INFORMES AQUAS

Juny 2018

Hospitalització domiciliària

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat adscrita al Departament de Salut. La seva missió és generar el coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, la seguretat i sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya, posant l'enfocament en l'avaluació i utilitzant com a instruments principals la informació, el coneixement i les tecnologies de la informació i les comunicacions. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del grup Reference site "quatre estrelles" de l'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comissió Europea, del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Alepuz L, Antón F, Arias J, Espallargues M, Estrada MD, Estrada O, Hermida L, Fernández M, Massa B, Mirón M, Murja A, Muñoz L, Ponce MA, Rio M, Torres A. Hospitalització domiciliària. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | http://aquas.gencat.cat

© 2018, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Primera edició: Barcelona, juny 2018
Disseny: Isabel Parada (AQuAS)
Correcció: El Taller del Llibre, SL

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca

Hospitalització domiciliària

Autoria i participants

Laura Alepuz Vidal. Infermeria. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. Grup de treball Hospitalización a domicilio (HAD) 2020 de la Sociedad Española de Hospitalización a domicilio (SEHAD).

Francisco Antón Botella. Metge especialista en medicina interna. Hospital Universitario San Pedro. Servicio Riojano de Salud. Logronyo. La Rioja. Grup de treball HAD 2020 de la SEHAD.

Jorge Arias de la Torre. Psicòleg. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP). Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León.

Mireia Espallargues Carreras. Metgessa especialista en medicina preventiva i salut pública. AQuAS. Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

Maria-Dolors Estrada Sabadell. Metgessa especialista en medicina preventiva i salut pública. AQuAS. CIBERESP.

Oriol Estrada Cuxart. Metge especialista en medicina interna. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Institut Català de la Salut. Badalona. Direcció de processos transversals i aliances. Gerència Territorial Metropolitana Nord. Grup de treball HAD 2020 de la SEHAD.

Leticia Hermida Porto. Metgessa especialista en medicina interna. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Grup de treball HAD 2020 de la SEHAD.

Magdalena Fernández Martínez de Mandojana. Metgessa especialista en medicina interna. Organització Sanitària Integrada (OSI) Debabarrena. Servei Basc de Salut (Osakidetza). Grup de treball HAD 2020 de la SEHAD.

Beatriz Massa Domínguez. Metgessa especialista en medicina interna. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Comunitat Valenciana. Grup de treball HAD 2020 de la SEHAD.

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Agència de Qualitat
i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Manuel Mirón Ros. Metge especialista en medicina interna. Hospital Universitario de Torrejón. Comunitat de Madrid. Grup de treball HAD 2020 de la SEHAD.

Abel Mujal Martínez. Metge especialista en medicina interna. Parc Taulí. Hospital Universitari, Sabadell. Grup de treball HAD 2020 de la SEHAD.

Laura Muñoz Ortiz. Estadística. AQuAS. REDISSEC.

Miguel Ángel Ponce González. Metge especialista en pneumologia. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Grup de treball HAD 2020 de la SEHAD.

Manuel del Rio Vizoso. Metge especialista en medicina interna. Hospital Universitari Son Espases. Grup de treball HAD 2020 de la SEHAD.

Anna Torres Corts. Infermera. Consorci Sanitari Integral de Barcelona. Grup de treball HAD 2020 de la SEHAD.

Col·laboradors

Montse Mias Carballal. Informàtica. AQuAS.

Marta Millaret Senpau. Documentalista. AQuAS.

Coordinació tècnica

Maria-Dolors Estrada Sabadell i **Mireia Espallargues Carreras**. AQuAS.

Coordinació administrativa

Arantxa Romero Tamarit. AQuAS.

Revisió externa

Miquel Àngel Mas. Metge especialista en geriatria, en representació de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia.

Agraïments

Per les seves aportacions, agraïm la col·laboració en l'elaboració de l'informe als següents experts en la matèria: **Antònia Baraldés i Ferre** (metgessa especialista en medicina interna, responsable de la Unitat d'Hospitalització Domiciliària d'Althaia), **Mª Carmen Mias Carballal** (metgessa especialista en Cirurgia General i de l'Aparell Digestiu, adjunta del Servei de Cirurgia General de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida), **Sebastià J. Santaeugènia González** (metge especialista en medicina interna, director del Programa de

Prevenció i Atenció a la Cronicitat i Pla director sociosanitari de la Direcció General de Planificació en Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya) i **Joan Solà Aznar** (metge especialista en medicina interna, coordinador de la Unitat d'Hospitalització Domiciliària a l'Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell).

Noel Marsal Morgan i **Júlia López Valero**, pel seu suport administratiu i l'obtenció de documentació. AQuAS.

Declaració de conflicte d'interès
Tots els autors i revisors externs declaren que no tenen conflictes d'interès que puguin competir amb l'interès primari i els objectius d'aquest informe ni influir en el seu judici professional.

ÍNDEX

Abreviacions 7
Resum 8
English abstract 10
Introducció 12
Objectius 14
Metodologia 15
Revisió de l'evidència científica 15
Estudis transversals descriptius 16
Realització d'una anàlisi DAFO 20
Estudi d'enquesta electrònica 20
Resultats 22
Evidència científica sobre l'hospitalització domiciliària 22
Descripció de l'hospitalització domiciliària a Catalunya a partir del CMBDHA 2010-2014 26
Anàlisi estratègica de l'hospitalització domiciliària a Espanya mitjançant DAFO 2016 36
Descripció de l'hospitalització domiciliària a Espanya 38
Difusió/Disseminació del projecte 42
Discussió 43
Conclusions 48
Annexos 49
Annex 1. Estratègia de cerca bibliogràfica 49
Annex 2. Descripció del registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) 50
Annex 3. Enquesta electrònica enviada a les unitats d'hospitalització domiciliària en actiu a Espanya 53
Annex 4. Descripció de les RS d'ACA (n=7) 60
Annex 5. Difusió/Disseminació dels resultats del projecte 61
Annex 6. Aproximació sobre un hipotètic indicador d'estalvi de llits hospitalaris per raó de l'ús de l'hospitalització domiciliària 63
Bibliografia 64

ABREVIACIONS

ACA	Assaigs clínics controlats aleatoritzats
AQuAS	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
ATDOM	Atenció domiciliària
CatSalut	Servei Català de la Salut
CIM-9-MC	Classificació internacional malalties, 9a revisió, modificació clínica
CMBD	Conjunt mínim bàsic de dades
CMBDHA	Conjunt mínim bàsic de dades d'hospitals d'aguts
DAFO	Debilitats, amenaces, fortaleses, oportunitats *(Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)* (anglès SWOT)
DE	Desviació estàndard
HaD	*Hospitalización a domicilio* (en castellà)
HC	Hospitalització convencional
IC 95%	Intervals de confiança al 95%
ICC	Índex de comorbiditat de Charlson
MPOC	Malaltia pulmonar obstructiva crònica
NNT	Nombre necessari a tractar
OR	*Odds ratio*
OSSC	Observatori del Sistema de Salut de Catalunya
RAE-CMBD	Registre d'activitat d'atenció sanitària especialitzada
RIQ	Rang interquartílic
RR	Risc relatiu
RS	Revisions sistemàtiques
SEHAD	Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio
SISCAT	Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya
SNS	Sistema Nacional de Salut
UHaD	*Unidad de hospitalización a domicilio* (en castellà)

RESUM

Antecedents/Introducció

L'hospitalització domiciliària és una modalitat assistencial en què els professionals sanitaris de l'hospital proporcionen un tractament actiu al pacient a casa seva, per a una condició que, d'altra manera, requeriria una atenció hospitalària aguda a l'hospital. Es fa sempre durant un període de temps limitat. Els serveis d'hospitalització domiciliària s'adrecen a dos àmbits d'atenció: 1) el model d'evitació de l'ingrés i 2) el model d'alta precoç. En ambdós esquemes d'hospitalització domiciliària és fonamental estar vinculat amb l'hospital d'aguts i prescindir del llit hospitalari.

Objectius

General: avaluar l'hospitalització domiciliària en termes d'eficàcia i seguretat i analitzar la situació de l'hospitalització domiciliària al nostre entorn.

Específics:

1. Estudiar l'eficàcia i seguretat de l'hospitalització domiciliària en comparació amb la de l'ingrés en hospitalització convencional.
2. Analitzar la situació de l'hospitalització domiciliària a Catalunya (2014).
3. Analitzar la situació actual de l'hospitalització domiciliària a Espanya (2016), segons els experts.
4. Conèixer la realitat de l'hospitalització domiciliària a Espanya (2016), mitjançant una enquesta electrònica nacional, adreçada a totes les unitats d'hospitalització domiciliària actives.

Metodologia

S'han combinat metodologies diferents: 1) revisió de la literatura científica sobre revisions sistemàtiques (RS) d'assaigs controlats aleatoritzats (ACA), publicats des de 2010 fins a juliol de 2015; 2) realització de dos estudis transversals descriptius a partir de les dades del conjunt mínim bàsic de dades català d'alta hospitalària (CMBDHA) (2014); 3) anàlisi estratègica mitjançant DAFO (debilitats, amenaces, fortaleses i oportunitats) l'any 2016, amb un panel d'experts del grup de treball 2020 juntament amb representants de l'AQuAS i la indústria farmacèutica; 4) enquesta electrònica a les unitats d'hospitalització domiciliària espanyoles en actiu (2016). L'enquesta consta de 13 àrees d'interès i el punt de partida per identificar les unitats d'hospitalització domiciliària actives ha estat el directori UHaD de la SEHAD (110 unitats d'hospitalització domiciliària el març de 2016).

Resultats

S'han identificat set revisions sistemàtiques (RS) d'assaigs controlats aleatoritzats (ACA), sis de publicades entre 2010 i 2015 i una altra durant el 2016, que n'actualitza una ja publicada vuit anys abans. Cinc RS d'ACA estudien la modalitat d'hospitalització domiciliària d'evitació

de l'ingrés; un, la modalitat d'alta precoç, i una altra no diferència els resultats segons la modalitat d'hospitalització domiciliària aplicada. La qualitat metodològica dels estudis ha estat moderada-baixa.

L'hospitalització domiciliària es pot associar a resultats positius en mortalitat, reingressos, costos i satisfacció tant per als pacients com per als cuidadors, si bé la qualitat de l'evidència, tot i que es fonamenta en els ACA, és encara moderada o baixa. Els resultats mostren també que l'hospitalització domiciliària en qualsevol d'ambdues modalitats és una opció real, sempre tenint en compte les diferències en poblacions ateses en cadascuna a tot el territori català, almenys durant l'any 2014, que és l'any analitzat en aquest informe. A més, depenent de la modalitat d'hospitalització domiciliària analitzada, s'han observat diferències en reingressos, mortalitat i estada mitjana, relacionades amb el sexe, la comorbiditat del pacient atès, el tipus d'hospital, el tipus d'ingrés i l'edat. L'anàlisi i la reflexió profunda del DAFO ha derivat en la delimitació d'un marc conceptual i de les característiques organitzatives de l'hospitalització domiciliària a Espanya. Han respòs l'enquesta sobre les unitats actives d'hospitalització domiciliària a Espanya (2016), el 71% de les unitats d'hospitalització domiciliària d'Espanya (n=110). Els resultats de l'enquesta han posat de manifest un creixement sostingut de l'activitat i han revelat desigualtats tant en l'àmbit territorial com en el temporal, així com una notable heterogeneïtat en els models assistencials de les unitats existents.

Conclusions

El projecte ha permès aprofundir diferents aspectes de l'hospitalització domiciliària, com ara els relacionats amb l'avaluació clínica, l'avaluació de factors relacionats amb els indicadors de resultat de cadascuna de les modalitats d'hospitalització domiciliària, l'avaluació dels costos i l'anàlisi del model organitzatiu. A més, aquestes anàlisis han revelat necessitats, com ara la promoció d'indicadors específics per al monitoratge de l'hospitalització domiciliària i la potenciació de la formació entre els professionals i els usuaris.

ENGLISH ABSTRACT

Introduction

Hospital-based home care (HaD) is a healthcare service in which, for a limited period of time, health practitioners provide active treatment at a patient's home for conditions that otherwise would require acute in-hospital care. HaD has two main aims: 1) to avoid unnecessary hospital admissions, and 2) to allow early discharge. In both HaD models, the link with acute hospital care is fundamental.

Objectives

General: To estimate the efficacy and safety of HaD, and to analyse its current situation in our geographical setting.

Specific:

1. To study the efficacy and safety of HaD in comparison with conventional hospitalization;
2. To analyse the situation of HaD in Catalonia in 2014;
3. To analyse the current situation of HaD in Spain (2016) according to expert opinion;
4. To assess the situation of HaD in Spain (2016) via an electronic national survey sent to all active HaD units (UHaD).

Methods

A variety of methods were applied in this assessment project: 1) A literature review including systematic reviews (SRs) of randomized clinical trials (RCTs) published between 2010 and July 2015; 2) Two descriptive cross-sectional studies based on the Registry of the minimum basic data sets on hospital discharge (CMBDHA) in Catalonia in 2014; 3) A strategic SWOT analysis (SWOT: strengths, weaknesses, opportunities, and threats) carried out in 2016 by a panel of experts from the HaD 2020 working group, together with representatives of AQuAS and the pharmaceutical industry; and 4) An electronic survey covering 13 areas of interest, sent to 110 active Spanish HaD units identified in the Spanish hospital-based home care society's directory (March 2016).

Results

Seven reviews of RCTs were identified: six published between 2010 and 2015, and another published in 2016 which was an update of a previous publication from 2008. Five of these reviews focus on the admission avoidance model, one on the early discharge model, and the other on the differences in outcomes according to the HaD model applied. The methodological quality of the studies was moderate-low.

HaD is associated with positive outcomes in mortality, re-admission, costs, and patient and carer satisfaction. Though based on RCTs, the quality of the evidence remains moderate or low. The results show that HaD is a valid patient care option in either of its formats. However,

the differences between the populations attended in each model should be borne in mind: differences were found in re-admissions, mortality and mean stay related to gender, comorbidity, type of hospital, type of admission and age. The SWOT analysis allowed the definition of a conceptual framework of HaD in Spain and its organization. The survey was answered by 71% of the 110 Spanish HaD units in operation in 2016, The results of the survey show that HaD continues to grow; however, they also highlight the presence of inequalities at regional level and a notable heterogeneity in the welfare models in place at the different units.

Conclusions

The project has allowed a thorough assessment of different aspectsof HaD and its two formats, such as clinical assessment, the evaluation of indicators, cost evaluation, and the analysis of the organizational model. The project also highlights areas in need of improvement, such as the development of specific indicators for the monitoring of the service and the promotion of training for carers and patients.

INTRODUCCIÓ

En les darreres dècades s'han definit diversos models assistencials alternatius a l'ingrés hospitalari convencional (hospital d'aguts) en resposta a diversos factors. Entre aquests, un canvi de perfil del pacient atès i també el benefici relativament limitat observat per una alta precoç després d'una estada hospitalària, emmarcada en la tendència universal adreçada a escurçar les estades a l'hospital. De fet, retallar costos evitant admissions hospitalàries és l'objectiu central d'aquests esquemes, entre els quals hi ha l'hospitalització domiciliària, objecte d'interès d'aquest informe. Altres beneficis percebuts inclouen una reducció del risc d'efectes adversos associats a la durada de l'estada hospitalària (deteriorament funcional, per exemple) i el benefici potencial de rebre la rehabilitació, per exemple, dins l'entorn familiar, que dona als pacients l'oportunitat de seguir implicats en les activitats de la vida diària.

L'hospitalització domiciliària *(Hospital at Home, HaH*, en anglès), és una modalitat assistencial en què els professionals sanitaris de l'hospital proporcionen un tractament actiu al pacient a casa seva, per a una condició que, d'altra manera, requeriria una atenció hospitalària aguda a l'hospital. Es fa sempre durant un període de temps limitat. Els serveis d'hospitalització domiciliària s'adrecen a dos àmbits d'atenció: 1) el model d'evitació de l'ingrés i 2) el model d'alta precoç. En ambdós esquemes d'hospitalització domiciliària és fonamental estar vinculat amb l'hospital d'aguts i prescindir del llit hospitalari.

1) **L'estratègia d'hospitalització domiciliària substitutiva d'ingrés** *(admission avoidance schemes,* en anglès), a la qual anomenarem, d'ara endavant, "evitació de l'ingrés", és aquella que tracta els pacients al domicili amb una situació tributària d'ingrés hospitalari, focalitzada bàsicament a disciplines sanitàries i intervencions centrades específicament en la fase aguda i de curta durada (dies). Les persones són admeses en aquesta modalitat d'hospitalització domiciliària després de ser ateses en un servei d'urgències o després de l'avaluació en la comunitat per un metge d'atenció primària.[1]

2) **L'estratègia d'hospitalització domiciliària facilitadora de l'alta** *(early discharge schemes,* en anglès*),* a la qual anomenarem, d'ara endavant, "alta precoç", és aquella en què pacients hospitalitzats que requereixen atenció continuada segueixen el tractament al seu domicili.[2]

El tipus de pacients tractats en els serveis d'hospitalització domiciliària varia entre els esquemes o modalitats esmentats anteriorment, a l'igual de l'ús de la tecnologia. Algunes estratègies estan dissenyades per tenir cura de condicions específiques, com ara la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), o la nutrició parenteral. Altres programes d'hospitalització domiciliària inclouen l'atenció d'una àmplia gamma de condicions.

L'hospitalització domiciliària està reconeguda oficialment a Espanya, des de l'any 1985, com una activitat o servei hospitalari, per l'Ordre d'1 de març de 1985, per la qual s'aprova el Reglament general d'estructura, organització i funcionament dels hospitals de la Seguretat

Social,[3] que la considera inclosa en la divisió d'infermeria i, posteriorment, reconeguda en la Llei general de sanitat de 1986[4] i adscrita a la divisió mèdica de l'hospital en el Reial decret de 1987.[5] Malgrat aquest marc legal (general), l'evolució posterior del sistema sanitari espanyol no va afavorir un desenvolupament regular de l'hospitalització domiciliària en l'àmbit estatal. Aquest fet va suposar l'aparició d'unitats d'hospitalització hospitalària sense un model assistencial definit, ni una estructura de recursos adequada, ni tan sols una cartera de recursos homogènia. De tota manera, l'hospitalització domiciliària apareix com una de les prestacions reconegudes a la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut de l'any 2006.[6-8]

És en aquest escenari en què el Servei Català de la Salut (CatSalut) es planteja desenvolupar un projecte avaluador enfocat a conèixer l'impacte de l'hospitalització domiciliària, principalment en termes d'efectivitat i eficiència en el territori català, i encarrega aquest projecte a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Posteriorment, l'AQuAS formalitza la col·laboració amb la Societat Espanyola d'Hospitalització a Domicili (SEHAD) (març 2016), que es troba immersa en ple exercici de posicionament estratègic amb el projecte HaD 2020 (http://www.sehad.org/proyecto-had2020/had2020-clavedefuturo.html).[9] Resultat de tot això, es publiquen les característiques i l'evolució de les unitats d'hospitalització domiciliària dels hospitals del sistema sanitari d'utilització pública de Catalunya,[10] així com els resultats preliminars del projecte HaD 2020, relatius a conèixer la situació real de l'hospitalització domiciliària a dia d'avui a Espanya, i a identificar i analitzar quins són els principals factors que condicionen i n'impedeixen el desenvolupament complet, entre d'altres.

OBJECTIUS

Objectiu general

Descriure l'evidència en termes d'eficàcia, efectivitat i seguretat i analitzar la situació de l'hospitalització domiciliària al nostre entorn.

Objectius específics

Objectiu 1: estudiar si els pacients atesos en hospitalització domiciliària, en qualsevol de les seves modalitats (substitutiva de l'ingrés o facilitadora de l'alta), tenen uns resultats diferents que els pacients ingressats en hospitalització convencional (hospital d'aguts) pel que fa a una sèrie de variables de resultat rellevants a partir de les dades publicades en revisions sistemàtiques (RS) d'assaigs clínics controlats aleatoritzats (ACA) (2010-2015).

Objectiu 2: analitzar la situació de l'hospitalització domiciliària a Catalunya, a partir dels resultats que proporciona el conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) d'hospitals d'aguts (CMBDHA) per a les unitats d'hospitalització domiciliària dels hospitals del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). L'anàlisi se centra a Catalunya pel fet que el CMBD estatal no inclou l'activitat d'hospitalització domiciliària.

- **Subobjectiu 2.1.** Descriure les característiques dels pacients i dels contactes que van ingressar en una unitat d'hospitalització domiciliària a Catalunya durant l'any 2014 així com la seva evolució entre els anys 2010-2014.

- **Subobjectiu 2.2.** Descriure les característiques dels contactes i avaluar els resultats de salut de cadascuna de les modalitats d'hospitalització domiciliària (evitació de l'ingrés i alta precoç) que van ingressar en una unitat d'hospitalització domiciliària a Catalunya durant l'any 2014. Els objectius específics van ser: a) descriure les característiques dels contactes d'ambdues modalitats d'hospitalització domiciliària; b) avaluar els reingressos, la mortalitat i l'estada mitjana d'ambdues modalitats d'hospitalització domiciliària i, c) examinar si les característiques dels contactes de cadascuna de les modalitats es relacionen amb els reingressos, la mortalitat i l'estada mitjana.

Objectiu 3: dur a terme una anàlisi estratègica de la situació actual de l'hospitalització domiciliària a Espanya amb un panel d'experts.

Objectiu 4: descriure la realitat de l'hospitalització domiciliària a Espanya, a partir d'una enquesta electrònica adreçada a les unitats d'hospitalització domiciliària en actiu.

METODOLOGIA

S'han combinat metodologies diferents per assolir l'objectiu general i els objectius específics.

Revisió de l'evidència científica

Per desenvolupar l'objectiu 1, s'ha dut a terme una revisió de la literatura científica.

Població diana

Pacients majors de 16 anys. S'hi inclou un rang ampli de condicions, com ara exacerbacions agudes d'insuficiència cardíaca o malaltia obstructiva crònica.

Se n'exclou el maneig final de vida oncològic i no oncològic en majors d'edat.

Outcomes rellevants

Entre les variables de resultat rellevants hi ha les següents: mortalitat i reingressos. També resultats relacionats amb la satisfacció amb l'atenció rebuda des del punt de vista dels pacients i dels seus familiars i cuidadors. I, finalment, resultats de costos.

Cerca bibliogràfica

S'han fet cerques bibliogràfiques consultant un grup seleccionat de bases de dades bibliogràfiques per identificar les RS fetes a partir d'estudis amb disseny d'ACA que responguin a l'objectiu formulat.

S'han consultat Pubmed, Web of Science, The Cochrane Library, Tripdatabase i MEDES. Després d'això, s'han activat les alertes a Pubmed. A l'**Annex 1,** es detalla l'estratègia de cerca.

La data de tancament de la cerca de la primera fase ha estat el mes d'octubre de 2014. Les alertes han estat actives fins al mes de juliol de 2015. S'ha inclòs la tercera actualització d'una RS Cochrane 2008 que s'ha publicat el 2016.

Selecció de treballs

S'han seleccionat les RS d'ACA amb la data més recent i que tenen més qualitat i més abast. El procés ha estat fet per un únic avaluador.

Avaluació de la qualitat

El criteri de qualitat per incloure les RS d'ACA ha estat que tinguin definits criteris d'inclusió dels estudis, que busquin en dues o més bases de dades bibliogràfiques, que avaluïn la qualitat dels documents que incloguin, que donin informació sobre alguna de les variables de resultat rellevants i que estiguin publicades en el període 2010-2015.

S'ha fet una lectura crítica de les RS d'ACA incloses, però sense utilitzar formalment algun dels instruments disponibles.

Anàlisi, síntesi i presentació de resultats

S'ha fet una síntesi narrativa dels resultats trobats a les RS d'ACA.

Estudis transversals descriptius

Per desenvolupar l'objectiu 2, s'han fet dos estudis transversals amb finalitat descriptiva. Per fer-ho, s'ha consultat el registre poblacional del CMBDHA de Catalunya. A l'**Annex 2** es descriuen les característiques principals d'aquest registre, així com els propers canvis previstos en l'àmbit estatal, resultat de l'aprovació del Reial decret 69/2015, de 6 de febrer, en què s'inclou específicament l'hospitalització domiciliària com a activitat pròpia.[11]

Tot seguit, es detalla el procés metodològic seguit per desenvolupar els dos subobjectius 2.

Estudi 1

L'estudi 1 dona resposta a l'objectiu 2.1 "Descriure les característiques dels pacients i contactes que van ingressar en una unitat d'hospitalització hospitalària a Catalunya durant l'any 2014 així com la seva evolució entre els anys 2010-2014.

DISSENY I POBLACIÓ D'ESTUDI

S'ha fet un disseny observacional transversal amb informació dels contactes procedents del registre poblacional del CMBDHA[12] de Catalunya, que recull informació sobre la patologia atesa en aquests hospitals durant el període comprès des de gener de 2010 fins a desembre de 2014, quan el tipus d'assistència rebuda ha implicat l'hospitalització domiciliària.

El concepte "contacte" s'ha utilitzat per designar cada vegada que un malalt ha accedit a un hospital d'aguts per rebre qualsevol tipus d'assistència, i és possible que diferents contactes corresponguin a un mateix pacient al llarg del període d'estudi.

VARIABLES

S'han utilitzat variables relacionades amb el pacient (sexe, edat, regió sanitària de residència i mortalitat) i amb el contacte (estada mitjana i morbiditat atesa a partir del diagnòstic principal, codificats i agrupats en 17 grans grups de diagnòstics i la classificació suplementària del codi V, d'acord amb la Classificació internacional de malalties. 9a revisió. Modificació clínica [CIM-9-MC]).[13] El codi V de la CIM-9-MC correspon a factors que influeixen en l'estat de salut i en el contacte amb els serveis sanitaris, com ara admissió, examen i observació. S'han exclòs de l'anàlisi els diagnòstics principals relatius a la classificació suplementària del codi E, que són els que recullen les causes externes de lesions i intoxicacions, ja que no corresponen al context de l'estudi.

ANÀLISI DE DADES

S'ha dut a terme una anàlisi descriptiva de la situació actual i l'evolució al llarg del període d'estudi. Per a l'evolució, s'ha descrit el nombre de contactes i pacients per a cada any, així com el total del període d'estudi i s'ha tingut en compte també el percentatge d'augment observat en el nombre de contactes i pacients entre 2010 i 2014. Per a la situació actual, s'ha tingut en compte el darrer any amb dades disponibles -l'any 2014- i s'han descrit les característiques dels pacients i dels contactes mitjançant la freqüència i el percentatge per a la majoria de les variables (variables qualitatives); la mitjana i la desviació estàndard, per a

les variables quantitatives amb distribució normal, o la mitjana i el rang interquartílic (RIQ, percentil 25% - percentil 75%), per a les variables quantitatives que no segueixen una distribució normal. Per estudiar la distribució geogràfica de l'activitat d'hospitalització domiciliària en un altre nivell d'agregació diferent del de la regió sanitària, s'han calculat les taxes crues d'activitat d'hospitalització domiciliària (per 1.000 habitants) a Catalunya per a l'any 2014, segons la població de Catalunya que consta al registre central d'assegurats del CatSalut el 31 de desembre de 2013, per a homes i dones, i per a cadascuna de les àrees de gestió assistencial (AGA), delimitacions territorials que parteixen de l'agrupació de les àrees bàsiques de salut que hi ha a Catalunya. Aquestes taxes crues d'activitat s'han calculat com el quocient entre el nombre de contactes (homes o dones) d'hospitalització domiciliària en una àrea de gestió assistencial (numerador) i el total de contactes (homes o dones) residents en aquella AGA (denominador) durant l'any 2014. Finalment, aquestes taxes crues s'han representat en dos mapes per ajudar a la interpretació dels resultats en l'àmbit territorial i estudiar-ne la possible variabilitat. Tant en els homes com en les dones, una major intensitat del color indica una major taxa crua d'activitat d'hospitalització domiciliària en aquella AGA.

Estudi 2

L'estudi 2 dona resposta a l'objectiu 2.2 "Descriure les característiques dels contactes i avaluar els resultats de salut (reingressos, mortalitat i estada mitjana) de cadascuna de les modalitats d'hospitalització domiciliària (evitació de l'ingrés i alta precoç) que van ingressar en una unitat d'hospitalització hospitalària durant l'any 2014". Els objectius específics han estat: a) descriure les característiques dels contactes d'ambdues modalitats d'hospitalització domiciliària; b) avaluar els reingressos, la mortalitat i l'estada mitjana d'ambdues modalitats d'hospitalització domiciliària i, c) examinar si les característiques dels contactes de cadascuna de les modalitats estan relacionades amb els reingressos, la mortalitat i l'estada mitjana.

DISSENY I POBLACIÓ D'ESTUDI

S'ha fet un disseny transversal basat en dades del CMBDHA dels contactes d'hospitalització domiciliària, notificats a 23 hospitals públics distribuïts per tot el territori de Catalunya durant l'any 2014. S'ha considerat com a "contacte" cada vegada que un pacient ha accedit a un hospital d'aguts per rebre qualsevol tipus d'assistència, i pot ser que un mateix pacient presenti més d'un contacte al llarg del període d'estudi. Com a població d'estudi s'han tingut en compte tots els contactes d'hospitalització domiciliària notificats al CMBDAH català durant l'any 2014 (N=12.118).[12] S'han tingut en compte tots els grups diagnòstics d'acord amb els capítols establerts per la CIM-9-MC[13] a excepció d'aquells contactes el grup dels quals era desconegut (n=7; 0,1%), i corresponia a un codi V (classificació suplementària de factors que influeixen en l'estat de salut i contacte amb serveis sanitaris) (n=1.696; 14,0%), o pertanyia a un grup diagnòstic les característiques del qual o el nombre de contactes no eren comparables amb la resta de població atesa en l'hospitalització domiciliària: malalties infeccioses i parasitàries (n=65; 0,5%); trastorns mentals, del comportament i del desenvolupament neurològic (n=11; <0,1%); complicacions de l'embaràs, part i puerperi (n=9; <0,1%); anomalies congènites (n=8; <0,1%); i certes malalties amb origen en el període perinatal (n=2; <0,1%). A més, se n'han exclòs els contactes que no disposaven de número d'identificació del pacient (n=49; 0,5%), dels quals 35 corresponen a contactes fets a

pacients que no residien a Catalunya; aquells dels quals no se'n ha pogut determinar l'edat (n=2; <0,1%), i aquells l'estada hospitalària dels quals ha estat mal codificada (58; 0,5%). Finalment, s'han tingut en compte per a la realització de les anàlisis un total de 10.211 contactes d'hospitalització domiciliària.

VARIABLES

Com a modalitats d'hospitalització domiciliària s'han considerat: "alta precoç" (contactes d'hospitalització domiciliària amb hospitalització convencional prèvia a l'episodi d'hospitalització domiciliària; n=2.523; 24,7%) i "evitació de l'ingrés" (contactes d'hospitalització domiciliària sense hospitalització convencional prèvia a l'episodi d'hospitalització domiciliària; n=7.688; 75,3%).

Com a principals resultats s'han tingut en compte tres indicadors per a cadascuna de les modalitats d'hospitalització domiciliària:

- Reingressos (aquells contactes d'hospitalització domiciliària amb un contacte consecutiu, bé d'hospitalització domiciliària o d'hospitalització convencional (HC), en un període de temps menor o igual a 30 dies sempre que no hagi estat per una causa externa o complicacions o efectes adversos derivats de l'atenció del contacte inicial);
- Mortalitat intrahospitalària (contactes d'hospitalització domiciliària en els casos en què la situació del pacient a l'alta va ser defunció);
- Estada mitjana (temps transcorregut, en dies, des de la data d'ingrés fins a la data d'alta. Per a la valoració de l'estada mitjana s'ha tingut en compte la durada del contacte d'hospitalització domiciliària, des de la data d'ingrés fins a la data d'alta. A més, en els contactes d'alta precoç s'ha tingut en compte la durada conjunta del contacte d'hospitalització convencional immediatament anterior i del contacte d'hospitalització domiciliària, des de la data d'ingrés del contacte d'hospitalització convencional fins a la data d'alta del contacte d'hospitalització domiciliària. A més, s'ha tingut en compte el nombre total de dies d'estada de cadascuna de les modalitats.

Pel que fa a les característiques dels contactes, s'han tingut en compte les variables següents:

- Sexe (home i dona).
- Edat (en anys) considerada com a variable contínua.
- Regió sanitària de residència del pacient (Barcelona, Catalunya Central, Camp de Tarragona, Lleida, Girona, Terres de l'Ebre i Alt Pirineu i Aran).
- Diagnòstic agrupat segons els capítols descrits a la CIM-9-MC[13] (malalties de l'aparell respiratori; malalties de l'aparell genitourinari; malalties del sistema circulatori; malalties del sistema osteomioarticular i del teixit conjuntiu; lesions i enverinaments; malalties de l'aparell digestiu; malalties de la pell i el teixit subcutani; neoplàsies; malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits; símptomes, signes i estats mal definits; malalties endocrines, de la nutrició i metabòliques i trastorns de la immunitat, i malalties de la sang i dels òrgans hematopoètics).

- Comorbiditat, considerada a partir de l'índex de comorbiditat de Charlson (ICC).[14,15] L'ICC és una mesura composta de salut física utilitzada per predir la mortalitat a llarg termini (1 any) dels pacients segons les comorbiditats que presenten. A més, es considera una mesura objectiva de l'estat de salut general del pacient. L'índex es calcula assignant una puntuació d'acord amb el pes assignat pels autors a la presència de cadascuna de les 19 condicions que el componen, cosa que permet el càlcul d'un índex de comorbiditat general. A causa de la distribució de les puntuacions de la variable i de les característiques de la població d'estudi, les puntuacions obtingudes s'han considerat de manera categòrica (0 o 1, 2 i >=3).
- El nombre de contactes per pacient (un contacte i més d'un contacte).
- El tipus d'hospital (nivell 1: hospitals d'alta tecnologia; nivell 2: hospital de referència d'alta resolució; nivell 3: altres hospitals de referència; nivell 4: hospitals comarcals; nivell 1m: hospitals monogràfics).
- La circumstància d'admissió (admissió programada i admissió d'urgència).

A més, s'ha considerat com a principal variable independent la modalitat d'hospitalització domiciliària (evitació de l'ingrés o alta precoç).

ANÀLISI DE DADES

S'ha fet una anàlisi descriptiva de les característiques dels contactes, de l'hospital i del procés assistencial segons la modalitat d'hospitalització domiciliària. Posteriorment, s'han calculat i descrit els indicadors seleccionats (reingressos, mortalitat i estada mitjana) d'acord amb la modalitat d'hospitalització domiciliària. Per als indicadors reingressos i estada mitjana s'ha analitzat la freqüència absoluta i relativa de l'indicador en cada modalitat. Per a l'indicador estada mitjana s'ha analitzat tant la mitjana i la desviació estàndard de la durada dels contactes en cada modalitat, com el sumatori total dels dies d'estada per modalitat. A més, s'han fet gràfics de dispersió per a la visualització de possibles diferències en els indicadors analitzats entre hospitals amb unitats d'hospitalització domiciliària. Per comparar possibles diferències en les variables explicatives i els indicadors per modalitat d'hospitalització domiciliària s'ha utilitzat el test khi-quadrat i el test exacte de Fisher, per a les variables categòriques, i la prova t de Student, per a les variables contínues. Finalment, s'ha avaluat l'associació entre les característiques dels contactes i cadascun dels indicadors mitjançant models multivariats. A causa de les diferències en la distribució dels valors dels indicadors, s'han utilitzat models de regressió logística per als reingressos i la mortalitat, i models lineals generalitzats amb distribució gamma per a l'estada mitjana. A partir dels models s'han obtingut els coeficients β i els seus respectius intervals de confiança al 95% (IC 95%), i s'ha presentat com a resultat l'exponencial d'aquests per facilitar-ne la interpretació. Tots els models multivariats s'han fet per separat per a la modalitat "evitació de l'ingrés" i per a la modalitat "alta precoç" i s'han ajustat per sexe, edat, comorbiditat (ICC, índex de Charlson), tipus d'hospital i tipus d'ingrés. S'ha fixat la significació estadística en el 95% (α=0.05). Totes les anàlisis s'han fet mitjançant el programari d'anàlisi de dades STATA v.14®.[16]

Realització d'una anàlisi DAFO

Per conèixer la situació real en què es troba l'hospitalització domiciliària a Espanya (objectiu 3) i planejar una estratègia de futur s'ha dut a terme una anàlisi DAFO, també coneguda com a anàlisi FODA o DOFA.

S'ha triat l'anàlisi DAFO perquè aquesta eina s'acostuma a utilitzar per explorar noves solucions als problemes, identificar les barreres que limitaran objectius, decidir sobre la direcció més eficaç o revelar les possibilitats i limitacions per canviar alguna cosa. Aquesta estratègia analitza el projecte, les seves característiques internes (debilitats i fortaleses) i la seva situació externa (amenaces i oportunitats) en una matriu quadrada. Prové de les sigles en anglès *SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities* i *Threats*). A l'anàlisi interna (fortaleses i debilitats): en relació amb les "fortaleses", han d'aflorar els atributs que permeten generar un avantatge competitiu sobre la resta dels competidors. Pel que fa a les "debilitats", identificar els elements, habilitats i actituds que constitueixen barreres per aconseguir la bona marxa. Solen ser problemes interns que, un cop identificats i si es desenvolupa una adequada estratègia, poden i han d'eliminar-se. A l'anàlisi externa (amenaces i oportunitats): sobre les "amenaces", són situacions negatives, externes, que poden atemptar contra aquesta, per la qual cosa, arribat el cas, pot ser necessari dissenyar una estratègia adequada per poder esquivar-les. I, pel que fa a les "oportunitats", són els factors positius que es generen a l'entorn i que, una vegada identificats, poden ser aprofitats. La matriu DAFO sorgeix de la combinació de fortaleses amb oportunitats, d'on sorgeixen les potencialitats, les quals assenyalen les línies d'acció més prometedores per a l'organització o l'empresa. Les limitacions, determinades per una combinació de debilitats i amenaces, col·loquen una seriosa advertència. Mentre que els riscos (combinació de fortaleses i amenaces) i els desafiaments (combinació de debilitats i oportunitats), determinats per la combinació de factors corresponent, exigiran una acurada consideració a l'hora de marcar el rumb que l'organització haurà d'assumir cap al futur desitjable, com ara el desenvolupament d'un nou producte.

Per executar l'anàlisi DAFO s'ha creat un panel d'experts constituït per clínics relacionats amb l'hospitalització domiciliària, en particular amb el projecte HaD 2020, al qual s'han unit dues persones, una en representació de l'AQuAS i una altra en representació del sector de la indústria farmacèutica. Una vegada constituït el grup de participants (n=13) s'ha organitzat una reunió presencial on s'han analitzat tant les característiques internes de l'hospitalització domiciliària com les externes. En una primera etapa, cada participant ha fet l'anàlisi interna i externa de l'hospitalització domiciliària a Espanya utilitzant un full de notes que inclou els 4 factors de la matriu DAFO. Després, cada un dels participants ha exposat al grup les seves aportacions. El coordinador, utilitzant una pissarra, ha anat anotant i agrupant cada aportació en el lloc corresponent, a més de registrar el nombre de vots que anaven rebent a la versió final de la matriu DAFO. Després, el grup ha puntuat la rellevància de cada aportació en una escala d'1 a 9 punts, sent 9 la màxima i 1, la mínima.

Estudi d'enquesta electrònica

En el plantejament inicial del projecte es va considerar necessari dur a terme un estudi d'enquesta electrònica adreçada a les unitats d'hospitalització domiciliària de Catalunya amb

la intenció de conèixer directament dels seus responsables la realitat d'aquestes unitats. Abans d'obtenir la versió final d'aquesta enquesta, es va formalitzar la col·laboració entre SEHAD i AQuAS. Entre els acords, ampliar la cobertura de l'enquesta a les unitats d'hospitalització domiciliària en actiu a Espanya i que seria el grup de treball HaD 2020 de la SEHAD qui la lideraria (objectiu 4).

El punt de partida inicial per identificar les unitats d'hospitalització domiciliària espanyoles va ser el "Directorio de unidades de HAD"[17] elaborat per la secretaria tècnica de la SEHAD durant els mesos de novembre i desembre de l'any 2009, i el "Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut"[18] elaborat pel grup de treball ATDOM de l'Institut Català de la Salut (ICS). Finalment, en el moment en què es va llançar l'enquesta, el mes de març de 2016, el directori d'unitats d'hospitalització domiciliària de la SEHAD constava de 110 unitats. Totes les comunitats autònomes espanyoles, excepte Extremadura i Castella-la Manxa, tenien hospitalització domiciliària.

Per al disseny de l'enquesta es van tenir en compte els resultats de la revisió de la literatura i d'altres fonts rellevants i es va disposar de la col·laboració dels experts del grup de treball HAD 2020. A la **Taula 1** es presenta la llista de les 13 àrees d'interès de l'enquesta electrònica. A l'**Annex 3,** es presenta l'enquesta completa.

Taula 1. Apartats de l'enquesta electrònica

1. Descripción de la UHD
2. Aspectos legales
3. Sistema provisión plazas
4. Gestión económica
5. Recursos humanos
6. Recursos materiales
7. Actividad docente
8. Actividad investigadora
9. Cartera de servicios: grupos patológicos / técnicas dx- tto
10. Sistemas de información
11. Indicadores de actividad asistencial
12. Circuitos
13. Modelo asistencial

RESULTATS

Evidència científica sobre l'hospitalització domiciliària

Resultats de la cerca bibliogràfica

Després de l'aplicació dels criteris d'inclusió, s'han identificat sis RS d'ACA publicades entre 2010-2015.[19-24,2] S'hi ha inclòs una setena RS d'ACA, publicada el 2016, atès que és una actualització d'una altra publicada el 2008[1] per Sasha Shepperd, una de les persones que més ha publicat en el camp de l'hospitalització domiciliària.

La modalitat d'hospitalització domiciliària més estudiada és la d'evitació de l'ingrés (n=5),[1,20-23] seguida per la d'alta precoç (n=1).[24,2] Hi ha també una revisió que analitza l'hospitalització domiciliària en general.[19]

A dues de les RS sobre hospitalització domiciliària, modalitat evitació de l'ingrés, els pacients reclutats presenten exacerbacions agudes de la MPOC,[22,23] o insuficiència cardíaca,[20] o bé inclouen diferents condicions.[1,21] A l'RS de Shepperd, S. et al. (2016), tres estudis van reclutar pacients amb MPOC, dos estudis van reclutar participants recuperant-se d'un ictus, sis estudis van reclutar pacients amb una malaltia mèdica, principalment persones grans, i la resta d'estudis van reclutar participants amb una barreja de condicions.[1] En el cas de l'RS sobre hospitalització domiciliària modalitat d'alta precoç, els participants eren adults de 65 anys d'edat o més, admesos a l'hospital en la fase aguda d'una malaltia o lesió.[24,2] L'RS sobre l'hospitalització domiciliària en general va incloure participants als quals se'ls va oferir qualsevol tipus de servei d'hospitalització domiciliària sempre que substituís un servei d'hospitalització convencional i el pacient tingués més de 16 anys.[19]

A l'RS de Caplan, GA. et al. (2012),[19] es van identificar 61 estudis (qualitat dels estudis moderada). Se'n va fer la metanàlisi, excepte sobre la satisfacció del pacient i del cuidador amb l'atenció rebuda, pel fet que els estudis que complien els criteris d'inclusió utilitzaven escales diferents per al mesurament. A l'RS de Qaddoure, A. et al. (2015),[20] es van identificar tres ACA (n=203 participants) la qualitat dels quals va ser moderada. Se'n va fer la metanàlisi. A l'RS de Varney, J. et al. (2014),[21] es van identificar deu ACA (en nou dels deu estudis la qualitat era alta, en l'altre, baixa). A l'RS de Jepesen et al. (2012),[22] es van identificar vuit ACA (n=870 participants) (set estudis tenien una qualitat alta i un altre, baixa). A l'RS de McCurdy, BR. et al. (2012),[23] es van identificar set estudis (qualitat dels estudis baixa). A l'RS de Shepperd, S. et al. (2016),[1] es van identificar setze estudis (1.814 participants) (qualitat dels estudis moderada). A l'RS de Fox, MT. et al. (2013)[24,2] es van identificar nou estudis (n=1.726 participants) (qualitat dels estudis baixa).

La informació addicional sobre les fonts d'informació i el període de cerca de les set RS d'ACA incloses a l'informe es descriu a l'**Annex 4.**

Resultats sobre mortalitat

HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA

A l'RS de Caplan, GA. et al. (2012),[19] es va mostrar una reducció clínicament significativa de la mortalitat (*odds ratio* [OR]=0,8; IC 95% 0,69 a 0,95; p=0,008; 42 ACA amb 6.992 pacients) a favor de l'hospitalització domiciliària, cosa que va donar una reducció relativa del 19% i una reducció absoluta del 2,01% en la mortalitat. El nombre necessari a tractar (NNT) mitjançant l'hospitalització domiciliària per prevenir una mort va ser de 50. No es va observar heterogeneïtat per a les dades de mortalitat (p>0,99), i hi va haver una reducció similar en mortalitat en estudis de patologia mèdica (OR=0,79; IC 95% 0,65 a 0,97; p=0, 02), patologia quirúrgica (OR=0,78; IC 95% 0,29 a 2,10; p=0,62) i rehabilitació (OR=0,83; IC 95% 0,63 a 1,08; p=0,17), sense una heterogeneïtat important en aquests subgrups. Quan es va fer una anàlisi segons l'edat dels pacients, hi va haver una reducció important en la mortalitat en el grup de mitjana edat (OR=0,70; IC 95% 0,51 a 0,95; p=0,02).

MODALITAT D'EVITACIÓ DE L'INGRÉS

A l'RS de Shepperd, S. et al. (2016),[1] l'hospitalització domiciliària en la modalitat d'evitació de l'ingrés probablement tingui poca o cap diferència en la mortalitat als 6 mesos de seguiment (risc relatiu (RR) 0,77; IC 95% 0,60 a 0,99; p=0,04; I^2=0%; 912 participants; evidència moderada).

A l'RS de Qaddoure, A. et al. (2015),[20] els tres ACA van informar sobre mortalitat per qualsevol causa. No hi va haver diferències significatives entre l'hospitalització domiciliària i l'hospitalització convencional (RR 0,94; IC 95% 0,67 a 1,32; p=0,176; I^2<1%).

A l'RS de Varney, J. et al. (2014),[21] la mortalitat va ser el resultat *(outcome)* més comunament mesurat, encara que cap dels cinc ACA que la va mesurar va trobar algun efecte de l'hospitalització domiciliària en els resultats clínics en aquells pacients atesos en hospitalització domiciliària en la modalitat d'evitació de l'ingrés.

A l'RS de Jepesen et al. (2012),[22] es van identificar vuit estudis (n=870 participants) que van mostrar una tendència a una menor mortalitat en el grup d'hospitalització domiciliària, tot i que els resultats agregats de la metanàlisi no van aconseguir la significació estadística (RR=0,65; IC 95% 0,40 a 1,04; p=0,07).

A l'RS de McCurdy, BR. et al. (2012),[23] l'atenció amb hospitalització domiciliària en la modalitat d'evitació de l'ingrés en pacients amb exacerbació aguda d'MPOC es va associar amb una reducció no significativa en el risc de mortalitat en comparació amb la hospitalització convencional durant un seguiment de dos a sis mesos.

MODALITAT D'ALTA PRECOÇ

A l'RS de Fox, MT. et al. (2013),[24,2] es van identificar nou ACA. Els pacients inclosos eren adults de 65 anys d'edat o més, admesos a l'hospital en la fase aguda d'una malaltia o lesió. No es van trobar diferències en la mortalitat quan es va comparar l'hospitalització convencional amb l'hospitalització domiciliària en la modalitat d'alta precoç.

Resultats sobre reingressos hospitalaris

HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA

A l'RS de Caplan, GA. et al.[19] la reducció dels reingressos hospitalaris (OR=0,75; IC 95% 0,59 a 0,95; p=0,02; 41 ACA amb 5.372 pacients) a favor de l'hospitalització domiciliària es va associar amb una heterogeneïtat important en un dels tests (X^2=73,27; p=0,001) però no a l'altre (I^2=45%), per raó de les majors reduccions en els reingressos hospitalaris en els estudis de psiquiatria (OR=0,29; IC 95% 0,05 a 1,65; p=0,16) comparats amb els de patologia mèdica (OR=0,76; IC 95% 0,60 a 0,97; p=0,02)); patologia quirúrgica (OR=0,66; IC 95% 0,36 a 1,22; p=0,18), i els de rehabilitació (OR=0,96; IC 95% 0,70 a 1,31; p=0,79). La reducció absoluta en reingressos va ser del 2,09%.

MODALITAT D'EVITACIÓ DE L'INGRÉS

A l'RS de Shepperd, S. et al. (2016),[1] l'hospitalització domiciliària en la modalitat d'evitació de l'ingrés probablement tingui poca o cap diferència en la probabilitat de ser derivat a un hospital (reingrés hospitalari) (RR=0,98; IC 95% 0,77 a 1,23; p=0,84; I^2=28%; 834 participants; evidència moderada).

A l'RS de Qaddoure, A. et al. (2015),[20] dos ACA van informar sobre el reingrés hospitalari, ja fos per insuficiència cardíaca o per qualsevol altra causa. Tot i que els resultats de la metanàlisi van anar a favor de l'hospitalització domiciliària, els resultats no van ser estadísticament significatius (RR=0,68; IC 95% 0,42 a 1,09; p=0,34; I^2=17%).

A l'RS de Jepesen et al. (2012),[22] es van identificar vuit estudis (n=870 participants) que van mostrar una reducció important en els reingressos hospitalaris de l'hospitalització domiciliària en comparació amb els de l'hospitalització convencional en pacients afectats d'una exacerbació aguda de la seva MPOC (RR=0,76; IC 95% 0,59 a 0,99; p=0,04).

A l'RS de McCurdy, BR. et al. (2012),[23] l'atenció amb hospitalització domiciliària en la modalitat evitació de l'ingrés en pacients amb exacerbació aguda d'MPOC es va associar amb una reducció no significativa en els reingressos hospitalaris en comparació amb l'hospitalització convencional durant un seguiment de dos a sis mesos.

MODALITAT D'ALTA PRECOÇ

A l'RS de Fox, MT. et al. (2013),[24,2] es van identificar nou estudis (1.726 participants). Els pacients inclosos eren adults de 65 anys d'edat o més, admesos a l'hospital en la fase aguda d'una malaltia o lesió. L'hospitalització domiciliària en la modalitat d'alta precoç es va associar amb menys reingressos hospitalaris.

Resultats sobre la satisfacció del pacient i del cuidador, així com càrrega en el cuidador

HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA

A l'RS de Caplan, GA. et al. (2012),[19] la satisfacció del pacient va ser més alta en l'hospitalització domiciliària en 21 dels 22 ACA. Les dades de l'altre estudi van mostrar una satisfacció per part del pacient igual per a l'hospitalització domiciliària com per a

l'hospitalització convencional. La satisfacció del cuidador va ser més alta en sis dels vuit ACA, un estudi va mostrar no diferències i un altre va mostrar una satisfacció més alta amb l'hospitalització convencional. Pel que fa a la càrrega del cuidador, va ser més baixa en vuit dels onze ACA, tot i que no significativament (diferència de mitjanes: 0,00; IC 95% -0,19 a 0,19), en un altre estudi no es van trobar diferències i en dos, a favor de l'hospitalització convencional.

MODALITAT D'EVITACIÓ DE L'INGRÉS

A l'RS de Shepperd, S. et al. (2016),[1] la satisfacció amb l'atenció sanitària rebuda va ser millor amb l'hospitalització domiciliària en la modalitat d'evitació de l'ingrés (646 participants; evidència baixa). Pocs estudis analitzen l'efecte sobre els cuidadors.

A l'RS de Varney, J. et al. (2014),[21] el resultat sobre la satisfacció dels pacients va ser consistent i favorablement afectada per l'hospitalització domiciliària en la modalitat d'evitació de l'ingrés. Tres ACA van trobar que la satisfacció del pacient va ser més alta entre l'hospitalització domiciliària que en els participants de l'hospitalització convencional.

A l'RS de McCurdy, BR. et al. (2012),[23] la satisfacció del pacient i la del cuidador amb l'atenció va ser alta tant amb l'hospitalització domiciliària com amb l'hospitalització convencional.

MODALITAT D'ALTA PRECOÇ

A l'RS de Fox, MT. et al. (2013),[24,2] es van identificar nou ACA. Els pacients inclosos eren adults de 65 anys d'edat o més, admesos a l'hospital en la fase aguda d'una malaltia o lesió. No es van trobar diferències en la satisfacció del pacient quan es va comparar l'atenció convencional amb l'hospitalització domiciliària en la modalitat d'alta precoç.

Resultats sobre els costos

HOSPITALITZACIÓ DOMICILIÀRIA

A l'RS de Caplan, GA. et al. (2012),[19] es va mostrar una evidència forta sobre la reducció del cost de l'hospitalització domiciliària (diferència de mitjanes=-1.567,11 ACA; IC 95% 2.069,53 a -1.064,69; p<0,001, 11 ACA amb 1.215 pacients) tot i que amb heterogeneïtat en les dades (X^2=237,45; p<0,001; I^2=96%). Tots onze estudis a favor de l'hospitalització domiciliària en comparació amb l'hospitalització convencional. L'heterogeneïtat era deguda a la inflació, a estudis fets amb diferents monedes i a costos estructurals en què les estades dels estudis sobre patologia quirúrgica eren curtes comparades amb les molt més llargues en els estudis sobre rehabilitació. La reducció de costos es va mostrar en tots els subgrups. Dels 34 estudis amb dades sobre els costos, 32 concloïen que l'hospitalització domiciliària era més barata. Els altres dos estudis concloïen que l'hospitalització convencional era més barata. Globalment, el cost de l'hospitalització domiciliària era de mitjana el 73,5% de l'hospitalització convencional.

MODALITAT D'EVITACIÓ DE L'INGRÉS

A l'RS de Shepperd, S. et al. (2016),[1] quan se n'exclouen els costos del cuidador informal, l'hospitalització domiciliària en la modalitat d'evitació de l'ingrés pot ser menys cara que l'hospitalització convencional (287 participants; evidència baixa).

A l'RS de Qaddoure, A. et al. (2015),[20] els tres ACA van demostrar costos totals reduïts en el grup d'hospitalització domiciliària. No s'ha pogut fet la metanàlisi per raó de les diferències en els resultats mesurats, així com per les limitacions en les dades. En els tres ACA, l'hospitalització domiciliària reduïa significativament el cost de l'índex d'hospitalització (p<0,001).

A l'RS de Varney, J. et al. (2014),[21] els estudis inclosos van informar sobre resultats favorables en relació amb l'efecte de l'hospitalització domiciliària sobre els costos en termes generals; diversos estudis (n=4) van informar del fet que l'estalvi de costos associats a l'hospitalització domiciliària era important i dos estudis van informar sobre un estalvi de costos, però no van informar sobre la seva significació estadística.

A l'RS de Jepesen et al. (2012),[22] no s'estableixen conclusions en relació amb els costos directes davant de la baixa qualitat de l'evidència disponible davant de pacients atesos en hospitalització domiciliària en la modalitat d'evitació d'ingrés abans d'exacerbacions agudes d'MPOC.

MODALITAT D'ALTA PRECOÇ

Sense resultats sobre els costos en l'RS de Fox, MT. et al. (2013),[24,2] l'única que analitza la modalitat d'alta precoç.

Descripció de l'hospitalització domiciliària a Catalunya a partir del CMBDHA 2010-2014

Estudi 1

L'estudi 1 dona resposta a l'objectiu 2.1 "Descriure les característiques dels pacients i contactes que van ingressar en una unitat d'hospitalització domiciliària a Catalunya durant l'any 2014, així com la seva evolució entre els anys 2010-2014.

RESULTATS ESTUDI 1

Dels 66 hospitals generals d'aguts que formen part del SISCAT, 30 hospitals han notificat activitat d'hospitalització domiciliària durant el període 2010-2014. Si tenim en compte la regió sanitària on estan ubicats, totes les regions sanitàries de Catalunya disposen d'unitats d'hospitalització domiciliària, excepte la regió de l'Alt Pirineu i Aran (la seva població suposa el 0,9% dels habitants i el 18% del territori català). La regió sanitària de Barcelona és la que té major nombre d'hospitals d'aguts que notifiquen activitat d'hospitalització domiciliària (n=20/34 hospitals) i la de Terres de l'Ebre la que menys (n=1/4 hospitals). Tots els hospitals de l'Institut Català de la Salut, el major proveïdor públic de serveis sanitaris de Catalunya, a excepció d'un, l'Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta, fan activitat d'hospitalització domiciliària.

Durant el període d'estudi (2010-2014) es van registrar al CMBDHA 49.604 contactes d'hospitalització domiciliària de 30 hospitals d'aguts de Catalunya, que van correspondre a 37.880 pacients. Això representa que l'1,6% de les altes, durant aquest període, van ser d'hospitalització domiciliària (en el denominador, contactes d'hospitalització domiciliària més contactes d'hospitalització convencional. Dels 37.880 pacients, 31.103 (82,1%) van tenir un únic contacte durant tot el període i 6.777 (17,9%) van tenir-ne més d'un (**Taula 2**). Entre

l'any 2010 i 2014 es va produir un augment del 31,7% en el nombre de contactes (es va passar de 8.276 contactes el 2010 a 12.118, el 2014) i un augment del 33,6% en el nombre de pacients atesos (es va passar de 6.965 pacients el 2010 a 10.484, el 2014). En relació amb els pacients amb més d'un contacte, es va produir també un augment entre 2010 i 2014 del 20,4% en el nombre de contactes i del 21,3% en el nombre de pacients.

L'any 2014, l'estada mitjana a les unitats d'hospitalització domiciliària catalanes dels 12.118 contactes va ser de set dies (RIQ: 4-7) i la morbiditat atesa més freqüentment va correspondre a malalties de l'aparell respiratori (29%), factors que influeixen en l'estat de salut i en el contacte amb els serveis sanitaris (14%), malalties de l'aparell genitourinari (12,4%) i malalties de l'aparell circulatori (11,2%) (**Taula 3**). El 51,5% dels 10.484 pacients atesos a les unitats d'hospitalització domiciliària catalanes durant el 2014 van ser homes. La mitjana d'edat va ser de 66 anys (desviació estàndard: 21 anys) i el 16,4% dels pacients era major de 84 anys (homes, 13,3%; dones, 19,6%).

La **Figura 1** mostra la variabilitat geogràfica per AGA (àrees de gestió assistencial) que hi havia d'hospitalització domiciliària l'any 2014 a Catalunya. Tant en els homes (taxa crua més alta: 4,83) com en les dones (taxa crua més alta: 4,99), una major intensitat del color indica una major taxa crua. En color gris, aquelles àrees que no havien informat de cap cas d'hospitalització domiciliària en el període estudiat.

Taula 2. Contactes i pacients d'hospitalització domiciliària a Catalunya en el període 2010-2014 (n)

	2010	2011	2012	2013	2014	Total	%Δ 2014-2010
Contactes	8.276	8.941	9.380	10.889	12.118	49.604	31,7
Pacients	6.965	7.490	8.080	9.295	10.484	37.880	33,6
Pacients amb un contacte	6.053	6.488	7.118	8.161	9.325	31.103	35,1
Pacients amb més d'un contacte							
Contactes	2.223	2.453	2.262	2.728	2.793	18.501	20,4
Pacients	912	1.002	962	1.134	1.159	6.777	21,3

Taula 3. Característiques dels pacients i contactes d'hospitalització domiciliària a Catalunya 2014

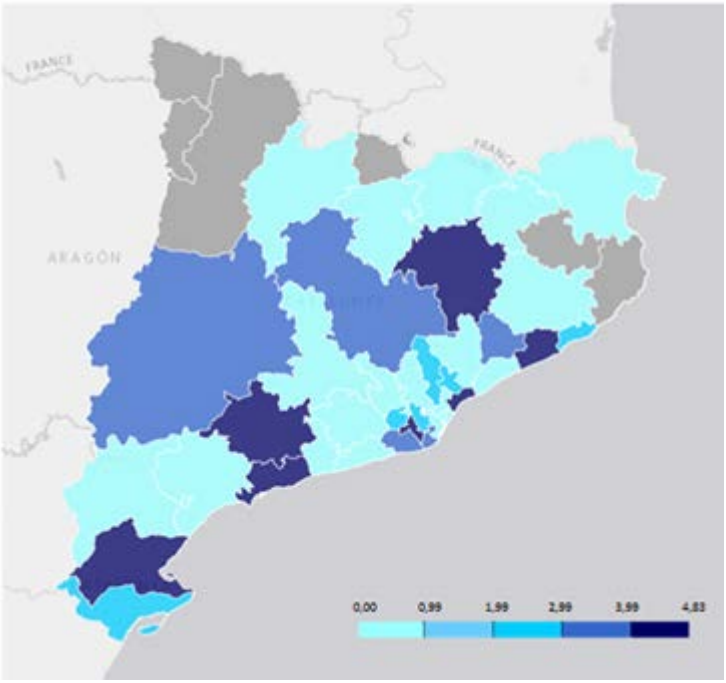
	Homes		Dones		Total	
	n	%	n	%	n	%
Característiques dels PACIENTS						
Edat (anys)						
< 1	122	2,3	136	2,7	258	2,5
1 - 14	11	0,2	8	0,2	19	0,2
15 - 44	564	10,4	667	13,1	1.231	11,7
45 - 64	1.285	23,8	1.013	19,9	2.298	21,9
65 - 74	1.195	22,1	981	19,3	2.176	20,8
75 - 84	1.501	27,8	1.283	25,2	2.784	26,6
≥ 85	719	13,3	997	19,6	1.716	16,4
Regió sanitària de residència						
RS Lleida	445	8,3	383	7,5	828	7,9
RS Camp de Tarragona	612	11,3	633	12,4	1.245	11,9
RS Terres de l'Ebre	197	3,7	150	3,0	347	3,3
RS Girona	293	5,4	267	5,3	560	5,3
RS Catalunya Central	546	10,1	441	8,7	987	9,4
RS Alt Pirineu i Aran	4	0,1	4	0,1	8	0,1
RS Barcelona	3.288	60,9	3.186	62,6	6.474	61,8
Altres (estat espanyol o estranger)	12	0,2	21	0,4	35	0,3
Mortalitat	581	10,8	422	8,3	1.003	9,6
Total pacients	**5.397**	**51,5**	**5.087**	**48,5**	**10.484**	**100,0**
Característiques dels CONTACTES						
Estada mitjana (RIQ) en dies	7	4 - 11	7	4 - 11	7	4 - 11
Morbiditat atesa[a]						
Malalties de l'aparell respiratori	2.179	34,4	1.335	23,1	3.514	29,0
Codis V[b]	790	12,5	906	15,7	1.696	14,0
Malalties de l'aparell genitourinari	788	12,4	716	12,4	1.504	12,4
Malalties de l'aparell circulatori	603	9,5	756	13,1	1.359	11,2
Malalties del sistema musculoesquelètic	331	5,2	555	9,6	886	7,3
Malalties de l'aparell digestiu	457	7,2	334	5,8	791	6,5
Lesions i intoxicacions	465	7,3	324	5,6	789	6,5
Malalties de la pell i del teixit subcutani	203	3,2	290	5,0	493	4,1
Neoplàsies	115	1,8	191	3,3	306	2,5
Malalties del sistema nerviós	90	1,4	120	2,1	210	1,7
Símptomes, signes i altres afeccions	123	1,9	86	1,5	209	1,7
Malalties endocrines i nutricionals	82	1,3	69	1,2	151	1,3
Resta de malalties o condicions[c]	108	1,7	102	1,8	210	1,7
Total contactes	**6.334**	**52,3**	**5.784**	**47,7**	**12.118**	**100,0**

RS: regió sanitària; RIQ: rang interquartílic.

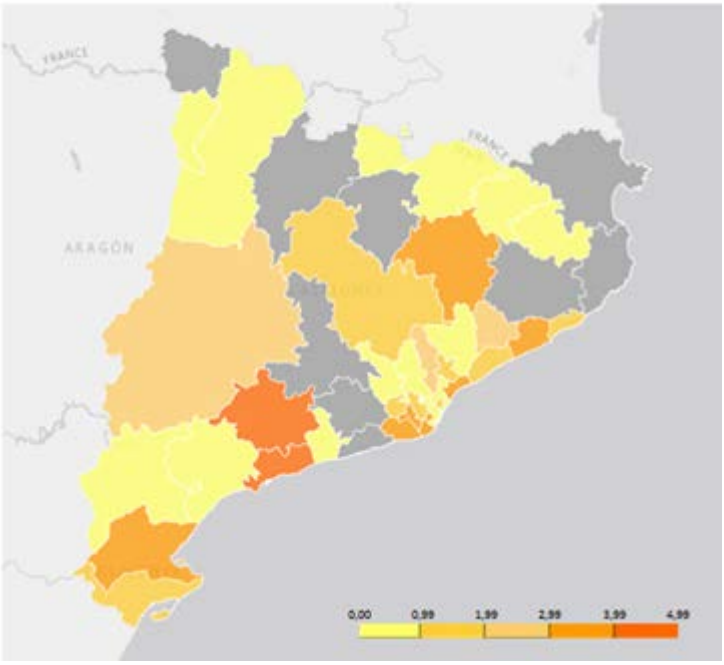
[a] Segons els 17 grans grups de diagnòstics del CIM-9-MC. [b] Classificació suplementària de factors que influeixen en l'estat de salut i en el contacte amb els serveis sanitaris del CIM-9-MC. [c] Grans grups de diagnòstics del CIM-9-MC amb una freqüència menor a l'1%: malalties infeccioses i parasitàries, malalties de la sang i els òrgans hematopoètics, trastorns mentals, complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi, anomalies congènites i afeccions originades en el període perinatal.

Figura 1. Taxa crua d'activitat d'hospitalització domiciliària per 1.000 habitants per a homes i dones segons l'AGA* a Catalunya l'any 2014[a]

Homes



Dones



* AGA: àrees de gestió assistencial (unitat territorial de referència).

[a] Segons la població de Catalunya que consta al registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut el 31 de desembre de 2013.

Estudi 2

L'estudi 2 dona resposta a l'objectiu 2.2 "Descriure els resultats de salut dels pacients que van ingressar en una unitat d'hospitalització domiciliària, en la modalitat d'evitació de l'ingrés, juntament amb els que ho van fer en una unitat d'hospitalització domiciliària, en la modalitat d'alta precoç, a Catalunya, durant l'any 2014".

RESULTATS ESTUDI 2

A la **Taula 4** es mostren les característiques dels contactes segons la modalitat d'hospitalització domiciliària en què van ser atesos. La freqüència de contactes de la modalitat d'evitació de l'ingrés durant l'any 2014 a Catalunya (n=7.688) va ser més alta que la de contactes de la modalitat d'alta precoç (n=2.523). La regió sanitària de residència majoritària va ser Barcelona (66,0% evitació de l'ingrés i 58,5% alta precoç) i els dos grups diagnòstics amb un major nombre de contactes, independentment de la modalitat d'hospitalització domiciliària, van ser les malalties de l'aparell respiratori i les malalties de l'aparell genitourinari.

En relació amb la descripció dels indicadors calculats per a cadascuna de les modalitats d'hospitalització domiciliària sense comparar-les (**Taula 5**), es va observar que, en els contactes de la modalitat d'evitació de l'ingrés, es va informar d'un percentatge de morts del 12,4% i entre els contactes de la modalitat d'alta precoç, del 10,7%. A més, es va observar que l'estada mitjana (DE) va ser de 9,5 (10,4) dies, en la modalitat d'evitació de l'ingrés, i de 9,7 (10,9), en la modalitat d'alta precoç; en aquesta última modalitat va ser de 17,6 (15,6) quan es va considerar conjuntament l'episodi d'hospitalització convencional immediatament anterior i l'episodi d'hospitalització domiciliària. Tenint en compte el nombre total de dies d'estada, aquesta va ser de 73.344, en la modalitat d'evitació de l'ingrés. i de 24.568. en la modalitat d'alta precoç. Considerant el contacte previ d'hospitalització convencional, el nombre total de dies d'estada en aquesta última modalitat (alta precoç) seria d'aproximadament uns 44.405.

Respecte de la variabilitat entre unitats d'hospitalització domiciliària segons la modalitat, la **Figura 2** mostra el percentatge de contactes d'hospitalització domiciliària de què ha informat cada hospital participant. S'observa, de manera general, que la major part dels hospitals van fer més contactes de la modalitat d'evitació de l'ingrés i que cinc hospitals van portar a terme un major nombre de contactes de la modalitat d'alta precoç. Respecte del percentatge de reingressos a cada hospital s'aprecia poca variabilitat entre hospitals en ambdues modalitats; en la modalitat d'evitació de l'ingrés hi ha un hospital amb un percentatge de reingressos per sobre del 80%. D'altra banda, en relació amb les diferències en mortalitat i estada mitjana per hospital segons la modalitat d'hospitalització domiciliària, es va observar una major variabilitat per hospital en mortalitat en la modalitat d'evitació de l'ingrés que en la modalitat d'alta precoç. A més, es va observar poca variabilitat pel que fa a l'estada mitjana entre modalitats d'hospitalització domiciliària; es va trobar un hospital en la modalitat d'alta precoç que presentava una mitjana de dies d'estada més alta que la resta d'hospitals de la seva modalitat.

Quant als factors relacionats amb els tres indicadors estudiats (reingressos, mortalitat i estada mitjana) en la modalitat d'evitació de l'ingrés, a la **Taula 6** s'observa que totes les variables es relacionen amb els tres indicadors, llevat de la circumstància d'admissió, del sexe amb els reingressos i de l'edat amb l'estada mitjana. A més, es va observar una menor mortalitat (exp (β): 0,73 IC 95%: 0,63-0,85) i estada mitjana en les dones que en els homes i un augment en els reingressos, la mortalitat i l'estada mitjana a mesura que l'ICC (índex de Charlson) va ser més gran. Pel que fa al tipus d'hospital, es van trobar diferències tant en els reingressos com en l'estada mitjana a tots els tipus, respecte de l'hospital de referència, i , a més, es va trobar una major mortalitat als hospitals comarcals (exp (β): 1,21 IC 95%: 1,01-1,45) i en els hospitals generals d'alta tecnologia (exp (β): 1,25 IC 95%: 1,00-1,56). D'altra banda, tenint en compte els factors relacionats amb els indicadors seleccionats (reingressos, mortalitat i estada mitjana) en la modalitat d'alta precoç (**Taula 7**), el sexe del pacient no es va relacionar amb cap dels indicadors; la circumstància d'admissió estava només relacionada amb la mortalitat, de manera que es va observar una major mortalitat en pacients l'admissió dels quals va ser urgent (exp (β): 1,64 IC 95%: 1,00-2,68) respecte d'aquells en què es va programar l'admissió. Quant a l'ICC (índex de Charlson) es va trobar relació amb tots els indicadors, i es va observar que a mesura que les puntuacions van ser majors, també van augmentar els reingressos, la mortalitat i l'estada mitjana. Finalment, en relació amb el tipus d'hospital, es va observar que es relacionava amb els reingressos i amb l'estada mitjana, però no amb la mortalitat.

Taula 4. Característiques dels contactes, de l'hospital i del procés assistencial segons la modalitat d'hospitalització domiciliària

	Hospitalització domiciliària, modalitat d'evitació de l'ingrés (n=7.688)		Hospitalització domiciliària, modalitat d'alta precoç (n=2.523)	
	n	%	n	%
Edat mitjana en anys (DE)	70,1 (17,1)		69,8 (16,8)	
Sexe				
Home	4.057	52,77	1.392	55,17
Dona	3.631	47,23	1.131	44,83
Regió sanitària de residència				
Barcelona	5.070	65,95	1.477	58,54
Lleida	334	4,34	402	15,93
Camp de Tarragona	838	10,90	2	0,08
Terres de l'Ebre	398	5,18	1	0,04
Girona	413	5,37	223	8,84
Catalunya Central	628	8,17	416	16,49
Alt Pirineu i Aran	7	0,09	2	0,08
Grup diagnòstic				
Malalties de l'aparell respiratori	2.661	34,61	829	32,86
Malalties de l'aparell genitourinari	1.056	13,74	438	17,36
Malalties del sistema circulatori	1.090	14,18	254	10,07
Malalties del sistema osteomioarticular i del teixit conjuntiu	748	9,73	138	5,47
Lesions i enverinaments	518	6,74	262	10,38
Malalties de l'aparell digestiu	504	6,56	271	10,74
Malalties de la pell i el teixit subcutani	396	5,15	86	3,41
Neoplàsies	251	3,26	53	2,10
Malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits	139	1,81	71	2,81
Símptomes, signes i estats mal definits	146	1,90	53	2,10
Malalties endocrines, de la nutrició i metabòliques i trastorns de la immunitat	108	1,40	42	1,66
Malalties de la sang i dels òrgans hematopoètics	71	0,92	26	1.03
Índex de Charlson				
0 o 1	4,769	62.03	1.550	61.43
2	1,251	16.27	430	17.04
>=3	1,668	21.70	543	21.52
Tipus d'hospital				
Hospital de referència	2,945	38.31	594	23.54
Hospital comarcal	2,404	31.27	743	29.45
Hospital general d'alta tecnologia	1.079	14.03	608	24.10
Hospital de referència d'alta resolució	1,260	16.39	578	22.91
Circumstància d'admissió				
Admissió programada	7.214	93.83	2.387	94.61
Admissió urgent	474	6.17	136	5.39
Nombre de contactes per pacient				
1	5,770	75.05	1.912	75.78
>1	1.918	24.95	611	24.22

n: nombre de contactes; %: percentatge de contactes; DE: desviació estàndard

Taula 5. Reingressos, mortalitat i estada mitjana segons les diferents modalitats d'hospitalització domiciliària. Anàlisi univariada

	Hospitalització domiciliària, modalitat d'evitació de l'ingrés (n=7.688)		Hospitalització domiciliària, modalitat d'alta precoç (n=2.523)	
	n	%	n	%
Reingressos				
No	7.043	91,61	2.325	92,15
Sí	645	8,39	198	7,85
Mortalitat				
No èxitus	6.735	87,60	2.252	89,26
Èxitus	953	12,40	271	10,74
Estada mitjana del contacte (DE) en dies	9,5 (10,4)		9,7 (10,9)*	
Total de dies d'estada	73.344		24.568	

n: nombre de contactes; %: percentatge de contactes; DE: desviació estàndard.

* Tenint en compte conjuntament el contacte d'hospitalització domiciliària de la modalitat d'alta precoç i el contacte previ d'hospitalització convencional del qual procedeix, l'estada mitjana (SD) és de 17,6 (15,6) dies.

Taula 6. Factors relacionats amb reingressos, mortalitat i estada mitjana en la modalitat d'hospitalització domiciliària d'evitació de l'ingrés. Anàlisi multivariada

	Reingressos				Mortalitat				Estada mitjana en dies			
	n	%	exp (β) (IC 95%)	*p*	n	%	exp (β) (IC 95%)	*p*	mitjana	D'	exp (β) (IC 95%)	*p*
Sexe												
Home	330	8,1	1,0		557	13,7	1,0		9,9	11,1	1,0	
Dona	315	8,7	1,12 (0,95-1,32)	0,163	396	10,9	0,73 (0,63-0,85)	<0,001	9,1	9,6	1,01 (1,00-1,01)	0,007
Índex de Charlson												
0 o 1	330	6,9	1,0		424	8,9	1,0		8,9	9,9	1,0	
2	115	9,2	1,19 (0,95-1,50)	0,125	180	14,4	1,29 (1,06-1,56)	0,010	10,5	12,0	0,99 (0,98-0,99)	<0,001
>=3	200	12,0	1,63 (1,34-1,98)	<0,001	349	20,9	1,97 (1,67-2,32)	<0,001	10,8	10,4	0,98 (0,97-0,98)	<0,001
Tipus d'hospital												
Hospital de referència	181	6,2	1,0		288	9,8	1,0		9,7	10,1	1,0	
Hospital comarcal	226	9,4	1,43 (1,16-1,76)	0,001	353	14,7	1,21 (1,01-1,45)	0,031	7,1	5,7	1,03 (1,02-1,03)	<0,001
Hospital general d'alta tecnologia	110	10,2	1,54 (1,20-1,99)	0,001	161	14,9	1,25 (1,00-1,56)	0,042	11,4	11,2	0,98 (0,98-.0,99)	<0,001
Hospital de referència d'alta resolució	128	10,2	1,67 (1,31-2,13)	<0,001	151	12,0	1,10 (0,88-1,37)	0,392	12,2	15,1	0,98 (0,98-.0,99)	<0,001
Circumstància d'admissió												
Admissió programada	602	8,3	1,0		889	12,3	1,0		9,6	10,6	1,0	
Admissió urgent	43	9,1	1,13 (0,81-1,58)	0,447	64	13,5	1,00 (0,75-1,34)	0,982	9,3	6,7	1,00 (0,99-1,00)	0,182
Edat			1,01 (1,01-1,02)	<0,001			1,07 (1,06-1,07)	<0,001			1,00 (1,00-1,00)	0,342

n: nombre de contactes amb indicador positiu; %: percentatge de contactes amb indicador positiu; mitjana: mitjana de dies de durada dels contactes; DE: desviació estàndard.

exp (β) (IC 95%): exponencial del coeficient del model de regressió multivariant i interval de confiança al 95% ajustats per modalitat d'hospitalització domiciliària, sexe, edat, comorbiditat (Charlson), tipus d'hospital i tipus d'ingrés; *p:* p valor a partir de model multivariat.

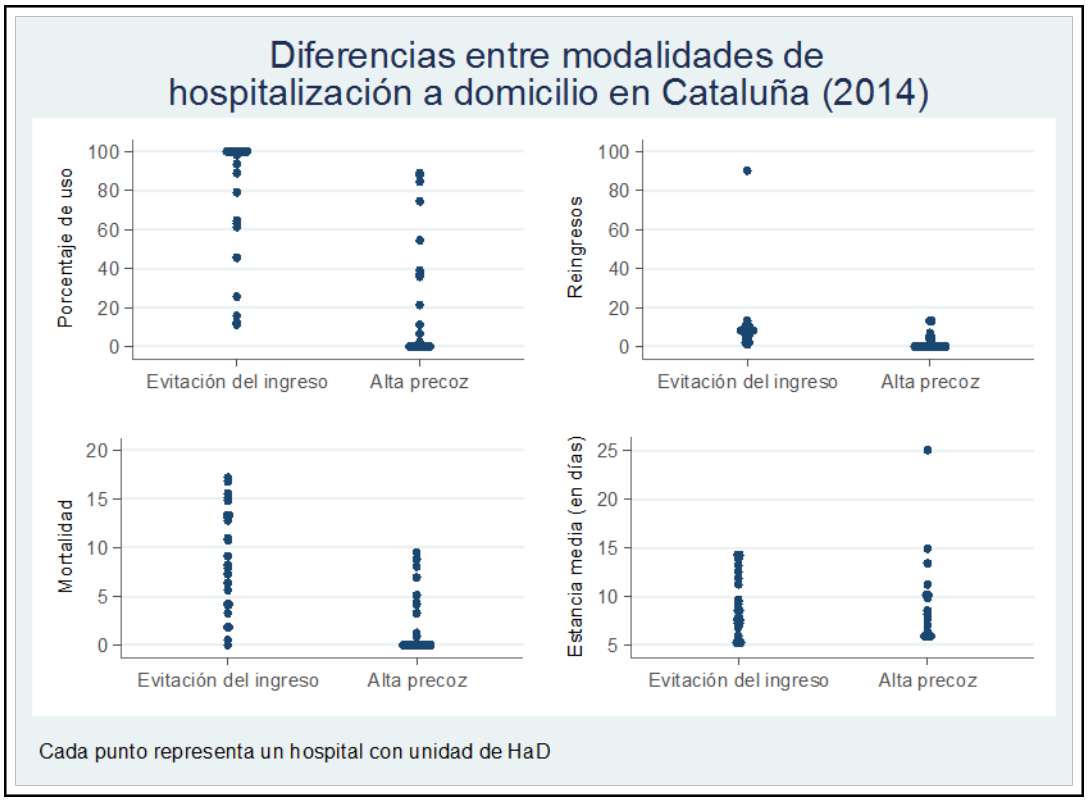
Taula 7. Factors relacionats amb reingressos, mortalitat i estada mitjana en la modalitat d'hospitalització domiciliària d'alta precoç. Anàlisi multivariada

	Reingressos				Mortalitat				Estada mitjana en dies			
	n	%	exp (β) (IC 95%)	*p*	n	%	exp (β) (IC 95%)	*p*	mitjana	D'	exp (β) (IC 95%)	*p*
Sexe												
Home	118	8,5	1,0		155	11,1	1,0		9,8	8,6	1,0	
Dona	80	7,1	0,89 (0,66-1,21)	0,474	116	10,3	0,96 (0,73-1,25)	0,741	9,7	13,2	1,01 (1,00-1,01)	0,072
Índex de Charlson												
0 o 1	98	6,3	1,0		103	6,7	1,0		9,6	10,6	1,0	
2	49	11,4	1,71 (1,18-2,48)	0,005	54	12,6	1,55 (1,08-2,21)	0,016	9,7	12,0	1,00 (0,99-1,01)	0,594
>=3	51	9,4	1,45 (1,00-2,09)	0,049	114	21	2,90 (2,15-3,91)	<0,001	10,2	10,8	0,99 (0,98-1,00)	0,030
Tipus d'hospital												
Hospital de referència	21	3,5	1,0		69	11,6	1,0		9,2	8,8	1,0	
Hospital comarcal	51	6,7	2,10 (1,24-3,56)	0,006	64	8,6	0,82 (0,56-1,19)	0,291	8,7	13,0	1,02 (1,01-1,03)	<0,001
Hospital general d'alta tecnologia	68	11,2	3,53 (2,11-5,90)	<0,001	65	10,7	1,30 (0,88-1,92)	0,182	13,0	12,1	0,97 (0,96-0,98)	<0,001
Hospital de referència d'alta resolució	58	10,0	3,04 (1,82-5,09)	<0,001	73	12,6	1,28 (0,89-1,85)	0,188	8,3	7,3	1,01 (1,00-1,02)	0,069
Circumstància d'admissió												
Admissió programada	187	7,8	1,0		245	10,3	1,0		9,8	11,1	1,0	
Admissió urgent	11	8,1	1,56 (0,59-2,26)	0,662	26	19,1	1,64 (1,00-2,68)	0,049	8,1	5,3	1,00 (0,98-1,01)	0,791
Edat			1,01 (1,00-1,02)	0,198			1,05 (1,04-1,07)	<0,001			1,00 (1,00-1,00)	0,017

n: nombre de contactes amb indicador positiu; %: percentatge de contactes amb indicador positiu; mitjana: mitjana de dies de durada dels contactes; DE: desviació estàndard.

exp (β) (IC 95%): exponencial del coeficient del model de regressió multivariant i interval de confiança al 95% ajustats per modalitat d'hospitalització domiciliària, sexe, edat, comorbiditat (Charlson), tipus d'hospital i tipus d'ingrés; *p:* p valor a partir de model multivariat.

Figura 2. Variabilitat entre les unitats d'hospitalització domiciliària, segons la modalitat d'hospitalització domiciliària a Catalunya 2014



Anàlisi estratègica de l'hospitalització domiciliària a Espanya mitjançant DAFO 2016

Com a resultat de la reunió presencial feta l'any 2016 en què van participar 13 experts, 12 de vinculats al projecte HaD 2020 i dos d'externs, un representant d'AQuAS i un altre del sector de la indústria farmacèutica, es va construir la matriu DAFO (**Taula 8**) en la qual es presenten les aportacions fetes, a escala individual, en una primera ronda i, a escala grupal, en una segona en què, a més, se'n va puntuar la rellevància. La taula 8 està ordenada segons la puntuació obtinguda a escala de rellevància: en primer lloc, les més rellevants.

Pel que fa a les debilitats identificades, "la variabilitat en l'atenció entre les unitats d'hospitalització domiciliària" va aconseguir la màxima puntuació en una escala de 9 a 1, sent 9 la màxima i 1, la mínima. En el camp de les fortaleses, cap de les aportacions va aconseguir la màxima puntuació. "La implicació amb l'assistència - identificació amb l'hospitalització domiciliària" juntament amb el "treball en equip multidisciplinari" van ser les que van obtenir millor puntuació (ambdues, 7 punts). En el camp de les oportunitats, el grup va considerar que "el desenvolupament de noves TIC i sistemes d'informació" i "l'atenció més centrada en processos i rutes assistencials. Oportunitat de lideratge per a l'hospitalització domiciliària" eren les més rellevants (ambdues, 9 punts). Finalment, l'amenaça considerada més rellevant va ser "la percepció com a amenaça per part d'atenció primària i alguns serveis hospitalaris".

Taula 8. Aportacions amb un (número) a la dreta que expressa la rellevància de cada proposta en el conjunt (sent 9 la màxima i 1, la mínima)

FORTALESES	DEBILITATS	OPORTUNITATS	AMENACES
Implicació amb l'assistència. Identificació amb l'hospitalització domiciliària (7)	Variabilitat en l'atenció entre unitats (9)	Desenvolupament de noves TIC i sistemes d'informació (9)	Percepció com a amenaça per part d'atenció primària i alguns serveis hospitalaris (9)
Treball en equip multidisciplinari (7)	Finançament insuficient o inexistent (8)	Atenció més centrada en processos i rutes assistencials. Oportunitat de lideratge per a l'hospitalització domiciliària (9)	Indiferència, desconeixement de polítics i planificadors (8)
Bon ambient laboral (6)	Disparitat de carteres de serveis. Què és i què no és? (7)	Necessitat de potenciar continuum assistencial entre l'hospital i atenció primària (rol hospitalització domiciliària (6)	Fragmentació del procés assistencial. No visió integral (7)
Atenció de qualitat centrada en el pacient (6)	Manca d'indicadors específics. No es poden conèixer resultats ni comparar-los (6)	Sortir de la crisi: recerca d'organitzacions eficients i amb bons resultats clínics. L'hospitalització domiciliària en la línia si genera evidència pròpia (6)	Manca de definició en processos transversals. Lideratges externs en pacients crònics (6)
Es percep certa dinàmica de modernització i canvi en l'hospitalització domiciliària (5)	Poc reconeixement professional. Problema d'"autoestima" (6)	Intensificar la relació amb altres societats científiques (5)	Direcció estratègica en salut erràtica i polititzada (5)
Nivell alt de satisfacció del pacient i la seva família (4)	Recerca d'hospitalització domiciliària testimonial. No es genera evidència (6)	Oportunitat de treballar i compartir dades en xarxa entre les unitats d'hospitalització domiciliària de l'Estat (4)	Manca d'interès dels clients interns (serveis) en l'hospitalització domiciliària (5)
Flexibilitat i capacitat d'adaptació (3)	Falta un programa estatal que reconegui i consolidi l'hospitalització domiciliària (5)	Proposar i desenvolupar un pla nacional d'hospitalització domiciliària (4)	Gerents que busquin oportunitat d'estalvi a curt termini. Retallar programes d'hospitalització domiciliària per estalviar recursos (4)
Perfil resolutiu per a l'hospital. Cobreix dèficits assistencials (3)	Falta formació específica (5)	Utilitzar la gestió clínica com a eina de canvi i de millora (4)	Manca de lideratge directiu d'hospitalització domiciliària al centre per part del director mèdic i del gerent (4)
Professionals experimentats. Protocols existents (2)	Disparitat de recursos. En general en falten (5)	Bona acceptació en algunes publicacions de treballs de recerca clínica en hospitalització domiciliària (3)	Prioritzar finançament de la complexitat enfront d'alternatives com l'hospitalització domiciliària (4)
Rol de nexe assistencial entre l'hospital i l'atenció primària (2)	Irrellevància de la SEHAD. Només organitza congrés (5)	SEHAD com a aglutinador i part enfront de polítics i planificadors (3)	Fragmentació del mapa sanitari espanyol. 17 realitats diferents (3)
Ampli horari d'atenció	Utilització irregular de les noves tecnologies. Més aviat pobra (5)	Bona predisposició d'alguns agents externs com a socis de l'hospitalització domiciliària: indústria (2)	Competència amb ATDOM d'atenció primària (3)
Capacitat d'allunyar el pacient de l'hospital i mantenir-lo en el seu entorn	No es coneixen dades de costos. No es pot afirmar l'eficiència (4)	Sobrecàrrega assistencial d'atenció primària. Paper de l'hospitalització domiciliària menys discutit (1)	Pressió assistencial segons necessitats dels serveis. Demanda no controlable (3)

FORTALESES	DEBILITATS	OPORTUNITATS	AMENACES
Implicació amb l'assistència. Identificació amb l'hospitalització domiciliària (7)	Escàs impacte en els mitjans i en la societat (4)		Descoordinació amb els recursos sociosanitaris (3)
	No es visualitza com a alternativa a l'hospitalització convencional. N'és un complement (3)		Competència en recerca. No accés a fons competitius (2)
	Pendent de la fidelització d'alguns serveis (3) Falta cultura d'avaluació i millora contínua (2)		Manca de cultura i conscienciació sanitària de la població general (1)
	A força centres encara no es disposa d'HC informatitzada (2)		
	Descoordinació amb atenció sociosanitària (1)		

HC: història clínica; AP: atenció primària, TIC: tecnologia de la informació i la comunicació; ATDOM: programa d'atenció domiciliària.

Descripció de l'hospitalització domiciliària a Espanya

De les 110 unitats d'hospitalització domiciliària que constaven en el registre UHaD de la SEHAD el mes de març de 2016, van respondre 78 unitats (71%). Es va obtenir el 100% de participació en vuit comunitats autònomes, que corresponia al 53% de les unitats d'hospitalització domiciliària espanyoles. Només la comunitat autònoma de Múrcia no va respondre l'enquesta (**Taula 9**).

La primera unitat d'hospitalització domiciliària a Espanya es va obrir l'any 1981. A partir d'aquesta, se'n van obrir d'altres durant la dècada dels vuitanta i fins a l'actualitat.

Taula 9. Distribució de les unitats d'hospitalització domiciliària en actiu que han respost* l'enquesta electrònica, segons la comunitat autònoma (CA) espanyola (2016)

HAD2020 clave de futuro

Nª DE UNIDADES QUE HAN RESPONDIDO POR C. AUTÓNOMA			
Andalucía	1	5	20%
ARAGÓN	2	2	100%
Asturias	2	2	100%
Baleares	2	2	100%
Canarias	4	5	80%
CANTABRIA	1	1	100%
CASTILLA y LEON	2	5	40%
CATALUÑA	17	23	74%
COMUNIDAD VALENCIANA	16	26	62%
Galicia	12	12	100%
La Rioja	2	2	100%
Madrid	4	5	80%
Murcia	0	3	0%
Navarra	3	3	100%
PAIS VASCO	10	10	100%
Total general	**78**	**106**	**74%**

* A la primera columna, el nombre d'unitats d'hospitalització domiciliària que han contestat l'enquesta; a la segona, el nombre d'unitats d'hospitalització domiciliària disponibles per comunitat autònoma. A la tercera columna, el percentatge de resposta.

A tall de resum, com a dades més rellevants d'aquesta enquesta se'n destaquen les següents:

- Unitats de creació recent (<5 anys): 9,6%.
- Unitats d'hospitalització domiciliària amb cobertura poblacional de la seva àrea de referència: 48,7%.
- Ràtio poblacional de places d'hospitalització domiciliària: 0,08/10^3 habitants.
- Altes d'hospitalització domiciliària: mitjana per unitat 866 (DE: 634).
- Unitats petites per la seva capacitat assistencial desplegada (<30 places): 42,3%.
- Unitats que disposen d'informació completa de costos: 20,6%.
- Personal adscrit a les unitats participants en l'enquesta nacional d'hospitalització domiciliària: 867 professionals (30,3% metges/esses, 57,7% infermers/eres, altres 12%).
- Ràtio mitjana de professionals de les 78 unitats que van respondre: 0,40/plaça d'hospitalització domiciliària (hospitalització convencional 1,86/llit).
- Unitats que practiquen l'ingrés en règim de voluntarietat de pacients i familiars: 100%.
- Unitats que no disposen de cap dispositiu propi d'atenció continuada: 26,9%.
- Unitats que tenen definits circuits de continuïtat assistencial: 56,3%.
- Unitats que registren activitat docent: pregrau, el 65%; postgrau, el 77%.

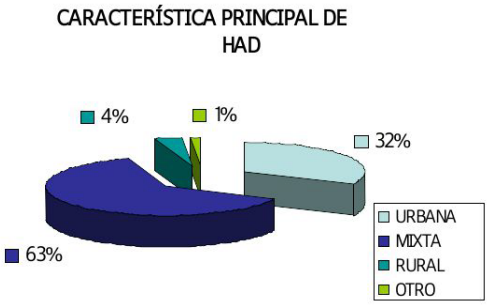
- Unitats amb activitat de formació continuada específica: 32,9%.
- Unitats amb activitat investigadora (participació en publicacions indexades): 25,6%.

Els resultats presentats en aquest informe són una mostra representativa i detallada d'aspectes que evidencien la realitat de l'hospitalització domiciliària a Espanya després de l'enquesta nacional electrònica feta des de SEHAD. A partir d'aquests resultats, hi ha un excel·lent punt de partida per identificar els àmbits de millora en els propers anys.

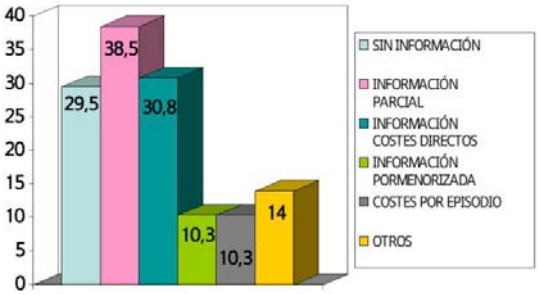
A la **Figura 3** una selecció dels resultats obtinguts.

Figura 3. Selecció de resultats derivats de l'enquesta sobre l'estat de situació actual de les unitats d'hospitalització domiciliària en actiu a Espanya (març 2016)

1.- Descripción HAD



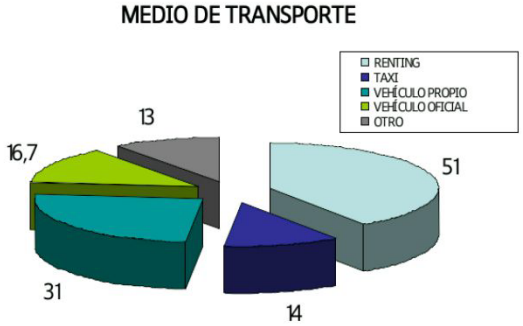
5.- Gestión económica



6.- Recursos Humanos

7.- Recursos materiales

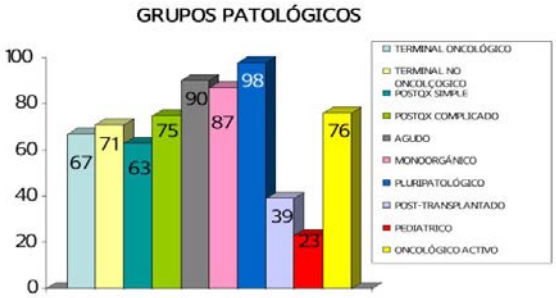
Telemedicina: No: 87%



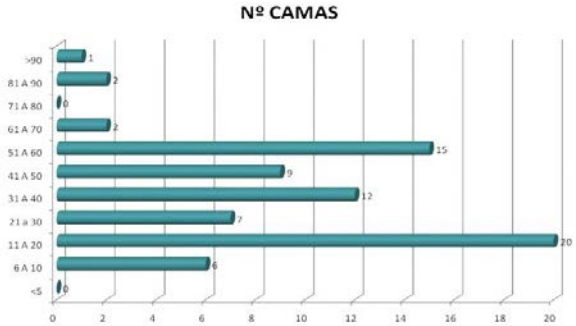
8.- Indicadores de actividad docente

- ✓ 65% con docencia pregrado aunque sólo 14% tanto para medicina como enfermería
- ✓ 77% con docencia postgrado
- ✓ Iniciativas de formación continuada: 32.9%
- ✓ 2% sesiones clínicas acreditadas

10.- Cartera de servicio



12.- Indicadores de actividad asistencial



14.- Modelo asistencial

- ✓ 100% ingreso voluntario
- ✓ 44% con consentimiento informado
- ✓ 62% historia clínica informatizada
- ✓ 51% prescripción médica digitalizada
- ✓ 26.9 % sin guardias
- ✓ 11% cobertura 24 horas

Difusió/Disseminació del projecte

Fins al moment, en relació amb l'estudi 1 (objectiu 2.1) s'ha publicat un article científic, una comunicació oral i un pòster. També s'ha fet una ponència. Quant a l'estudi 2 (objectiu 2.2), s'ha presentat un pòster i s'està treballant en un manuscrit. Quant als objectius 3 i 4, s'ha publicat un article científic, dos informes i dues ponències. Recentment, s'ha presentat una comunicació científica en format de pòster que presenta els resultats principals de cada un dels objectius del projecte.

A l'**Annex 5** es detalla la producció científica derivada del projecte que contribueix a la seva difusió/disseminació, feta fins al mes de novembre de 2017.

DISCUSSIÓ

En termes generals, els estudis que s'han tingut en compte en les set RS d'ACA analitzades mostren que l'hospitalització domiciliària, en els processos seleccionats, obté resultats clínics comparables, i en algunes ocasions millors, als de l'hospitalització convencional, cosa que comporta una reducció en el cost a la majoria dels casos, i a d'altres, fins i tot una reducció dels reingressos o de la mortalitat respecte de la trajectòria habitual d'hospitalització. Reduccions similars en la mortalitat es van trobar per a tots els grups d'edat. Els resultats també suggereixen que l'hospitalització domiciliària incrementa la satisfacció del pacient i del cuidador, sense augment de la càrrega del cuidador. El fet que la revisió feta de la literatura s'hagi centrat exclusivament en les RS d'ACA, perquè són el millor disseny per respondre la pregunta de recerca plantejada, no ha condicionat la possibilitat de descriure els resultats clínics, ja que totes o gairebé totes les RS aportaven dades sobre l'eficàcia i la seguretat de l'hospitalització domiciliària, a més de dades sobre costos i satisfacció del pacient i del cuidador. Altres resultats, com ara la qualitat de vida, l'estada mitjana, així com la presentació de l'eficàcia i la seguretat de l'hospitalització domiciliària segons indicació o anàlisi de l'efectivitat, queden relegats a futures anàlisis.

L'estudi 1 posa de manifest que l'hospitalització domiciliària està disponible als hospitals d'aguts de Catalunya. Aquesta realitat sembla reproduir-se a la resta de comunitats autònomes de l'Estat espanyol, si revisem els resultats del catàleg de la SEHAD, fet l'any 2015, que consta de 106 unitats d'hospitalització domiciliària en funcionament, segons les dades facilitades pel personal de les diferents unitats d'hospitalització domiciliària.[25] L'estudi 1 també posa de manifest que el volum d'activitat és creixent any rere any, tant l'increment en el nombre de contactes (31,7%) com de pacients (33,6%), entre els anys 2010 i 2014. Aquesta situació sembla mantenir-se l'any 2015, ja que els hospitals del SISCAT van atendre 9.546 altes d'hospitalització domiciliària, segons les dades de la central de resultats del SISCAT.[27] No obstant això, el nivell d'implementació de l'hospitalització domiciliària es considera baix (1,6%) tot i que amb una tendència progressivament ascendent. L'estudi 1 també mostra una distribució homogènia pel que fa al sexe dels pacients atesos en hospitalització domiciliària i que l'edat del pacient no és un condicionant a l'hora d'oferir aquesta opció alternativa a l'internament convencional (un 16% dels atesos en hospitalització domiciliària tenien més de 84 anys). Entre les patologies més freqüents es troben les de l'aparell respiratori, a causa d'agudització de processos crònics, habituals en les primeres posicions de la casuística d'aquestes unitats. L'estada mitjana de les unitats d'hospitalització domiciliària catalanes el 2014 és de 7 dies (rang interquartil 4-11). Les taxes brutes d'aquest estudi mostren una variabilitat geogràfica en l'hospitalització domiciliària al territori català, segons les àrees de gestió assistencial (AGA) l'any 2014. Segurament aquestes diferències variaran un cop es tingui en compte l'estructura d'edat i sexe de les poblacions.

L'estudi 2 mostra que les dues modalitats d'hospitalització domiciliària estan disponibles avui en dia, i que és major l'activitat de l'hospitalització domiciliària d'evitació de l'ingrés en comparació amb la de l'alta precoç. També que ambdues modalitats són opcions reals a tot el territori català

si tenim en compte la distribució de les altes notificades segons la regió sanitària. Tot i que els resultats descriptius dels contactes, de l'hospital i del procés assistencial de cadascuna de les modalitats semblin similars, cal tenir en compte que l'estudi 2 no ha fet una comparativa adreçada a estudiar si entre les dues modalitats d'hospitalització domiciliària hi ha o no diferències estadísticament significatives en l'edat o el sexe dels contactes, la regió sanitària de residència, el grup diagnòstic, l'índex de Charlson, el tipus d'hospital o el nombre de contactes per pacient. Aquesta decisió es sosté en el fet que, després de cada modalitat d'hospitalització domiciliària, hi ha uns criteris d'indicació i, per tant, les fa no comparables. Una altra cosa seria la comparació entre l'hospitalització domiciliària d'alta precoç i l'hospitalització convencional davant d'una mateixa indicació. En aquest sentit, s'espera continuar la investigació utilitzant també dades del CMBDAH català. Pel que fa a l'estada mitjana del contacte en dies, els resultats indiquen que és de 9,5 dies per a la modalitat d'evitació de l'ingrés, i de 9,7 dies per a la d'alta precoç. Xifres molt similars a les d'un estudi fet en 20 hospitals del Sistema Nacional de Salut l'any 2014, que establia l'estada mitjana en 9,85 i 8,89, respectivament.[28]

L'anàlisi de l'activitat de l'hospitalització domiciliària s'ha centrat exclusivament a Catalunya pel fet que ha estat on s'ha pogut assegurar un grau d'exhaustivitat i validesa en la declaració al CMBDAH, fonamental per a aquest tipus d'anàlisi. Segurament aquest alt grau d'exhaustivitat i validesa està relacionat amb el fet que el pagament a Catalunya, a diferència de les altres comunitats autònomes de l'Estat espanyol, està directament relacionat amb l'activitat declarada al CMBDAH. Aquest fet fa que, a Catalunya, el CMBDHA permeti conèixer l'evolució de les patologies ateses en el temps, les característiques de l'atenció prestada i la distribució de l'activitat en el territori; i sigui útil per a la planificació, l'avaluació de recursos i la compra de serveis, i es pot fer extensiu també als centres privats. Aquesta realitat permet també definir i monitorar indicadors específics perquè sigui possible dur a terme una avaluació contínua, així com impulsar una investigació rigorosa i benchmarking amb l'objectiu d'identificar, testar i implementar les millors pràctiques. De tota manera, s'espera que el registre d'activitat d'atenció sanitària especialitzada (RAE-CMBD) aprovat pel Reial decret 69/2015, de 6 de febrer, en el qual s'inclou específicament l'hospitalització domiciliària com a activitat pròpia[11] permeti avançar i fer extensiva l'anàlisi feta a Catalunya a la resta de comunitats autònomes de l'Estat espanyol. En aquest mateix sentit, cal destacar el fet que l'any 2015 en el marc de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (OSSC) es va publicar per primera vegada un indicador que permet conèixer l'activitat d'hospitalització domiciliària feta a Catalunya, així com valorar-ne l' evolució futura (dades de 2014).

L'indicador específic d'hospitalització domiciliària de l'OSSC s'emmarca a l'àrea de l'adequació dels serveis sanitaris, en la qual s'inclouen aquells indicadors que valoren o analitzen si l'atenció ha estat correcta, feta pel proveïdor idoni, en el pacient apropiat, en el lloc i el moment adequat i que es tradueix en una qualitat d'atenció sanitària òptima. En el seu càlcul, el denominador que s'utilitza és el global de hospitalitzacions (convencionals o per cirurgia major ambulatòria) de què s'ha informat a l'àmbit de Catalunya i desagregat per hospital d'aguts. Els ingressos en hospitalització domiciliària (%) és un indicador que es manté molt estable en el context català: 1,47% (dones: 1,32%; homes: 1,63%) el 2016[28,] igual al de l'any 2014 (1,49%) i lleugerament inferior a l'any 2015 (1,56%). En relació amb el nombre d'hospitals catalans que proveeixen aquest servei, l'any 2016 n'han estat 24, mentre que el 2015 van ser-ne 25 **(Figura 4).** Entre els hospitals que han fet més altes d'hospitalització domiciliària es troben

majoritàriament centres de nivell 1 i 2 (hospitals d'alta tecnologia i hospitals de referència d'alta resolució, respectivament); en canvi, en termes relatius, els hospitals amb un percentatge més elevat són majoritàriament centres de nivell 3 i 4 (altres hospitals de referència i hospitals comarcals, respectivament (**Figura 4**). A la **Figura 5,** els hospitals del SISCAT amb valors més alts i més baixos d'altes (%) en hospitalització domiciliària. Cal destacar l'Hospital Dos de Maig (Barcelona) que, amb un 8,5%, és el centre que presenta els valors més alts d'hospitalització domiciliària, i la Fundació Sant Hospital, amb un 0,1%, com el centre que els presenta més baixos. A l'**Annex 6** es descriu una aproximació sobre un hipotètic indicador d'estalvi de l'hospitalització domiciliària que es fonamenta en algunes de les dades obtingudes dels estudis 1 i 2 així com d'altres publicats en la literatura revisada. No obstant això, cal tenir cautela en la seva valoració ja que tant els càlculs fets com algunes assumpcions d'equiparació entre l'hospitalització domiciliària i l'hospitalització convencional poden estar esbiaixats.

Figura 4. Nombre d'hospitalitzacions domiciliàries i % d'hospitalitzacions domiciliàries segons l'hospital. SISCAT, dades 2015[26]

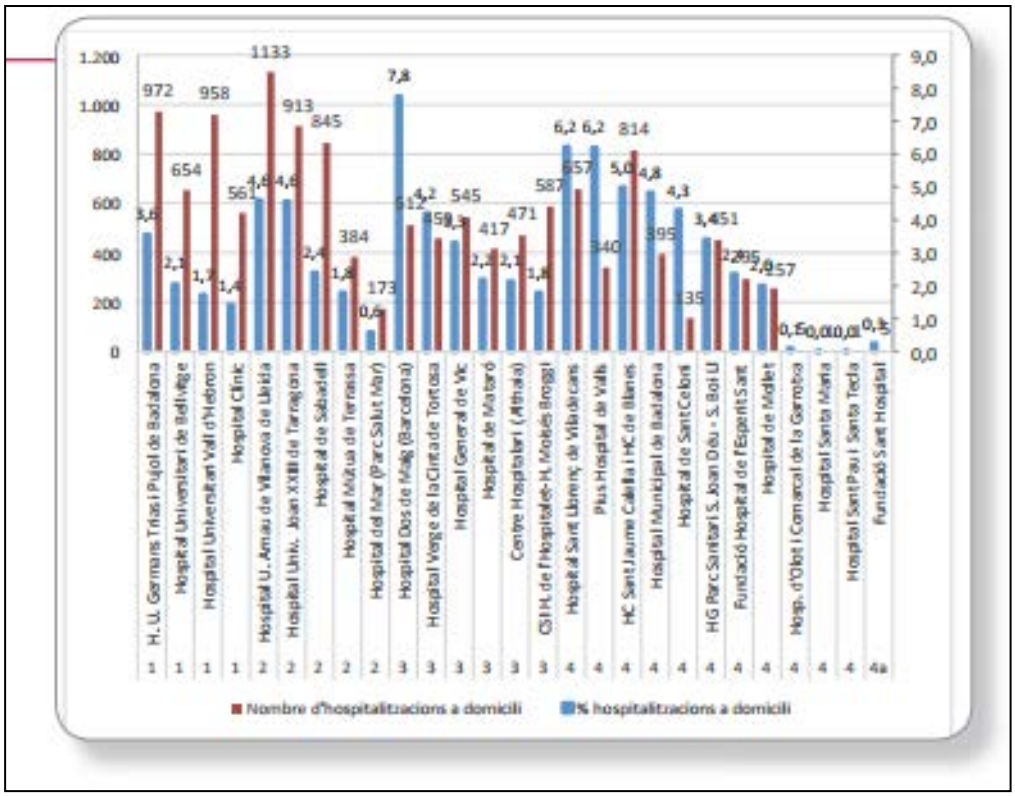


Figura 5. Hospitals del SISCAT amb valors (%) més alts i més baixos d'hospitalització domiciliària (Catalunya, dades 2016)[27]

Hospital Dos de Maig (Barcelona)	8,5
Pius Hospital de Valls	6,4
Hospital Sant Llorenç de Viladecans	4,9
Hospital U. Arnau de Vilanova de Lleida	4,5
HC Sant Jaume Calella i HC de Blanes	4,4
Hospital Univ. Joan XXIII de Tarragona	3,8
Hospital Universitari de Bellvitge	1,8
Hospital Mútua de Terrassa	1,6
Hospital Clínic	1,4
Hospital Universitari Vall d'Hebron	1,3
Hospital del Mar (Parc Salut Mar)	0,5
Fundació Sant Hospital	0,1

L'anàlisi de la situació de l'hospitalització domiciliària a Espanya mitjançant l'eina DAFO ha permès identificar una sèrie de debilitats i fortaleses (anàlisi interna) així com d'amenaces i oportunitats (anàlisi externa) i establir-ne la rellevància. En aquest sentit ha estat fonamental la participació dels membres del grup de treball HaD 2020, no només per la seva experiència i coneixement en aquest àmbit, sinó també perquè com que són els representants de les diferents comunitats autònomes de l'Estat espanyol, han pogut aportar les peculiaritats existents en cada una d'elles en l'actualitat. La matriu DAFO resultant ha permès, a més, establir i planejar l'estratègia de futur per a l'hospitalització domiciliària a Espanya en els propers anys. Les sis línies estratègiques de l'hospitalització domiciliària a Espanya prioritzades pel panel d'experts que, posteriorment, han estat aprovades per la SEHAD són les següents: 1) model assistencial comú, 2) sistema d'informació compartit, 3) promoció de la investigació, 4) difusió en els decisors (professionals i polítics), 5) professionals sanitaris i formació en hospitalització domiciliària i, finalment, la 6) finançament. Encara que l'anàlisi DAFO pot ser aplicada a petits grups que es dediquin a una activitat, com ara l'hospitalització domiciliària, l'inconvenient pot residir en el fet que les persones participants observin fortaleses, debilitats, amenaces i oportunitats, però poden obviar altres aspectes perquè no saben detectar-los. Entre les limitacions de l'anàlisi DAFO, hi ha la manca de regles o pautes determinades per establir quan un fet o fenomen representa una amenaça o bé una oportunitat i que l'anàlisi inclou formes simples de la seva estructuració (quadres esquemàtics) en què es reflecteixen els seus components, identificant-los més que descrivint-los. De tota manera, com succeeix amb la majoria d'anàlisis DAFO, el grup d'experts haurà de fer un estudi profund de cadascun dels seus aspectes. En aquest sentit, la priorització i l'aprovació posterior de les sis línies estratègiques ja reflecteix l'acord amb aquest advertiment.

L'estudi mitjançant l'enquesta electrònica va aconseguir implicar els responsables de les unitats d'hospitalització domiciliària en actiu d'Espanya, ja que es va obtenir una elevada taxa de

resposta (71%). Aquest fet ha permès obtenir una imatge representativa i detallada d'aspectes que evidencien la realitat de l'hospitalització domiciliària a Espanya i, per tant, suposa un excel·lent punt de partida per identificar els àmbits de millora en els propers anys. La disponibilitat del registre d'unitats d'hospitalització domiciliària de la SEHAD ha estat fonamental per saber a qui adreçar l'enquesta i limitar-ne els problemes d'accessibilitat, així com la consideració dels resultats de la revisió de la literatura i l'opinió dels experts en el disseny de l'enquesta, minimitzant problemes de comprensió i interpretació d'algunes preguntes així com d'omissió de preguntes rellevants o de formulació d'un excessiu nombre de preguntes obertes, amb la dificultat consegüent de la seva anàlisi. El fet de ser una enquesta electrònica enviada per correu electrònic ha permès un enviament ràpid amb un cost baix i l'oportunitat als participants de temps suficient perquè es pensin bé les respostes.

Els resultats d'aquest projecte, en què es combinen diferents metodologies per assolir cada un dels objectius específics, contribueixen de manera clara al coneixement de l'estat de situació actual de l'hospitalització domiciliària, cosa que permet avançar en l'estandardització de la seva organització i activitat a l'Estat espanyol com a alternativa a l'hospitalització convencional.

CONCLUSIONS

L'hospitalització domiciliària és una modalitat assistencial de rang hospitalari, alternativa a l'hospitalització convencional que, juntament amb altres dispositius del sistema emergents aquests darrers anys, permet mantenir la capacitat assistencial hospitalària i donar una millor resposta a la demanda sanitària creixent i cada vegada més complexa. La seva funció principal consisteix a evitar l'ingrés o escurçar l'estada mitjana dels pacients que requereixen una atenció hospitalària. Resultat d'això últim sorgeixen les dues modalitats d'hospitalització domiciliària més implementades: "evitació de l'ingrés" i "alta precoç".

L'evidència científica acumulada a dia d'avui suggereix que l'hospitalització domiciliària pot associar-se a resultats comparables en l'àmbit clínic als de l'hospitalització convencional. Alguns treballs mostren resultats favorables pel que fa als costos i a la satisfacció, tant dels pacients com dels cuidadors. La qualitat de l'evidència, tot i que es fonamenta en els ACA, és encara de moderada a baixa.

Quant a l'activitat d'hospitalització domiciliària feta a Catalunya en els darrers anys i, en particular, l'any 2014, es posa de manifest que la tipologia de contactes/pacients així com de resultats clínics (mortalitat, reingressos, estada mitjana) observats (efectivitat) són similars als evidenciats a la literatura publicada a escala d'eficàcia/seguretat. Els resultats mostren també que l'hospitalització domiciliària en qualsevol de les dues modalitats és una opció real a tot el territori català almenys des de l'any 2014, que és l'any analitzat en aquest informe.

Producte de la matriu DAFO feta per experts en hospitalització domiciliària en representació de les diferents comunitats autònomes de l'Estat espanyol, juntament amb les dades proporcionades per l'alta resposta de les unitats d'hospitalització domiciliària enquestades, revelen una notable heterogeneïtat en els models assistencials de les unitats existents, així com un creixement en el seu nombre.

En conclusió, aquest projecte, per mitjà de l'aplicació de diferents metodologies, ha permès avançar en el coneixement de l'hospitalització domiciliària. No només pel que fa a la seva eficàcia i seguretat comparada amb la modalitat assistencial a la qual substituir, sinó també pel que fa a la seva efectivitat en entorns de pràctica clínica habitual (Catalunya), sense deixar de banda aspectes relatius a la realitat que mostra l'heterogeneïtat de les unitats d'hospitalització domiciliària espanyoles i aquelles consideracions dels experts que permeten avançar després de la identificació de barreres (amenaces, debilitats) i facilitadors (oportunitats i fortaleses). El fet que ja es mesurin resultats amb indicadors específics (% d'hospitalització domiciliària en relació amb l'hospitalització total) a Catalunya, així com l'aprovació del RAE-CMBD, amb un major requeriment d'informació per part dels hospitals, són mostres que apunten al fet que les anàlisis com les efectuades en aquest projecte seran possibles també a altres comunitats autònomes en un futur pròxim i, per conseqüent, també un major estudi sobre l'efectivitat de l'hospitalització domiciliària a Espanya.

ANNEXOS

Annex 1. Estratègia de cerca bibliogràfica

Període temporal

La cerca bibliogràfica s'ha fet el mes d'octubre de 2014. Activació d'alertes fins al 2015.

Bases de dades i fonts d'informació

Pubmed, Web of Science, The Cochrane Library, Tripdatabase i MEDES.

Estratègies de cerca

ESTRATÈGIA PUBMED: 171 REFERÈNCIES

#8	Search #5 OR #6 Sort by: PublicationDate Filters: published in the last 5 years	171
#4	Search systematic[sb] OR "practice guideline"[pt] OR guideline[pt] OR guideline*[ti] OR consensus[ti] OR recommendation*[ti] Sort by: PublicationDate	295861
#3	Search Care[ti] OR Therap*[ti] OR Hospital*[ti] OR "early supported discharge"[ti] OR "ATDOM"[ti] OR "PADES"[ti] OR "discharge planning"[ti] OR transitional[ti] OR "Home Care Services, Hospital-Based"[MAJR] OR "Home Health Aides"[MAJR] OR "continuity of patient care/standards"[MAJR] OR Aftercare[Majr] OR "Patient discharge"[Majr] Sort by: PublicationDate	1161445
#2	Search Home[ti] OR Domiciliar*[ti] OR "out of hours"[ti] Sort by: PublicationDate	51258
#1	Search "hospital at home"[tiab] OR "hospital in the home"[tiab] OR "home hospitalization"[tiab] Sort by: PublicationDate	452

ESTRATÈGIA WEB OF SCIENCE: 231 REFERÈNCIES

#3 #1 AND #2 Timespan=Last 5 years
#2 TITLE: (Review OR systematic OR guideline* OR consensus OR recommendation*)
#1 TITLE: ("hospital at home" OR "hospital in the home" OR "home hospitalization") OR TITLE: ((Home OR Domiciliar* OR "out of hours") AND (Care OR Therap* OR Hospital* OR discharge OR ATDOM OR PADES OR transitional))

ESTRATÈGIA THE COCHRANE LIBRARY: 24 RSEC, 22 HTA

Home or Domiciliar* or "out of hours":ti and Care or Therap* or Hospital* or discharge or ATDOM or PADES or transitional:ti Publication Year from 2009 to 2014

TRIPDATABASE: 34 RSEC

"hospital at home" OR "hospital in the home" OR "home hospitalization"

MEDES: 41 REFERÈNCIES

"hospitalización domiciliaria"

Annex 2. Descripció del registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD)

El CMBD és un registre poblacional que recull informació sobre la patologia atesa als centres sanitaris de Catalunya. Es tracta d'un banc de dades exhaustiu i vàlid sobre activitat i morbiditat sanitària, elaborat a partir de la informació facilitada per tots els centres sanitaris de Catalunya.

La informació que proporciona el CMBD permet conèixer l'evolució de la patologia en el temps, les característiques de l'atenció prestada i la distribució de l'activitat en el territori; i és útil per a la planificació, l'avaluació de recursos i la compra de serveis.

El CMBD a Catalunya s'inicia formalment amb l'Ordre de 23 de novembre de 1990, que estableix l'obligació de tots els hospitals públics i privats de Catalunya d'elaborar un CMBD de l'alta hospitalària (CMBDHA) amb la informació de l'activitat d'hospitalització d'aguts.

El 1995 s'incorpora la notificació sistematitzada de l'activitat dels hospitals psiquiàtrics monogràfics (CMBD-SMH). A partir de 1996, la cirurgia major ambulatòria (CMA) i l'hospital de dia. El 1998 es crea el CMBD-SMA, els centres ambulatoris de salut mental i, finalment, el 1999, el de recursos sociosanitaris (CMBD-RSS).

El 2003 els registres del CMBD unifiquen la gestió de la informació i la definició de les variables comunes a totes les xarxes.

El 20 de juny de 2012 entra en vigor la Instrucció 06/2012 del CatSalut segons la qual, tota l'activitat d'atenció primària i d'atenció urgent del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT), s'haurà de notificar als dos nous CMBD creats amb aquesta finalitat: el CMBD-AP (atenció primària) i el CMBD-UR (urgències).

Els hospitals generals d'aguts, cada mes, envien al registre del CMBDHA les dades de l'activitat assistencial obtingudes a partir dels informes d'alta d'hospitalització convencional, CMA, hospital de dia i hospitalització domiciliària. Un cop rebudes, les dades es validen i es retorna a cada hospital un informe que conté el resum de la validació. Les dades corresponents a aquest tipus d'activitat s'envien al Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (MSSSI) perquè siguin introduïts al registre del CMBDHA estatal.

La unitat de registre del CMBDAH és el "contacte" i, depenent de la informació requerida, les dades es poden analitzar per contacte o per pacient.

- Contacte: el concepte "contacte" s'utilitza per designar cada vegada que un malalt accedeix a un hospital d'aguts per rebre qualsevol tipus d'assistència.
- Pacient: el concepte "pacient" s'utilitza per identificar la informació agregada de tots els contactes que corresponen a una mateixa persona.

Les dades que recull el CMBD s'estructuren en un grup de variables comunes i d'altres d'específiques:

- Variables que identifiquen el pacient: codi d'identificació personal (CIP), data de naixement, sexe, residència i història clínica.
- Variables relacionades amb el procés: unitat proveïdora de serveis (UP), tipus d'activitat, règim econòmic, circumstància d'admissió i circumstància d'alta, data d'admissió i data d'alta.
- Variables clíniques (clinicoassistencials): diagnòstics i procediments codificats d'acord amb la classificació utilitzada en cada un dels àmbits i de les entitats proveïdores:
    - diagnòstics (el diagnòstic principal i nou de secundaris)
    - causa externa (fins a cinc causes externes)
    - procediments (el procediment principal i set de secundaris)
    - procediments externs (el principal i un altre procediment)

  En tots els registres, les variables clinicoassistencials s'han codificat d'acord amb la 8a edició de la classificació internacional de malalties, 9a revisió. Modificació clínica (CIM-9-MC), vigent a Catalunya fins al mes de gener de 2017. Es tracta d'una classificació jeràrquica que conté més de 20.000 codis de diagnòstics (més de 16.000 codis) i de procediments (més de 4.000 codis).

  Per descriure el diagnòstic principal i els diagnòstics secundaris s'han utilitzat les agrupacions del Clinical Classifications Software (CCS), de l'Agency for Healthcare Research and Quality (HRQ) del Govern dels Estats Units, que agrupa tots els codis de la CIM-9-MC en 285 categories de diagnòstics. Aquestes categories s'agrupen en 19 grups (grups de diagnòstics del CCS), inclòs un per als factors que influeixen en l'estat de salut i el contacte amb els serveis sanitaris (grup número 18 del CCS, que correspon als codis V, classificació suplementària a la CIM-9-MC), i un altre per als diagnòstics desconeguts (grup número 19, que correspon a codis residuals no classificats). Els més de 4.000 codis de procediments segons les agrupacions del CCS es classifiquen en 231 categories de procediments i, aquestes, al seu torn, en 16 grups (grups de procediments del CCS; coincidents amb els 16 capítols de la CIM-9-MC).
- Variables específiques de cada sistema, com ara les del CMBD-RSS, que permeten agrupar les valoracions de pacients en el sistema RUG (grups d'utilització de recursos).

L'any 2014 han notificat les seves dades al registre de CMBDHA 87 unitats proveïdores, que representen els 66 centres que configuren la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP; ara SISCAT), i 23 que corresponen a centres privats.

Els registres del CMBD recullen les dades codificades segons criteris preestablerts perquè siguin compatibles i comparables amb altres sistemes d'informació i entre si. Atenent les característiques pròpies de cada registre, les variables que es recullen "s'agrupen en dos blocs: les comunes a tots els registres i les específiques per a cada un d'aquests".

Entre les variables comunes hi ha el codi d'identificació personal (CIP), que es recull des de l'any 2013. Aquesta variable permet fer un càlcul més aproximat del nombre de pacients ja que, encara que una persona hagi estat atesa en diferents hospitals, es comptabilitza com un sol pacient. Cal tenir en compte, però, que aquest càlcul no és exhaustiu ja que no es disposa del CIP en tots els casos. D'una banda, els malalts residents fora de Catalunya no disposen de CIP i, de l'altra, hi ha contactes dels quals no es disposa de la informació d'aquesta variable, tot i que corresponen a malalts residents. En resum, el CIP és un conjunt de regles expressades amb números i/o lletres que, de manera individual i unívoca, permet identificar cada persona assegurada del CatSalut.

La informació sobre el lloc on viu el malalt "s'obté de fonts diferents, depenent dels diversos supòsits: en el cas dels malalts residents a Catalunya amb CIP informat, les dades de residència corresponen a les que consten en el registre central de persones assegurades (RCA), que recull el districte municipal en els residents a la ciutat de Barcelona. En el cas dels residents a Catalunya amb CIP no informat i dels residents a la resta de l'Estat, es recull el municipi de residència, i en el cas dels estrangers, el país de residència.

Annex 3. Enquesta electrònica enviada a les unitats d'hospitalització domiciliària en actiu a Espanya

	1. DESCRIPCIÓN DE LA UHAD		nombre	opcional
A01	NOMBRE HOSPITAL:			
A02	COMUNIDAD:			
A03	AÑO DE CREACIÓN DE LA UNIDAD:			
A04	RESPONSABLE DE LA UNIDAD:			
A05	Tlf / mail			
A06	REFERENTE PARA LA ENCUESTA:			
A07	Tlf / mail			
A08	AREA DE COBERTURA DE LA HAD (RADIO APROX EN KM):			
A09	POBLACION CUBIERTA:nº hab			
A10				
A11				
A12	CUBRE TODA LA POBLACION DE REFERENCIA DEL HOSPITAL?			
A13	CARACTERÍSTICA principal de la unidad	si	no	observaciones
	Urbana			
	Mixta			
	Rural			
A14	BREVE DESCRIPCION DE PARTICULARIDADES DE LA UHAD (SI HAY): compartida, estacional, etc			

	2. ASPECTOS LEGALES	si*	no	*especificar
B01	Existencia de ley, decreto o similar autonómico que regule las UHAD:			
B02	Existencia de categoría de médico de UHAD, establecida con carácter autonómico y definida legalmente .			

	3- SISTEMA DE PROVISION DE PLAZAS	si*	no	*especificar
C01	Convocatoria de plazas o puestos específicos			
C02	Otros: promoción interna, comisión de servicios, asignación formal, asignación informal (no escrita)			
C03	Existencia de carrera/desarrollo profesional general : SI / NO			
C04	Reconocimiento de pluses específicos (dispersión, peligrosidad por desplazamientos): SI / NO			
C05	Observaciones:			
C06	Seguros o coberturas legales específicos (accidentes, multas): Si / No			
C07	OBSERVACIONES			

	4- DEPENDENCIA /TITULARIDAD			
D01	TIPO DE GESTION DE LA UHAD	si*	no	*especificar
	Publica			
	Privada			
	Mixta			
D02	DEPENDENCIA JERARQUICA	si*	no	*especificar
	Area de salud			
	hospital			
	equipo de atención primaria			
	otros			

5. GESTIÓN ECONÓMICA

		si*	no	*especificar
E01	**Dispone de Unidad de gestión clínica? :**			
E02	**Gestión independiente (GFH propio):**			
E03	**Gestión como parte de otra unidad:**			
E04	**Disponibilidad de información económica:**	**si***	**no**	***especificar**
	SIN INFORMACION ECONOMICA DE LA UHAD			
	INFORMACION PARCIAL, POR EJEMPLO, GASTO TOTAL DE FARMACIA O DE TRANSPORTE, ETC			
	INFORMACION DE COSTES DIRECTOS ANUALIZADA (COSTE DE PERSONAL, DE MATERIAL FUNGIBLE, FARMACIA, TRANSPORTES, ETC			
	INFORMACIÓN ECONOMICA PORMENORIZADA DE LA UNIDAD (COSTES DIRECTOS, INDIRECTOS, AMORTIZACIONES, INVERSIONES, ETC) disponibles periódicamnete			
	CONTABILIDAD ANALITICA. COSTES DETALLADOS A NIVEL DE EPISODIO			
	OTROS			

6. RECURSOS HUMANOS

F01	**CATEGORÍA NÚMERO TOTAL** ***(especificar numero de personas equivantes (total de horas/año contratadas dividido entre número de horas/año de una jornada completa)***		número	observaciones
	J. servicio			
	J. sección			
	Adjuntos			
	Supervisora enfermeria			
	Enfermeras asistenciales			
	Aux. enfermería			
	Aux. administrativo			
	Psicólogo			
	Trabajador social			
	Fisioterapéuta			
	Enfermeras gestoras			
	Otras:			

F02	**FACULTATIVOS: ESPECIALIDAD y numero de facultativos**		número	observaciones
	M F y C			
	NEUMOLOGÍA			
	M INTERNA			
	GERIATRÍA			
	OTRAS			

F03	**SISTEMA DE TRABAJO**			
	HORARIO DE COBERTURA DE LA UHD:	**hora incicio**	**hora fin**	**observaciones**
	Laborables:			
	Horario de guardia laborable:			
	Horario de guardia festivo:			

F04	**DISTRIBUCION HORARIA DEL PERSONAL** ***(ESPECIFICAR SI EL HORARIO NO AJUSTA AL EXPRESADO)***	**nº médicos**	**nº enfermeras**	**otros**
	TURNO DE MAÑANA (8-15H) *o de _____ a _____ horas*			
	TURNO DE TARDE (15-21 H) *o de _____ a _____ horas*			
	JORNADA PARTIDA (8-17 H) *o de _____ a _____ horas*			
	TURNO DE FIN DE SEMANA *de _____ a _____ horas*			
	GUARDIAS DE PRESENCIA FISICA *de _____ a _____ horas*			
	GUARDIAS LOCALIZADAS *de _____ a _____ horas*			
	OTROS TURNOS *de _____ a _____ horas*			

7. RECURSOS MATERIALES

G01 **MEDIO DE TRANSPORTE:**

	si*	no	*especificar
Coche propio SI/NO Nº UNIDADES:_____			
Coche renting SI/NO Nº UNIDADES:____			
Taxi SI/NO Nº UNIDADES:____			
Vehículo Conselleria SI/NO Nº UNIDADES:____			
Otros:			

G02 **INSTALACIONES :**

	número	observaciones
Despachos (número):		
Consultas (número) :		
Salas de preparación material/ fármacos		
Almacén: Si / No		
Otros:		

G03 **DOTACIÓN MATERIAL SANITARIO**

	número	observaciones
ECG		
ESPIRÓMETRO		
GLUCÓMETRO		
COAGULÓMETROS		
KIT ANALÍTICA DOMICILIO		
ESFINGOMANÓMETRO		
PULSIOXÍMETRO		
OFTALMOSCOPIO		

G04 **TELEMEDICINA**

	número	observaciones
EQUIPOS DISPONIBLES SI/NO Nº DE UNIDADES		
BREVE DESCRIPICION DEL DISPOSITIVO DESPLEGADO		

8. INDICADORES ACTIVIDAD DOCENTE: referido a los últimos 5 años

H01	DOCENCIA PREGRADO *(en caso afirmativo especificar número por curso*)*	si*	no	observaciones
	ROTACION OBLIGATORIA:			
	pregrado medicina			
	pregrado enfermería			
	pregrado otros			
	ROTACION OPTATIVA:			
	pregrado medicina			
	pregrado enfermería			
	pregrado otros			
	CURSOS OFICIALES: (relacionados con la HAD o su ámbito asistencial)			
	OTRAS ACTIVIDADES (EXPLICAR)			

H02	DOCENCIA POSTGRADO : MIR , PIR, EIR	si*	no	observaciones
	EXISTE ALGUNA ALGUNA INICIATIVA DE FORMACION CONTINUADA ESPECIFICA PARA HAD EN LA UNIDAD SI/NO			
	SESIONES CLINICAS ACREDITADAS SI/NO			
	MATERIAL ESPECIFICO DE FORMACIÓN HAD			
	RECICLAJE DEL PERSONAL EN OTRAS ACTIVIDADES (DEL CENTRO O DE OTROS)			
	OTRAS INICIATIVAS			

		si*	no	observaciones
	ROTACION OBLIGATORIA:			
	postrado medicina			
	postgrado enfermería			
	postgrado otros			
	ROTACION OPTATIVA:			
	postgrado medicina			
	postgrado enfermería			
	postgrado otros			

1. INDICADORES ACTIVIDAD INVESTIGADORA referido a los últimos 5 años

I01	Nº PUBLICACIONES EN REVISTAS INDEXADAS: *en caso afirmativo especificar número**	si*	no	observaciones
	Nacionales:			
	Internacionales:			

I02	Nº COMUNICACIONES A CONGRESOS: *(*especificar número si se conoce)*	si*	no	observaciones
	Nacionales:			
	Internacionales:			

I03	Nº TRABAJOS DE INVESTIGACION EN CURSO *(*especificar número si se conoce)*	si*	no	observaciones
	ENUMERAR ÀREA TEMÁTICA: TIPO DE TRABAJO			
	MULTICENTRICO SI/NO			
	FINACIACIÓN			

I04	OTRAS ACTIVIDADES *(*especificar número si se conoce)*	si*	no	observaciones
	PRESIDENCIA DE COMISIONES HOSPITAL			
	VOCAL DE COMISIONES HOSPITAL			
	OTRAS (DESCRIBIR):			

10. CARTERA DE SERVICIOS : datos referidos al año 2014

10,1 GRUPOS PATOLÓGICOS ATENDIDOS : *en caso afirmativo especificar número**

		si*	no	porcentaje*
J00	Terminal oncológico			
	Terminal no oncológico			
	Postquirúrgico simple			
	Posquirúrgico complicado			
	Agudo			
	Crônico monoorgánico			
	Crônico pluripatológico			
	Post-transplantado			
	Pediatrico			
	Oncológico activo			
	OTROS			

10.2 TÉCNICAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS

	*En caso afirmativo especificar el número de técnicas llevadas a cabo en 2014 (si se conoce el dato)**	si*	no	número 2014
J01	Extracción analítica			
J02	Muestras microbiología			
J03	Hemocultivos			
J04	Transfusión hemoderivados			
J05	Toracocentesis			
J06	Paracentesis			
J07	Artrocentesis			
J08	Biopsia cutánea			
J09	Canalización vía venosa central acceso central			
J10	Canalización vía venosa central acceso periférico			
J11	Qt			
J12	Qt intravesical			
J13	PEG			
J14	Punción lumbar			
J15	ECG			
J16	Capnografía			
J17	Espirometría			
J18	Via subcutanea			
J19	VMNI			
J20	VMI			
J21	Coagh assist			
J22	Otras			

11. SISTEMAS DE INFORMACION

	CUADROS DE MANDO	si	no	observaciones
	cuadro de mando local (elaboración propia)			
	cuadro de mandos integrado en el SI del hospital			

	CODIFICACIÓN	si	no	observaciones
	Como servicio Independiente: si / no			
	Si la respuesta es no: integrada en qué servicio:			

	SISTEMA DE CODIFICACIÓN EMPLEADO	si	no	observaciones
	CMBD			
	CIE			
	Otros			
	Porcentaje de codificación de informes de alta:			

12. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

	CUADRO DE MANDO (INDICADORES DISPONIBLES) *¿Existe información y registro habitual de los siguientes datos? En caso afirmativo aportar datos de 2014*	SI*	NO	2014
L01	Nº PLAZAS adscritas A LA UNIDAD *(PLAZAS HAD OFERTADAS)*			
L02	Nº DE CAMAS EN EL HOSPITAL CONVENCIONAL			
L03	ALTAS TOTALES HAD			
L04	ALTAS TOTALES HOSPITAL			
L05	Altas por médico			
L06	Índice de ocupación media : *EPISODIOS X ESTANCIA MEDIA X100/Nº PLAZAS OFERTADAS X 365 DIAS*			
L07	Pico diario máximo			
L08	Estancia media en HAD			
L09	Estancia media previa en H. Convencional			
L10	Tasa de intervención global: nº visitas /nº estancias:			
	TIE Tasa de intervención de enfermería *(VISITAS ENFERMERA/TOTAL ESTANCIAS HAD)*			
	TIM Tasa de intervención medica *(VISITAS MEDICO/TOTAL ESTANCIAS HAD)*			
	TIO Tasa intervención otros profesionales *(VISITAS OTROS/TOTAL ESTANCIAS HAD)*			
	TIF Tasa de intervención telefónica *(LLAMADAS O CONTACTOS VIRTUALES PROGRAMADOS/TOTAL ESTANCIAS HAD)*			
	TIG Tasa global de intervención *(TIE+TIM+TIO+TIG)*			
L11	% reingreso en 30 días post alta HAD, relacionado con diagnóstico que generó ingreso en la unidad			
L17	Interrupción de la HAD (retorno imprevisto al hospital) %			
L18	% exitus no esperado			
L19	% éxitus esperados			
L20	% pacientes nuevos (referido a periodo anual)			
L21	Nº informes alta médicos			
L22	Nº informes alta enfermería			
L23	Accesibilidad: pac demorados > 48 h. y si se dispone demora media (tiempo entre petición y traslado)			
L20	Porcentaje de solicitudes DE INGRESO EN HAD rechazadas: causas			
	negativa del paciente			
	fuera de zona			
	excesiva complejidad			
	falta de complejidad			
	insuficientes condiciones sociosanitarias			
	no comprende a oferta asistencial			
	saturación del dispositivo			
	otras			
L21	**Registro de quejas (motivos si se conocen)**			
L22	**Sistema de seguridad clínica implementado**			
L23	**Encuesta de satisfacción**			

13. CIRCUITOS

	SERVICIO PROVEEDOR *en caso afirmativo especificar número**	SI*	NO	2014
N01	A. PRIMARIA			
	HOSPITALIZACIÓN SIN INGRESO (ccee, H DÍA, OTROS..)			
	Hospitalización con ingreso			
	RESIDENCIAS			
	SOCIOSANITARIAS			
	Hospitales crónicos			
	Otros Dispositivos de atención domiciliaria			

	DESTINO AL ALTA. *en caso afirmativo especificar número**	SI*	NO	2014
N02	Domicilio			
	Centro de Agudos programado (hospital)			
	Centro sociosanitario			
	Exitus			
	Centro de agudos (Urgencias) No programado			
N03	ALTAS CON GESTIÓN DE CASOS			

		SI*	NO	especificar*
N04	EXISTE ALGUN CIRCUITO DEFINIDO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL?			
N05	EXISTE ALGUN DOCUMENTO O FORMULARIO PARA HACER ESTA CONTINUIDAD ASISTENCIAL?			
N06	CUANTOS CASOS SE HACEN AL AÑOCON COORDIANCION CON AP O PALIATIVOS U OTROS DISPSOITVIS ASISTENCIALES (SOCIOSANITARIO, ETC)			

14. MODELO ASISTENCIAL

		si	no	observaciones
P01	EXISTEN PROTOCOLOS O GUIAS CLINICAS ESPECIFICAS DE LA HAD: CUANTAS, CUALES? ESPECIFICAR			
P02	EL INGRESO ES VOLUNTARIO EN LA UNIDAD, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO EN TODOS LOS CASOS? ESPECIFICAR			
P03	HISTORIA CLINICA:			
	HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA?			
	DISPONIBILIDAD HCª EN EL DOMICLIO			
	DISPONIBILIDAD HCª EN EL DISPOSITIVO DE URGENCIAS?			
	ORDENES MEDICAS DIGITALIZADAS?			
P04	OTRAS CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LA HCª			

	ORGANIZACION INTERNA: COMO SE ORGANIZA LA ACTIVIDAD? *EXPLICAR BREVEMENTE EN OBSERVACIONES*	si	no	observaciones
P05	EQUIPOS MEDICO/ENFERMERA AUTÓNOMOS			
	ORGANIZACIÓN DE LAS RUTAS A CARGO DEL COORDINADOR O DEL SUPERVISOR			
	¿LA VISITA DE MEDICOS Y ENFERMERAS SE HACE POR SEPARADO?			
	¿EQUIPOS ASISTENCIALES MEDICOS-ENFERMERAS FIJOS?			
	¿LOS PACIENTES SE ASIGNAN A UN EQUIPO O NO TIENEN ASIGNACION FIJA?			
	¿SE REALIZAN SESIONES DE PREPARACIÓN DE LA ACTIVIDAD? ¿CON QUÉ PERIODICIDAD?			

		si	no	observaciones
P06	¿SE HACEN SESIONES DE COORDINACION ASISTENCIAL CON OTROS SERVICIOS DEL HOSPITAL U OTROS NIVELES ASISTENCIALES? *ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES*			
P07	EXISTE RELACION O TRABAJO EN RED CON OTRAS UHAD DEL TERRITORIO? TRASLADO DE ENFERMOS DE OTROS HOSPITALES O DE ESPECIALIDADES DE REFERENCIA			
P08	QUE TIPO DE COLABORACION EXISTE CON EL SERVICIO DE FARMACIA:? PROTOCOLOS ESPECIFICOS, CIRCUITOS, FARMACEUTICO REFERENTE, ETC.			
	PROTOCOLOS ESPECIFICOS			
	CIRCUITOS ESPECIFICOS DEFINIDOS			
	EXISTE FARMACEUTICO REFERENTE			
	PROTOCOLOS ESPECIFICOS			
	OTROS			
P09	DESCRIBIR MODELO DE PREPARACIÓN Y DISTRIBUCION DE FARMACIA EN LA UHAD			

Annex 4. Descripció de les RS d'ACA (n=7)

Modalitat d'hospitalització domiciliària estudiada	Població estudiada	Fonts d'informació i període de cerca (referència)
Evitació de l'ingrés i alta precoç	Pacients majors de 16 anys d'edat	- fonts: Medline, Emabase, Social Sciences Citation Index, CINAHL, EconLit, PsycINFO i the Cochrane Database of Systematic Reviews. - període de cerca: des de l'inici de la base de dades fins a l'1 de febrer de 2012. (Caplan GA et al. MJA 2012; 197: 512-519)[19]
Evitació de l'ingrés	Pacients de 18 anys d'edat o més	- fonts: Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Medline, Embase, dues altres bases de dades i dos registres d'assajos. - període de cerca: fins a març de 2016. (Shepperd S et al. Cochrane Database Syst Rev 2016; 9: CD007491).1 S'inclou perquè és la tercera actualització d'una revisió anterior publicada el 2008.
Evitació de l'ingrés	Pacients amb insuficiència cardíaca descompensada	- fonts: Medline, Embase, CINAHL i CENTRAL. - període de cerca: des de gener de 1990 fins a l'octubre de 2014. (Qaddoura A et al. PLoS One. 2015 Jun 8;10(6):e0129282)[20]
Evitació de l'ingrés	Pacients amb un ampli rang de condicions	- fonts: Medline, CINAHL i Google. - període de cerca: 1995 i 2013. (Varney J et al. Int J Evid Based Healthc 2014;12:128-141)[21]
Evitació de l'ingrés	Pacients amb exacerbació aguda de la seva malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)	- fonts: CENTRAL, Medline, EMBASE i Cochrane Airways Group Registe (CAGRE) (fins a febrer 2012). - període de cerca: fins octubre 2010. (Jeppesen E et al. Cochrane Database Syst Rev 2012;5:CD003573)[22]
Evitació de l'ingrés	Pacients amb exacerbació aguda de la seva MPOC	- fonts: OVID MEDLINE, OVID EMBASE, EBSCO CINAHL, the Wiley Cochrane Library i the Centre for Reviews and Dissemination database. - període de cerca: des de gener de 1990 fins a agost de 2010. (McCurdy BR. Ont Health Technol Assess Ser 2012;12(10):1-65)[23]
Alta precoç	Pacients adults de 65 anys d'edat o més en la fase aguda d'una malaltia o lesió	- fonts: the Cochrane Library, DARE, HTA, NHSEED, ACP, Medline, Embase, CINAHL, Proquest Disertations and Theses, PubMed, Web of SCISEarch, PEDro, Sigma Theta Tau International's registry of nursing Research, Joanna Briggs Institute, CRISP, OT Seeker I diversos motors de cerca d'Internet. - període de cerca: no descrit. (Fox MT et al. BMC Geriatr 2013; 13:70)[24,2]

Annex 5. Difusió/Disseminació dels resultats del projecte

Objectius 1-4

- PÒSTER: Estrada MD[1,2], Arias J[1,2], Muñoz Laura[1,3], Estrada O4, Mias M[1], Espallargues M[1,4]. Hospitalización a domicilio: una evaluación de la situación en España. IV Jornadas de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, 16 i 17 de novembre de 2017 a Tenerife. http://www.redets.msssi.gob.es/IVJornadas/Programa_Jornadas_RedETS_2017.pdf

Objectiu 2

ESTUDI 1

- COMUNICACIÓ ORAL: Estrada MD, Muñoz L, Marinelli M, Mias M, Espallargues M. Evaluación de la hospitalización a domicilio: análisis de la situación en Cataluña (2010-2014). XIII Congrés Nacional de la SEHAD a Las Palmas de Gran Canaria del 21 al 23 abril de 2016.
- ARTICLE CIENTÍFIC: Arias J, Muñoz L, Mias M, Estrada MD, Espallargues M. Avaluació de l'hospitalització a domicili: anàlisi de la situació a Catalunya en el període 2010-2014. Annals de Medicina: Volum 99, Número 4, octubre / novembre / desembre 2016. Disponible a: http://www.academia.cat/files/499-400-FITXER/proves1.pdf
- PÒSTER: Estrada MD, Muñoz L, Marinelli M, Espallargues M. Hospital at home in Catalonia: the current situation and future prospects. WHO-FIC Network 2015 (núm. C725), Manchester (Regne Unit), octubre 2015.
- PONÈNCIA: Espallargues M. Hospitalització a domicili: un dispositiu eficient o un dispositiu redundant? Societat Catalana de Gestió Sanitària de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, novembre 2014.

ESTUDI 2

- PÒSTER: Arias-de la Torre J, Muñoz L, Estrada MD, Mias M, Espallargues M. Diferencias entre modalidades de hospitalización a domicilio en Cataluña. XXXV Reunió científica anual de la SEE i XII Congrés APE a Barcelona, del 6 al 8 de setembre de 2017. http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/projectes/mes_projectes/avaluacio_hospitalitzacio_domiciliaria_Catalunya/hospitalizacion_domiciliaria_poster_SEE2017.pdf
- ARTICLE CIENTÍFIC: Jorge Arias, Maria-Dolors Estrada, Laura Muñoz, Oriol Estrada, Montse Mias, Mireia Espallargues. Hospitalización domiciliaria sustitutiva del ingreso o facilitadora del alta? Una evaluación de la situación en Cataluña (en redacció).

Objectius 3 i 4

- ARTICLE CIENTÍFIC: Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. Hosp. Domic. 2017; 1(2):93-117. Disponible a: http://doi.org/10.22585/hospdomic.v1i2.13

- INFORME DE DESENVOLUPAMENT DEL PROJECTE: SEHAD. HAD 2020. Una propuesta para consolidar la HAD en España. Informe de desenvolupament del projecte. Febrer 2017.
- INFORME DE DESENVOLUPAMENT DEL PROJECTE: SEHAD. HAD 2020. Una propuesta para consolidar la HAD en España. Informe de desenvolupament del projecte. Juny 2016. Disponible a: http://www.sehad.org/proyecto-had2020/docs/dossier-ministerio-had20202.pdf
- PONÈNCIA: Francisco Antón Botella. Análisis estratégico de las unidades de HAD en España 2015. XIII Congrés nacional de la SEHAD celebrat a Las Palmas de Gran Canaria, 21-23 d'abril de 2016.
- PONÈNCIA: Beatriz Massa. Clau de futur: Full de ruta cap a les HaD del 2020. XIII Congrés nacional de l'SEHAD celebrat a les Palmes de Gran Canària, 21-23 d'abril de 2016.

Altres

- ENLLAÇ AL PROJECTE AL WEB AQuAS: http://aquas.gencat.cat/es/projectes/mes_projectes/qualitat_atencio_sanitaria/Avaluacio_hospitalitzacio_domiciliaria_Catalunya/
- ENLLAÇ AL WEB SEHAD: http://www.sehad.org/proyecto-had2020/had2020-clavedefuturo.html
- ENLLAÇ A LA REVISTA "HOSPITAL A DOMICILIO" http://revistahad.eu/index.php/revistahad/index

Annex 6. Aproximació sobre un hipotètic indicador d'estalvi de llits hospitalaris per raó de l'ús de l'hospitalització domiciliària

En relació amb l'estalvi de costos que l'hospitalització domiciliària ha mostrat en comparació amb l'hospitalització convencional després de la revisió de la literatura, els autors d'aquest projecte han volgut aprofundir en aquest aspecte i aproximar el nombre de llits hospitalaris-dies a l'any que l'hospitalització domiciliària ("llits particulars", ja que el pacient dorm al seu propi llit) podria permetre desocupar a Catalunya l'any 2014.

En els càlculs s'ha tingut en compte l'"ESTADA", unitat de mesura de permanència del pacient en règim d'hospitalització (en aquest cas particular, en hospitalització domiciliària), ocupant un llit (en aquest cas, el de casa) en un interval de temps.[29.] El nombre d'estades es calcula mitjançant la diferència entre la data d'alta i la d'ingrés. En el cas que ens ocupa, el nombre d'estades per a la modalitat d'hospitalització domiciliària d'evitació de l'ingrés es calcula a partir del total de contactes ocorreguts a Catalunya durant el 2014 (7.727) x l'estada mitjana en dies (9,5). Resultat de multiplicar 7.727 x 9,5 obtenim un nombre d'estades al dia de 73.406,50. En el cas de la modalitat d'alta precoç, després d'aplicar el mateix procés (2.544 contactes x 9,7 dies d'estada mitjana), s'obtenen 24.676,80 estades al dia. Per al càlcul de les estades teòriques al dia dels hospitals de Catalunya, es necessita conèixer el nombre total de llits que, segons el Catàleg Nacional d'Hospitals (2016),[26] és de 34.538 llits; en multiplicar aquestes pels 365 dies d'un any, s'obté una xifra de 12.606.370,00 estades teòriques al dia en hospitalització convencional. Si el que volem saber és el nombre de llits "particulars" al dia que es van ocupar a Catalunya el 2014 via hospitalització domiciliària i, per tant, el nombre de llits "hospitalaris" al dia que es van deixar d'ocupar per raó de la disponibilitat de l'hospitalització domiciliària, el resultat és de 201,11 llits/dia (73.406,50 x 34.538 llits "hospitalaris" /12.606.370 estades al dia) per a la modalitat evitació de l'ingrés i 67,60 llits / dia (24.676,80 x 34.538 llits "hospitalàries" / 12.606.370 estades al dia) per a la modalitat d'alta precoç. En resum, segons l'aproximació feta, els resultats mostren que l'hospitalització domiciliària va desocupar uns 269 llits hospitalaris dies a l'any. Si seguim amb la idea d'expressar l'activitat de l'hospitalització domiciliària en termes d'indicadors hospitalaris, parlaríem d'"un hospital" de més de 260 llits, però sense edifici físic. Per fer-se'n una idea, parlaríem d'un hospital pel que fa a nombre de llits similar a l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (248 llits segons el Catàleg Nacional d'Hospitals, 2016)[30] o una mica menor, com ara l'Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa, amb 280 llits, o l'Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet.

En un d'aquests estudis publicats on s'analitza aquest "estalvi", Skwarska, E. et al. (2000),[31] s'informava del fet que el cost mitjà dels serveis sanitaris per a l'hospitalització domiciliària fos, aproximadament, la meitat del cost de l'hospitalització convencional, permetia obtenir un hipotètic estalvi de 433 llits/dies a l'any. A l'altre estudi, Cotton, MM. et al. (2000),[32] es va informar d'un estalvi de 201 llits/dies a l'any amb l'estratègia de l'hospitalització domiciliària. S'han trobat aproximacions similars en dos altresestudis.[33,34] De tota manera, en aquests estudis s'informa del fet que hi ha limitacions i que, per tant, són necessaris més estudis per corroborar-los, així com per definir aspectes com ara el nivell òptim de suport a casa, que s'ha d'incloure al cost real i complet de fer aquests serveis a fi que les comparacions amb l'hospitalització convencional estiguin justificades.

BIBLIOGRAFIA

(1) Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database System Rev. 2016;Issue 9. Art. No.: CD007491.

(2) Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 2009;Jan 21;(1):CD000356.

(3) Orden de 1 de marzo de 1985 por la que se aprueba el Reglamento General de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales de la Seguridad Social. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 44, 8/5/1985. p. 5503-5.

(4) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 102, 29/4/1986. p. 5503-5.

(5) Real decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE). núm. 91, 16/4/1987. p. 11379-83.

(6) 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. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE). núm. 222, 16/9/2006. p. 32650-79.

(7) Resolució, de 29 de juliol de 2015, de l'Institut de Salut Carlos III, per la qual es publica el Conveni de col·laboració amb l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, per al desenvolupament d'activitats d'avaluació en el marc de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

(8) Creado el Consejo de la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud [Nota de prensa de 11 de octubre de 2013]. Madrid: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [consultat 18 setembre 2018]. Disponible a: https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3023

(9) Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Proyecto HAD 2020. Una propuesta para consolidar la HAD en España. Informe de desenvolupament del projecte. Madrid: SEHAD; 9 de juny de 2016. [consultat 18 setembre 2018]. Disponible a: http://www.sehad.org/proyecto-had2020/docs/dossier-ministerio-had20202.pdf

(10) Arias J, Muñoz L, Mias M, Estrada MD, Espallargues M. Avaluació de l'hospitalització a domicili: anàlisi de la situació a Catalunya en el període 2010-2014. Annals de Medicina. 2016;99:169-173.

(11) Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE). núm. 35, 10/2/2015. p. 10789-809.

(12) Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2014. Registre del conjunt mínim basic de dades (CMBD). Barcelona: Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat. Àrea d'Atenció Sanitaria. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; novembre de 2015. [consultat 18 setembre 2018]. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat

(13) Normativa de codificació de les variables clíniques del registre del conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts (CMBDHA), Any 2014. Barcelona: Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat. Àrea d'Atenció Sanitària. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014. [consultat 18 setembre 2018]. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/registres_catalegs/documents/normativa_cmbd-ah_2014.pdf

(14) Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. J Chronic Dis. 1987;40:373-83.

(15) Romano PS, Roos LL, Jollis JG. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative data: Differing perspectives. J Clin Epidemiol. 1993; 46:1075-1079.

(16) StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP. Disponible a: www.stata.com

(17) Directorio de Unidades de Hospitalización a Domicilio según SEHAD. Madrid: Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEDAH); 2015. [consultat 18 setembre 2018]. Disponible a: www.sehad.org/docs/directorio_unidades_had_2015_rd.pdf

(18) Programa de millora de l'atenció al domicili desde l'atenció primària de salut (ATDOM). Barcelona: Institut Català de la Salut; 2010. [consultat 18 setembre 2018]. Disponible a: www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/atdom.pdf

(19) Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino RN, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". MJA. 2012;197:512-9.

(20) Qaddoura A, Yazdan-Ashoori P, Kabali C, Thabane L, Haynes RB, Connolly SJ, et al. Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015;10(6):e0129282.

(21) Varney J, Weiland TJ, Jelinek G. Efficacy of hospital in the home services providing care for patients admitted from emergency departments: an integrative review. Int J Evid Based Healthc. 2014;12:128-41.

(22) Jeppesen E, Brurberg KG, Vist GE, Wedzicha JA, Wright JJ, Greenstone M, et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD003573.

(23) McCurdy BR. Hospital-at-home programs for patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser. 2012;12(10):1-65.

(24) Fox MT, Persaud M, Maimets I, Brooks D, O'Brien K, TGreguno D. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2013;13:70.

(25) Massa B. Clave de futuro: Hoja de ruta hacia las HaD del 2020 [ponència]. A: XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD). Las Palmas de Gran Canaria, 21-23 abril de 2016. Disponible a: http://www.sehad.org/directorio_unidades.html

(26) Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit hospitalari. Dades 2015. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016. [consultat 18 setembre 2018]. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/CdR_Hospitals_dades_2015.pdf

(27) Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit hospitalari. Dades 2016. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. [consultat 18 setembre 2018]. Disponible a: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/Central_resultats_hospitals_dades_2016.pdf

(28) Hospitalización a domicilio: un recurso poco homogéneo. Barcelona: IASIST; abril 2016. Disponible a: http://www.iasist.com/es/21129/Hospitalizacion-a-domicilio-un-recurso-poco-homogeneo

(29) Moreno Domene P, Estévez Lucas J, Moreno Ruiz JA. Indicadores de Gestión Hospitalaria. Sedisa s.XXI.2010, Núm. 16. [consultat 18 setembre 2018]. Disponible a: http://directivos.publicacionmedica.com/spip.php?article381&var_mode=calcul

(30) Catálogo Nacional de Hospitales 2016. Actualizado a 31 diciembre 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. [consultat 18 setembre 2018]. Disponible a: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2016.pdf

(31) Skwarska E, Cohen G, Skwarski KM, Lamb C, Bushell D, Parker S, et al. Randomized controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 2000;55:907-12.

(32) Cotton MM, Bucknall CE, Dagg KD, Johnson MK, MacGregor G, Stewart C, et al. Early discharge for patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. Thorax. 2000;55:902-6.

(33) Montalto M.. The 500-bed hospital that isn't there: the Victorian Department of Health review of the Hospital in the Home program. Med J Aust. 2010;193(10):598-601.

(34) Jacobs JM, Hammerman-Rozenberg R, Stessman J. Home Hospitalization: 15 years of experience. Ann Intern Med. 2006;144(6):456.

.

European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing
REFERENCE SITE

Catalunya four-stars reference site member

eunethta
EUROPEAN NETWORK FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

INAHTA

Membre fundador

HTAi

Membre corporatiu

ciberesp

Membre corporatiu

REDISSEC
RED DE INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ENFERMEDADES CRÓNICAS

Membre corporatiu