la parcela de la población con edad mayor o igual a 60 años representa el 18,7%. Los que tienen 65 años o más son un 13,4% de la población.

### **Diseño**

El diseño utilizado fue un estudio descriptivo retrospectivo. Se ha realizado un trabajo de campo durante el período de nueve meses de que consta el estudio y se ha acompañado al equipo del programa de HD en sus visitas domiciliarias a los pacientes ingresados en el programa. La recogida de datos coincide con el período del trabajo de campo y se tomaron al final de dicho período a partir del análisis de la base de datos registrados por el equipo del programa de HD en la hoja de registro de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario Dr. Peset.

### **VARIABLES del estudio**

Las variables del estudio que se determinaron están divididas en cuanto a variables personales (sexo, edad), variables clínicas (diagnóstico principal y diagnósticos secundarios) y variables relacionadas con el desempeño del servicio de HD en cuanto alternativa asistencial, en los aspectos relacionados con la accesibilidad la competencia y la conducción de la asistencia (puerta de entrada, destino de los pacientes, estancia media, media de visitas médicas y de enfermería realizadas y coste). Para el análisis de las variables cualitativas relacionadas con el desempeño del servicio de hospitalización domiciliaria se utilizó la metodología propuesta por la OPS/OMS<sup>25</sup>. De acuerdo con la OPS/OMS el desempeño de los sistemas y servicios de salud se puede evaluar a través de la accesibilidad: si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuados, de la competencia: si la atención prestada es apropiada para la clientela que asiste, y de la conducción: cómo se relacionan los diferentes servicios y niveles sanitarios entre sí en los aspectos de la coordinación, integración y continuidad de la asistencia.

### **Análisis estadísticos**

Se realizó un estudio descriptivo de las variables analizadas utilizando medidas de distribución, media y desviación estándar en las variables cuantitativas y frecuencia absoluta y relativa (porcentaje) en las variables cualitativas. La comparación de proporciones se realizó mediante prueba de  $\chi^2$ . Se consideraron significativas las diferencias con un valor  $P < 0,05$ . Para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS, versión 8.0. (Chicago, IL, Estados Unidos).

### **Resultados**

#### **Características de los Sujetos**

En cuanto la *distribución por sexos* de los pacientes no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ya que el 50,7% eran mujeres y el 49,3% varones ( $p < 0,05$ ). En la Figura 1 se presenta la distribución por grupos de edad y sexo de los pacientes ingresados en HD.

En cuanto a la *distribución de los pacientes por edad* la media de edad observada fue de 73,0 años (DE:  $\pm 14,6$ ), mediana de 76 y un rango de 19-100 años ( $p < 0,05$ ). Para las mujeres la edad media fue de 75,3 años (DE:  $\pm 13,4$ ) y para los varones de 70,2 años (DE:  $\pm 15,3$ ). Los mayores de 65 años suponen un total de 78,8% de los pacientes atendidos en HD. Los de edad superior a 75 años representan un 55,5% y los de edad superior a 85 años un 19,7%. Sólo un 21,2% del total de pacientes tienen menos de 65 años.

Entre los pacientes con menos de 65 años de edad se da un predominio de ingresos en HD de varones (13,8%) en relación a las mujeres (7,6%). En la medida que la edad avanza la situación va cambiando. Es decir, para los pacientes con edad comprendida entre los 65 a 74 años los ingresos de mujeres (11,8%) se igualan a los ingresos de varones (11,6%), pasándose a observar a partir de los 75 años un predominio de mujeres (31,4%) en relación a los varones (23,9%).

#### **VARIABLES Clínicas**

En la Figura 2 quedan reflejados los diagnósticos principales (CIE-9) que motivaron el ingreso en HD, destacándose las pluripatologías con uno 52,0%, cuya media de edad para ambos los sexos es de 70 años (DE:  $\pm 16,2$ ), seguidas de los tumores y

neoplasias con uno 28% y media de edad de 75 años (DE:  $\pm 10,3$ ), las enfermedades del aparato circulatorio con uno 18,8% y media de edad de 76 años (DE:  $\pm 13,3$ ), y las enfermedades del aparato respiratorio con uno 1,2% y media de edad de 74 años (DE:  $\pm 21,1$ ). Del total de pacientes, un 66,6% (526) presentaron por lo menos un diagnóstico secundario.

### Variables relacionadas con el desempeño del programa de HD

Conforme se muestra en la Figura 3 los servicios hospitalarios son las principales puertas de entrada en HD (75%), un 53,0% son encaminados por Unidad Médica de Corta Estancia (UMCE), un 20,0% proceden de la hospitalización tradicional (HT) y un 2,0% de los servicios de urgencias hospitalarias.

Para la variable de destino de los pacientes, como está reflejado en la Figura 4, los principales destinos de los pacientes tras el alta en HD son la atención primaria (62,0%) y muertes (13,0%).

La estancia media en HD fue de 8 días (DE:  $\pm 11,2$ ) y la media de visitas realizadas fue de 6,5 visitas (DE:  $\pm 9,8$ ) para el personal de enfermería y de 4,5 visitas (DE:  $\pm 6,2$ ) para el personal médico.

En cuanto al coste, los datos que disponemos para el análisis son los indicadores de gestión económicos del hospital para el año en estudio. De acuerdo con estos datos, el coste por estancia en HD es significativamente menor que el coste por estancia en HT en todas las especialidades médicas. Mientras que el coste por estancia en HD es de 79,39 euros el coste por estancia en HT, para la especialidad de Medicina Interna es de 384,91 euros. Para Oncología Médica es de 191,89 euros y para Cardiología es de 135,58 euros (especialidades médicas en las cuales se ha observado prevalencia de estancias en HD).

### Discusión

El paciente diana de nuestro estudio corresponde a ancianos (78,0%  $\geq 65$  años) con media de edad de 73 años, pluripatológicos, portadores de enfermedades crónicas y debilitantes, con patologías múltiples asociadas (un 66,6% presentaron diagnósticos secundarios), con frecuente presencia de síndromes geriátricos y con predominio de mujeres cuyo porcentaje se va haciendo más significativo proporcionalmente al aumento de la edad. No obstante, para

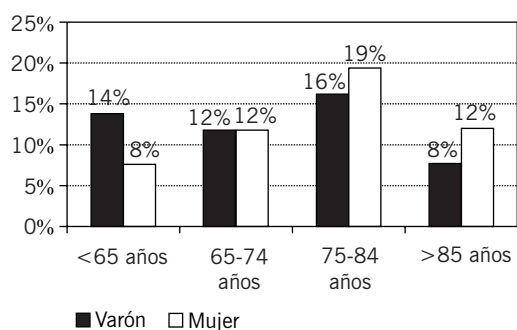


Figura 1. Distribución de los pacientes atendidos en el programa de Hospitalización Domiciliaria, por edad y sexo

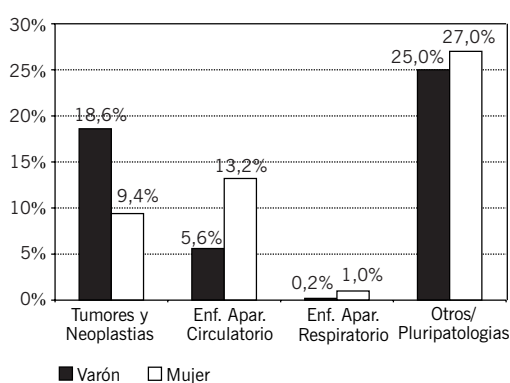


Figura 2. Distribución de frecuencia de diagnósticos principales por grupos de causas y por sexo

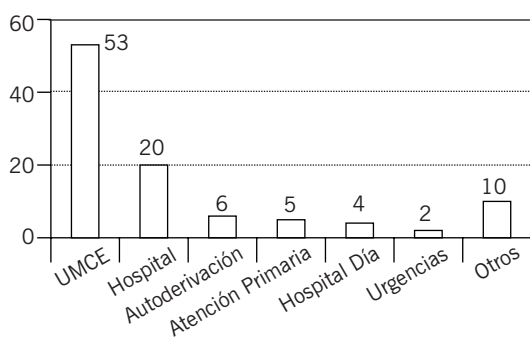


Figura 3. Puerta de entrada de los pacientes en Hospitalización Domiciliaria

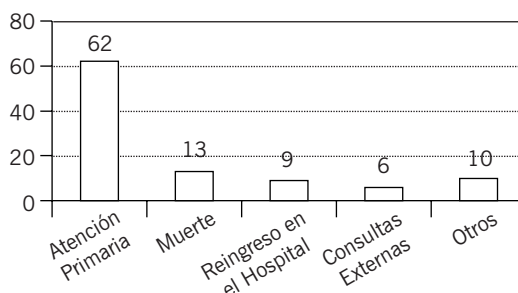


Figura 4. Destino de los pacientes tras el alta en Hospitalización Domiciliaria

el grupo de pacientes más jóvenes (<65 años), se ha observado un predominio de varones. Este perfil demográfico y epidemiológico de los pacientes aten-

didados en el programa de HD corresponde al perfil de manejo especialmente complejo, similar al descritos en otros estudios<sup>6,9</sup> y que en muchas situaciones sobrepasa los medios y recursos de los profesionales de atención primaria<sup>26</sup>. Son pacientes que cumplen con las características propias de la HD de transitoriedad, de complejidad y de intensidad de la asistencia. Para pacientes con este perfil de edad y de morbilidad la HD adquiere especial importancia y encuentra todo su significado, justificando su espacio en el ámbito domiciliario<sup>16,26</sup>.

Nuestros resultados corroboran la asociación entre la presencia de puripatologías y síndromes geriátricos en pacientes de edad más avanzada en cuanto importantes factores de riesgo de ingresos hospitalarios, establecida previamente en la literatura<sup>27,28,29</sup>. Estos tipos de pacientes requieren una asistencia a largo plazo y multidimensional (física, mental y socio-sanitaria) ya que son enfermos que no se curan en el sentido clásico de la palabra sino que estabilizan las exacerbaciones de sus patologías, recuperan sus capacidades funcionales y continúan su proceso a lo largo del tiempo. Son pacientes que seguramente se beneficiarían más del tratamiento estando en su entorno familiar y comunitario, lo que significaría una asistencia más humanizada y evitaría los efectos negativos que conlleva una hospitalización (yatrogénicos y hospitalismo), importantes retos en el área sanitaria<sup>28</sup>.

Está comprobado que la yatrogenia adquiere mayor importancia en los individuos de mayor edad, en los cuales tanto su incidencia como la intensidad de sus manifestaciones son más acentuadas<sup>29-31</sup>. En el *Harvard Medical Malpractice Study* se realizó una revisión de 30.000 historias clínicas de 51 hospitales de Nueva York donde se comprobó que los pacientes con más de 65 años de edad tuvieron una incidencia de yatrogenia dos veces mayor que en relación a pacientes con edad entre 16 a 44 años<sup>30</sup>. Desde esta perspectiva, y dado el elevado riesgo de reingresos de pacientes con el perfil como el de nuestro estudio, se destaca la importancia de los programas de HD al evitar, además de los efectos negativos de una hospitalización, desplazamientos dificultosos e innecesarios al hospital.

En cuanto a la variable accesibilidad<sup>25</sup> (si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuados) encontramos una estancia media de los pacientes en HD de 8 días, menor que la estancia media para pacientes con el perfil como el de nuestro estudio en HT de 10,6 días<sup>32</sup>. A su vez la media de visitas del personal de enfermería (6,5 visitas) y de los facultativos (4,5 visitas) nos informa sobre una intensidad de la asistencia. El número de

visitas realizadas puede ser un parámetro de especial interés, dado que los problemas que motivan la intervención en HD requieren una atención y monitoración más intensiva. Es decir, dado el perfil de edad y de morbilidad de la población diana de nuestro estudio, la HD constituyese en una alternativa asistencial adecuada tanto en cuanto al tiempo (intensidad), como en relación al lugar (transitoriedad) en que se produce.

Con relación a la variable de competencia<sup>25</sup> (si la atención prestada es apropiada para la clientela que asiste), como ya hemos destacado anteriormente nuestros resultados coinciden con los de otros autores que comprueban la adecuación de la HD para pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas y/o pluripatológicas, al permitir por un lado acortar la estancia hospitalaria en muchas situaciones y evitar ingresos y/o visitas al hospital y servicios de urgencia<sup>13,26,33</sup> y por otro disminuir los riesgos inherentes a una hospitalización<sup>29-31</sup>. Además, ofrece como ventaja añadida el hecho de que tanto el enfermo como su familia permanezcan más tiempo en su entorno habitual, redundando en una mejor calidad de vida para el grupo familiar.

Asimismo, en relación a la continuidad<sup>25</sup> (como se relacionan los diferentes servicios y niveles sanitarios entre sí), el análisis de la variables puerta de entrada en HD y destino de los pacientes tras el alta nos aporta datos interesantes sobre los aspectos de la coordinación, integración y conducción de la atención. Nuestros resultados nos informan que mientras la mayor parte de los pacientes tienen como puerta de entrada en HD los servicios hospitalarios (75,0%), la atención primaria (62,0%) es el principal destino de los pacientes tras el alta en HD.

En cualquier caso, nuestro estudio nos informa de una falta de comunicación entre los profesionales de los dos principales niveles de atención sanitaria, pudiendo inferirse por tanto que la HD funciona como una red paralela de servicios.

Pese a las características demográficas y de morbilidad de los pacientes de nuestro estudio, cuyas necesidades sanitarias impliquen que los diferentes servicios sanitarios estén conectados y comprometidos tanto secuencialmente como simultáneamente, a lo largo del tiempo y espacio, lo que se observa es justo el contrario. Nuestros resultados coinciden con los de algunos trabajos de la bibliografía que apuntan la falta de coordinación, integración y de continuidad asistencial como los principales retos pendientes en el ámbito sanitario<sup>12,13,34</sup>.

Sin embargo, dado que tanto la atención primaria como la HD tienen justificado su espacio en el ámbi-

to de la asistencia para pacientes geriátricos con cuadros de morbilidad como el de nuestro estudio y lo que se pretende es una mejora cualitativa y no sólo cuantitativa de la cobertura actual de este grupo poblacional, sería interesante establecer unas vías fluidas y formales de labores compartidas, que favorezcan la coordinación e integración entre el equipo de HD y atención primaria<sup>9,34</sup> (como el establecimiento de protocolos y guías de actuación conjuntos en cuanto instrumentos comunes que evalúen necesidades, vigilen los procesos y los cambios de estado del paciente).

Por último, respecto a los costes de la HD frente a la HT, de acuerdo con los indicadores de gestión económicos del Hospital Universitario Dr. Peset, al analizar el coste por estancia en HD y las diferentes especialidades médicas que ingresan pacientes en HT se ha observado que la HD es una alternativa asistencial mucho más barata que la HT. Asimismo, cuando comparamos los ingresos en HT y HD, observamos que para Medicina Interna la HT es 4,8 veces más cara, para la Oncología Médica es 2,4% más cara y para Cardiología es 1,7% más cara que la HD.

Muchos estudios ponen en controversia el aspecto de que la HD sea más barata que la HT y la institucionalización<sup>1,17</sup>. De acuerdo con estos estudios de análisis de los costes existe una visión generalizada de que la atención domiciliaria es más económica que la atención hospitalaria por la comparación simple del "coste de la cama"<sup>1</sup>, de forma que las camas sociosanitarias son más caras y con repercusión en los presupuestos generales del Estado que las camas en los domicilios que repercuten en la economía familiar.

Por otro lado, otros autores<sup>17,35,36</sup> destacan que la forma que se utiliza para comparar los costes entre HD y HT a través del análisis del coste medio es en general equívoca. Según estos autores, lo correcto cuando se compara el coste de la estancia en HT y la estancia en HD sería utilizar en ambos casos los costes marginales (los costes adicionales en que se incurre por realizar la asistencia dividido por el número de estancias). De hecho, HD y HT no son, en la mayoría de los casos, alternativas excluyentes. Es decir, la opción de una unidad de HD no implica que se pueda evitar costes de la HT (dado que en el hospital la mayor parte de los costes, con excepción de la comida y los suministros sanitarios que consume el paciente, se pagarán igualmente se produzca o no la estancia hospitalaria).

En todo caso, dado los objetivos de nuestro estudio no disponemos de datos (como los costes indirectos

que conlleva la HD) para una investigación más profunda sobre el tema. Se precisan más estudios para analizar más adecuadamente estos aspectos. Sin embargo, además de las justificaciones que se atribuyen a la HD con respecto a la proporción de una asistencia más humanizada y a la disminución de los riesgos inherentes a la hospitalización tradicional a que se están sujetos más especialmente los pacientes ancianos, se enfoca el aspecto de un mejor aprovechamiento de los recursos hospitalarios al liberar las camas para los pacientes que no tienen otra alternativa asistencial además del ingreso hospitalario.

## Agradecimientos

El contenido de este artículo se basa en investigaciones que fueron financiadas por el Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Brasil (Beca nº. 201178/97-4) y forma parte de un esfuerzo conjunto entre equipos de investigadores de Brasil y España dirigido a explorar gestiones innovadoras en sistemas sanitarios.

## Bibliografía

1. *Programa de atención a las personas mayores*. INSALUD, Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid, 1999. [www.msc.es/insalud/](http://www.msc.es/insalud/).
2. Vaqué J. El aumento de la longevidad y su relación con la morbilidad. *Medicina Preventiva* 1998;4(4):19-26.
3. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. de Saúde Pública* 1998; [serie online] 2001 [cited 2001 mayo.15]; [27 screens]. Available From: [www.scielosp.org](http://www.scielosp.org)
4. Cumbre mundial sobre el envejecimiento [reseña]. *ABC* 2002;4 de abril.
5. *Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la población española calculada a partir del Censo de Población de 1991*. Madrid: INE, 1995.
6. Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld S, Morgan T, Rudberg MA, Siebens H, Winograd CH. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med* 1996;156:645-52.
7. Castellá X, Mompert A, Pérez G. La utilización de los hospitales de agudos por los ancianos. Cataluña, 1982-1990. *Gac Sanit* 1997;11:259-65.
8. Hyattsville MD. Vital and health statistic: health data in older americans 1992. Department of health and human services (US). Series III: Analytic and

- epidemiological studies N° 127 1993. *DHHS Publication* N° 93-141.
9. Fried TR, Doorn CV, *et al.* Older Persons preferences for home vs hospital care in the treatment of acute illness. *Arch Intern Med* 2000;160:1501-6.
  10. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. de Saúde Pública* 1998; [série online] 2001 [cited 2001 mayo.15]; [27 screens]. Available From: www.scielosp.org
  11. Beyrer K, Brauer G W, *et al.* Light on population health status. *Bulletin of the Health Organization* 1999;77 (2):176-80.
  12. Hernández PME, Rubio GAS, Navarro EB, Benítez MAR, González GF. Propuestas de un modelo de organización de atención domiciliar basada en atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 1999;5(1):35-42.
  13. Left B, Burton JR. Acute medical care in the home. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:603-5.
  14. Greengold MC. A generalist's is (also) in the home. *Acad Med* 1995;70(Supl):35-6.
  15. Raffy-Pian N. La hospitalización a domicilio: un lugar marginal dentro de los sistemas sanitarios - (traducido por Juan Gallud). *Rev Gerontol* 1997;7:5-9.
  16. Glez MDD (coord). *Hospitalización a domicilio*. España: Hoechst Marion Roussel, 1998.
  17. Oterino DF, Ridao M, Peiró S, Marchan C. Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional: una evaluación económica. *Med Clin* 1997;109:207-11.
  18. Murray JL, López AD. Regional patterns of disability-free expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global burden of disease study. *Lancet* 1997;349: 1347-52.
  19. Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risk, and cumulative disability. *NEJM* 1998;338: 1035-41.
  20. Butler, RN. Care of the aged in the United States of America. In: Brocklehurst JC, *et al.* Textbook of geriatric medicine and gerontology. 4ª ed. edinburgh, Churchill livingstone, 1993;993-9.
  21. Contel SJC. La hospitalización a domicilio no es una alternativa plenamente razonable. *Atención primaria* 1999;24(3):162-8.
  22. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *The Lancet* 1999;354(25):1077-83.
  23. Generalitat Valenciana – Conselleria de Sanitat – Subsecretaría para la Agencia Valenciana de la Salud. www.san.gva.es/subse/areade.htm.
  24. Demografía sanitaria de la Comunidad Valenciana – Secretaría General (Área de planificación sanitaria) de la Conselleria de Sanitat y Consum. www.san.gva.es/infociuda/index.htm.
  25. OPS/OMS. Consulta regional de las Américas sobre evaluación del desempeño de los sistemas de salud (Informe Final) 2001; Washington D.C. [série online] 2001 [cited 2001 agos 27]; [12 screens]. Available From: www.paho.org.
  26. García GG, Cueto-Felgueroso, Arce CG, González AM. La hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. *Medicina Integral* 1995; 25(4):151-5.
  27. González-Cobos CL, Villalba M. Perfil de la asistencia en urgencias entre mayores y menores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30(6):355-9.
  28. Lofaso V. The doctor-patient relationship in home. *Clin Geriatr Med* 2000;16(1):83-94.
  29. Carvalho-Filho ET, Saporeti L, Souza MAR, Arantes ACRQ, Vaz MYKC, Hojajji NHSL, *et al.* Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Rev Saúde Pública* 1998;32(1):1-13.
  30. Leape LL. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Havard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377-84.
  31. Lefevre F. Iatrogenic complications in high-risk, elderly patients. *Arch Intern Med* 1992;152:2074-80.
  32. Litvak J. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. *Bol Oficina Sanit Panam* 1999;109:1-5.
  33. Pérez AM, García FJG, Martín CE, Romero RL, Rodríguez BMJ, Echevarría SI, *et al.* Factores de riesgos de ingreso hospitalario en mayores de 64 años. *Gac Sanit* 2000;14(5):363-70.
  34. Badía JG. ¿El hospital, debe competir, dominar o compartir con la atención primaria? *Atención Primaria* 1998 marzo;21(4):16-17.
  35. Peiró MS, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin* 1994;103:65-71.
  36. Covinsk KE, Goldman L, Cook EF. The impact of seious illness on patients families. Support investigators. Study understand prognoses and preferences for outcomes and risk of treatment. *JAMA* 1994;272: 1839-44.