

Se entiende como “Hospitalización de Día” (HdD) la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.

La HdD como modalidad asistencial ha tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos años, incrementando notablemente la eficiencia en la atención a pacientes, evitando ingresos hospitalarios no estrictamente necesarios. En 2004 se realizaron en España casi 1.500.000 sesiones de hospitalización de día médico, produciéndose 1,1 sesiones de esta modalidad por cada 10 estancias médicas en hospitalización convencional.

Los Estándares y Recomendaciones de la Unidad de HdD no tienen un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación; su objetivo es poner a disposición de las Administraciones Públicas Sanitarias, gestores -públicos y privados- y profesionales, criterios para profundizar en la generalización de este tipo de unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la de la eficiencia en la prestación de los servicios, por lo que los Estándares y Recomendaciones atienden a aspectos relativos a los derechos y garantías de los pacientes; la seguridad del paciente; la organización y gestión; la estructura física y recursos materiales; los recursos humanos; y la calidad asistencial, de las Unidades de HdD.

www.msc.es



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Unidad de Hospital de Día

Unidad de Hospital de Día

Estándares y Recomendaciones

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2008
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Unidad de Hospital de Día

Estándares y Recomendaciones

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

CENTRO DE PUBLICACIONES

PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO:

NIPO LÍNEA:

Depósito Legal:

Imprime:

<http://www.060.es>

Unidad de Hospital de Día

Estándares y recomendaciones

Grupo de Trabajo para la elaboración de “Estándares y recomendaciones de HdD”

Dirección y coordinación del proyecto

- Enrique Terol García. Subdirector General. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Inés Palanca Sánchez. Consejera Técnica. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo

Grupo de expertos

- José Alfonso Álvarez Rodríguez. Sociedad Española de Enfermería Oncológica.
- Antonio Antela López. Sociedad Española Interdisciplinar del SIDA. Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.
- Carlos Camps Herrero. Sociedad Española de Oncología Médica. Servicio de Oncología del Hospital General Universitario de Valencia.
- Margarita Dongil Garralón. Área de Atención al Paciente. Hospital de Fuenlabrada.
- Francesc Fernández Avilés. Asociación Española de Hematología y Hemoterapia.
- Eduardo Gómez Camacho. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Unidad Gestión Clínica Medicina Interna/ Unidad Continuidad Asistencia Hospital El Tomillar. Área Hospitalaria de Valme. Sevilla.
- Felisa Marco Arbolí. Sociedad Española de Enfermería Oncológica.
- Jesús Medina Asensio. Unidad de Pluripatológicos. Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 de Octubre, Madrid.

- José León Paniagua Caparrós. Doctor Arquitecto.
- Antonio Zapatero Gaviria, Sociedad Española de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Susana Arroyo Velasco. Técnico de Apoyo de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.
- Almudena Martín Cruz. Técnico de Apoyo de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.
- Celia Cairo Cairou. Jefe de Servicio del Instituto de Información Sanitaria.
- José Sarabia y Álvarez-Ude. Consejero Técnico del Instituto de Información Sanitaria.

Dirección técnica

- Javier Elola Somoza. Elola Consultores.
- José Luis Bernal Sobrino. EC Consultoría y Gestión en Sanidad.
- Justo M. Menéndez Fernández. Elola Consultores.

Apoyo administrativo

- Alberto Segura Fernández-Escribano. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Índice

1 INTRODUCCIÓN Y CONCEPTO DE UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA	13
2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN	19
3 DERECHOS Y GARANTÍAS DE LOS PACIENTES	31
4 SEGURIDAD DEL PACIENTE	37
5 ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	41
6 ESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES	61
7 RECURSOS HUMANOS	95
8 CALIDAD	103
9 CRITERIOS DE REVISIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES Y RECOMENDACIONES DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA	107
10 BIBLIOGRAFÍA	109
Anexo 1. Listado de procedimientos a realizar en las UHdD	113
Anexo 2. Esquema de organización de la actividad en UHdDO-H	115
Anexo 3. Criterios de dimensionado de los recursos.	123
Anexo 4. Programa funcional de espacios	131

Índice de tablas

Tabla 1.1. Tipología de los “Hospitales de Día”	15
Tabla 2.1. Estándares y recomendaciones de las CC.AA sobre HdD	21
Tabla 2.2. Actividad asistencial en HdD y Hospitalización convencional en Cataluña. Comparación entre los años 1999 y 2002.....	27
Tabla 2.3. Sesiones en Hospital de Día. Año 2004	28
Tabla 2.4. Relación sesiones HdD Médico / Estancias en Medicina Interna y estancia media. Año 2004	28
Tabla 5.1. Tipología de Unidades de Hospital de Día.	41
Tabla 5.2. Características de las UHdD Médico Polivalentes y puestos de HdD integrados	43
Tabla 5.3. Circulación de pacientes en el proceso de atención de una Unidad de Hospitalización de Día.	47
Tabla 5.4. Organización asistencial.	52
Tabla 5.5. Organización administrativa	53
Tabla 6.1 Características estructurales y funcionales de la zona de recepción.	69
Tabla 6.2. Características estructurales y funcionales de la zona de Hospital de Día.	77
Tabla 6.3. Características estructurales y funcionales de la zona de control de enfermería y apoyos.	80
Tabla 6.4. Programa de locales.	82
Tabla 6.5. Relación de equipamiento por local.	83
Tabla 8.1. Índice de ambulatorización.	104
Tabla 8.2. Indicadores de calidad.	105
Tabla A3.1. Ejemplo 1. Cálculo del número esperado de procedimientos de HdD a realizar en un año.	124
Tabla A3.2. Ejemplo 2. Cálculo del número de puestos de Hospital de Día.	126
Tabla A3.3. Ejemplo 3. Cálculo del número de consultas.....	128
Tabla A4.1. Programa funcional de espacios de una UHdD Médica Polivalente de 10 puestos	131
Tabla A4.2. Programa funcional de espacios de una UHdDH-O de 20 puestos.	136

Índice de figuras

Figura 6.1. Secuencia de actividades de la UHdD.	66
Figura 6.2. Espacio para la realización de procedimientos diagnósticos menores.	71
Figura 6.3. Puesto de Hospital de Día con cama.	73
Figura 6.4. Puesto de Hospital de Día con sillón de tratamiento.	73
Figura 6.5. Puesto de Hospital de Día con iluminación natural.	74
Figura 6.6. Sala común de Hospital de Día.	75
Figura 6.7. Elemento para conseguir privacidad para tratamientos.	75
Figura 6.8. Control de enfermería.	78
Figura 6.9. Almacén de material.	79
Figura 6.10. Instalación de tubo neumático.	80
Figura 6.11. Oficio para el refrigerio del personal.....	81

1 Introducción y concepto de Unidad de Hospitalización de Día

La Hospitalización de Día (HdD) ha tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos veinticinco años, que se ha traducido en un incremento notable en la eficiencia en la atención a pacientes, que con anterioridad eran ingresados en unidades de hospitalización convencional.

Se entiende como “Hospitalización de Día” (HdD) la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.

La difusión y consolidación de la Hospitalización de Día, la diversidad de configuraciones organizativas, estructurales y funcionales que tiene esta modalidad asistencial, así como sus repercusiones en términos de calidad y seguridad del paciente, priorizan su inclusión en las acciones recogidas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud¹ junto con la elaboración de criterios de calidad y seguridad y la promoción de su evaluación como soporte de las decisiones clínicas y de gestión.

Para establecer el alcance de este documento de estándares y recomendaciones, ha sido necesario analizar la diferencia existente entre las unidades de hospitalización de día y los puestos de hospitalización de día que, integrados en otras unidades (Tabla 1.1.), apoyan la actividad que desarrollan las mismas, aunque carecen de entidad organizativa (responsable único o recursos específicos).

En este documento se entenderá por “Unidad de Hospitalización de Día” aquella cuya actividad principal es la prestación de cuidados a pacientes atendidos mediante esta modalidad asistencial, cuando disponen de recursos específicos para dicha actividad y tienen un único responsable de su gestión.

El concepto de “Unidad de Hospitalización de Día” (UHdD) atiende,

por tanto, a su carácter organizativo y de gestión. Las UHdD son unidades intermedias que desarrollan su actividad para los servicios finales y cuyos médicos indican tratamientos susceptibles de ser prestados bajo esta modalidad asistencial.

Por el contrario, no se considera Unidad de Hospitalización de Día, el puesto o puestos de Hospital de Día integrado/s (en otra unidad asistencial), que tiene un carácter auxiliar o de soporte para la prestación de atención a un proceso más amplio que incluye en ocasiones otras modalidades asistenciales. Como ejemplo podemos señalar los puestos de Hospitalización de Día integrados en unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria o en unidades de Pluripatológicos o en los gabinetes de Endoscopia o Hemodinámica.

Los puestos de Hospital de Día integrados en otras unidades serán tratados en los informes sobre estándares y recomendaciones que eventualmente se desarrollen en relación con cada una de las unidades contempladas en el Real Decreto 1277/2003. En 2008 estarán disponibles los estándares y recomendaciones de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, que actualiza y revisa la Guía de 1993, en la que se definen las características del Hospital de Día integrado en este tipo de unidades (zona de readaptación al medio).

Aún a riesgo de dejar fuera algún ejemplo concreto, proponemos agrupar las estructuras de Hospitalización de Día de conformidad con su autonomía estructural y funcional en Unidades de HdD y Puestos de HdD integrados en otras unidades; y según los procedimientos incluidos en cartera de servicios y el tipo de pacientes a los que estos se administre en Polivalentes y Especializadas. En la Tabla 1.1 se clasifican las estructuras analizadas en función de estos criterios.

Tabla 1.1. Tipología de los “Hospitales de Día”.

	Polivalentes	Especializados
Unidades de HdD	Unidades de HdD Unidad de Hospital de Día Médico-Quirúrgico.	Unidad de Hospital de Día Onco-Hematológico.
	Unidad de Hospital de Día Médico.	Hospital de Día para pacientes con infección VIH/SIDA.
Puestos de HdD integrados en otras unidades	Puestos de Hospital de Día Vinculados a Unidades de Pluripatológicos, Paliativos, Dependientes.	Hospital de Día Quirúrgico (Readaptación al Medio de la CMA).
		Hospitales de Día asociados a gabinetes de diagnóstico y tratamiento (Endoscopias, Hemodinámica, Polisomnografía, Radiología Vascul ar Intervencionista, etc.).

Este informe sobre estándares y recomendaciones desarrolla desde una perspectiva integral las características específicas de las Unidades de HdD como modalidad asistencial diferenciada, e incorpora aspectos como los relativos a los derechos, garantías y seguridad del paciente, líneas prioritarias para la política del Ministerio de Sanidad y Consumo, previstas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Estrategia 7). Para su elaboración se ha beneficiado de otras guías, publicadas en nuestro país o fuera de nuestras fronteras, así como de la experiencia nacional e internacional en el uso y extensión de la HdD.

No se consideran en este documento de estándares y recomendaciones los puestos de HdD integrados en otras unidades hospitalarias, y en los que la atención en ellos forma parte de un proceso más amplio (quirúrgico o radiológico), como por ejemplo los siguientes, recogidos en la Tabla 1.1:

- Hospitales de Día integrados Polivalentes, vinculados a Unidades de Pluripatológicos, Paliativos, Dependientes, etc.
- Hospitales de Día integrados Especializados: Hospital de Día Quirúrgico (zona de Readaptación al Medio de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria) y Hospitales de Día asociados a gabinetes de diagnóstico y tratamiento (Endoscopias, Hemodinámica, Polisomnografía, Radiología Vascul ar Intervencionista, etc.).

Asimismo están fuera del ámbito de este informe los Hospitales de Día Pediátricos y los relacionados con el cuidado antenatal (fisiopatología fetal), así como los de Salud Mental.

El Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró en 1993 una “Guía de Organización y Funcionamiento de Cirugía Mayor Ambulatoria”. No se dispone hasta el momento y en nuestro ámbito, de una guía de Hospitalización de Día que facilite criterios técnicos para el diseño, equipamiento, organización y funcionamiento de estas unidades, a pesar de los numerosos beneficios de esta modalidad asistencial que han sido identificados en múltiples estudios².

Como antecedente en el desarrollo de la Hospitalización de Día, cabe hacer referencia a la inclusión de puestos y unidades de HdD en los planes funcionales de ampliación y reforma o construcción de nuevos hospitales³ del extinguido INSALUD, desde finales de los años ochenta. La Secretaría del Plan Nacional del SIDA elaboró, en 1998, una breve “Guía de los Hospitales de Día en la atención a pacientes con Infección VIH/SIDA”⁴, en la que se recogen aspectos relativos a objetivos (en donde se incluye una cartera de procedimientos a desarrollar en estas unidades), estructura y funcionamiento, y otros relativos a la prevención de enfermedades transmisibles y su evaluación, haciendo hincapié en un aspecto fundamental para enmarcar el desarrollo de este tipo de unidades: el continuo de los cuidados médicos, que para este tipo de pacientes se desarrollaría en los siguientes ámbitos asistenciales: atención domiciliaria, consultas externas (de atención primaria y asistencia especializada), HdD, hospitalización convencional e ingresos en centros de crónicos/cuidados paliativos.

El objetivo de este documento es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores públicos y privados, y profesionales sanitarios, criterios para profundizar en la generalización de las Unidades de Hospitalización de Día (UHdD), contribuyendo a la mejora en las condiciones de **seguridad y calidad** de su práctica, en todas sus dimensiones, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, por lo que atiende aspectos relativos a:

- a) Derechos y garantías de los pacientes.
- b) Seguridad del paciente.
- c) Organización y gestión de las UHdD.

- d) Estructura física y recursos materiales de estas unidades.
- e) Recursos humanos.
- f) Calidad asistencial.
- g) Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones.

Los estándares y recomendaciones de la Unidad de Hospitalización de Día **no tienen un carácter normativo** en el sentido de establecer unos requisitos mínimos para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, ni estándares para su acreditación. El objetivo es **orientar la programación y diseño de estas unidades, así como facilitar criterios de calidad, eficiencia y seguridad en su funcionamiento.**

A lo largo del documento se destacan algunas recomendaciones “fuertes” en el sentido de que están amparadas bien por requisitos normativos, bien por una evidencia suficientemente sólida como para, a criterio del grupo de expertos que ha participado en su elaboración, realizar la recomendación. En estos casos, se menciona expresamente el término “recomendación” y se destaca en letra **negrita**.

La Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud ha dirigido el proceso de elaboración de los estándares y recomendaciones de la Unidad de Hospitalización de Día dentro del marco establecido por el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Debemos destacar que la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud ha contado con el apoyo de expertos para la elaboración de este documento, seleccionados sobre la base de la experiencia y conocimiento de los mismos en los aspectos relacionados con el alcance de este informe, así como nominados -con el mismo criterio- por las sociedades científicas y asociaciones profesionales de mayor relevancia en la utilización de las técnicas de HdD y desarrollo de este tipo de Unidades.

Además, señalar que la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud ha contado con el apoyo de un grupo técnico que ha actuado a lo

largo del mismo en la elaboración del análisis de situación, los sucesivos borradores y el documento final, en la revisión de los documentos elaborados por los expertos y análisis de evidencia, y en la preparación y desarrollo de las reuniones del grupo de expertos.

2 Análisis de Situación

La Hospitalización de Día (HdD) es una forma organizativa y de gestión sanitaria específica que atiende una determinada demanda de servicios de salud (cartera de servicios), para lo que requiere unas condiciones estructurales y funcionales que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios.

Las Unidades de Hospitalización de Día (UHdD), que en la clasificación establecida en el Real Decreto 1277/2003⁽¹⁾ quedan identificadas por el código U65, han tenido un considerable desarrollo durante los últimos años, tanto en el Sistema Nacional de Salud como en el ámbito privado, lo que se ha traducido en beneficios para los propios centros sanitarios como para un elevado número de pacientes.

La definición de UHdD de en esta publicación es la correspondiente al Real Decreto 1277/2003: *“unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital”*.

El Sistema Nacional de Salud realiza un seguimiento de la actividad realizada por los centros sanitarios en esta modalidad asistencial de Hospitalización de Día, tanto referida a unidades como a puestos de Hospitalización de Día incluidos en otras unidades, considerando en el sistema de indicadores del Sistema Nacional de Salud^{5,6} la ratio de puestos de HdD por población como un indicador de estructura. Aquí se define el puesto en HdD como cada una de las *“plazas diferenciadas destinadas a hospitalización durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital. No se incluyen los puestos dedicados a los servicios de urgencias”*.

La HdD puede aportar ventajas para diferentes tipos de agentes:

- Para los pacientes, al ser preferible esta modalidad asistencial frente a la hospitalización convencional en la medida que:

(1) Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

- Las citas pueden programarse de forma que permitan a los pacientes y a sus cuidadores compaginar el tratamiento con sus actividades laborales o domésticas.
 - Se programa de forma independiente a la hospitalización convencional, haciendo menos probable que se produzcan demoras o cancelaciones.
 - Es percibida por el paciente de forma menos agresiva que la hospitalización convencional.
 - Reduce los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales⁷.
- Para los clínicos, porque les permite programar los tratamientos de forma más directa y flexible.
 - Para los gestores, al propiciar un uso más eficiente de los recursos, así como por reducir las listas de espera y los tiempos de demora para ciertos procedimientos.

2.1 La HdD en España

La legislación aplicable a las unidades de HdD es la correspondiente a centros y servicios sanitarios. En relación con ellos, existen dos tipos de normas: las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento; y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su puesta en funcionamiento.

Tanto la Administración General del Estado como las Comunidades Autónomas (en adelante, CC.AA.) disponen de legislación relativa a la autorización y registro de centros sanitarios. No existe legislación específica en España acerca de los requisitos que han de cumplir los hospitales de día, siendo aplicable a los mismos la normativa general.

La legislación analizada incluye la normativa (leyes, decretos y órdenes) estatal⁽²⁾ y de las CC.AA.

(2) “Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad”; “Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud”; “RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios”.

La acreditación sanitaria es el proceso por el cual una organización sanitaria se somete, de forma voluntaria, a un sistema de verificación externa que evalúa el nivel en que se sitúa en relación a un conjunto de estándares, establecidos habitualmente mediante consenso de expertos.

Las experiencias de acreditación de centros y servicios sanitarios en España son aún escasas. Solo cuatro CC.AA. disponen de normativa y programas oficiales de acreditación de centros sanitarios basados en evaluación externa y voluntaria: Cataluña, Andalucía, Galicia y Extremadura. En algunos casos existen programas de acreditación de algún tipo de centros, servicios o actividades (p.e. trasplante de órganos, reproducción asistida, hemoterapia, formación continua de profesionales, etc., en CC.AA. como Madrid o el País Vasco). No existe actualmente en marcha en España ningún sistema de acreditación específicamente dirigido a los centros de Hospitalización de Día.

Tabla 2.1. Estándares y recomendaciones de las CC.AA sobre HdD

Ámbito territorial	Rango de norma / naturaleza del documento	Objeto
Andalucía	Resolución	Establecer el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con su modelo de calidad.
Cataluña	Decreto	Regular la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.
Extremadura	Decreto	Regular el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación.
	Orden	Establecer los estándares del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura y el modelo normalizado de solicitud de acreditación de calidad sanitaria de los mismos.
Galicia	Decreto	Regular la acreditación de los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Galicia.
Valencia	Recomendaciones	Actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria (hace referencia a HdD médico-quirúrgica).
Nacional	Recomendaciones	HdD en la atención de los pacientes con infección VIH/SIDA.

- **Andalucía**

Andalucía basa su sistema de acreditación en el “Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía”⁽³⁾, que está orientado a impulsar la mejora continua. Su punto de partida es el potencial de mejora del propio centro y la madurez en la gestión de la calidad. El programa se basa en un patrón de referencia para el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), en cuyo diseño han participado profesionales y directivos integrados en distintos comités técnicos asesores.

El “Programa de Acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía” es de aplicación en hospitales y otros centros con internamiento, así como en centros extrahospitalarios: centros de atención primaria, centros de especialidades y centros de diagnóstico, y unidades de gestión clínica. Este programa no contiene referencias explícitas a los hospitales de día, ni contempla dichas unidades en su sistema de indicadores, si bien muchos de los indicadores generales les son de aplicación.

- **Cataluña**

Es la comunidad autónoma que primero desarrolló un procedimiento oficial para la acreditación de centros sanitarios. El sistema actual es el tercero (los dos anteriores son respectivamente de 1981 y 1983). El Decreto 5/2006⁽⁴⁾ regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras y se completa con dos manuales de acreditación que incluyen los estándares establecidos. En el manual de estándares esenciales, de obligado cumplimiento por todos los centros hospitalarios que opten a la acreditación, hay un apartado que se refiere a la HdD en los siguientes términos:

**“Agrupador conceptual: Adecuación del edificio – 02
Código Contenido 4c-02-Q05**

(3) “Resolución de 24 de julio de 2003, de la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, por la que se establece el sistema de acreditación de la calidad de los centros y unidades sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo con el modelo de calidad del sistema sanitario de Andalucía.” Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

(4) “Decreto 5/2006, de 17 de enero, por el que se regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.” Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

La estructura y la disposición de los espacios destinados a la atención ambulatoria del cliente son adecuadas a las necesidades asistenciales, facilitan el trabajo de los profesionales implicados y permiten el uso racional de los recursos humanos:

- *Consulta externa.*
- *Gabinetes de exploración.*
- **Hospitales de día.**

Por ejemplo, se evaluará como mejora:

- *La diferenciación de circulaciones de las consultas externas y de los gabinetes de exploración, una pública que alimente las salas de espera y una restringida que alimente los espacios de apoyo y las consultas.*
- *La flexibilidad de usos y la polivalencia de todas las consultas y los gabinetes de exploración.*
- *Las consultas con ámbito diferenciado para la consulta y para la exploración.*
- *En el hospital de día, la flexibilidad de usos y la polivalencia de todos los boxes, que estarán dispuestos en torno a los espacios de apoyo directo, en disposición única y centralizada.*
- *Todos los espacios dispondrán de aire acondicionado, que como mínimo tendrá aportación de aire primario y filtrado de calidad G4.”*

Entre los estándares no esenciales no hay ninguno referido de forma específica a la HdD, si bien muchos de los estándares que afectan a la actividad médica son aplicables a esta modalidad asistencial.

- **Galicia**

La Comunidad Autónoma de Galicia estableció en 2001 un sistema de acreditación de centros hospitalarios, regulado por Decreto⁽⁵⁾, que es de

⁽⁵⁾ Decreto 52/2001, de 22 de febrero, por el que se regula la acreditación de los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Galicia. Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia.

aplicación tanto a los centros hospitalarios pertenecientes a la red asistencial del Servicio Gallego de Salud como a los que tengan suscritos o quieran suscribir conciertos con este último, para lo que deben obtener el certificado de acreditación correspondiente. También se señala que los centros hospitalarios no incluidos en el punto anterior pueden solicitar su acreditación como garantía de su nivel de calidad.

El decreto recoge 20 áreas de aplicación, entre las que no hay ninguna específica de HdD. De forma indirecta, uno de los criterios (el 12.1.6) se refiere a la existencia de “modalidades complementarias y alternativas a la hospitalización convencional”, en las que entendemos estaría incluida esta modalidad asistencial.

- **Extremadura**

De forma similar a los modelos de Andalucía y Galicia, el sistema extremeño de acreditación de centros, regulado en 2005 mediante Decreto⁽⁶⁾ y una orden que lo desarrolla⁽⁷⁾, se orienta a centros sanitarios tanto ambulatorios como hospitalarios. Esta normativa no hace referencia a la HdD y, al igual que en los casos anteriores, muchos de los requisitos y estándares hospitalarios son aplicables de forma genérica a esta modalidad asistencial.

- **Valencia**

La Comunidad Valenciana publicó en 2002 un documento elaborado por un grupo de expertos⁸, en el que se relaciona un conjunto de documentos de consenso con las sociedades científicas. Este documento no tiene carácter de norma.

⁽⁶⁾ Decreto 227/2005, de 27 de septiembre, por el que se regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

⁽⁷⁾ Orden de 18 de julio de 2006 por la que se establecen los estándares del modelo de calidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura y el modelo normalizado de solicitud de acreditación de calidad sanitaria de los mismos. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura.

2.2 Estándares y recomendaciones para la HdD en otros países

2.2.1 Estados Unidos

El Instituto Americano de Arquitectos (AIA), con la asistencia del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU., desarrolla desde 1947 unas guías para el diseño y construcción de instalaciones sanitarias⁹, en las que se hace referencia a UHdD.

Ni el Departamento de Salud y Servicios Humanos ni “Medicare” o “Medicaid” disponen de normativa específica de la HdD. Tampoco existen criterios o estándares de acreditación de estos dispositivos asistenciales, y ni siquiera aparecen citados en el listado de tipos de proveedores¹⁰.

La “Joint Commission” tampoco tiene una norma específica para la HdD.

2.2.2 Reino Unido

El “National Health Service” (NHS) dispone de una Guía para la HdD, tanto en lo relativo a la estructura e instalaciones como a los procesos y procedimientos. La “Health Building Note 52”: “Accommodation for day care”¹¹, es aplicable tanto al diseño de nuevos edificios como a la adaptación o ampliación de los preexistentes, ubicados en hospitales generales. Este documento establece criterios en relación con el diseño y funcionamiento general, circulación de pacientes, equipamiento, locales, espacios, instalaciones e ingeniería. Asimismo, se anexa un conjunto de actividades (cartera de servicios), por especialidades, susceptibles de beneficiarse de la HdD.

2.2.3 Canadá

El Ministerio de Salud de Canadá revisó en 1984 las directrices que sobre la HdD publicó en 1975¹². Estas directrices cubren aspectos relativos a la carga de trabajo, requerimientos de camas, recomendaciones sobre su distribución, gestión de pacientes, recursos humanos, programa funcional, equipamiento y relaciones con otros servicios. Asimismo, recoge un catálogo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que pueden ser realizados en este tipo de unidades.

2.3 Experiencia en España e internacional

Las primeras aproximaciones analíticas a las UHdD como recurso asistencial específico documentadas en España son una publicación de 1979 de I. Aragón¹³ y una monografía de 1985 de S. Erill y J. Estapé¹⁴.

En la introducción de Erill y Estapé aparece la referencia sobre los orígenes de esta modalidad asistencial en nuestro país, así como sobre el carácter pionero que corresponde a los hospitales de día oncológicos: *“Si bien el concepto de hospitalización de día tiene ya casi medio siglo de existencia, su difusión e implantación en España es todavía notablemente escasa. De hecho, las reacciones de intolerancia inmediata en la quimioterapia antineoplásica, empleada hoy con tanto éxito, han dado impulso a la creación de algunas unidades de hospitalización de día que han servido, entre muchas otras cosas, para renovar el interés hacia esta forma de atención médica. A partir de presupuestos bien distintos, han surgido también hospitales de día psiquiátricos y, en diversas especialidades, es posible detectar el interés de muchos profesionales hacia formas hasta ahora poco exploradas de optimización de la terapéutica.”*

Otra aportación relevante es la que realiza J. Sauret en 1994¹⁵. Su título “Hospitales de Día ¿generales o especializados?” ya refleja una de las cuestiones que más vivamente se han debatido: si los HdD dedicados monográficamente a la atención de un tipo de padecimientos (p.e. oncológico, hematológico, pacientes con infección VIH/SIDA, etc.) son preferibles o no a aquellos de carácter polivalente (HdD médico, HdD médico-quirúrgico). Existen numerosos ejemplos de todos los tipos y no se ha realizado, hasta ahora, ningún estudio que avale la mayor eficacia o eficiencia de ninguno de ellos.

En 1998, la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA encargó a un grupo de expertos un informe sobre las UHdD como recurso asistencial para los pacientes con infección VIH/SIDA⁴. Este informe, aunque restringido a la atención de estos pacientes, pone de manifiesto las ventajas organizativas y asistenciales de la HdD así como la enorme laguna existente en cuanto al análisis de beneficios clínico-asistenciales o de coste/utilidad.

Un estudio realizado en 2004² por un grupo de trabajo de los servicios de Medicina Interna de diferentes hospitales de Cataluña aporta algunas

cifras relativas al uso de la HdD en el SNS (Tabla 2.2). La relación de altas en hospitalización convencional/HdD muestra, en este trabajo, una relación de casi 5/1. Se observa un notable incremento en el número de sesiones de HdD en un corto período (1999-2002). Los procesos oncológicos representan casi la cuarta parte del total y van seguidos por la atención a los pacientes con infección VIH/SIDA. La tendencia de esta última actividad es, de conformidad con la evolución epidemiológica en ese periodo, notablemente decreciente.

Tabla 2.2. Actividad asistencial en HdD y Hospitalización convencional en Cataluña. Comparación entre los años 1999 y 2002².

	1999	2002	2002/1999	Distribución altas HdD 2002
Nº Altas HC	747.482	847.175	13,34%	
Nº Altas HdD	111.317	171.367	53,95%	
% HdD / HC	15%	20%	35,83%	
Nº de altas de HdD según tipo de proceso				
Quimio / Radioterapia	27.218	39.399	44,75%	22,99%
Infección VIH	12.992	7.385	-43,16%	4,31%
EPOC	3.145	4.764	51,48%	2,78%
Esquizofrenia	2.675	4.111	53,68%	2,40%
Diabetes Mellitas	2.079	4.045	94,56%	2,36%
Insuficiencia Cardíaca		1.640		0,96%

Según los datos de la “Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado” (EESRI)¹⁶, en 2004 fueron atendidos en HdD de todo tipo en España más de dos millones trescientos mil pacientes. El 78% de las sesiones ocurrieron en hospitales de titularidad pública, y uno de cada cuatro pacientes procedía de HdD geriátricos o psiquiátricos. Tres cuartas partes tenían causa médica.

Tabla 2.3. Sesiones en Hospital de Día. Año 2004

Hospital de Día	Públicos		Privados		Total
	N	%	n	%	
Geriátrico	147.694	7,9%	356.112	67,8%	503.806
Psiquiátrico	341.981	18,4%	54.200	10,3%	396.181
Otros	1.370.397	73,7%	114.624	21,8%	1.485.021
Total	1.860.072	100%	524.936	100%	2.385.008
	78,0%		22,0%		100%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la ESSRI 2004, MSC.

Ese mismo año se produjeron en España 33,5 millones de estancias hospitalarias, más de un tercio de las cuales corresponden a servicios de Medicina Interna y especialidades médicas. Por tanto se produjeron 1,1 sesiones de HdD por cada 10 estancias.

Tabla 2.4. Relación sesiones HdD Médico / Estancias en Medicina Interna y estancia media. Año 2004

	Generales	Otros agudos	TOTAL	%
Medicina I. y Especialidades Médicas	13.114.990	608.655	13.723.645	40,92%
Resto especialidades y servicios	18.535.598	1.281.986	19.817.584	59,08%
Total	31.650.588	1.890.641	33.541.229	100,00%
% Sesiones HdD Médico / Estancias MI y EM				10,82%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la ESSRI 2004, MSC

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ha realizado recientemente un trabajo de revisión de la experiencia de los Hospitales de Día Onco-Hematológicos (HdDO-H) en España¹⁷, que incluye una serie de conclusiones y recomendaciones en relación con la estructura y procesos de dichas unidades.

La SEEO dispone de una “Guía para la estandarización de cuidados en Hospital de Día Oncológico”¹⁸, en la que no se hace referencia alguna a los aspectos de estructura de las UHdD, tratando extensamente los cuidados de enfermería en las mismas.

En el ámbito internacional, la OMS publicó un estudio referido a la HdD como modelo asistencial para pacientes psiquiátricos¹⁹. La Fundación Cochrane ha realizado dos estudios meta-analíticos sobre la HdD²⁰ como dispositivo asistencial desde la perspectiva del análisis de eficiencia, pero se refieren al HdD geriátrico y al HdD psiquiátrico²¹. No se han encontrado estudios similares para pacientes con patología médica.

3 Derechos y Garantías de los Pacientes

Los centros sanitarios en donde existan UHdD deberán observar y respetar los derechos de los pacientes recogidos en la legislación sanitaria. En este apartado se recogen detalladamente aspectos sobre la información dirigida a los pacientes (y familiares o cuidadores) de esta modalidad asistencial y, de forma general, aquellos otros que deben ser tenidos en cuenta en este tipo de unidades o, en su caso, en los centros sanitarios en donde se ubican.

3.1 Información a pacientes y cuidadores⁽⁸⁾. Consentimiento informado

Como principio general, la información que debe entregarse a los pacientes atendidos en las UHdD debe ser clara, precisa y suficiente, y debe incluir los siguientes aspectos:

- Información sobre las características generales de la UHdD.
- Información detallada sobre el proceso patológico y procedimientos de diagnóstico y tratamiento en el HdD.
- Consentimiento informado.
- Instrucciones y recomendaciones.

La mayor parte de los pacientes que acuden a estas Unidades presentan patologías crónicas y acuden a ellas de forma programada acompañados de un cuidador. La actividad del HdD debe perturbar lo menos posible la actividad cotidiana de ambos, paciente y cuidador. La información proporcionada en la unidad debe incluir todos los aspectos que faciliten la función de apoyo de los cuidadores y promuevan su colaboración activa en la atención de los pacientes atendidos en esta modalidad asistencial.

⁽⁸⁾ Los familiares o acompañantes adquieren una dimensión adicional en su papel como cuidadores. Para la evolución longitudinal de muchos de los pacientes que acuden al HdD, es fundamental la participación activa e informada del cuidador, lo que implica formarle e informarle. El cuidador es, a la vez, un recurso que presta cuidados al paciente y un cliente de la UHdD.

3.1.1 Información sobre las características generales de la UHdD

Se recomienda que la información de acogida (folleto, tríptico) incluya, al menos, **una descripción de las diferentes fases por las que va a pasar el paciente y advertencias o consejos especiales**. La inclusión de fotografías de la UHdD, puede ayudar tanto a la comprensión como a la aceptación de esta modalidad asistencial.

Una versión reducida de este documento puede distribuirse en las zonas de admisión/recepción y espera de hospitales y centros de salud, para que la población general conozca esta modalidad asistencial así como la existencia de unidades en su área.

3.1.2 Información detallada sobre el proceso patológico y procedimientos de diagnóstico y tratamiento en HdD

La información aportada al paciente será específica para cada tratamiento, recomendándose que incorpore los siguientes apartados:

- Noción elemental sobre la patología que causa la indicación de esta modalidad asistencial.
- Nociones elementales sobre los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en la UHdD.

3.1.3 Consentimiento Informado

La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirán, según lo previsto en la legislación⁽⁹⁾, su consentimiento por escrito.

⁽⁹⁾ “Se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.” Art. 8.2. de la Ley 88/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado por cada procedimiento diagnóstico o tratamiento de estas características incluido en la cartera de servicios de las UHdD.

3.1.4 Instrucciones y recomendaciones

Debe facilitarse al paciente la siguiente información por escrito:

- Instrucciones previas al ingreso en la UHdD.
- Instrucciones para el acceso a la UHdD.
- Instrucciones para el inmediato post-tratamiento.
- Instrucciones para la estancia del paciente, cuidador y acompañantes en la UHdD.
- Instrucciones post-alta, adaptadas a cada tratamiento. La información debe cubrir todas las incidencias que el paciente pueda sufrir en su domicilio o alojamiento alternativo, y tiene que ir acompañada de la medicación y/o cuidados que se deben administrar, así como de un teléfono de contacto para resolver cualquier duda.
- Formas de acceso a recursos de atención continuada vinculados con la UHdD/Hospital.

3.2 Garantías de los derechos de los pacientes

Los centros sanitarios en donde existan UHdD deberán disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos más específicos incluidos en el epígrafe anterior:

- a) Cartera de servicios.
- b) Plan de acogida.
- c) Código ético.
- d) Guías, vías o protocolos de práctica clínica.
- e) Procedimientos escritos de ensayos clínicos.
- f) Historias clínicas.
- g) Procedimiento sobre instrucciones previas.
- h) Informes de alta médica.
- i) Protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos de los pacientes.
- j) Registro de reclamaciones y sugerencias.
- k) Seguro de responsabilidad.
- l) Lista de precios.

Se deberá garantizar el derecho de acceso a estos documentos por parte de los pacientes o personas vinculadas por razones familiares o de hecho, en los términos señalados en la legislación vigente, a excepción de los señalados en los apartados d), e) e i).

A continuación se desarrollan algunos aspectos relativos a estos derechos. Los apartados a) Cartera de Servicios, f) Historias Clínicas y h) Informes de Alta Médica, están contemplados en el Capítulo 5. “Organización y Gestión”, de este documento.

b) Plan de acogida

Los hospitales dispondrán de un Plan de acogida destinado a los pacientes ingresados. Las UHdD pueden contar con un Plan de acogida destinado a sus pacientes, en el que se recoja la información general señalada en los apartados 3.1.1, 3.1.2 y 3.1.4, así como la relacionada con el listado anterior de derechos y deberes del paciente.

c) Código ético

Los centros sanitarios en donde existan UHdD dispondrán de un Código ético adaptado al mismo en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas que inspiran su actividad, de acuerdo con la deontología profesional.

d) Guías de práctica clínica

Las UHdD dejarán constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica que apliquen en los servicios sanitarios que están autorizados a prestar, junto con sus evaluaciones y, en su caso, sus modificaciones y adaptaciones.

e) Procedimientos de ensayos clínicos

La realización de ensayos clínicos deberá sujetarse a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica.

j) Registro de reclamaciones y sugerencias

1. Los centros sanitarios en donde existan UHdD tendrán a disposición de los usuarios hojas de reclamaciones y sugerencias

que permitan dejar constancia de las quejas, reclamaciones, iniciativas o sugerencias relativas al funcionamiento que estimen convenientes.

2. Se señalarán de forma visible y su situación deberá ser la más accesible para hacer posible su identificación y uso.
3. Los usuarios de las UHdD tienen derecho a obtener respuesta por escrito de las quejas o reclamaciones presentadas por parte del responsable del centro o persona autorizada, sin perjuicio de su remisión a la administración competente, de acuerdo con lo previsto en la normativa autonómica correspondiente.
4. Las quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias deberán ser objeto de evaluación periódica.

k) Seguro de responsabilidad

1. Los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicio sanitario, deberán disponer del preceptivo seguro de responsabilidad, aval u otra garantía financiera, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas, causado con ocasión de la prestación de tal asistencia servicios.
2. Los centros sanitarios privados en donde existan UHdD deberán disponer de póliza de seguro de responsabilidad acorde con su actividad para hacer frente a las eventuales indemnizaciones por daños a los pacientes de los que deban responder.
3. Los centros y, en su caso, los profesionales sanitarios por cuenta propia deberán conservar copia de los documentos acreditativos de las garantías de responsabilidad exigidas.

l) Lista de precios

Todos los centros sanitarios en donde existan UHdD deberán disponer de una lista de precios a disposición de los usuarios, que deberá ser

comunicada a la administración competente de acuerdo con la normativa específica en la materia.

4 Seguridad del paciente

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a la seguridad del paciente durante su asistencia en la UHdD.

4.1 Infecciones nosocomiales

1. Las UHdD dispondrán de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación de pacientes en riesgo y procedimientos de riesgo.
2. A tales efectos, se elaborará un protocolo que incluya los aspectos relativos a la higiene de manos, uso de soluciones hidroalcohólicas, utilización de antisépticos, profilaxis antibiótica, prevención y gestión de accidentes ligados a la exposición de sangre y riesgos de infecciones en procedimientos invasivos. Este protocolo debe ser revisado periódicamente.
3. Las UHdD deberán acreditar la disponibilidad de medios suficientes para el cumplimiento efectivo de esta obligación.
4. Las UHdD deben evaluar periódicamente la aplicación del protocolo de prevención de infecciones nosocomiales.

4.2 Alertas epidemiológicas

Los centros sanitarios en donde existan UHdD dispondrán de un dispositivo de alerta epidemiológica conectado con las autoridades sanitarias competentes.

4.3 Gestión de fármacos

1. En las UHdD y, especialmente en los HdDO-H, existirá un procedimiento sobre el almacenamiento, empaquetado, identificación, manipulación y prescripción de los medicamentos, con atención específica a los de alto riesgo en su manipulación y

administración, y al control de su caducidad.

2. En los centros sanitarios en donde existan UHdD se atenderán a las obligaciones específicas impuestas por la legislación del medicamento.

4.4 Gestión de hemoderivados

La gestión y seguridad de los hemoderivados es competencia del banco de sangre del centro, que debe estar acreditado para ello⁽¹⁰⁾.

4.5 Identificación de pacientes

1. En los centros sanitarios en donde existan UHdD debe existir un sistema fiable de identificación de pacientes.
2. Dicho sistema debe permitir comprobar la identidad de los pacientes de la UHdD antes de realizar cualquier procedimiento de riesgo o de administrar medicamentos y hemoderivados, y previamente a cualquier procedimiento diagnóstico.

4.6 Gestión de seguridad

1. Los centros sanitarios en donde existan UHdD deberán velar por el cumplimiento de las medidas de seguridad, calidad y adecuación tecnológica, así como de la gestión de riesgos para los pacientes.
2. En los centros sanitarios clasificados como C.1 (Hospitales) en el Real Decreto 1277/2003, dependiendo de la dirección asistencial, existirá una comisión o, en su caso, una unidad encargada de la identificación y registro de los efectos adversos que se produzcan como consecuencia de la atención sanitaria, así como la aplicación y evaluación de acciones de mejora en relación con los mismos.

⁽¹⁰⁾Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los “requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión” y Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las “normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos”.

4.7 Plan de autoprotección

1. Los centros sanitarios en donde existan UHdD tendrán implantado un plan de autoprotección, que establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro equivalente, así como para garantizar la intervención inmediata y/o evacuación ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas.
2. El plan de autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencias y las medidas de implantación y actualización.

5 Organización y gestión

La Unidad de Hospitalización de Día (UHdD) se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante HdD, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad. Como hemos señalado con anterioridad en este texto, la actividad principal de la UHdD es la prestación de cuidados a pacientes en la modalidad de Hospitalización de Día, disponiendo de recursos específicos para ello y contando con un responsable único en su gestión

Este capítulo recoge criterios y orientaciones de los distintos atributos de las UHdD como organización: tipología de unidades, procedencia de los pacientes, cartera de servicios, criterios para el manejo de pacientes en las UHdD, criterios de selección de pacientes, organización y funcionamiento de la unidad, y aspectos relativos a la gestión de pacientes.

5.1 Tipología de UHdD

En general podemos señalar que el tradicional “Hospital de Día Médico-Quirúrgico”, que concentra toda la actividad de Hospitalización de Día del hospital general de agudos, ha ido dando paso a una configuración más diversa derivada de la tendencia a especializarse en determinado tipo de pacientes.

Esta especialización se aprecia en las UHdD como son las Onco-Hematológicas o las correspondientes a pacientes de VIH-SIDA. Esta especialización se produce en la medida en que el volumen de actividad, y por lo tanto el dimensionado de la nueva Unidad, lo permite.

Tabla 5.1. Tipología de Unidades de Hospital de Día.

Polivalentes	Especializadas
Hospital de Día Médico-Quirúrgico.	Hospital de Día Onco-Hematológico.
Hospital de Día Médico Polivalente.	Hospital de Día para pacientes con infección VIH/SIDA.

5.1.1. UHdD Polivalentes

Se incluyen en esta categoría aquellas unidades que tienen entidad dentro de la estructura organizativa del centro sanitario, que cuentan por tanto con un responsable, que están dedicadas a realizar procedimientos generales, como aspiración, biopsia, extracción sanguínea, curas, drenajes, infusión intravenosa y otros (véase, más adelante, “cartera de servicios”), a pacientes con patologías variadas e incluidos en diferentes procesos asistenciales y procedentes de distintos servicios médicos (por ejemplo, recuperación de endoscopia) o quirúrgicos (readaptación al medio) del hospital.

Estas unidades se consideran autónomas en la medida que su actividad principal es la prestación de cuidados a pacientes procedentes de otras unidades de responsabilidad en el centro y son, desde el punto de vista de la contabilidad analítica, unidades intermedias que desarrollan su actividad para los servicios que les derivan a pacientes, que proceden, en la mayor parte de los casos, de su domicilio, aunque en algunos casos, son atendidas en ellas, pacientes procedentes de otras unidades del propio centro.

En la medida en que Unidades como las denominadas de (Pacientes) Pluripatológicos^{23,24} o los gabinetes de exploración (de Endoscopias, o Hemodinámica, por ejemplo) incluyan puestos de HdD, disminuye la necesidad de puestos en las Unidades de Hospital de Día Médico Polivalentes. Existe, por tanto, una relación de sustitución entre los puestos de HdD integrados en otras unidades y los puestos incluidos en las UHdD Médico Polivalentes.

Existen, en función del volumen de actividad, organización y gestión de los hospitales diversas aproximaciones a la dotación de UHdD polivalentes o especializados. En general, si la dimensión de la hospitalización de día lo posibilita, se **recomienda**:

- **Definir un área específica de HdD (readaptación al medio) vinculada a la Cirugía Mayor Ambulatoria²², diferenciándola de la UHdD Médica Polivalente.**
- **Definir un área específica de HdD (zona de recuperación) vinculada a los gabinetes de Endoscopias, Hemodinámica, etc., atendido por persona de enfermería entrenado en los procedimientos especiales que se llevan a cabo en este tipo de recursos y que, generalmente, atienden al paciente durante el procedimiento y su recuperación.**

En la Tabla 5.2 se recogen aspectos que caracterizan las UHdD Polivalentes, frente a los puestos de HdD integrados en gabinetes, en base a los cuales se justifica la segunda recomendación.

Tabla 5.2. Características de las UHdD Médico Polivalentes y puestos de HdD integrados

	UHdD Médico Polivalente	Puestos de HdD integrados en gabinetes de Endoscopias, Hemodinámica, CMA, etc.
Citación	Puede prestar asistencia sin cita previa.	Cita previa.
Procedimientos clínicos	Pueden no ser conocidos hasta el momento de la asistencia.	Predeterminados.
Tiempo de asistencia en la Unidad	No conocidos para muchos pacientes.	Conocido para la mayoría de los pacientes.
Número de asistencias por episodio de tratamiento	En repetidas ocasiones, varias durante un largo período de tiempo.	Generalmente una.

5.1.2. UHdD especializadas

Se incluyen en esta categoría aquellas Unidades en las que se atiende a un determinado conjunto de procesos (los onco-hematológicos, o en los que se atienden a pacientes con infección VIH/SIDA, por ejemplo).

Aunque existen características comunes, estructurales y funcionales, de garantías y seguridad del paciente, etc., entre las UHdD Médicas Polivalentes y las Unidades de Hospital de Día Onco-Hematológico, existen notables diferencias en relación con su organización y gestión, por lo que en el Anexo 2 se incluye un esquema de organización de la actividad en UHdDO-H adecuado a las especiales características de los pacientes atendidos en unidades de este tipo y a la configuración de los procedimientos que dichas características requieren.

Existen, en función del volumen de actividad, organización y gestión de los hospitales diversas aproximaciones a la dotación de UHdD Polivalentes o Especializadas. En general, si la dimensión de la hospitalización de día lo posibilita, se **recomienda**:

• **Diferenciar la UHd Médica Polivalente del HdD Onco-Hematológico.** Esta recomendación se sustenta básicamente sobre las siguientes consideraciones:

- El paciente oncológico representa en la actualidad aproximadamente el 80% de la carga asistencial de las UHd médicos polivalentes.
- Se trata de un paciente que requiere un perfil de cuidados, así como de relaciones afectivas y de entorno con el personal clínico y sus propios cuidadores, muy definido.
- La gestión de pacientes en el HdD O-H se realiza sobre bases, en general, programadas, mientras que es frecuente que el HdD Médico Polivalente atienda demanda no programada.

La recomendación anterior está sujeta al dimensionado vinculado a la estimación de la carga de trabajo de la unidad, que está condicionada a su vez por el área de captación del hospital (véase “Anexo 3. Criterios de dimensionado”).

Se puede contemplar la desagregación de una UHd para pacientes con infección VIH/SIDA (o para pacientes infecciosos, en general) en aquellos centros que manejan clínicamente un alto volumen de estos pacientes³. Sin embargo, la disminución de la prevalencia de la enfermedad, la buena respuesta al tratamiento y la calidad de vida de estos pacientes con las actuales pautas terapéuticas hacen, en la actualidad, poco recomendable esta opción para la mayoría de los hospitales generales de agudos.

Por otra parte, existen condicionantes estructurales, incluyendo entre ellos de manera destacada la forma de organización y gestión que el hospital adopte y, en especial, la de sus recursos humanos.

5.2 Relación con otras unidades y niveles asistenciales

La mayoría de los pacientes de la UHd proceden de su domicilio, de forma programada o urgente, con indicación del médico responsable. En algunos casos en las UHd son atendidos pacientes ingresados en unidades de hospitalización convencional del propio centro sanitario.

A lo largo del seguimiento de la gestión del paciente en el entorno y en las UHdD hay diferentes alternativas de organización y gestión, entre las que cada organización sanitaria deberá identificar la más adecuada. Este informe recomienda aquellas alternativas organizativas y de gestión que se ajustan a los siguientes criterios:

- **Promocionar el papel de los profesionales de Atención Primaria.** La HdD debe participar en el seguimiento longitudinal del paciente, con el objetivo de prestar la atención que en cada momento precise en el lugar (domicilio, consulta de atención primaria o de especialidad, Hospital de Día, hospitalización convencional, urgencias) y con los recursos (de personal, tecnológicos) más adecuados. Para ello es preciso que exista una efectiva coordinación entre el médico responsable del paciente en atención primaria y el médico (o, en su caso, otro profesional que sea el “gestor del paciente”) en atención especializada.
- **Utilizar las tecnologías de la información para evitar desplazamientos innecesarios** de pacientes (gestión de agendas), o la repetición de pruebas complementarias (historia única de Área de Salud), etc.
- **Evitar que potenciales pacientes beneficiarios de los cuidados en las UHdD sean atendidos en otros recursos asistenciales**, como la hospitalización convencional o servicios de urgencias hospitalarios, menos adecuados desde la perspectiva de la eficiencia clínica y de la calidad (incluida la percibida) de la atención.
- **Desarrollar programas de coordinación socio-sanitaria** dentro del propio centro, lo que permitirá, no sólo identificar necesidades de los usuarios, sino actualizar e introducir las acciones de mejora necesaria. Un importante número de los pacientes atendidos en las UHdD son beneficiarios potenciales de esta coordinación intersectorial.

5.3 Cartera de Servicios

La selección de los procedimientos y cuidados incluidos en las UHdD define su cartera de servicios. El Anexo 1 recoge un listado de estos procedimientos.

5.4 Circulación de pacientes en la UHdD

La circulación de pacientes en la UHdD Médica Polivalente se desarrolla conforme a la secuencia que se muestra en la Tabla 5.3 y de acuerdo con los siguientes criterios organizativos y de gestión:

a) Acceso a la UHdD

El objetivo fundamental es facilitar el acceso a los pacientes susceptibles de ser atendidos en esta modalidad asistencial de HdD.

El acceso a la UHdD Médica Polivalente se puede hacer desde atención primaria o desde atención especializada:

1. **Atención Primaria.** Los profesionales de Atención Primaria, en estrecha coordinación con los servicios clínicos del hospital, pueden remitir pacientes a las UHdD sobre bases no programadas, evitando -cuando así esté indicado- la remisión del paciente a los servicios de urgencias de los hospitales.
2. **Atención Especializada.** El médico responsable del paciente en los servicios clínicos del hospital puede indicar su remisión a la UHdD sobre bases programadas (p.e. sesiones programadas de quimioterapia) o no programadas (en coordinación con el médico responsable del paciente desde atención primaria, desde las consultas externas, gabinetes o servicio de urgencias del hospital).

Se debe hacer una gestión eficiente de la demanda, a fin de alcanzar el mayor aprovechamiento posible de los recursos disponibles, compatibilizando la citación de los pacientes programados con la atención a los que, cualquiera que sea su procedencia, accedan a la unidad sin posibilidad de programación. La conveniencia de asignar recursos específicos para la atención a pacientes no programados deberá ser evaluada en cada centro concreto, sin que sea posible establecer, en términos generales, otra recomendación al respecto que la de adoptar la solución organizativa que mejor garantice la continuidad asistencial, conforme a los criterios indicados al comienzo de este epígrafe.

b) Atención en la UHdD

En la UHdD se realizarán los procedimientos que establezca su cartera de servicios (Anexo 1) y su proceso de recuperación; asimismo podrán acceder pacientes a los que se hayan realizado procedimientos en otras unidades (por ejemplo, Endoscopias; Cirugía Mayor Ambulatoria) y que completan en la UHdD el proceso de recuperación. Los procedimientos que se lleven a cabo deberán estar protocolizados y tener el consentimiento para su realización.

c) Alta de la UHdD

La mayoría de los pacientes del HdD serán dados de alta antes de completar una estancia⁽¹¹⁾. Los criterios de alta deberán estar establecidos. Las alternativas que se ofrecen al paciente tras su estancia en la UHdD dependen fundamentalmente de sus condiciones clínicas. Generalmente, el paciente será dado de alta a su domicilio -o a un recurso asistencial alternativo como un hotel de pacientes- y solo en un pequeño porcentaje de casos en los que es necesario prolongar los cuidados, puede requerir el ingreso en una unidad de hospitalización convencional.

Es recomendable realizar encuestas a los usuarios, tanto para conocer el grado de aceptación y satisfacción del método, como para establecer un diagnóstico de problemas en el desarrollo del servicio.

Tabla 5.3. Circulación de pacientes en el proceso de atención de una Unidad de Hospitalización de Día.

Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Procedencia	<ul style="list-style-type: none">• Desde Atención Primaria.• Desde Atención Especializada (consultas, urgencias).	<ul style="list-style-type: none">• Programado por el responsable clínico del paciente.• No programado, por indicación del responsable clínico del paciente, o por coordinación entre aquel y el responsable del paciente en Atención Primaria.	<ul style="list-style-type: none">• Evitar ingresos innecesarios en hospitalización convencional, o remisiones evitables a los servicios de urgencia de los hospitales.• Coordinación Atención Primaria - Atención Especializada.
A	UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA		

(11) Definiendo "estancia", como una pernocta (paciente censado a las 00:00 horas) en una unidad de hospitalización convencional.

Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Ingreso	<ul style="list-style-type: none"> Área administrativa de UHdD. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificación del paciente⁽¹²⁾. Atención al cuidador⁽¹³⁾. Actividades del paciente. Confirmación de la cita y proceso/procedimiento. Confirmación (en su caso) de la remisión y proceso/procedimiento. Asignación del recurso en el que vaya a ser atendido el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar la disponibilidad de recursos para atender a los pacientes que ingresan sin reserva previa (no programados).
Consulta (si es necesaria)	<ul style="list-style-type: none"> Consulta específica de la UHdD. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación clínica e indicación. Información a paciente y familiares. Firma de conformidad (si está indicado). Realización de pruebas complementarias⁽¹⁴⁾. 	<ul style="list-style-type: none"> Confortabilidad. Criterios de selección. Historia clínica común. Información oral y escrita.
Ingreso en box / habitación	<ul style="list-style-type: none"> Zona de Hospitalización de Día. 	<ul style="list-style-type: none"> Procedimientos. Recuperación. Contacto con cuidador. Control exhaustivo del paciente. Cuidar del familiar/cuidador. Criterios de seguridad post-alta cumplidos. Valoración precoz de complicaciones potenciales futuras. Instrucciones al alta al paciente y cuidador. Alta u hospitalización, si es precisa. Seguimiento: cita con día y hora en HdD, o consultas de Atención Primaria o Especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> Confortabilidad. Criterios estrictos de seguridad al alta. Instrucciones post-alta precisas. Clara definición de los cuidados post-HdD. Definición de responsabilidades en los cuidados.

(12) Identificación del paciente mediante un sistema que aumente la seguridad, por ejemplo pulsera identificativa.

(13) Valorar las necesidades del cuidador (justificantes de estancia, posibilidad de utilizar aparatos electrónicos, etc.).

(14) El paciente no debe ser citado de nuevo para pruebas complementarias, debiéndose realizar el mismo día de su evaluación-selección, evitando un desplazamiento innecesario.

Secuencia	Localización	Acto	Requisitos
Procedimientos/ Sala de curas (si es precisa)	Sala de curas.	Procedimiento.	
A	DOMICILIO		
Domicilio (o alojamiento alternativo)	<ul style="list-style-type: none"> • Domicilio del paciente. • Alojamiento alternativo (residencia de pacientes; plaza hotelera concertada; residencia asistida). 	<ul style="list-style-type: none"> • Control por profesional de Atención Primaria o del servicio clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación Atención Primaria - Atención Especializada.
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de HdD/Atención Primaria/quirúrgica. 		<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir la satisfacción final del paciente. • Bases de datos para la evaluación y control de la actividad y seguimiento del paciente.

5.5 Requisitos de la organización de la atención en la UHdD

Son requisitos imprescindibles de organización de la UHdD:

- **La existencia de un manual de organización y funcionamiento.**
- **La protocolización rigurosa y definición estricta de las líneas de responsabilidad.**
- **La información exhaustiva al paciente y a los familiares/cuidadores,** así como -en su caso- el consentimiento informado, que será escrito en los supuestos contemplados por la legislación vigente.
- **El trato adecuado** tanto para el paciente como para sus cuidadores.

- **El diseño de un horario de funcionamiento y una programación de los procedimientos que evite al máximo los ingresos hospitalarios por problemas administrativos** (altas tardías, cierre del fin de semana o festivos, etc.).
- **La responsabilidad directa de la UHdD durante todo el proceso**, aunque otras estructuras sanitarias pueden prestar apoyos puntuales (Atención Primaria, Servicio de Urgencias, Unidades de Hospitalización convencional, etc.).
- **El cumplimiento riguroso de los criterios de alta.**
- **La especificación minuciosa de los cuidados post-alta de la UHdD.**
- La implantación de un sistema de información adecuado para **monitorizar los resultados de la actividad.**

5.6 Estructura de gestión

Las UHdD requieren una estructura de gestión formal. Un miembro de la unidad debe asumir el papel de responsable de calidad de la misma.

Se requerirá, al menos, un administrativo con experiencia para dar soporte a los responsables de la UHdD, gestionar las admisiones y la lista de espera.

Deberán estar claramente definidas las dependencias del personal de la UHdD cuando esté sujeto a más de una.

5.7 Manual de organización y funcionamiento

La UHdD deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento en el que se refleje:

- a) El organigrama de la unidad.
- b) La disposición física de la unidad y los recursos estructurales y de

equipamiento de que dispone.

- c) Organización y normas.
- d) La cartera de servicios.

En el manual se respetarán los requisitos generales de organización previamente descritos. Deberá ser abierto y actualizable, según las modificaciones que se produzcan en la cartera de servicios o cuando los cambios estructurales o funcionales así lo requieran.

a) Organigrama

Existirá un responsable organizativo de la UHdD. Las responsabilidades, así como las líneas jerárquicas, atribuciones y competencias de cada uno de los miembros de la UHdD, tienen que estar definidas.

Cuando el responsable de la organización de la UHdD sea un médico, existirá asimismo un responsable de enfermería.

El/la médico/a que indique el ingreso y los procedimientos a realizar al paciente en la UHdD será el responsable clínico del mismo.

La interferencia funcional con otras estructuras del entorno deberá evitarse (servicios clínicos, administrativos, etc.), definiéndose claramente las respectivas dependencias cuando el personal de la UHdD esté sujeto a más de una.

b) Disposición física de la Unidad

El manual de organización y funcionamiento deberá incluir la descripción de la disposición física de la unidad y sus interrelaciones con otras áreas del hospital, así como la relación de los recursos estructurales al servicio de la UHdD y el equipamiento disponible.

c) Organización y normas de la UHdD

La UHdD deberá disponer de las normas que se ajusten a los requisitos organizativos y en las que estén descritas secuencialmente los actos del proceso asistencial, los protocolos necesarios así como las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos.

En la Tabla 5.4 Organización asistencial se esquematiza la relación entre la atención de pacientes en la unidad y los requisitos estructurales, protocolarios y profesionales que intervienen, siguiendo el esquema de flujo de pacientes descrito en la Tabla 5.3.

Tabla 5.4. Organización asistencial.

Acto	Requisitos Estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen
Recepción en la UHdD <ul style="list-style-type: none"> • Confirmación de cita, identidad del paciente y proceso. • Conformación de la remisión (pacientes no programados). 	<ul style="list-style-type: none"> • Admisión específica. • Área de recepción. Zona de espera general (Confortable e independiente de hospitalización).	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación del recurso en que vaya a ser atendido el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativo. • Enfermería.
Preparación genérica <ul style="list-style-type: none"> • Confirmación de cumplimiento de instrucciones. • Entrega de objetos personales. 	Aseo y vestuario específico <ul style="list-style-type: none"> • Aseo y vestuario. • Custodia de objetos personales (taquillas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación procedimiento (confirmación). 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería.
Procedimiento	Puestos de HdD , en su caso locales especiales (sala de curas, gabinetes, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico responsable. • Enfermería.
Recuperación	Puestos de HdD (sillones/camas).	<ul style="list-style-type: none"> • Genérico de seguridad pre-alta: • Conexión al medio. • Funciones vitales. • Otros (control dolor, drenaje, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería.

Acto	Requisitos Estructurales	Protocolos	Profesionales
Decisión de alta o ingreso (pernocta) <ul style="list-style-type: none"> Evaluación del clínico responsable. Instrucciones post-alta. 	Zona de readaptación al medio	<ul style="list-style-type: none"> Criterios de alta. Instrucciones post-alta. Definición de seguimiento post-alta (recomendaciones al médico y personal de enfermería de atención primaria responsables del paciente). 	<ul style="list-style-type: none"> Clínico responsable. Enfermería.

En la Tabla 5.5 Organización Administrativa se esquematiza la relación entre la atención administrativa en la UHdD y los requisitos estructurales, procedimentales y profesionales que intervienen.

Tabla 5.5. Organización administrativa

Actividad	Requisitos estructurales	Procedimientos	Profesionales que intervienen
<ul style="list-style-type: none"> Gestión de fármacos. Gestión de productos sanitarios y demás artículos necesarios para el funcionamiento de la unidad. Facturación. Contabilidad. Sistema de información. 	<ul style="list-style-type: none"> Farmacia (en la UHdD -local en UHdDO-H, o en almacén y local de farmacia central). Almacén general y de productos farmacéuticos. Sistema de Información. 	<ul style="list-style-type: none"> Filiación y entidad que se hace cargo de la prestación. Contabilidad general y analítica. Adquisición y petición de fármacos y materiales (pactos de consumo). Protocolo socio - administrativo de alta⁽¹⁵⁾. Facturación y cobro. 	<ul style="list-style-type: none"> Administrativo. Farmacia hospitalaria. Gestión de pacientes-Asistencia Social. Responsable enfermería.

(15) La petición de ambulancia, informes y otras prescripciones, justificantes, etc., deben estar previstos -en la medida de lo posible- desde el ingreso del paciente en la UHdD.

d) Cartera de Servicios

Así mismo, el manual incluirá la relación de los procedimientos que integran la cartera de servicios de la Unidad.

5.8 Gestión de pacientes

5.8.1 Admisión

Estará integrada en la general del centro, si bien las actividades y funciones de admisión deberán ser desarrolladas, de forma idónea por la unidad de apoyo administrativo de la unidad. Los aspectos relativos a la documentación clínica, registro de pacientes, informe de alta y protección de datos afectan al hospital al que está vinculada la UHdD.

5.8.2 Documentación e historia clínica

La documentación clínica está integrada por el conjunto de documentos resultantes del proceso asistencial, cualesquiera que sean su formato y soporte. Entre otros, comprenderá: la historia clínica del paciente, el consentimiento informado, las instrucciones previas, en su caso, y los informes de ingreso, traslado y alta médica.

La gestión de la documentación clínica corresponderá a la unidad de admisión y de documentación clínica o equivalente. La gestión comprenderá la generación, custodia, préstamo, duplicación, copia, seguimiento y depuración de cualquier documento clínico.

La documentación clínica deberá ser conservada en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la terminación de cada proceso asistencial.

5.8.2.1 Historia clínica

La historia clínica deberá ser única para cada paciente y tenderá a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales. Asimismo, deberá cumplir las exigencias técnicas de compatibilidad que cada Servicio de Salud establezca.

La información asistencial recogida en la historia clínica podrá constar en soporte papel o a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad. En lo relativo al diseño, contenido mínimo, requisitos y garantías y usos de la historia clínica se atenderá a lo previsto en la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Cada centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. Su gestión se realizará de acuerdo con un protocolo que garantice su seguimiento y localización, e incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.

En determinados casos⁽¹⁶⁾, la reiteración de episodios muy próximos en el tiempo puede dificultar la gestión de las historias clínicas, obligando a realizar traslados tan frecuentes como poco funcionales. Una alternativa posible, de naturaleza exclusivamente logística, consiste en almacenar de forma provisional en la UHdD las historias clínicas de estos pacientes siempre que se respete: 1. la unidad de la historia clínica, 2. su gestión centralizada bajo la responsabilidad del archivo central, y 3. su disponibilidad para cualquier otro servicio o unidad del hospital que la precise, en las mismas condiciones que las demás historias.

5.8.2.2 Registro de pacientes atendidos

En el registro de pacientes atendidos se harán constar los datos necesarios para la identificación inequívoca del paciente, su proceso asistencial y financiación del tratamiento. Como mínimo se registrarán los siguientes datos:

(16) Por ejemplo, en HdDO-H con historias clínicas convencionales (en soporte papel), puesto que la informatización de la historia clínica, entre otras muchas ventajas, resuelve radicalmente este problema.

- Identificación del hospital, o centro.
- Identificación del paciente, nombre y apellidos.
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.
- Residencia.
- Financiación y, en su caso, número de tarjeta sanitaria.
- Fecha de ingreso o de prestación de la asistencia.
- Circunstancias del ingreso o de la prestación de la asistencia.
- Proceso.
- Procedimiento.
- Fecha de traslado, si lo hubiere, y el lugar de destino.
- Fecha de alta médica.
- Circunstancias del alta.
- Identificación del médico responsable del alta.

5.8.2.3 Informe de alta

Al final del proceso asistencial, así como con ocasión de traslado, el paciente o, en su caso, el cuidador, familiar o persona vinculada, tiene derecho a la expedición por la UHdD del informe de alta médica al que refiere la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica⁽¹⁷⁾.

(17) Disposición transitoria única. Informe de alta. "El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta ley".

5.8.3 Protección de datos sanitarios

5.8.3.1 Obligaciones y derechos

Los datos de carácter personal relativos a la salud de los pacientes tienen la consideración de datos especialmente protegidos a los efectos previstos en la Ley Orgánica Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los centros sanitarios adoptarán las medidas organizativas, procedimentales y técnicas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos referentes a la salud de los pacientes, así como para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los mismos.

5.8.3.2 Sujeto responsable de los ficheros

Todos los centros garantizarán la seguridad y conservación de todos los ficheros de los que dispongan, estén o no automatizados.

Los centros sanitarios designarán a la persona responsable de los ficheros automatizados y se comunicará a la administración competente. El

responsable del fichero y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de los pacientes están sometidos al deber de secreto profesional.

5.8.3.3 Confidencialidad de los datos

Todo paciente tiene derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud en los términos establecidos por la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

5.8.3.4 Cesión de datos.

La cesión de los datos relativos a los pacientes requerirá en todo caso, el consentimiento expreso de los afectados, con las excepciones previstas en la legislación sanitaria y en la legislación de protección de datos.

5.9 Sistema de Información

El sistema de información estará integrado en el sistema general del hospital, debiendo atender a los distintos requerimientos de la UHdD:

- Gestión de Pacientes:
 - Filiación.
 - Citación.
 - Admisión.
 - Alta y codificación.

A diferencia de la actividad de hospitalización convencional y de Cirugía Mayor Ambulatoria, no existe un sistema universal, dentro del Sistema Nacional de Salud, de codificación de los procesos atendidos en las UHdD. El Servicio Andaluz de Salud codifica, mediante el CMBD, la actividad de HdD⁽¹⁸⁾.

En este sentido, se recomienda que se desarrolle un sistema común de codificación y registro de la actividad de HdD para todo el Sistema Nacional de Salud, incluyendo el sector privado.

- Gestión de la documentación clínica.
- Estación clínica.
 - Historia clínica electrónica.
 - Aplicaciones departamentales (Laboratorio, Diagnóstico por Imagen...)

⁽¹⁸⁾ Servicio Andaluz de Salud. D.G. Asistencia Sanitaria. Subdirección de A. E. - Gestión Sanitaria. Servicio de Producto Sanitario. "Manual de Instrucciones del C.M.B.D. Hospitalización, Hospital de Día Quirúrgico y Hospital de Día Médico". Andalucía 2007.

- Gestión económico-administrativa y de servicios generales⁽¹⁹⁾:
 - Almacén (pactos de consumo, gestión de stocks, solicitudes de compra, etc.).
 - Farmacia (sistema de prescripción electrónica; unidosis).
 - Contabilidad.
 - Esterilización.
 - Gestión de personal (incapacidad transitoria, incidencias, permisos, sustituciones, etc.).

- Evaluación (cuadro de mando):
 - Costes por proceso (contabilidad analítica).
 - Encuestas de satisfacción.
 - Indicadores de actividad.
 - Indicadores de calidad.
 - Indicadores de rendimiento.

(19) La gestión económico - administrativa estará centralizada, realizándose algunas gestiones dentro de la UHdD.

6 Estructura y recursos materiales

6.1 Programa funcional.

Cada UHdD deberá tener definido su programa funcional y estructura organizativa dentro de los tipos que se han descrito en el capítulo 5 de este documento.

El programa funcional contemplará la identificación de los criterios de necesidad de los tratamientos dispensados bajo esta modalidad asistencial, que incluirá:

- Análisis demográfico del entorno (con especial referencia a la población incluida en el área de captación de la unidad y los criterios de selección de pacientes).
- Estudio de demanda teórica de tratamientos de la UHdD, atendiendo al volumen de procedimientos incluidos en el Anexo 1. Deberá tenerse en cuenta la capacidad de penetración de la unidad en su entorno, una vez se encuentre esta en pleno funcionamiento.
- Análisis de la infraestructura arquitectónica donde se desarrollarán las actividades de la UHdD (definición de una nueva infraestructura o modificación de la ya existente).
- Análisis de la capacidad de producción, según escenarios de mayor o menor eficiencia.
- Estudio de necesidad de personal y de equipamiento, atendiendo a la demanda, a la actividad prevista y a la cartera de servicios existente en el hospital.
- Definición de su funcionamiento con referencias al manual de normas, incluyendo esquemas de circulación de pacientes, personal, familiares y de materiales.
- Configuración del circuito asistencial (formas de acceso de los

pacientes, tramitación administrativa de su recepción, tránsito dentro de la UHdD, alternativas a su salida, etc.), las formas de asistencia médica post-alta y las relaciones funcionales con el resto de las estructuras de su entorno (servicios centrales, urgencias, unidades de cuidados críticos, Atención Primaria, etc.).

- Plan funcional, de acuerdo con las características específicas de su organización.
- Estudio económico, en el que se reflejará tanto el importe de la inversión prevista en infraestructura y equipamiento como la estimación de los gastos corrientes de funcionamiento en personal, suministros y mantenimiento necesarios para realizar sus actividades, así como el impacto económico-sanitario de su funcionamiento en la institución de que depende.

6.1.1 Consideraciones generales

El programa funcional tendrá por objeto la configuración de un entorno específico apropiado para las características de los pacientes que sean atendidos en la unidad y los tratamientos que estos han de recibir, que disponga de los equipos e instalaciones adecuados a la naturaleza de su cartera de servicios, y que permita la programación de sus actividades de la forma necesaria para optimizar la atención dispensada.

Las características estructurales de la UHdD vienen determinadas por su función asistencial. Debe considerarse, por tanto, que se trata de una unidad en gran medida autosuficiente (la mayoría de los pacientes son recibidos, atendidos y dados de alta en el propio Hospital de Día, aunque también puede servir de apoyo a pacientes de otros servicios para la realización de un procedimiento específico), dedicada exclusivamente al tratamiento médico, por lo que no debería ser utilizada para drenar pacientes atendidos en otras unidades del hospital ni, en ningún caso, para la pernocta de pacientes atendidos en la propia unidad, que pudieran presentar complicaciones que impidiesen el alta en el día o, incluso, de pacientes ingresados, en situaciones de escasez de camas en las unidades de hospitalización polivalente.

En todo caso, las actividades características de la UHdD pueden realizarse de formas diversas, pero siempre tienen en común dos

requerimientos esenciales: precisan un espacio apropiado para la administración de los tratamientos y un espacio para la recuperación de los pacientes previa a su alta.

El programa funcional de la UHdD valorará que los tratamientos podrán realizarse en diferentes recursos físicos: consultas, espacios para camas o sillones reclinables, o en habitaciones para tratamientos específicos. La recuperación tendrá lugar en espacios para camas o sillones reclinables, generalmente distribuidos en una sala común.

La gama de posibilidades es muy amplia, pudiendo tener lugar, por ejemplo, la exploración, el tratamiento y la recuperación en un mismo recurso físico o en áreas diferentes: la exploración y diagnóstico en una consulta, el tratamiento en un sillón reclinable y la recuperación en un puesto de una sala de observación.

Los puestos de tratamiento u observación serán espacios para camas o sillones de tratamiento, que podrán disponerse en habitaciones individuales o espacios comunes, según la funcionalidad requerida por cada tipo de paciente y/o tratamiento. Además, podrán existir espacios para tratamientos estándar y para tratamientos especiales, diferenciándose unos de otros por las instalaciones y equipos necesarios en cada caso.

La unidad-tipo del recurso básico de la UHdD, en que un paciente puede recibir un tratamiento o recuperarse del mismo antes del alta, se denominará genéricamente puesto de HdD.

El programa funcional de la unidad contemplará diseños que aseguren a los pacientes condiciones apropiadas de intimidad y dignidad, siendo a este respecto de especial importancia los aspectos relativos a las condiciones ambientales y funcionales.

El desarrollo de las actividades características de la unidad requiere la existencia de cuatro áreas físicas principales, dispuestas según la siguiente secuencia:

- Recepción, que incluye las zonas de espera y registro de los pacientes.
- Puestos de HdD, que comprende los espacios asistenciales necesarios para la consulta, exploración, tratamiento y recuperación.

- Control de enfermería y apoyos generales.
- Área administrativa y de apoyos para el personal.

El diseño funcional deberá facilitar, cualquiera que sea la modalidad de tratamiento requerida por los distintos tipos de pacientes atendidos, la circulación entre las diferentes áreas asistenciales, puesto que los pacientes podrán desplazarse a pie y por sí mismos, o en silla de ruedas o camilla, y acompañados por personal sanitario, dependiendo de sus condiciones generales y de si han sido sedados o no.

Asimismo, deberá favorecerse la circulación entre la UHdD y las demás áreas asistenciales y de apoyos generales del hospital, conforme a las relaciones funcionales existentes entre ellas.

La facilidad de movimientos en torno a la unidad es igualmente necesaria para su personal y la distribución de materiales, debiendo planificarse los flujos principales para minimizar los desplazamientos, evitando en la medida de lo posible cruces no deseados y pérdida de tiempo.

Los requisitos de ubicación de la UHdD dentro de un hospital general de agudos vienen dados por la necesidad de facilitar el acceso para los pacientes y sus acompañantes, el personal de la unidad y los materiales necesarios para el desarrollo de su actividad. Los pacientes y sus acompañantes deberán poder acceder desde el exterior sin entrar en otras áreas más complejas del hospital. Idealmente, la UHdD deberá situarse a nivel de calle, y, en cualquier caso, con buenas condiciones de accesibilidad para todo tipo de usuarios.

Estas unidades deberán ubicarse en el área ambulatoria del hospital, facilitando el acceso de los pacientes por la zona de consultas externas. Su localización debe ser próxima a los gabinetes centrales de exploraciones funcionales.

6.1.2 Aspectos estructurales de las UHdD

Estas unidades requieren, como se ha visto, una serie de recursos estructurales y de equipamiento, que estarán relacionados con las características de la actividad clínica programada y dispondrán del grado de

autonomía que, con respecto a los recursos existentes en otras unidades del hospital, se precisen.

Dada la consolidación y avance de la Hospitalización de Día, se considera que las condiciones estructurales de las UHdD deberían responder a los criterios y recomendaciones de esta publicación siempre que su dimensión así lo aconseje. En este apartado se desarrollan los criterios de carácter general, mientras que en el Anexo 4 se desarrolla un programa funcional “tipo” para una unidad autónoma de 10 puestos y una oncohematológica de 20 puestos.

Para desarrollar la estructura de una unidad, conviene mantener la secuencia de actividades reseñada anteriormente:

- Acceso físico.
- Admisión.
- Espera
- Consulta.
- Tratamiento.
- Recuperación.
- Alta.

A continuación se incluye una descripción de las principales características estructurales y funcionales de las áreas físicas en que se desarrollan estas actividades, basada en la circulación idónea de pacientes y en la secuencia de actos realizados sobre un paciente tributario de HdD.

Este concepto secuencial, esquematizado en el diagrama que se incluye a continuación, deberá ser la directriz del diseño arquitectónico de la unidad, si bien este, obviamente, se adaptará a las estructuras previas de las que se parta, pero observando en la medida de lo posible los flujos de circulación, que constituyen la base de una unidad bien planificada.

Figura 6.1. Secuencia de actividades de la UHdD.



Zona de recepción

Se utiliza para el acceso de pacientes y acompañantes y las actividades relacionadas con su acogida y admisión (incluida, en su caso, la tramitación administrativa del alta al finalizar el episodio), así como la espera de los pacientes hasta el momento en que son atendidos y, eventualmente, de los acompañantes, durante el tratamiento y recuperación del paciente hasta el alta.

Esta zona tendrá las siguientes características:

- Acceso:

- Los pacientes y sus acompañantes deben encontrar fácilmente la UHdD a su llegada al hospital. Si existe un acceso directo desde el exterior, la entrada principal debe diseñarse de forma que resulte sencilla de identificar.
 - Es altamente deseable la localización de la unidad en plantas que tengan acceso al mismo nivel que el exterior y con recorridos lo más cortos posibles, en el caso de que los accesos sean compartidos.
 - La señalización exterior deberá facilitar el acceso y es recomendable la existencia de un aparcamiento específico, dada la necesidad del uso de vehículos particulares (o transporte sanitario programado) para facilitar los desplazamientos y organizar las citas.
 - Es conveniente que esté diferenciado el acceso del personal del de los pacientes y acompañantes, y, en todo caso, la circulación de suministros y material (lencería, farmacia, desechos, etc.) será independiente.
 - El diseño responderá a la normativa de accesibilidad para minusválidos y al Código Técnico de la Edificación (DB-SU).
 - El acceso a la UHdD desde la entrada principal debería realizarse a través de puertas automáticas que permitieran la visibilidad en ambas direcciones.
 - El vestíbulo de entrada será suficientemente amplio para permitir la circulación hasta el mostrador de recepción-admisión, evitando aglomeraciones que pudieran dificultar el acceso.
- Admisión
 - Cualquiera que sea el tipo de UHdD será imprescindible la existencia de un área de recepción y de admisión específicas.
 - Este área incorporará el espacio necesario para la atención al paciente y a sus acompañantes (deberá tenerse en cuenta la necesidad de un cierto grado de privacidad) durante el proceso de admisión en el que se realiza la filiación, programación de citas, organización de listas y previsión de fallidos, comunicaciones con los pacientes, etc.

- También se realizarán en esta área los trámites administrativos en el momento del alta del paciente, en caso de que resulten necesarios.
 - El área administrativa contará con el equipamiento necesario para desarrollar eficazmente su actividad (ofimática, informática, correo electrónico, teléfonos, fax, contestador automático para atención fuera de horario) y deberá prever espacio para almacenar la documentación específica: protocolos, folletos informativos, etc.
 - El mostrador de recepción se diseñará de forma que resulte accesible desde la entrada principal y fácilmente localizable para los pacientes y acompañantes. El personal de recepción podrá observar la puerta de entrada y las circulaciones del público desde el mismo.
 - Se recomienda que toda la tramitación administrativa se realice, cuando sea posible, en el mostrador de recepción, evitando la disposición de despachos adyacentes. En nuevos diseños, el sistema de información debe soportar íntegramente el desarrollo de todas las actividades, incluyendo, además de las meramente administrativas, la gestión de la documentación clínica.
- Espera
 - Adyacente al área de admisión, deberá existir un espacio de espera específico de familiares y pacientes, que puede ser común a la zona de espera durante el tratamiento y recuperación. Será un área confortable y estará dotada de aseos, teléfono, televisión y fuente automática de agua fría.
 - El dimensionado de la zona de espera dependerá de la actividad prevista y de las características socioculturales de la población; se contará con una previsión de 1,5 asientos cómodos (los tiempos de espera pueden ser largos) por paciente que se encuentre en cualquier área de la unidad.
 - Esta sala de espera principal tendrá preferentemente acceso directo desde el vestíbulo de entrada, permitirá el contacto visual con el mostrador de recepción y dará acceso a la zona de Hospital de Día, especialmente a las consultas y puestos de tratamiento.

- Aseos
 - Junto a la sala de espera principal existirá una zona de aseos para el público, incluyendo alguno adaptado para minusválidos, dotados de lavabo e inodoro. Sus dimensiones serán proporcionales a las dimensiones de la sala de espera.

Tabla 6.1 Características estructurales y funcionales de la zona de recepción.

Ámbito	Función	Características estructurales
ACCESO	Permite la entrada a las áreas de admisión y espera.	<ul style="list-style-type: none"> • Señalización exterior adecuada. • Deseable aparcamiento específico. • Ubicación a nivel de calle, si es posible. • Recorridos cortos si los accesos son compartidos. • Facilitar acceso para minusválidos. • Acceso diferenciado de personal, material y suministros.
ADMISIÓN	Atención al paciente y a sus acompañantes durante el proceso de acogida y registro.	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio adecuadamente dimensionado. • Garantizar cierto grado de privacidad. • Equipamiento adecuado para las tareas: ofimática, informática, teléfonos, contestador automático, fax, etc. • Fácilmente localizable. Debe permitir que el personal de recepción, estando sentado, observe la entrada principal y la sala de espera.
ESPERA	Facilita la permanencia de pacientes y acompañantes en las mejores condiciones posibles de comodidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Confortabilidad (posibles largas esperas). • 1,5 asientos cómodos por paciente que se encuentre en cualquier área de la unidad. • Aseos. • Teléfono. • Televisión. • Fuente automática de agua fría.
ASEOS	Para el aseo de pacientes y acompañantes durante la espera.	<ul style="list-style-type: none"> • Con lavabo e inodoro. • Debe incluir aseo adaptado para minusválidos. • En número proporcional a la dimensión de la sala de espera.

Zona de Hospital de Día

Comprende el conjunto de espacios en que se desarrollan los procesos de atención directa al paciente. Es una zona de circulación interna, reservada exclusivamente para los pacientes y el personal sanitario. Se recomienda un diseño suficientemente flexible para admitir, sin complicaciones, una casuística variada de modalidades de tratamientos y, en consecuencia, adaptado a los múltiples requerimientos estructurales y funcionales inherentes a los mismos.

La existencia de pacientes que pueden acceder a la unidad sin cita previa no determina, en principio, requerimientos estructurales adicionales, sin perjuicio de que, en determinados casos, pueda resultar conveniente la asignación de recursos específicos para este fin .

Esta zona tendrá las siguientes características:

- Consulta
 - En la UHdD, la atención previa al tratamiento requiere con frecuencia la exploración, diagnóstico, selección del paciente tras la evaluación clínica e indicación de las pautas terapéuticas. Además es necesario facilitar al paciente la información pertinente y obtener su consentimiento.
 - Estas funciones se desarrollan en la zona de consulta, estando su número en relación con el volumen de actividad y con el horario de funcionamiento. En el Anexo 3 se desarrollan los criterios de dimensionado de las consultas.
 - Se asume que las consultas deberán permitir en un único espacio la actividad combinada de consulta y exploración, de forma que se optimicen las condiciones de intimidad al existir una única puerta y se logre mayor versatilidad en la utilización de un espacio que, funcionalmente, resulta así mucho más flexible.
 - La consulta debe tener un tamaño suficiente para acoger al médico, el personal de enfermería necesario, según los requerimientos de apoyo de cada modalidad de consulta, el paciente, y en su caso, un acompañante.

- Además de la consulta y la exploración, en este espacio se tomará la presión sanguínea y se realizarán otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos menores. Para ello será necesario, además del mobiliario de despacho (mesa, sillón y sillas) una camilla de exploración accesible por ambos lados, aislable mediante cortinas o biombos, y demás mobiliario clínico para contener el material fungible e instrumental de uso en la consulta.

Figura 6.2. Espacio para la realización de procedimientos diagnósticos menores.



- La distribución del espacio facilitará al máximo la privacidad de la consulta y la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario.
- Las consultas-tipo pueden ser utilizadas por un número elevado de especialidades médicas, por lo que se recomienda estructurar su distribución de la forma más flexible posible, adaptando cuando sea necesario para determinadas modalidades de las consultas los requerimientos específicos de instalaciones y/o equipamiento.

- Además de las consultas médicas, se prevé la posibilidad de incluir en esta zona consultas de enfermería, salas de curas y despachos de información, siempre que ello permita una utilización más versátil del espacio y se logre una mejor adaptación funcional a las características propias de la actividad de cada unidad.
- Puestos de Hospital de Día
 - En ocasiones, el proceso asistencial se estructurará (si así lo permite la administración del tratamiento) de forma tal que el paciente acceda directamente al puesto de Hospital de Día desde la sala de espera, sin necesidad de ser atendido previamente en consulta, sin que ello implique necesariamente que se vaya a prescindir de las actuaciones típicas de la consulta (que en estos casos pueden llevarse a cabo en este puesto).
 - Además, una vez concluida la administración del tratamiento, el paciente puede recuperarse en el mismo recurso o, si el procedimiento requiere apoyos específicos, ser trasladado, dentro de la zona de Hospital de Día, a un puesto de observación.
 - Finalmente, conviene tener en cuenta que los puestos habilitados para la administración del tratamiento pueden adoptar formas diversas, utilizando como soporte principal sillones de tratamiento o camas, según las características propias de cada tratamiento. Ante la amplia gama de modalidades posibles, se sugiere, como en casos anteriores, disponer de estructuras flexibles que puedan adaptarse con facilidad a necesidades cambiantes, salvo que se puedan anticipar con precisión suficiente las características de la demanda (p.e. si siempre se atiende el mismo tipo de paciente al que se administra el mismo tipo de tratamiento).

Figura 6.3. Puesto de Hospital de Día con cama.



- Los puestos de Hospital de Día tendrán tomas de oxígeno y vacío y, camas o sillones de tratamiento, según las necesidades, regulables en altura; una mesita con espacio para contener los efectos personales de los pacientes y ala para apoyar bandejas, así como espacio para una silla adicional (a utilizar por un acompañante en el caso de que resulte indicado).

Figura 6.4. Puesto de Hospital de Día con sillón de tratamiento.



- Cada puesto dispondrá de todas las instalaciones eléctricas necesarias tanto para su iluminación como para la utilización de los equipos electro-médicos cuya utilización requiera la administración del tratamiento. Se valorará, además, la conveniencia de que dispongan de televisión y, en todo caso, tendrán una unidad de control manual por parte del paciente, que le permitirá avisar al personal de enfermería, manejar la iluminación y, en su caso, el mando a distancia de la televisión.
- Reviste particular interés la ubicación de las ventanas. Siempre que sea posible, los pacientes deberían permanecer bajo luz natural y tener vistas al exterior, si bien ello, debe ser compatible con la garantía de la necesaria intimidad cuando la administración del tratamiento requiera que el paciente permanezca desvestido.

Figura 6.5. Puesto de Hospital de Día con iluminación natural.



- Los puestos de Hospital de Día pueden habilitarse, según se ha visto, en salas comunes o puestos individuales, en función de las características del tratamiento. En las salas comunes cada puesto debería ocupar, como mínimo, un espacio de 3x2,5 m., y debería poder aislarse convenientemente mediante cortinas o biombos o, en su caso, mamparas fijas.

Figura 6.6. Sala común de Hospital de Día.



- Las salas comunes de Hospital de Día utilizadas por pacientes de ambos sexos presentan claras ventajas organizativas y económicas. Es esencial, sin embargo, que ello no afecte a las condiciones de intimidad y dignidad durante la administración de los tratamientos.
- En algunos casos, para determinados pacientes y tratamientos, puede ser más apropiado el uso de puestos individuales. Los requisitos de dichos puestos son, por lo general, análogos a los puestos de Hospital de Día en salas comunes.

Figura 6.7. Elemento para conseguir privacidad para tratamientos.



- Los puestos de Hospital de Día deben permitir que el personal sanitario acceda al paciente de la forma más sencilla posible. Los tratamientos estándar pueden precisar de negatoscopios (o en instalaciones de nueva planta de estaciones de trabajo que permitan la consulta de la documentación clínica e imágenes radiográficas), lámparas de exploración, equipos para RCP (como soporte ante eventuales complicaciones) y puntos de lavado de manos.
 - Generalmente la recuperación tendrá lugar en el mismo recurso en que se administre el tratamiento. No obstante, es posible que, en determinados casos, las condiciones del paciente permitan que el puesto quede libre (para ser ocupado por otro paciente), aunque no esté indicada aún el alta. En estos casos, los pacientes pueden esperar en la sala de espera general (p.e. hasta ser atendidos pasado un tiempo en consulta o recibir determinada información clínica) o, puede, incluso, habilitarse una sala específicamente destinada a este fin.
- Vestuarios
 - Los vestuarios estarán ubicados en un espacio contiguo a los puestos de tratamiento.
 - Estarán diferenciados para hombres y mujeres y deberán contar con espacio suficiente para taquillas, que permitan la custodia de ropa y objetos personales.
- Aseos de pacientes
 - Para uso específico de pacientes, ubicados junto a los vestuarios, con dotación similar a los aseos de público y dimensión adecuada al tamaño de la unidad.

Tabla 6.2. Características estructurales y funcionales de la zona de Hospital de Día.

Ámbito	Función	Características Estructurales
CONSULTA	Exploración, diagnóstico, selección del paciente tras la evaluación clínica e indicación de las pautas terapéuticas. Información y apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de consultas en función del rendimiento. • Con el equipamiento e instalaciones necesarios para su función y condiciones adecuadas de privacidad. • Con estructura flexible, adecuada a las necesidades de las diferentes especialidades presentes en la unidad. • Pueden habilitarse, asimismo, consultas de enfermería, salas de curas y despachos de información, según necesidades.
PUESTO DE HOSPITAL DE DÍA	Para la administración de los tratamientos y, en su caso, recuperación de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden adoptar formas diversas, utilizando como soporte principal sillones de tratamiento o camas, según las características propias de cada tratamiento. • Habilitados en salas comunes (acondicionados para garantizar un entorno de privacidad y dignidad) o en puestos individuales. • Con el equipamiento e instalaciones necesarios para su función y con estructura flexible, adecuada para cubrir la gama más amplia posible de tratamientos, según los requerimientos funcionales de los mismos. • Pueden habilitarse, asimismo, consultas de enfermería, salas de curas y despachos de información, según necesidades.
VESTUARIOS	Cambio de ropa de pacientes y custodia de sus efectos personales mientras se administran los tratamientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicados junto a la zona de tratamientos y próximos a las consultas. • Diferenciados (hombres y mujeres). • Con taquillas para la custodia de efectos personales.
ASEOS DE PACIENTES	Para el aseo de pacientes y acompañantes durante la espera.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicados junto a los vestuarios. • Con lavabo e inodoro. • Debe incluir aseo adaptado para minusválidos. • En número proporcional a la dimensión de las consultas y puestos de Hospital de Día.

Zona de control de enfermería y apoyos generales

Reúne el conjunto de recursos físicos dedicados a las labores de observación de los pacientes mientras reciben los tratamientos y se recuperan de los mismos, planificación de los cuidados y demás trabajos administrativos de enfermería, así como los apoyos necesarios para la atención en la unidad (gestión y, en su caso, almacenamiento de fármacos, materiales, equipos, lencería y alimentos).

Esta zona tendrá las siguientes características:

- Control
 - Se ubicará en la zona central de la unidad (sala común de puestos de Hospital de Día) y con fácil acceso a los puestos individuales y a la zona de consultas, abierto para minimizar distancias y facilitar el control. Con elementos de apoyo en función de las características de los tratamientos y los cuidados que requiera su administración y la recuperación de los mismos

Figura 6.8. Control de enfermería.



- Dispondrá de mostrador con superficie para escribir, equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera, espacio para almacenar el material de trabajo y para la

documentación clínica. En plantas de nueva creación, se recomienda la instalación de estaciones de trabajo con acceso a las aplicaciones de gestión de pacientes y a la estación clínica.

- Apoyos
 - La zona se dotará de oficio de limpio (para preparación de farmacia, que estará dispuesta para el manejo de los medicamentos utilizados), oficio de sucio y clasificación de residuos, oficio de comidas y zonas para el almacenamiento de lencería, material fungible y equipos.

Figura 6.9. Almacén de material.



- Se recomienda incorporar a la zona de apoyos, siempre que sea posible, los avances disponibles en logística (p.e. tubos neumáticos, sistemas multi-almacén con doble cajetín, armarios automatizados para la dispensación de medicamentos, siempre que las dimensiones compensen la inversión, o, en su defecto, dispositivos para la unidosis) la restauración (p.e. bandeja isotérmica o elementos para la regeneración de alimentos preparados, si se han desarrollado sistemas de línea fría de cocina) y la clasificación de los residuos.

Figura 6.10. Instalación de tubo neumático.



Tabla 6.3. Características estructurales y funcionales de la zona de control de enfermería y apoyos.

Ámbito	Función	Características Estructurales
CONTROL	Observación de los pacientes durante su tratamiento y recuperación. Planificación de los cuidados y demás labores administrativas de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> • En el centro de la zona común del Hospital de Día y de fácil comunicación con los demás espacios asistenciales. • Con estación de trabajo y acceso a las aplicaciones de gestión de pacientes y estación clínica.
APOYOS GENERALES	Preparación de fármacos, comidas, limpieza y clasificación de residuos, almacenamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Con las instalaciones adecuadas a sus respectivas funciones e incorporando, en la medida de lo posible, los avances técnicos disponibles.

Zona administrativa y de apoyos para el personal

Se consideran incluidos en esta zona los espacios necesarios de despachos y salas de reuniones del personal que trabaja en la unidad, de manera que puedan desarrollarse adecuadamente las actividades asistenciales, docentes y el descanso.

Esta zona tendrá las siguientes características:

Despachos

- El número de despachos será proporcional a las dimensiones de la plantilla de la unidad, en concreto del número de profesionales cuya actividad precise la utilización de despacho, ya sean individuales (p.e. despachos de responsables médicos y de enfermería) o comunes (salas de trabajo, biblioteca).

Los despachos estarán dotados de mobiliario ergonómico, garantizarán la privacidad y facilitarán el trabajo en equipo. Dispondrán de comunicaciones telefónicas y acceso a la red de datos, así como de estaciones de trabajo con acceso a las aplicaciones de estación clínica.

Área de descanso

- Con sala de estar de tamaño adecuado a las dimensiones de la unidad y aseos específicos, así como con espacio para vestuario en función del sistema de organización adoptado y la existencia o no, en su caso, de una zona próxima dotada de ese recurso.

Figura 6.11. Oficio para refrigerio del personal.



El programa genérico de locales (un ejemplo concreto de UHdD se recoge en el Anexo 4) queda configurado de la siguiente forma⁽²¹⁾:

Tabla 6.4. Programa de locales.

Zona	Local	N.º	Superficie	Sup. total
RECEPCIÓN	1. Sala de espera principal. 2. Aseos de público. 3. Aseo de minusválido. 4. Recepción.			
HOSPITAL DE DÍA	5. Consulta. 6. Consulta de enfermería. 7. Despacho de información. 8. Sala de curas. 9. Aseos de pacientes. 10. Vestuarios de pacientes. 11. Box de Hospital Día (en sala común). 12. Box de Hospital de Día (en habitación individual).			
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS GENERALES	13. Mostrador y zona de trabajo del personal. 14. Oficio limpio. 15. Preparación de fármacos ⁽²²⁾ . 16. Almacén de lencería. 17. Almacén de material fungible. 18. Almacén de material y equipos. 19. Oficio de comidas. 20. Oficio de sucio y clasificación de residuos. 21. Almacén de limpieza.			
ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	22. Aseos y vestuarios del personal. 23. Despacho de coordinador médico. 24. Despacho de supervisora. 25. Sala de reuniones / sala de trabajo /biblioteca. 26. Sala de estar.			

⁽²¹⁾Se indican, exclusivamente, en este programa las zonas y locales, puesto que el número de estos y su superficie deben especificarse para unas dimensiones concretas de la UHdD. Véase el Anexo II.

⁽²²⁾ Solo en UHdD que lo precisen específicamente (p.e. Onco-Hematológicos en los que, por su dimensión o la organización de la farmacia, la preparación de los citostáticos se realice en la unidad).

En las diferentes zonas asistenciales de la unidad existirán, en su caso, locales e instalaciones adaptadas para los pacientes pediátricos y sus acompañantes.

6.2 Equipamiento

En el Anexo 3 a esta publicación se desarrollan los criterios de dimensionado y en el Anexo 4, el programa funcional, incluido el programa de locales, características de las instalaciones y equipamiento de una UHdD Polivalente de 10 puestos y otra Onco-Hematológica de 20.

Los criterios y recomendaciones contenidos en ambos Anexos, junto a la relación de equipos necesarios en cada uno de los locales considerados en el programa de espacios que se incluye a continuación, pueden servir de ayuda para planificar el equipamiento de una unidad⁽²³⁾.

Tabla 6.5. Relación de equipamiento por local.

Local	Equipamiento
RECEPCIÓN	
Sala de espera principal <i>Acondicionada para estancias de varias horas y con capacidad adecuada a las dimensiones de la unidad. Conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas/sillones. • Bancadas de tres plazas. • Cuadros. • Mesas bajas. • Perchas. • Fuente de agua fría.
Aseos de público <i>Servicios higiénicos para visitas y pacientes. Con lavabo e inodoro.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.
Aseo de minusválido <i>Servicios higiénicos para visitas y pacientes, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.

(23) Se evitan referencias numéricas, pues dependen del número concreto de puestos y de las demás dimensiones características de los espacios propuestos.

Local	Equipamiento
<p>Recepción</p> <p><i>Acogida de pacientes y familiares. Trámites administrativos de registro y alta. Con mostrador con altura adecuada para atender a pacientes con sillas de ruedas. Conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Impresora láser. • Mueble mostrador. • Cajoneras. • Estanterías. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Teléfono. • Fax.
HOSPITAL DE DÍA	
<p>Consulta</p> <p><i>Con zona de exploración y de despacho - consulta. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Conexiones informáticas y telefónicas. Tomas de oxígeno y vacío.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Armario de consulta. • Sillas sin ruedas. • Vitrina metálica alta con puertas correderas. • Sillón ergonómico con ruedas. • Camilla exploración. • Cuadro. • Diverso instrumental de consulta, según las especialidades. • Linterna de lápiz. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Luz frontal. • Esfingomanómetro digital portátil. • Impresora láser. • Fonendoscopio. • Foco de exploración. • Teléfono. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Dispensadores de toallas de papel. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de jabón. • Negatoscopio⁽²⁴⁾.
<p>Consulta de enfermería</p> <p><i>Las mismas características e instalaciones que la consulta (6).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Armario de consulta. • Sillas sin ruedas. • Vitrina metálica alta con puertas correderas. • Sillón ergonómico con ruedas. • Camilla exploración. • Cuadro. • Diverso instrumental de consulta, según el tipo de consulta.

(24) Solo en el caso de que no se disponga de imagen radiológica digitalizada accesible desde la estación clínica.

Local	Equipamiento
	<ul style="list-style-type: none"> • Linterna de lápiz. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Luz frontal. • Esfingomanómetro digital portátil. • Impresora láser. • Fonendoscopio. • Foco de exploración. • Teléfono. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Dispensadores de toallas de papel. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de jabón
<p>Despacho de información</p> <p><i>Para información a pacientes y familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillón ergonómico con ruedas. • Sillas sin ruedas. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Estación de trabajo/ordenador. • Teléfono. • Cuadro.
<p>Sala de curas</p> <p><i>Para la realización de pequeñas curas fuera de los puestos de tratamiento y recuperación. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Tomas de oxígeno y vacío.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental para curas. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Pie de gotero. • Mesa auxiliar. • Foco de exploración. • Encimera inoxidable con piletta y accesorios. • Carro de curas. • Camilla de exploración. • Aspirador. • Armario para material estéril. • Multiboxes para material fungible. • Dispensadores de toallas de papel. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de jabón.
<p>Aseos de pacientes</p> <p><i>Servicios higiénicos para pacientes. Con lavabo e inodoro.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.

Local	Equipamiento
<p>Vestuarios de pacientes</p> <p><i>Cambio de ropa y depósito de objetos personales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taquillas individuales. • Bancos.
<p>Box de Hospital de Día (en sala común)</p> <p><i>Puestos para la administración de tratamientos y, en su caso recuperación de los mismos. En sala diáfana, distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos los puestos desde el control de enfermería, con posibilidad de cierre para mantener la privacidad (compatible con la seguridad del paciente). Dotados de sillón de tratamiento o cama. Ventanas con posibilidad de bloqueo y postura para limpieza y ventilación. Cabeceros con tomas eléctricas y de oxígeno y vacío. Sistema integrado de llamada y comunicación con la enfermera. Pre-instalación de televisión y música. Conexiones informáticas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillones de tratamiento. • Aspirador con filtro para administrar medicación inhalada. • Camas eléctricas con accesorios. • Balones de resucitación autoinflables. • Carro de parada. • Camilla de transporte. • Caudalímetro. • Desfibrilador con palas de adulto y recién nacidos. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Material vario (pies gotero, ganchos techo, etc.). • Mesa cigüeña para comer. • Monitor multiparamétrico. • Carro medicación urgencia. • Monitor TA con manguitos de varios tamaños. • Oxímetro. • Respirador de transporte. • Bomba perfusión. • Vacuómetro. • Silla sin ruedas.
<p>Box de Hospital de Día (en habitación individual)</p> <p><i>Con características e instalaciones similares a las del box en sala común (11), para pacientes en los que, por sus condiciones clínicas o por el tipo de tratamiento, esté indicado su aislamiento. Pueden tener aseo (con características similares a 9) o no (en cuyo caso se utilizará los aseos de pacientes habilitados esta zona). En caso de ser necesarios, se utilizarán los equipos comunes de la unidad (carros de parada, desfibrilador, etc.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cama eléctrica con accesorio. • Caudalímetro. • Mesa cigüeña para comer. • Monitor multiparamétrico. • Monitor TA con manguitos de varios tamaños. • Oxímetro. • Bomba perfusión. • Vacuómetro. • Silla sin ruedas.

Local	Equipamiento
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS GENERALES	
<p>Mostrador y zona de trabajo del personal</p> <p><i>Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Adecuado para funciones de mando y control, con una zona accesible para personas en silla de ruedas; comunicaciones paciente/enfermera mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mueble mostrador. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Impresora láser. • Armario archivo. • Cuadro. • Estantería metálicas. • Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Papelera. • PDA's gestión cuidados. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario estantería cerrado. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Teléfono.
<p>Oficio de limpio</p> <p><i>Almacén de material limpio y preparación de fármacos. Punto de agua para mueble con doble pileta.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taburete fijo de 60 cm. • Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior. • Dispensador de jabón. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm. • Frigorífico.
<p>Preparación de fármacos⁽²⁵⁾</p> <p><i>Zona específica para preparación de los fármacos que requieran condiciones especiales. Punto de agua.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taburete fijo de 60 cm. • Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior. • Dispensador de jabón. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Armario vitrina colgado de 80x90x35 cm. • Frigorífico. • Carro de transporte para citostáticos. • Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior. • Encimera inoxidable. • Campana de flujo laminar. • Teléfono.

(25) Solo en HdD que lo precisen.

Local	Equipamiento
<p>Almacén de lencería <i>Para ropa limpia.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Carros de lencería para ropa limpia. • Estantería metálica.
<p>Almacén de material fungible <i>Para pequeño material de uso habitual. Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica. Las superficies deben ser lavables. Sistemas modulares de estanterías con altura superior a la de los carros. Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de almacenamiento de doble cajetín. • Estanterías metálicas.
<p>Oficio de comidas <i>Llegada de carros de comida y preparación de alimentos. Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital, con encimera con fregadero de dos senos y escurridor, espacio para almacenamiento de carros de comida.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Armario para vajilla. • Frigorífico. • Microondas. • Mueble escurridor, doble pileta y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel.
<p>Oficio de sucio y clasificación de residuos <i>Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mueble de doble pileta y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel.
<p>Almacén de limpieza. <i>Para útiles y productos de limpieza</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estanterías metálicas
ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	
<p>Aseos y vestuarios del personal <i>Para apoyo del personal de la unidad. Con características similares a (2) y(9)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.

Local	Equipamiento
<p>Despacho de coordinador médico</p> <p><i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo / ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Negatoscopio. • Teléfono.
<p>Despacho de supervisora</p> <p><i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo / ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Teléfono.
<p>Sala de reuniones / sala de trabajo / biblioteca</p> <p><i>Zona de trabajo para el personal, con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estanterías de madera. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Pizarra mural. • Percha. • Papelera. • Impresora láser. • Estaciones de trabajo/ordenadores. • Cuadros. • Cañón de proyección. • Armarios archivo. • Mesas modulares de trabajo con cajonera. • Mesa circular de reuniones. • Sillas sin ruedas. • Teléfono. • Negatoscopio.

Local	Equipamiento
Sala de estar <i>Para descanso del personal. Con punto de agua.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Armarios altos y bajos. • Cuadros. • Encimera con pileta, microondas y frigorífico. • Mesa centro. • Percha. • Sillas. • Sillones de descanso. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Teléfono.

6.3 Material sanitario. Esterilización

Los centros sanitarios en donde existan UHdD deberán controlar el almacenamiento y distribución del material e instrumental sanitario, con especial atención a su caducidad.

Así mismo, deberán disponer de un espacio seguro destinado al almacenamiento de material e instrumental sanitario, con capacidad adecuada para las necesidades de los mismos y que permita su clasificación y control. Además, deberán garantizar, mediante sistemas de distribución adecuados, la disponibilidad del material necesario para el desarrollo de las actividades propias de la unidad. En la medida que sea posible, se recomienda la utilización de procedimientos de sistemas de reposición periódica (p.e. de doble cajetín).

Se deberá garantizar el uso adecuado del material estéril. El material de uso único deberá desecharse después de la atención a cada paciente, sin que sea posible, en ningún caso, su reutilización. El embalaje del material estéril deberá señalar siempre la fecha de la esterilización así como la fecha límite de utilización.

Todo material o instrumental no desechable que atraviese la piel o las mucosas o que contacte con mucosas, sangre u otros fluidos orgánicos deberá ser limpiado y esterilizado antes de su uso en cada paciente, mediante un sistema eficaz y adecuado a sus características.

Siempre que lo requiera la actividad, se utilizarán elementos de protección personal para los profesionales y los pacientes.

6.4 Prevención y control de las enfermedades transmisibles

Los centros sanitarios en donde existan UHdD deberán establecer los procedimientos adecuados para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles en el medio hospitalario. Dichos procedimientos deberán analizar los procesos asistenciales que se desarrollen específicamente en la unidad y definir las pautas de actuación que resulten pertinentes.

En general, el Hospital de Día no es un lugar con unos requerimientos específicos frente al riesgo de adquisición de enfermedades transmisibles, si se le compara con las salas de hospitalización y las consultas o lugares donde se realizan procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Como en estos lugares, dicho riesgo de adquisición puede ser tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios, y en ambos sentidos de transmisión. Por ello, las medidas llamadas “precauciones universales” y las políticas hospitalarias de control de infección deben ser escrupulosamente observadas.

6.5 Protocolos de limpieza

Las UHdD deberán mantenerse en óptimas condiciones de limpieza e higiene en sus dependencias, instalaciones, equipamiento y material e instrumental sanitario.

Existirá un protocolo de limpieza, desinfección, desinsectación y desratización de la unidad que atienda a sus especificidades. Este protocolo estará acompañado del contrato de prestación de servicio que garantice su cumplimiento, salvo que se lleve a cabo con medios propios.

Asimismo, deberá existir un protocolo de limpieza, desinfección y, en su caso, de esterilización del equipamiento, material e instrumental sanitario no desechable.

6.6 Gestión de residuos sanitarios

Los centros sanitarios en donde existan UHdD tienen la obligación de identificar y clasificar los residuos sanitarios, garantizando su adecuada retirada y eliminación.

A los efectos de cumplir con la anterior obligación, deberán contar con un protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de los residuos sanitarios adaptado a la legislación vigente, que deberá ser conocido y aplicado por el personal de la Unidad.

7 Recursos Humanos

7.1 Registro de Personal Sanitario

En los centros en donde existan UHdD deberá haber un registro actualizado de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación jurídica, la modalidad y el lugar de prestación de la asistencia.

El registro incluirá los datos siguientes: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo, y, además, cuantos otros sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de profesiones sanitarias.

El registro de profesionales sanitarios se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos, una vez cada tres años, verificando el cumplimiento por parte de los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión.

Constará en el registro de profesionales sanitarios la adscripción de cada profesional a la unidad funcional en que preste servicio y, específicamente, a la UHdD.

7.2 Expediente personal

Todos los centros sanitarios dispondrán de un expediente personal de cada profesional sanitario, incluyendo el personal pasivo, en el que se conservará toda la documentación relativa a la titulación, formación especializada, experiencia profesional y vida laboral.

Se garantizará el derecho de acceso del interesado, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.

7.3 Titulación

El personal ejercerá su profesión de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos contenidos en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas legales y deontológicas aplicables⁽²⁶⁾.

El personal necesario en una UHdD responde a las siguientes titulaciones:

- **Responsable organizativo de la Unidad.** Será un médico especialista de alguna de las especialidades presentes en la unidad o el responsable de enfermería⁽²⁷⁾.

Las funciones generales del responsable son:

- Organizar a un conjunto de profesionales sanitarios, de diversas especialidades, en un marco protocolizado y consensado entre todos, con una adecuada utilización de los recursos asignados.
- Programar la unidad adecuando la demanda a los recursos disponibles.
- Garantizar la calidad.

En todo momento se deberá conocer públicamente quién es el responsable y la persona en que, en su caso, se delega, por lo que este aspecto deberá estar contemplado en las normas de funcionamiento de la unidad.

- **Responsable de enfermería.** Función a realizar por un diplomado universitario en enfermería.

Sus funciones generales son:

- Coordinar la planificación de los cuidados correspondientes a la cartera de servicios de la UHdD.

⁽²⁶⁾ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

⁽²⁷⁾ La UHdD es, a estos efectos, una unidad de enfermería. La responsabilidad clínica final corresponde al médico que haya prescrito el ingreso y procedimientos a realizar en la UHdD.

- Programar las actividades del personal de enfermería.
- Controlar la disponibilidad de los recursos materiales.
- **Médicos especialistas.** Médicos especialistas de cada una de las especialidades que participen en la unidad.
- **Enfermería** (cuidados relacionados con la administración de los tratamientos y la recuperación de los pacientes). Diplomado universitario en enfermería.
- **Auxiliares de Enfermería** (en consulta y Hospital de Día). Técnico medio en cuidados auxiliares de enfermería.
- **Secretaria** (auxiliar administrativo). Técnico medio no sanitario.
- **Personal subalterno.** Celador.
- **Otro personal:** Además, en función de la orientación asistencial, puede resultar adecuada la adscripción, a tiempo parcial o con plena dedicación, según las dimensiones de la unidad y la previsión resultante de la carga de trabajo, de otros profesionales sanitarios, tales como psicólogos (en HdDO-H), asistentes sociales o farmacéuticos⁽²⁸⁾.

7.4 Responsable sanitario

Durante el tiempo que permanezcan abiertas, las UHdD deberán estar atendidas por su responsable o por otros profesionales en los que este delegue.

7.5 Identificación y diferenciación del personal

Los centros sanitarios en donde existan UHdD adoptarán las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal y la diferenciación de su titulación y categoría profesional ante los usuarios o sus acompañantes, de modo que a estos les sea posible conocer quién les atiende.

(28) En las “Recomendaciones según consenso nacional SEOM”, Madrid, marzo de 2006 se contempla la dedicación exclusiva de un psicólogo a partir de un área de referencia superior al millón de habitantes y de un farmacéutico por encima de las 40 administraciones día.

El personal sanitario estará diferenciado por categorías profesionales reconocibles por el uniforme e identificado mediante una tarjeta personal, en la que conste de forma visible su nombre, apellidos y categoría laboral.

El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función, siempre que esta no sea correctamente percibida por el paciente.

7.6 Medios documentales

Para el correcto ejercicio de su profesión, los centros facilitarán al personal sanitario que presta servicio en la UHdD, en función de su categoría profesional, los siguientes recursos:

- a) El acceso a la historia clínica de sus pacientes.
- b) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y asistencial.
- c) Las normas escritas de funcionamiento interno, así como la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicos de la unidad.
- d) La documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
- e) Los procedimientos, informes, protocolos de elaboración conjunta o indicadores que permitan asegurar la continuidad asistencial de los pacientes.

7.7 Formación de pre y postgrado

7.7.1 Objetivos a desarrollar en los próximos años

La enseñanza de la medicina y la formación de especialistas deberá abarcar en los próximos años no solo las nuevas modalidades de asistencia, como la hospitalización de día, sino también las tendencias de la medicina actual, el empleo coste-efectivo de los avances tecnológicos, el control de calidad, la

competencia entre proveedores de servicios, la elaboración de vías y guías clínicas, en definitiva, deberá adaptarse a las técnicas de la gestión clínica.

En relación con la HdD se deberían alcanzar los siguientes objetivos:

1. Aprovechar el gran volumen de pacientes de HdD para incluir de forma sistemática esta modalidad asistencial en las prácticas de los estudiantes de medicina.
2. Formar a los residentes en los diversos elementos que componen el circuito funcional de la UHdD.
3. Contribuir, aprovechando los dos objetivos anteriores, a difundir los principios básicos de la asistencia sanitaria gestionada.

7.7.2 Plan de formación en HdD para el pre y postgrado

Los estudiantes de medicina, de una manera general, y los residentes de las especialidades con presencia en las UHdD, de manera específica, deberán conocer los elementos diferenciales de esta modalidad asistencial.

La formación de postgrado se ajustará a los programas aprobados por las respectivas Comisiones Nacionales de Especialidad.

7.8 Formación continua

La UHdD debe adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continua y de investigación y docencia de sus profesionales.

La unidad dispondrá de un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a la seguridad de los pacientes y la calidad, adaptado a sus características.

Los Servicios de Salud y otras organizaciones sanitarias deben liderar el desarrollo de la hospitalización de día como alternativa a la hospitalización con internamiento convencional.

Para ello, se debe proveer, cuando se requiera:

- Entrenamiento específico para los facultativos especialistas y demás personal sanitario, tanto en las técnicas relacionadas con los tratamientos incluidos en la cartera de servicios de HdD, como en los criterios organizativos y funcionales precisos para su desarrollo y aplicación, así como sobre las ventajas que estas técnicas aportan a los pacientes.
- Oportunidades para asistir y practicar en UHdD de referencia para determinados tratamientos.
- Incentivos locales.
- Gestión de la programación de pacientes, transfiriendo aquellos casos susceptibles de HdD a esta modalidad asistencial.

7.9 Criterios para el cálculo de los recursos necesarios

Los recursos de personal que se consideran necesarios varían en función del tipo de paciente que se trate en cada Unidad, así como de los horarios y del tipo de asistencia y terapia que deban aplicarse.

Para un buen funcionamiento de la Unidad se debe dotar de personal de enfermería que, además de un currículo profesional adaptado a las necesidades de los usuarios, tenga vocación y habilidades personales particulares en el tratamiento de estos pacientes en el ámbito ambulatorio.

El personal debe trabajar en equipo, idealmente multidisciplinario, para atender las diversas necesidades de los pacientes.

Corresponde a los facultativos el control evolutivo de los pacientes, la decisión sobre la realización de procedimientos diagnósticos y la adecuación de las pautas de tratamiento. La presencia continua del médico en el Hospital de Día no siempre es indispensable, pudiendo compaginar esta actividad con otras funciones (consulta externa, sala, etc.), pero se debe garantizar su disponibilidad inmediata (dotación de buscapersonas u otro sistema de comunicación).

Corresponde a la enfermería el cuidado de los pacientes atendidos. Los profesionales adscritos a esta unidad deben poseer una buena formación teórica y una amplia experiencia asistencial, en especial sobre la administración de fármacos antiinfecciosos, quimioterapia antineoplásica y análogos, con conocimiento de los efectos colaterales y de las precauciones que deben tomarse para que la seguridad y la comodidad sean máximas durante su administración, así como buen conocimiento de las llamadas “precauciones universales” y facilidad para el trato personal y el apoyo psicológico.

Para el cálculo de los recursos necesarios, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Facultativos especialistas: el número equivalente de efectivos a plena dedicación⁽²⁹⁾ viene dado por la siguiente expresión:

$$F = \frac{(Cons.HdD \times TCons.HdD) + (TDOAHdD \times DA)}{HD \times DA \times 60 \times RA}$$

Donde:

F	es el número equivalente de facultativos especialistas con plena dedicación a esta actividad.
ConsHdD	es el número anual de consultas de HdD previsto.
TconsHdD	es el tiempo medio de duración de las consultas de HdD, expresado en minutos.
TDOAHdD	es el tiempo medio expresado en minutos que, cada día, dedican los facultativos especialistas a otras actividades del HdD diferentes de la consulta (por ejemplo, procedimientos).
HD	es el número diario de horas de trabajo de un facultativo especialista.
DA	es el número de días de trabajo en un año de un facultativo especialista.

⁽²⁹⁾ Equivalente de un facultativo a tiempo completo que por servicio o unidad clínica del hospital dedica una parte o la totalidad de su actividad a la UHdD.

RA es el rendimiento asistencial de los facultativos de la UHdD, expresado en porcentaje.

- Personal de enfermería: el procedimiento de cálculo es similar:

$$E = \frac{(T.HdD \times TT.HdD) + (TDOAHdD \times DA)}{HD \times DA \times 60 \times RA}$$

$$A = \frac{(THdD \times TTHdD) + (TDOAHdD \times DA)}{HD \times DA \times 60 \times RA}$$

Donde:

E es el número de enfermeras.

A es el número de auxiliares de enfermería.

THdD es el número anual de tratamientos de HdD previsto.

TTHdD es el tiempo medio expresado en minutos de dedicación por tratamiento de HdD.

TDOAHdD es el tiempo medio diario expresado en minutos dedicado a otras actividades del HdD distintas de la atención a los tratamientos.

HD es el número diario de horas de trabajo de una enfermera (o auxiliar de enfermería).

DA es el número de días de trabajo en un año de una enfermera (o auxiliar de enfermería).

RA es el rendimiento asistencial del personal de enfermería expresado en porcentaje.

- Personal de apoyo no sanitario: Salvo excepciones en unidades de gran tamaño, en caso de plena dedicación, será suficiente con la asignación de un auxiliar administrativo y un celador.

8 Calidad

8.1 Autorización y registro

Como se ha comentado en el Capítulo 1. “Introducción”, de este documento, no existe legislación específica en España acerca de los requisitos que han de cumplir los hospitales de día, de forma que en España estos fundamentan su funcionamiento, desde el punto de vista administrativo, en la autorización del centro hospitalario del que dependen o bien en la autorización genérica como centro sanitario sin internamiento de la que disponen, si no están encuadrados en una organización sanitaria más amplia.

8.2 Acreditación y auditoría

La única referencia explícita a las UHdD existente en la normativa de acreditación vigente en España está incluida en el “Manual de Estándares Esenciales del Sistema de Acreditación de Centros Sanitarios de Cataluña⁽³⁰⁾”, en relación con la adecuación del edificio. Esta establece que se evaluará como mejora en el Hospital de Día *“la flexibilidad de usos y la polivalencia de todos los boxes, que estarán dispuestos en torno a los espacios de apoyo directo, en disposición única y centralizada.”*

Existen, por otra parte, experiencias de certificación ISO 9001 de Servicios de Oncología Médica, que incluyen la atención en el HdDO⁽³¹⁾.

8.3 Indicadores de calidad

Por regla general, los sistemas de información de Atención Especializada de las diferentes CC.AA. contemplan datos relativos a la estructura (p.e. número de puestos, según tipo de Hospital de Día) y la actividad (p.e. número de tratamientos, número de pacientes) de las UHdD, a partir de los cuales pueden obtenerse indicadores de rendimiento y duración media de los tratamientos, pero no existen indicadores específicos de calidad para estas unidades.

⁽³⁰⁾ Decreto 5/2006, de 17 de enero, de la Generalidad de Cataluña. Véase el capítulo 2 de este documento, punto 2.1.2.2.

⁽³¹⁾ P.e. Servicio de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Valencia.

En la Guía publicada en 1998 por el extinguido INSALUD sobre los hospitales de día en la atención a pacientes con VIH/SIDA se incluyó una aproximación a la evaluación de la calidad en las UHdD⁽³²⁾, referida a “*los dos componentes fundamentales en la calidad, el científico (adecuación diagnóstica y terapéutica) y el percibido (valoración del paciente de que se le trata como él desea)*”; en la que se proponían los siguientes indicadores:

- Número y especificación de los procedimientos protocolizados.
- Porcentaje de procedimientos realizados según protocolo.
- Encuestas de satisfacción sobre los servicios y el trato recibido.
- Análisis de reclamaciones por pacientes atendidos.

Desde la perspectiva del Servicio de Salud y del Sistema Nacional de Salud, así como para la comparación (“benchmarking”) del hospital donde se encuadre la UHdD con otros hospitales, se propone la utilización del siguiente indicador de eficiencia del sistema:

Tabla 8.1. Índice de ambulatorización.

Indicador	Definición	Cálculo
Índice de Ambulatorización	Mide el impacto global de la UHdD sobre la actividad de hospitalización convencional del Hospital.	% [(sesiones en UHdD/estancias totales)]. (excluye la Hospitalización de Día y estancias quirúrgicas).

De entre los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud¹ puede ser aplicable a las UHdD:

- La tasa de reacciones transfusionales.

La ratio de puestos en Hospital de Día por población, también incluida en los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, es un indicador de recursos por población que deberá ser elaborado por los servicios centrales de las Comunidades Autónomas.

⁽³²⁾ Punto 6.5. Indicadores de calidad.

Por último, se deben realizar encuestas de satisfacción que permitan evaluar la calidad aparente o percibida por el usuario. Para hacer comparables las encuestas de satisfacción entre UHdD, se podría utilizar la formulación de la pregunta y de la contestación conforme a la metodología del “Barómetro Sanitario”²⁵:

¿En general, la atención que ha recibido en la UHdD ha sido...?

- Muy buena.
- Buena.
- Regular.
- Mala.
- Muy mala.
- N.S./N.C.

Se configuraría, por tanto, un conjunto de 4 indicadores, que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 8.2. Indicadores de calidad.

Dimensión de la calidad	Indicador		Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la UHdD	1. Cancelación de sesiones.		% [(cancelaciones/ pacientes citados)].
	2. Acontecimientos adversos.	2.1. Tasa de reacciones transfusionales.	% [(reacciones transfusionales/ sesiones en las que se ha realizado una transfusión de sangre o hemoderivados)].
Eficiencia del sistema	3. Índice de ambulatorización.		% (Sesiones HdD/Estancias Médicas en H. Convencional) (excluye la Hospitalización de Día y estancias quirúrgicas).
Calidad percibida por el usuario de la UHdD	4. Índice de satisfacción.		% en cada categoría de respuesta.

9 Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de las Unidades de Hospitalización de Día

Desde la aparición en España de las primeras publicaciones acerca de la Hospitalización de Día como modalidad asistencial hasta la actualidad han transcurrido veinticinco años, en los que se han producido cambios muy importantes no solo en relación con las UHdD sino también en la organización y gestión del sistema sanitario. Los escenarios de futuro señalan que estos cambios pueden ser todavía más profundos impulsados por los avances técnico-científicos, en las tecnologías de la información y comunicaciones, y en las formas de organizar y gestionar los servicios sanitarios. Por ello, se recomienda que se realice una revisión y actualización de este informe en un plazo no superior a diez años, que puede ser inferior si los cambios que se generan hacen preciso modificar aspectos relevantes y/o recomendaciones “fuertes” contenidas en esta publicación.

A lo largo del proceso de debate para la elaboración de este informe se han identificado lagunas de conocimiento, en especial en lo referente a la disponibilidad de información y experiencia contrastada sobre el funcionamiento de las UHdD en el sistema sanitario español. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los tópicos abordados en este documento, los siguientes:

- La elaboración de un **catálogo de procedimientos** a realizar en las UHdD.
- **El análisis de la totalidad de altas de HdD** codificadas mediante el CMBD y agrupadas, que sustituya al listado incluido en el Anexo 1 que sirva para el conjunto del SNS.

- Una estimación de los **tiempos y costes para cada procedimiento de HdD** que se incluya en el catálogo, o de aquellos más frecuentes.
- Un análisis sistemático de los **indicadores de calidad** de las UHdD, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en el apartado 8.3. de este informe.
- Elaborar estándares y recomendaciones de los tipos de **Hospitalización de Día no incluidos en este documento**.

10 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General Agencia de Calidad del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Abril 2007. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
2. Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S y Grupo de Trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. “Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna”. Med Clin (Barc) 2005;124(16):620-626.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. “Programa Funcional del Segundo Hospital de Palma de Mallorca”, 1992
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. “El hospital de día en la atención de los pacientes con infección por VIH/sida” 1998
http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hospital_dia.pdf
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Listados de Fichas Técnicas
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/listadoFichasTecnicas.pdf>
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Información y estadísticas de las Comunidades Autónomas. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2006_total_CCAA.pdf
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del SNS. Aranz J.M. (Dir). “Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización”. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006.
8. Ferrer Valls J.V. (coord.). “Guía de Actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria”. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2002.
9. American Institute of Architects. Facility Guidelines Institute, U.S. Department of Health and Human Services “2006 Guidelines for Design & Const. of Health Care Facilities”: 2006

10. US Department of Health & Human Services. Centers for Medical & Medicaid Services National Provider Identifier Standard. Overview.
<http://www.cms.hhs.gov/NationalProvIdentStand/>
11. NHS Estates. "Health Building Note 52, Vol 3. Accommodation for day care. Medical investigation and treatment unit?" HMSO Books, Londres, 1995.
12. Health and Welfare Canada. "Hospital Day Medicine Unit?" Guidelines. 1984.
13. Aragón I "El concepto de Hospital de Día sigue evolucionando." Estudios sobre hospitales. 1979; 96; 34-36.
14. Erill S, Estapé J. Ed. "El Hospital de día y su repercusión en terapéutica." Monografías Dr. A. Esteve, núm. 1. Doyma. Barcelona, 1985.
15. Sauret J. "Hospitales de día ¿generales o especializados?" Arch Bronconeumol. 1994;30:477-8.
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Estadística de establecimientos sanitarios con Régimen de Internado" 2005:
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/tabEst2005.htm>
17. Casas Fernández A.M, Moreno Nogueira JA. "Hospital de Día Oncológico. Libro Blanco de la Oncología Médica en España. Recomendaciones según consenso nacional SEOM?" Madrid. Marzo 2006. Workshop SEOM Hospitales de Día Oncológicos en España . Madrid 9-10 de Marzo de 2006
18. SEEO. "Guía para la estandarización de cuidados en el Hospital de día oncológico?" http://www.seeo.org/formacion/guia/indice_c.htm
19. WHO. "How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders?" Ginebra 2005. En:
<http://www.euro.who.int/Document/E87317.pdf>

20. Forster A, Young J, Langhorne P, Day Hospital Group. Review. "Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care". Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 1.
21. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Review. "Day hospital versus out-patient care for psychiatric disorders". Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 2.
22. Palanca I., Elola J (Dir.). Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.
23. Ollero M (Coord.), Cabrera JM, Ossorne M y cols. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2002.
24. Medina J. "Unidad de pacientes pluripatológicos". Comisión de Tecnología Hospital Universitario "Doce de Octubre". Presentación (2003). Casas Fernández, AM, Moreno Nogueira, JA. "Hospital de Día Oncológico". Libro.
25. Barómetro Sanitario 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. (<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>)

Anexo 1. Listado de procedimientos a realizar en las UHdD Polivalentes⁽³³⁾

- Aspiración.
- Biopsia (hepática, muscular, ósea, pleural, renal,...).
- Bomba subcutánea.
- Cuidados post procedimiento diagnóstico-terapéutico.
- Extracción sanguínea.
- Cuidado de catéter venoso central y reservorios subcutáneos.
- Curas.
- Drenajes.
- Infusión intravenosa (quimioterapia).
- Infusión intravenosa (otros).
- Intubación nasogástrica.
- Inyección.
- Nebulización.
- Paracentesis.
- Punción-biopsia de médula ósea.
- Punción lumbar.

(33) No incluye procedimientos realizados en otros locales no comprendidos en la UHdD (por ejemplo: Cirugía Ambulatoria, Endoscopia, Hemodiálisis, Hemodinámica), aunque después se traslade al paciente a la UHdD, previo a su alta a domicilio o alojamiento alternativo.

- Quimioterapia.
- Toracocentesis.
- Artrocentesis.
- Transfusión sanguínea.

Anexo 2. Esquema de organización de la actividad en UHdDO-H

Los Hospitales de Día Onco-Hematológicos constituyen estructuras asistenciales complejas, cuyo alcance sobrepasa con mucho la mera administración de quimioterapia intravenosa en régimen ambulatorio. La organización de sus actividades, que incluyen, además, extracciones de sangre, mantenimiento de catéteres, realización de curas y otros actos asistenciales tales como toracentesis, paracentesis, punciones lumbares, etc., viene determinada tanto por las especiales características de los pacientes atendidos en estas unidades como por los condicionantes clínicos y logísticos impuestos por el proceso de indicación y administración de los tratamientos y realización de los procedimientos terapéuticos.

Se trata de un esquema de organización⁽³⁴⁾ que responde, en líneas generales, al modelo descrito en el capítulo 5, pero que presenta aspectos específicos, cuya configuración reviste especial interés, como ejemplo la adaptación de las formas de trabajo a las necesidades de los pacientes (simplificando al máximo el proceso, de forma que el episodio resulte lo menos molesto posible) en aras de hacer compatible una atención eficaz y un mayor aprovechamiento de los recursos disponibles.

Criterios de funcionamiento en la UHdDO-H: configuración del episodio

El circuito óptimo para el primer día de cada ciclo de quimioterapia y sucesivos, debe ser:

- Recepción del paciente.
- Extracción sanguínea.
- Consulta médica con confirmación del tratamiento.
- Confirmación de la cita en la agenda de la unidad.

(34) Basado en las recomendaciones según consenso nacional de la SEOM¹.

- Administración del tratamiento indicado.
- Control final.

Se recomienda que el seguimiento de este circuito esté informatizado.

Planificación de las agendas y recepción de pacientes

La citación de pacientes para la realización de cualquiera de las prestaciones incluidas en la cartera de servicios de la unidad se realizará con soporte informático, utilizando aplicaciones bien diseñadas (con algoritmos que permitan ofrecer en cada caso la mejor combinación posible), flexibles y modificables.

Los pacientes deben programarse según los tipos de administración, personalizando la cita en función de sus características y preferencias, siempre que ello sea posible.

La programación de agendas debe ser universal. Se citarán de forma independiente las agendas de consultas externas, de control terapéutico y de tratamientos.

La aplicación informática posibilitará el registro de la llegada del paciente a la unidad y permitirá que el área de administración del tratamiento se encargue de llamar a consulta al mismo.

Extracciones sanguíneas y mantenimiento de catéteres

La indicación o, en su caso, confirmación del tratamiento requiere, por regla general, la valoración médica de los resultados de los análisis clínicos, cuya realización implica la previa obtención de las correspondientes muestras biológicas (de sangre, fundamentalmente).

Puede ofrecerse al paciente la realización de las extracciones analíticas en la propia unidad, tan pronto haya sido registrado. No obstante, se recomienda utilizar con este fin la estructura de extracciones disponible en los centros de salud, siempre que la situación del paciente lo permita, de forma que: 1. el médico pueda valorar los resultados antes de la llegada del paciente a la unidad y 2. el episodio de HdD se simplifique tanto como sea posible.

La frecuencia con que resulta necesaria la obtención de muestras de

sangre ha generalizado el implante de catéteres. Esta actividad se asume en la actualidad de forma rutinaria en la UHdDO-H, pero se recomienda incluirla paulatinamente en la cartera de servicios de Atención Primaria para evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes.

Con el objeto de promocionar ambas medidas, se recomienda constituir grupos de trabajo de coordinación con Atención Primaria para la configuración logística del proceso y la formación del personal de enfermería de los centros de salud en la técnica adecuada (extracción y mantenimiento de catéteres).

Consultas

La consulta en HdDO-H tiene por objeto, generalmente, evaluar clínicamente al paciente e indicar o confirmar el tratamiento que se le ha de administrar (además de informarle, obtener su consentimiento y, eventualmente, prescribir la realización de nuevas pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos).

Como se ha visto en el circuito propuesto, la consulta se programa una vez que el médico dispone de los resultados analíticos que precisa para la confirmación del tratamiento, en aras de lograr la mayor resolución posible.

Se considera, además, que es conveniente que exista una consulta de enfermería en la unidad para:

- Realizar la acogida de los pacientes y lograr que estos perciban la UHdDO-H como un lugar de futuros contactos ante sus problemas.
- Informar a los pacientes sobre la estructura y funcionamiento de la unidad.
- Reforzar la información del oncólogo sobre el diagnóstico y el tratamiento, y los acontecimientos adversos.

Para su implementación es necesaria la capacitación específica del personal de enfermería que vaya a realizar esta función.

Prescripción

El proceso de prescripción deberá estar informatizado, siempre que sea posible. El proceso, en cualquier caso, solo debe permitir la prescripción por parte del médico y debe evitar los errores de preparación causados por problemas de comprensión. Por tanto, se recomienda:

- Evitar la utilización del papel como soporte de la prescripción. Temporalmente pueden utilizarse hojas preimpresas de cada esquema.
- Integrar las órdenes terapéuticas, de forma que, una vez emitidas, nadie pueda modificarlas, aunque sí validarlas.
- Protocolizar los procedimientos asociados a la prescripción/preparación y administración de tratamientos, coordinando cada etapa del proceso con la programación de las correspondientes prestaciones mediante la gestión eficaz de las agendas⁽³⁵⁾.

Preparación de los tratamientos

La eficacia de la terapia oncológica con fármacos constituye una de las modalidades básicas del tratamiento del cáncer. Sin embargo, una vez que el médico ha realizado la prescripción, su aplicación plantea diversos inconvenientes, como la toxicidad elevada que manifiesta, incluso cuando la administración es correcta, que puede provocar consecuencias graves si se verifican errores en la dosis, en el proceso de reconstitución y administración, o episodios de contaminación de los manipuladores, etc.

Por ello, la preparación debe realizarse, siempre bajo control farmacéutico, de manera que quede terminada para su administración sin requerir manipulación y garantizando, además, la composición y estabilidad, la seguridad del personal y la prevención de la contaminación ambiental.

Los tratamientos deberán estar disponibles en el momento en que se haya programado la asignación al paciente del recurso (puesto de

(35) La programación de un paciente-tipo para, por ejemplo, el primer día de un ciclo de quimioterapia conllevaría, según el circuito propuesto: 1. cita para la extracción (salvo si se ha realizado previamente en Atención Primaria, coordinada en todo caso para garantizar que el médico disponga de los resultados analíticos antes de la consulta) 2. cita para la consulta (evaluación del paciente e indicación/conformación del tratamiento) 3. asignación del recurso -puesto de HdD- en el que se administrará el tratamiento (previa prescripción, normalmente confirmación, pero también modificación o anulación, preparación y distribución del mismo).

HdDO-H) que corresponda a su administración.

Se considera que puede plantearse la opción de preparar los tratamientos antineoplásicos en las UHdDO-H de mayor tamaño (aproximadamente a partir de 25 puestos), siempre que se disponga de condiciones estructurales adecuadas y de los recursos físicos (principalmente equipamiento) y humanos necesarios y se concluya que con ello mejora la calidad y eficiencia de la unidad.

En todo caso, los centros sanitarios en donde existan UHdDO-H dispondrán de un farmacéutico especializado en oncología, que garantice el control y la seguridad de las preparaciones.

Tratamientos

La organización del funcionamiento de la unidad debe adecuarse a los tiempos de administración de cada esquema de prescripción.

A efectos de ocupación de puestos de tratamiento, los tiempos previstos para la administración de cada esquema-tipo deben ser reales. Se pueden establecer intervalos de media hora para optimizar su programación. El tiempo de hidratación óptimo también debe protocolizarse.

Transfusiones, toracentesis y paracentesis

Las transfusiones deben realizarse en la unidad. Al ser en su mayoría programadas pueden incorporarse a la agenda de tratamientos como una prestación más.

Las toracentesis, paracentesis y aspirados/biopsia también deben realizarse en la unidad. No se considera adecuado dirigir a urgencias al paciente con este fin, puesto que ha de ofrecérsele dentro de la unidad un tratamiento integral e integrado que atienda todas sus necesidades.

Continuidad de la asistencia

Por otra parte, se considera que debe existir un dispositivo para atender pacientes no programados que requieran atención de forma imprevista, evitando que acudan con este objeto a urgencias a fin de garantizar la continuidad de la asistencia.

Para ello, deben establecerse protocolos de actuación en las urgencias generales del hospital para atender las situaciones urgentes de estos pacientes, que sucedan fuera del horario de funcionamiento de la Unidad, y ofrecer siempre un punto de contacto al paciente.

Además, durante el horario de funcionamiento de la Unidad, es conveniente que el responsable de la UHdDO-H (o algún otro médico de la misma, en quien este delegue) ejerza como consultor para el área de urgencias. Asimismo, es deseable que cada paciente atendido en la Unidad tenga asignado un médico responsable con el que poder contactar (bien el propio paciente o bien su médico de familia) en caso de necesidad a fin de definir qué curso de acción tomar (resolver la consulta telefónicamente, acudir a la consulta de la Unidad o a urgencias).

Algunas UHdD O-H han desarrollado modalidades de “hospitalización a domicilio” (U.65 del Real Decreto 1277/2003). La definición de la estructura, organización y funcionamiento, así como los requisitos estructurales y funcionales de estas Unidades está fuera del alcance de esta publicación, no existiendo asimismo datos suficientes sobre la calidad y eficiencia de este recurso, por lo que su integración en las UHdD O-H deberá evaluarse en la revisión de esta publicación.

Bibliografía

1. Casas Fernández, AM, Moreno Nogueira, JA. “Hospital de Día Oncológico. Libro Blanco de la Oncología Médica en España. Recomendaciones según consenso nacional SEOM?” Madrid. Marzo 2006. Workshop SEOM Hospitales de Día Oncológicos en España. Madrid 9-10 de Marzo de 2.006.

Anexo 3. Criterios de dimensionado de los recursos.

1. La determinación de las dimensiones básicas de los recursos asistenciales de la UHdD depende de factores demográficos (estructura de la población atendida), epidemiológicos (morbilidad), clínicos (criterios de indicación de los tratamientos que integran su cartera de servicios) y de gestión (utilización de la capacidad productiva disponible).

Introducción

Se trata, en todo caso, de establecer las necesidades mediante la estimación de la demanda esperable y de adecuar a las mismas, las dimensiones de los recursos ajustadas a un perfil de productividad previamente establecido.

2. Para ello debe establecerse, en primer lugar, el número esperado de procedimientos que se realizarán en la unidad a lo largo de un año.

Estimación del número esperado de procedimientos de HdD que se realizarán en un año.

Para unidades que tienen adscrita una población de referencia, este valor puede estimarse a partir del análisis estadístico de su distribución y su proyección al momento elegido como horizonte de la planificación.

A partir de esta población, deberá considerarse la frecuentación de los tratamientos (Fr. T), definida como la tasa de utilización de tratamientos de HdD por cada mil personas en un año.

El número esperado de procedimientos de HdD (T. HdD) resulta inmediatamente de los valores anteriores:

$$T. HdD. = Población \times \frac{Fr. T}{1.000}$$

Donde:

T. HdD es el número total procedimientos de HdD realizados en un año en el área de referencia, y

Población es el número de habitantes de dicha área.

3. La estimación de estos parámetros dependerá, en la práctica, de la información disponible. A continuación se muestra un ejemplo del cálculo:

Ejemplo del cálculo del número esperado de procedimientos de HdD que se realizarán en un año.

Tabla A3.1. Ejemplo 1. Cálculo del número esperado de procedimientos de HdD a realizar en un año.

En el Capítulo 2 se describen las tendencias de la Hospitalización de Día tanto en el Sistema Nacional de Salud como en el ámbito internacional. A partir de esta información, el número esperado de tratamientos de HdD que se realizarán en un año puede calcularse de la siguiente manera:

• **Fuentes de información**

La EESRI (www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estHospilInternado/inforAnual/home.htm), que elabora el Ministerio de Sanidad y Consumo ofrece información anual sobre la actividad en Hospitalización de Día, si bien se trata de datos agregados que no ofrecen información específica sobre la actividad en los diferentes tipos de HdD. No obstante, todos los hospitales recogen, de forma sistemática, datos de los puestos instalados y los tratamientos dispensados en UHdDO-H, en unidades para pacientes con infección VIH/SIDA, y en unidades médicas y quirúrgicas, por lo que se trata de una información disponible.

En cualquier caso, conviene tener en cuenta que existe una variabilidad importante, según la cartera de servicios de los hospitales y de los tratamientos que se administran bajo la modalidad de HdD en cada uno de ellos.

Las cifras oficiales de población están disponibles en el padrón municipal (www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fe260&O=inebase&N=&L) publicado por el Instituto Nacional de Estadística, organismo que ofrece, así mismo, las proyecciones de población con horizonte para 2017 y 2060 (www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fp251&O=inebase&N=&L).

• **Procedimiento de cálculo**

A partir de estas fuentes, cabe la siguiente aproximación: para 2005, año al que corresponde la última información publicada, la frecuentación global de los hospitales de día clasificados como “otros” sería de 37% habitantes y año, pudiéndose estimar que, al menos una tercera parte debiera corresponder al HdD vinculado a la CMA, por lo que se puede calcular una frecuentación para HdD médico polivalente, unidades de pacientes con infección VIH/SIDA y UHdDO-H de un 25% habitantes y año.

Considerando la tendencia creciente de esta modalidad asistencial, puede estimarse una frecuentación, con el mismo el horizonte temporal que las proyecciones de población, en torno a 50% habitantes y año.

Así pues, para un área de 250 000 habitantes se tendría una estimación de 12 500 tratamientos en HdD; de los cuales unos 7 500 corresponderían a tratamientos oncohematológicos (frecuentación de 30% habitantes y año) y los 5 000 restantes a tratamientos médicos. El cálculo final de puestos en la UHdDM polivalente dependerá de la distribución de los puestos entre una unidad autónoma y los integrados en otras unidades (como las de pluripatológicos).

4. En UHdD que no tengan un área adscrita, T. HdD se estimará a partir de herramientas de naturaleza diferente, que podrán ser estadísticas -series históricas- o económicas -análisis de la posición de mercado en relación con otras unidades competidoras, planes de negocio, etc.-. **Estimación del número esperado de procedimientos de HdD que se realizarán en un año en unidades sin población de referencia.**
5. Para calcular el número de puestos de hospital día (P) necesarios para atender el número esperado de tratamientos de HdD a realizar en un año han de considerarse los siguientes parámetros, que configuran el perfil de utilización de la capacidad productiva tomado como horizonte de la planificación:
- Tiempo disponible de HdD (THdD), expresado en horas, que debe coincidir con el período en que pueden programarse pacientes para la realización de tratamientos y con el tiempo de funcionamiento efectivo de la unidad. **Cálculo del número de puestos**

El Tiempo disponible de HdD vendrá dado, a su vez, por la siguiente expresión:

$$TdHD = N^{\circ} \text{ horas/día.} \times N^{\circ} \text{ días / semana} \times N^{\circ} \text{ semanas / año}$$

Donde:

Nº horas/día es el número previsto de horas de funcionamiento por cada día.

Nº días/semana es el número previsto de día hábiles de HdD por semana, y

Nº semanas/año es el número previsto de semanas en que funcionará la unidad a lo largo del año.

- Tiempo necesario, expresado en horas, para realizar los tratamientos esperados (TUHdD):

$$TUHdD = T.HdD \times TMTHdD$$

Donde:

TMTHdD es el tiempo medio expresado en horas para la realización tratamientos.

- Ocupación del HdD (OHdD), que será un porcentaje del TDHdD expresado como:

$$OHdD = \left(\frac{TUHdD}{TDHdD} \right) \times 100$$

Bajo estos parámetros,

$$P = \left(\frac{TUHdD}{TDHdD \times OHdD} \right)$$

Tabla A3.2. Ejemplo 2. Cálculo del número de puestos de Hospital de Día.

Para los 12 500 tratamientos de HdD que se han obtenido como resultado en el ejemplo 1:

- Funcionamiento del HdD en turno de mañana (7 horas)
- 5 días por semana (de lunes a viernes)
- 50 semanas al año,
- 80 % de ocupación de la Unidad, y
- 3 horas (180') de tiempo medio de duración de los tratamientos

resulta que el número necesario de puestos es: 26,78 - 30^{1,2,3}

Si, bajo las mismas hipótesis, se considerasen 10 horas de funcionamiento cada día, el resultado sería: 18, 75 - 19 puestos²

1 Conviene resaltar que el redondeo al alza sugerido en este ejemplo tiene por objeto fijar un margen adicional de seguridad. Desde punto de vista, la planificación tiene por objeto a) establecer una dimensión de los recursos asistenciales suficiente para atender la demanda futura (aun cuando, como siempre resulta ser, su comportamiento resulte difícilmente previsible) y b) fijar objetivos de gestión para optimizar la capacidad disponible.

2 El número de puestos de HdD que resulte deberá distribuirse entre la UHdD autónoma y los puestos distribuidos en unidades integradas (dentro de Unidades de Pluripatológicos, por ejemplo)

3 Puede estar justificado diferenciar la Unidad "Polivalente" de la Onco-Hematológica, si esta última tiene un dimensionado de unos 20 puestos⁽³⁶⁾.

(36) El 54% de los hospitales con un área de población > 500.000 habitantes cuentan con una UHdD monográfica Onco-Hematológica. La media de puestos (sillones + camas) de HdDO-H disponibles en estos hospitales es de 18¹.

6. Para determinar el número de consultas necesarias en la unidad han de considerarse los siguientes parámetros:

- Número de tratamientos de HdD a realizar a lo largo de un año (T. HdD)
- Número medio de consultas por tratamiento de HdD (N° Cons./Proc.)
- Número total de consultas de HdD (N° Cons. HdD), que será:

$$N^{\circ} \text{ Cons. HdD} = N^{\circ} \text{ Cons/Proc.} \times T.HdD$$

- Tiempo medio en minutos estimado por consulta de HdD (T Cons. HdD).
- Tiempo disponible de consultas de HdD (TDCHdD), que viene dado por la expresión:

$$TDCHdD = N^{\circ} \text{ Días/año} \times N^{\circ} \text{ Horas cons./ día} \times 60$$

Donde:

N° Días/año es el número de días en que funcionará la unidad a lo largo del año, y

N° Horas cons./día es el número de horas de consulta de HdD cada día

- Ocupación de las consultas de HdD (OCHdD), expresada en porcentaje, que refleja el uso efectivo del local.

A partir de estos parámetros se puede calcular el número consultas necesarias, que será:

$$C = \left(\frac{N^{\circ} \text{ Cons.HdD} \times T\text{Cons.HdD}}{TDCHdD \times OCHdD} \right)$$

Tabla A3.3. Ejemplo 3. Cálculo del número de consultas.

Ejemplo del cálculo del número de consultas.

Para los 12 500 tratamientos de HdD de los ejemplos anteriores, y considerando:

- 0,5 consultas por cada tratamiento de HdD
 - 20' por consulta
 - 247 días de funcionamiento al año.
 - 6 horas de funcionamiento al día.
 - 80 % de ocupación
- resultaría que el número necesario de locales de consulta es 1,75 - 2.

Bibliografía

1. Casas Fernández, A.M., Moreno Nogueira, J.A. “Hospital de Día Oncológico. Libro Blanco de la Oncología Médica en España. Recomendaciones según consenso nacional SEOM”. Madrid. Marzo 2006. Workshop SEOM Hospitales de Día Oncológicos en España. Madrid 9-10 de Marzo de 2006.

Anexo 4. Programa funcional de espacios

En relación con el desarrollo de esquemas ergonómicos de locales, que muestran las dimensiones indicadas para los principales locales de la Unidad, se ha optado por incluir, a título indicativo, un programa funcional de espacios de una Unidad Médica Polivalente de 10 puestos y una Onco-Hematológica de 20 puestos, dimensiones correspondientes a 12 500 tratamientos/año en total, en un hospital de agudos con un área de influencia de 250 000 habitantes⁽³⁷⁾:

- UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA MÉDICA POLIVALENTE (UHdD) DE 10 PUESTOS

Tabla A4.1. Programa funcional de espacios de una UHdD Médica Polivalente de 10 puestos⁽³⁸⁾.

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
RECEPCIÓN	1. Sala de espera principal.	20	1	20	Para unas 10 personas, asociada a la recepción de la unidad. Acondicionada para estancias de varias horas y con capacidad adecuada a las dimensiones del HdD. Conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría.
	2. Aseos de público.	8	1	16	En función de la organización general del área ambulatoria. Servicios higiénicos para visitas y pacientes. Con lavabo e inodoro.
	3. Aseo de minusválido.	4	1	4	Integrado en el bloque de aseos para el público. Servicios higiénicos para visitas y pacientes, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro.
	4. Recepción.	18	1	18	Acogida de pacientes y familiares. Trámites administrativos de registro y alta. Con mostrador con altura adecuada para atender a pacientes con sillas de ruedas. Conexiones informáticas y telefónicas.
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL ZONA DE RECEPCIÓN				58	

(37) Véase Anexo 3.

(38) Todas las superficies se expresan en m².

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
HOSPITAL DE DÍA	5. Consulta.	18	2	36	Con zona de exploración y de despacho - consulta. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Conexiones informáticas y telefónicas. Tomas de oxígeno y vacío.
	6. Consulta de enfermería.	18	1	18	Las mismas características e instalaciones que la Consulta (5).
	7. Despacho de información.	12	1	12	Para información de pacientes y familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.
	8. Sala de curas.	24	1	24	Para la realización de pequeñas curas fuera de los puestos de tratamiento y recuperación. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Tomas de oxígeno y vacío.
	9. Aseos de pacientes.	8	2	16	Entre la zona de zona de acceso y la sala de Hospital de Día. Servicios higiénicos para pacientes. Con lavabo e inodoro.
	10. Vestuarios de pacientes.	6	2	12	Junto a los aseos de pacientes o con ellos integrados. Cambio de ropa y depósito de objetos personales.
	11. Box de Hospital de Día (en sala común).	10	8	80	Puestos para la administración de tratamientos y, en su caso, recuperación de los mismos. En sala diáfana, distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos los puestos desde el control de enfermería, con posibilidad de cierre para mantener la privacidad (compatible con la seguridad del paciente).

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
					Dotados de sillón de tratamiento o cama, ventanas con posibilidad de bloqueo y postura para limpieza y ventilación, cabeceros con tomas eléctricas y de oxígeno y vacío. Sistema integrado de llamada y comunicación con la enfermera. Pre-instalación de TV y música. Conexiones informáticas. Encimera inoxidable con lavamanos dotado de grifería termostática y mando de codo (en la sala común, para uso del personal sanitario).
	12. Box de Hospital de Día (en habitación individual).	14	2	28	Con características e instalaciones similares a las del box en sala común (11), para pacientes en los que, por sus condiciones clínicas o por el tipo de tratamiento, esté indicado su aislamiento. Pueden tener aseo (con características similares a 9) o no (en cuyo caso se utilizará los aseos de pacientes habilitados esta zona). En caso de ser necesarios, se utilizarán los equipos comunes del HdD (carros de parada, desfibrilador, etc.).
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL ÁREA DE HOSPITAL DE DÍA				226	
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS GENERALES	13. Mostrador y zona de trabajo del personal.	20	1	20	En la zona central de la unidad abierta, para minimizar distancias y facilitar el control. Con elementos de apoyo en función de la forma de trabajo de enfermería. Mostrador grande con zona de trabajo amplia en el interior. Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común. Adecuado para funciones de mando y control, con una zona accesible para personas en silla de ruedas. Comunicaciones paciente/enfermera mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios; cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	14. Oficio de limpio.	8	1	8	Almacén de material limpio y preparación de fármacos, con mostrador, frigorífico y armario dispensador de medicamentos. Espacio comunicado con el control de enfermería. Punto de agua para mueble con doble pileta.
	15. Almacén de lencería.	6	1	6	Para ropa limpia. Espacio para carros de lencería.
	16. Almacén de material fungible.	6	1	6	Para pequeño material de uso habitual. Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica. Las superficies deben ser lavables. Sistemas modulares de estanterías con altura superior a la de los carros. Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.
	17. Almacén de material y equipos.	12	1	12	Para aparatos y equipos. Con estanterías metálicas adecuadas al tamaño de los equipos.
	18. Oficio de comidas.	8	1	8	Llegada de carros de comida emplatada y preparación de alimentos. Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital. Con encimera con fregadero de dos senos y escurridor, equipado con frigorífico y microondas. Espacio para almacenamiento de carros de comida.
	19. Oficio de sucio y clasificación de residuos.	10	1	10	Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.
	20. Almacén de limpieza.	4	1	4	Para útiles y productos de limpieza.
TOTAL SUPERFICIE ÚTIL ÁREA DE ENFERMERÍA Y APOYOS				74	

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	21. Aseos y vestuarios del personal.	10	2	20	Para apoyo del personal del HdD. Con características similares a (2 y 9)
	22. Despacho de coordinador médico.	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas.
	23. Despacho de supervisora.	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas.
	24. Sala de reuniones / sala de trabajo /biblioteca.	30	1	30	Zona de trabajo para el personal, con conexiones informáticas y telefónicas.
	25. Sala de estar.	12	1	12	Para descanso y refrigerio del personal. Con punto de agua
SUPERFICIE ÚTIL TOTAL ÁREA ADMINISTRATIVA				86	
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL UNIDAD DE HdD				454	

Características generales de la unidad

El área de Hospitalización de Día estará en su mayor parte abierta al control de enfermería, pero el diseño deberá permitir una cierta independencia de los diferentes puestos/camas, 2 de ellos serán independientes.

El área constará de:

- Acceso, recepción, información y sala de espera.
- Sala de hospitalización de día.
- Control de enfermería y apoyos.
- Zona de personal.

Las características específicas de la unidad médico polivalente son:

- De utilización compartida por los diferentes servicios y especialistas del hospital, salvo los que tienen sus propias zonas al efecto.
- El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la coordinación y organización de esta área, y debe estar cualificado en los procedimientos y cuidados de los diferentes procesos que se vayan a atender.

- El Hospital de Día tendrá un funcionamiento independiente con sus correspondientes apoyos de enfermería, despachos, administración, áreas de pacientes y acompañantes.
- El acceso desde el exterior será directo desde el área ambulatoria, y estará conectado con la circulación interna del hospital.
- Sus relaciones más importantes serán con: las zonas de consultas externas de Medicina Interna, Neurología, Neumología y Medicina Digestiva, Reumatología, Alergología, Farmacia, Radiodiagnóstico, Hospitalización y con el Laboratorio mediante transporte mecánico.
- Deberá asimismo estar comunicado con el sistema de alimentación y distribución de materiales.
- Al igual que en el resto del hospital se preservará la intimidad del paciente, y estará un acompañante con el enfermo, si así lo desea, durante el proceso de readaptación al medio del paciente.

• UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE DÍA ONCO-HEMATOLÓGICAPOLIVALENTE (UHdDO-H) DE 20 PUESTOS

Tabla A4.2. Programa funcional de espacios de una UHdD Médica Polivalente de 20 puestos.

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
RECEPCIÓN	1. Sala de espera principal.	40	1	40	Para unas 20 personas, asociada a la recepción de la unidad. Acondicionada para estancias de varias horas y con capacidad adecuada a las dimensiones del HdD. Conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría.
	2. Aseos de público.	8	2	16	En función de la organización general del área ambulatoria. Servicios higiénicos para visitas y pacientes. Con lavabo e inodoro.
	3. Aseo de minusválido.	4	1	4	Integrado en el bloque de aseos para el público. Servicios higiénicos para visitas y pacientes, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro.

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	4. Recepción.	18	1	18	Acogida de pacientes y familiares. Trámites administrativos de registro y alta. Con mostrador con altura adecuada para atender a pacientes con sillas de ruedas. Conexiones informáticas y telefónicas.
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL ZONA DE RECEPCIÓN				78	
HOSPITAL DE DÍA	5. Consulta.	18	2	36	Con zona de exploración y de despacho - consulta. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Conexiones informáticas y telefónicas. Tomas de oxígeno y vacío.
	6. Consulta de enfermería.	18	1	18	Las mismas características e instalaciones que la Consulta (5).
	7. Despacho de información.	12	1	12	Para información de pacientes y familiares. Con conexiones informáticas y telefónicas.
	8. Sala de curas.	24	1	24	Para la realización de pequeñas curas fuera de los puestos de tratamiento y recuperación. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Tomas de oxígeno y vacío.
	9. Aseos de pacientes.	8	2	16	Entre la zona de zona de acceso y la sala de Hospital de Día. Servicios higiénicos para pacientes. Con lavabo e inodoro.
	10. Vestuarios de pacientes.	4	2	8	Junto a los aseos de pacientes o con ellos integrados. Cambio de ropa y depósito de objetos personales.

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	11. Box de Hospital de Día (en sala común).	10	18	180	<p>Puestos para la administración de tratamientos y, en su caso, recuperación de los mismos.</p> <p>En sala diáfana, distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos los puestos desde el control de enfermería, con posibilidad de cierre para mantener la privacidad (compatible con la seguridad del paciente).</p> <p>Dotados de sillón de tratamiento o cama, ventanas con posibilidad de bloqueo y postura para limpieza y ventilación, cabeceros con tomas eléctricas y de oxígeno y vacío.</p> <p>Sistema integrado de llamada y comunicación con la enfermera.</p> <p>Pre-instalación de TV y música.</p> <p>Conexiones informáticas.</p> <p>Encimera inoxidable con lavamanos dotado de grifería termostática y mando de codo (en la sala común, para uso del personal sanitario).</p>
	12. Box de Hospital de Día (en habitación individual).	14	2	28	<p>Con características e instalaciones similares a las del box en sala común (11), para pacientes en los que, por sus condiciones clínicas o por el tipo de tratamiento, esté indicado su aislamiento.</p> <p>Pueden tener aseo (con características similares a 9) o no (en cuyo caso se utilizará los aseos de pacientes habilitados esta zona).</p> <p>En caso de ser necesarios, se utilizarán los equipos comunes del HdD (carros de parada, desfibrilador, etc.).</p>
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL ÁREA DE HOSPITAL DE DÍA				322	
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS GENERALES	13. Mostrador y zona de trabajo del personal.	20	1	20	<p>En la zona central de la unidad abierta, para minimizar distancias y facilitar el control. Con elementos de apoyo en función de la forma de trabajo de enfermería. Mostrador grande con zona de trabajo amplia en el interior.</p> <p>Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común.</p>

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
					Adecuado para funciones de mando y control, con una zona accesible para personas en silla de ruedas. Comunicaciones paciente/enfermera mediante un sistema acústico y luminoso. Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios; cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.
	14. Oficio de limpio.	8	1	8	Almacén de material limpio y preparación de fármacos, con mostrador, frigorífico y armario dispensador de medicamentos. Espacio comunicado con el control de enfermería. Punto de agua para mueble con doble piletta.
	15. Almacén de lencería.	6	1	6	Para ropa limpia. Espacio para carros de lencería.
	16. Preparación de fármacos.	14	1	14	Para preparaciones especiales. Con pre-instalación para campana de flujo laminar y punto de agua.
	17. Almacén de material fungible.	6	1	6	Para pequeño material de uso habitual. Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica. Las superficies deben ser lavables. Sistemas modulares de estanterías con altura superior a la de los carros. Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.
	18. Almacén de material y equipos.	12	1	12	Para aparatos y equipos. Con estanterías metálicas adecuadas al tamaño de los equipos.

Zona	Local	Sup. Útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	19. Oficio de comidas	8	1	8	Llegada de carros de comida emplatada y preparación de alimentos. Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital. Con encimera con fregadero de dos senos y escurridor, equipado con frigorífico y microondas. Espacio para almacenamiento de carros de comida.
	20. Oficio de sucio y clasificación de residuos.	10	1	10	Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.
	21. Almacén de limpieza	4	1	4	Para útiles y productos de limpieza.
TOTAL SUPERFICIE ÚTIL ÁREA DE ENFERMERÍA Y APOYOS				84	
ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	21. Aseos y vestuarios del personal.	10	2	20	Para apoyo del personal del HdD. Con características similares a (2 y 9)
	22. Despacho de coordinador médico.	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas.
	23. Despacho de supervisora.	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas.
	24. Sala de reuniones / sala de trabajo / biblioteca.	40	1	40	Zona de trabajo para el personal, con conexiones informáticas y telefónicas.
	25. Sala de estar.	20	1	20	Para descanso y refrigerio del personal. Con punto de agua
SUPERFICIE ÚTIL TOTAL ÁREA ADMINISTRATIVA				104	
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL UNIDAD DE HdD				588	

Características generales de la Unidad

El área de Hospitalización de Día estará en su mayor parte abierta al control de enfermería, pero el diseño deberá permitir una cierta independencia de los diferentes puestos/camas, 2 de ellos serán independientes.

El área constará de:

- Acceso, recepción, información y sala de espera.
- Sala de hospitalización de día.
- Control de enfermería y apoyos.
- Zona de personal.

Las características específicas del Hospital de día onco-hematológico son:

- De utilización por pacientes oncológicos (compartido por Oncología Médica y Hematología Clínica).
- El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la coordinación y organización de esta área, y debe estar cualificada en los procedimientos y cuidados de los diferentes procesos que se vayan a atender.
- El Hospital de Día tendrá un funcionamiento independiente con sus correspondientes apoyos de enfermería, despachos, administración, áreas de pacientes y acompañantes.
- El acceso desde el exterior será directo desde el área ambulatoria, y estará conectado con la circulación interna del hospital.
- Sus relaciones más importantes serán con: con Farmacia, Radiodiagnóstico, Hospitalización y Laboratorio mediante transporte mecánico.
- Deberá, así mismo, estar comunicado con el sistema de alimentación y distribución de materiales.
- Al igual que en el resto del hospital se preservará la intimidad del paciente, y estará un acompañante con el enfermo, si así lo desea, durante el proceso de readaptación al medio del paciente.

Anexo 5. Definiciones

Acreditación: “Acción de facultar a un sistema o red de información para que procese datos sensibles, y determinación del grado en el que el diseño y la materialización de dicho sistema cumple los requerimientos de seguridad técnica preestablecidos”. Procedimiento al que se somete voluntariamente una organización en el cual un organismo independiente da conformidad de que se cumplen las exigencias de un modelo determinado.

Auditoría de la calidad: “Proceso que recurre al examen de libros, cuentas y registros de una empresa para precisar si es correcto el estado financiero de la misma, y si los comprobantes están debidamente presentados”. Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.

Autorización sanitaria (Habilitación): Resolución administrativa que, según los requerimientos que se establezcan, faculta a un centro, servicio o establecimiento sanitario para su instalación, su funcionamiento, la modificación de sus actividades sanitarias o, en su caso, su cierre.

Cartera de servicios: Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de un centro, servicio o establecimiento sanitario.

Centro sanitario: Conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA): Procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario.

Código ético: Conjunto de reglas o preceptos morales que el centro sanitario aplica en la conducta profesional relacionada con la atención sanitaria de los enfermos que atiende.

Consentimiento informado: Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Consulta externa: Área de un hospital o Unidad de CMA, público o privado, dedicado a la asistencia de pacientes ambulatorios.

Corta estancia: Estancia en hospitalización convencional entre 24-72 horas.

Documentación clínica: Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Historia Clínica: Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Incluye la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales (Art. 3 y 14 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Hospitalización de día (HdD): Modalidad asistencial que tiene por objeto el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital.

Hotel: Alojamiento en hoteles, sin asistencia sanitaria, para la permanencia de pacientes ambulatorios por razones sociales, familiares o geográficas.

Hotel de pacientes: Alojamiento en hotel para la permanencia de pacientes ambulatorios, con la posibilidad de asistencia sanitaria llamando por teléfono.

Índice de Ambulatorización: % [(sesiones en UHdD/estancias totales)], (excluye la hospitalización de día y estancias quirúrgicas). Mide el impacto global de la UHdD sobre la actividad de hospitalización convencional del Hospital.

Informe de alta: Documento emitido por el médico responsable de un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente o con ocasión de su traslado a otro centro sanitario, en el que especifica los datos de este, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Otros términos similares utilizados: Informe Clínico de Alta; Informe de Alta Médica (Art. 3 de la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica; Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984).

Intervención o procedimiento en consulta: Intervención o procedimiento realizado en una consulta médica que reúna las condiciones adecuadas de diseño, equipamiento y seguridad.

Paciente Ambulatorio: Paciente tratado exclusivamente en la Consulta Externa, incluyendo procedimientos ambulatorios, radiología intervencionista, radioterapia, oncología, diálisis renal, etc.

Paciente de HdD: Paciente que debe ser sometido a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital.

Paciente Ingresado: Paciente que genera ingreso (pernocta) en una cama de hospital.

Porcentaje de cancelaciones: % [(cancelaciones / pacientes citados)].

Procedimiento ambulatorio: Intervención o procedimiento realizado en la consulta o sala de tratamiento o diagnóstico de un hospital público o privado, sin internamiento.

Puesto en Hospital de Día: Plaza diferenciada destinada a hospitalización durante unas horas, ya sea para diagnóstico, investigación clínica y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en

hospital. No se consideran puestos en HdD, los dedicados a los servicios de urgencias.

Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios: Conjunto de anotaciones de todas las autorizaciones de funcionamiento, modificación y, en su caso, instalación y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios concedidas por las respectivas Administraciones sanitarias.

Registro de pacientes: Conjunto de datos seleccionados sobre los pacientes y su relación con el centro sanitario, con motivo de un proceso sanitario asistencial.

Requisitos para la autorización: Requerimientos, expresados en términos cualitativos o cuantitativos, que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios para ser autorizados por la administración sanitaria, dirigidos a garantizar que cuentan con los medios técnicos, instalaciones y profesionales adecuados para llevar a cabo sus actividades sanitarias.

Sistema de información: Conjunto de procesos, sean o no automáticos, que, ordenadamente relacionados entre sí, tienen por objeto la administración y el soporte de las diferentes actividades que se desarrollan en los centros, servicios, y establecimientos sanitarios, así como el tratamiento y explotación de los datos que dichos procesos generen.

Tasa de reacciones transfusionales: % [(reacciones transfusionales / sesiones en las que se ha realizado una transfusión de sangre o hemoderivados)].

Unidad de Hospitalización de Día (UHdD): Unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital.

Desde la perspectiva organizativa, las UHdD tienen entidad propia dentro de la estructura organizativa del centro sanitario al que pertenecen, siendo su actividad principal la prestación de cuidados a pacientes atendidos mediante esta modalidad asistencial, y disponen de recursos específicos para dicha actividad y tienen un único responsable de su gestión, diferenciándose de los puestos de HdD integrados en otras unidades.

La UHdD son unidades intermedias que desarrollan su actividad para los servicios finales que indican tratamientos de HdD a sus pacientes.

UHdD Especializadas: Unidades de HdD en donde se atiende un determinado conjunto de procesos (los onco-hematológicos, o en los que se atienden pacientes con infección VIH/SIDA, por ejemplo).

UHdD Polivalentes: Unidades de HdD que realizan procedimientos generales, como aspiración, biopsia, extracción sanguínea, curas, drenajes, infusión intravenosa, etc. a pacientes con patologías variadas y procesos diferentes.

Anexo 6. Abreviaturas

CC.AA. Comunidades Autónomas.

CMA. Cirugía Mayor Ambulatoria.

CMBD. Conjunto Mínimo Básico de Datos.

EESRI. Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado.

HdD. Hospitalización de Día.

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo.

NHS. National Health Service (Inglaterra, Reino Unido)

OMS. Organización Mundial de la Salud.

SEEO. Sociedad Española de Enfermería Oncológica.

SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica.

SNS. Sistema Nacional de Salud.

SSPA. Sistema Sanitario Público de Andalucía.

UHdD. Unidad de Hospitalización de Día.

UHdDM. Unidad de Hospitalización de Día Médico.

UHdDO-H. Unidad de Hospitalización de Día Onco-Hematológico.

