

---

## **CURSO DE PLANIFICACIÓN DEL RECURSO FÍSICO EN SALUD**

**Organizan:**

**Universidad Nacional de Lanús (UNLa)**

**Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria (A.A.D.A.I.H.)**

---

### **TRABAJO MONOGRAFÍA**

**Hospital de Día: una modalidad asistencial alternativa al  
modelo de hospitalización tradicional**

**Arquitecta Xenia Lussich Obes**

**Marzo – 2012**

## **AGRADECIMIENTOS**

Fundación Peluffo Giguens

Lic. Enfermería Leda Berneche

Arq. Alberto Miguel Bono

Sociedad Uruguaya de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria

Arq. Pedro Elzaurdia

Dr. Daniel Alonso

Biblioteca del Sindicato Médico Uruguayo

Biblioteca de la Facultad de Medicina, Universidad de la República

Ivan Lussich

Angélica Obes

Ing. Civil Marina Lussich

## ÍNDICE

Introducción	3
1. Definición de un Hospital de Día	4
2. Surgimiento del Hospital de Día, breve análisis histórico	4
3. Lugar del Hospital de Día en el modelo de atención de cuidados progresivos	6
4. Características y objetivos de un Hospital de Día	7
5. Ventajas y desventajas del Hospital de Día ante los modelos convencionales de hospitalización	7
6. Vinculación y coordinación con los demás Servicios de un Hospital y otros Niveles Asistenciales	8
7. Tipologías de un Hospital de Día	9
8. Marco normativo	11
9. Programa médico-arquitectónico de un Hospital de Día	13
10. Caso de Estudio: Hospital de Día Hemato-Oncológico Pediátrico de la Fundación Peluffo Giguens, Montevideo - Uruguay	17
Conclusiones	31
Bibliografía	32
Otras fuentes consultadas	33
Anexo I	34

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el Hospital de Día (HdD) como una modalidad asistencial alternativa al modelo de hospitalización tradicional, modalidad en crecimiento y que presenta una serie de ventajas desde el punto de vista del paciente, los recursos físicos y humanos.

La temática a abordar incluye definiciones básicas de un HdD, desarrollo histórico, su lugar en el modelo de cuidados progresivos, objetivos, ventajas y desventajas ante modelos convencionales de internación, vinculación con otros servicios de un Hospital y niveles asistenciales, tipologías, marco normativo, programa médico arquitectónico, y por último un caso de estudio: el Hospital de Día Hemato-Oncológico pediátrico de la Fundación Peluffo Giguens, en Montevideo, Uruguay.

Un desafío a abordar actual es la inclusión de los HdD en estructuras hospitalarias existentes y la logística de la vinculación con otros servicios. En este marco el abordaje de una nueva modalidad de atención de pacientes, en expansión en las estructuras hospitalarias convencionales, requerirá de una flexibilidad y redefinición sobre las características y calificación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos adecuados.

Si bien el objeto de este trabajo es el HdD, cabe destacar que la modalidad de Atención Domiciliaria juega un rol similar a los HdD en el sentido de la tendencia a descomprimir la internación hospitalaria, acercando a la familia al cuidado del paciente, mejorando las condiciones ambientales y sociales durante su tratamiento y recuperación.

## 1. DEFINICIÓN DE HOSPITAL DE DÍA

Partiendo de la definición del informe realizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009, p.13) del Gobierno de España

Se entiende como “Hospitalización de Día” 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.

Por otra parte, la definición de la Arq. Graciela Bueno (2011), introduce el componente temporal preciso

Proporciona tratamiento durante el día en forma programada, en un período de tiempo que *no supere las ocho horas*, sin contabilización de sus camas como de dotación del hospital, y en donde generalmente actúa un equipo interdisciplinario.

Está destinado a pacientes que requieren una atención programada más compleja que la proporcionada por los servicios ambulatorios pero que *no necesitan hospitalización de tiempo completo*.

Otras definiciones sostienen que los HdD pueden considerarse como tal con tratamientos de hasta 12 horas. Las actividades también incluyen diagnóstico, terapia, prevención y rehabilitación ya sea física o mental.

Es importante comprender que la estructura asistencial de un HdD, en cuanto a recursos físicos, humanos y tecnológicos, permite el tratamiento del paciente pero a su vez no lo separa de su medio familiar, social y laboral.

## 2. SURGIMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA, BREVE ANÁLISIS HISTÓRICO

El Hospital de Día tiene un desarrollo relativamente reciente dentro de lo que son las modalidades de atención ambulatorias para especialidades médicas fuera del ámbito de la salud mental. Se cuestiona el modelo asistencial basado en la internación con cama como única alternativa a pacientes que requieren tratamientos de baja, mediana o alta complejidad.

El concepto embrionario del HdD surge a partir del pensamiento del médico inglés John Conolly (1794-1866). Como afirma Lucía Iacoponi (1999) Conolly proponía el tratamiento de los pacientes psiquiátricos sin ningún tipo de restricciones o contenciones mecánicas, siendo el antecedente del método “open door”. Lucía Iacoponi (1999) plantea que a mediados del siglo XIX

(...) un grupo de alienistas escoceses (Sibbald, Mitchel, Clouston, Rutherford) deciden producir un cambio edilicio acorde con el *No Restraint*: suprimen las rejas, derriban los muros que aislaban e impedían ver el horizonte y *abren las puertas* de la mayor parte de los pabellones para que los enfermos circulen con libertad durante el día. La terapia da un vuelco.

El desarrollo de este concepto quedó trunco hasta que en el ámbito de las instituciones de salud mental en la Unión Soviética en los años 30, se intenta promover la recuperación integral del paciente. Claudio Naranjo (2001) señala que en 1932 el primer HdD es establecido bajo la dirección del médico Dzhagarov. La industrialización produjo un aumento de la población urbana, resultando en una mayor demanda de mano de obra y por ello de atención médica. La sobrepoblación del hospital llevó a que Dzhagarov planteara la alternativa de “hospitalización semi-permanente” en un sistema fuera del hospitalario para pacientes psiquiátricos. Esto combinaba la atención médica diurna con la estancia de los pacientes en su hogar. Los objetivos no solo abarcaban lo estrictamente médico, sino también la resocialización de los pacientes y la no segregación de su vida cotidiana. Se lograba también economía en cuanto a cantidad de personal ocupado.

En la segunda posguerra surgen los HdD de salud mental en Norteamérica y Europa. Claudio Naranjo (2001) sostiene que el primer HdD norteamericano fue fundado en 1946 por el Dr. D. Ewen Cameron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General Allan Memorial Institute de Montreal. Cameron estableció que el tratamiento en los HdD era a partir de métodos psicoterapéuticos, con terapias no solo individuales sino también colectivas. El paciente era partícipe activo de su propia recuperación.

De acuerdo a lo establecido por Kathleen Jones (1972, p. 298) en 1948, Joshua Bierer inaugura en Hampstead, Inglaterra, el primer HdD de dicho país, el “Marlborough Day Centre”. Fue concebido como un centro integral de tratamientos psiquiátricos, con el fin de lograr una mayor eficiencia y economía de recursos.

La Segunda Guerra Mundial fue un evento clave para el desarrollo de esta modalidad de atención debido a diversos factores socioeconómicos y técnicos. Como señala Patricio Olivos (1985), algunos de estos factores son:

- Saturación de los hospitales psiquiátricos debido a la alta demanda por tratamiento consecuencia de la guerra.
- Tratamiento inadecuado de la neurosis y dificultades de readaptación de los prisioneros de guerra en los hospitales psiquiátricos.
- Cambio en la estructura familiar y temas de género: la familia extendida se vuelve nuclear y la mujer se incorpora al mercado laboral, lo que dificulta los cuidados de un paciente en el ámbito doméstico.
- Sensibilización y humanización de los tratamientos de pacientes con capacidades diferenciales mentales y físicas. Los HdD proponían una alternativa eficaz, económica y convalidada socialmente al tratamiento de este tipo de pacientes.
- Avances en el área de terapia ambulatoria de emergencia. La atención inmediata o mediata de un paciente luego de un evento traumático evitaba la cronificación del daño. Cameron señalaba que esto se podía aplicar a situaciones traumáticas no derivadas de la guerra.
- Avances en farmacología y otras terapias (por ejemplo insulino-terapia y electroshock), así como terapias colectivas y grupales que se incorporaron al tratamiento psiquiátrico.

La Organización Mundial de la Salud, en el Quinto Informe del Comité de Expertos en Salud Mental (1957, p. 9) reconoce la importancia del tratamiento ambulatorio y la hospitalización diurna y las ventajas que suponen tanto para pacientes como para la administración sanitaria.

Los primeros HdD geriátricos surgen a fines de los años '50 en Oxford, Inglaterra. Progresivamente la modalidad de atención de HdD se va expandiendo hacia otras especialidades, como pediatría, neurología, nefrología, cirugía, oncología, SIDA/HIV.

De acuerdo a lo planteado por Leda Berneche (2009), en 1973 en EE.UU se acepta la Oncología médica como especialidad, hecho fundamental para darle un empuje a la integración de esta especialidad a los HdD, ya que tenía un desarrollo menor en relación a otras especialidades. En 1987 comenzó el posgrado de oncología médica en Uruguay, ese mismo año inaugura en HdD del Hospital de Clínicas. A nivel mutal el desarrollo fue a partir de 1992, en instituciones como la Asociación Española y el Círculo Católico.

### 3. LUGAR DEL HOSPITAL DE DÍA EN EL MODELO DE ATENCIÓN DE CUIDADOS PROGRESIVOS

En las modalidades recientes de atención médica, los HdD se posicionan en un sitio intermedio entre la internación convencional y la atención ambulatoria. Ello permite que el paciente continúe su vida con normalidad pero a su vez cuenta con los recursos terapéuticos adecuados a los cuales no podría acceder a través de otro tipo de modalidad de atención ambulatoria.

A su vez, si bien los servicios de un HdD pueden funcionar dentro de un hospital o no, el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) del Gobierno de España establece que

es 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.

Gráfico 1: Lugar del HdD en el modelo de atención de cuidados progresivos



Fuente: elaboración propia

#### **4. CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DE UN HOSPITAL DE DÍA**

La diferenciación de la atención en un HdD con otras modalidades asistenciales ambulatorias y de internación se define con una serie de características básicas, la Dra. Susana María Cappuccio (1997) sostiene que algunas de ellas son:

- Funcionamiento en horario matutino y vespertino, en horario nocturno se suspenden todas las actividades del servicio.
- La consigna de funcionamiento es de máxima eficiencia, es decir evitar las pérdidas de tiempo y hacer en un día todo lo que el paciente necesite y tolere.
- Brinda prestaciones terapéuticas, diagnósticas, de rehabilitación, de promoción y protección de la salud.
- Se trata de un servicio de atención programada, debido a que tiene horarios fijos, admisión, plan de actividades y por lo general no se atiende demanda espontánea, se reciben pacientes de otras áreas y servicios ya sean intra o extrahospitalarios. De todas maneras puede haber una emergencia de algún paciente que se atiende en el Servicio, por ejemplo un paciente con VIH/SIDA que no tomó su medicación, desmejora, y es ingresado al Servicio.
- Está destinado a pacientes que no demanden cuidados continuos de enfermería y médicos.
- La complejidad diagnóstica y la gravedad del pronóstico no son motivos para evitar este tipo de modalidad asistencial.
- Es un ámbito que favorece la actuación interdisciplinaria y por lo tanto la visión y tratamiento integral del paciente.

De acuerdo a la Arq. Graciela Bueno (2011), los objetivos de un HdD son:

- Reducir los tiempos de hospitalización
- Mejorar la relación médico-paciente
- Prevenir el abandono del tratamiento
- Minimizar el impacto emocional de la internación
- Optimizar los recursos humanos y tecnológicos
- Fomentar el trabajo en equipo
- Disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias
- Prevenir futuras internaciones

Un objetivo importante es también, especialmente en los HdD de Salud Mental, la no separación del paciente de su medio familiar y social habitual, ya que para la recuperación mantener este tipo de vínculos es crítico.

#### **5. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL HOSPITAL DE DÍA ANTE LOS MODELOS CONVENCIONALES DE HOSPITALIZACIÓN**

Varios autores como el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) del Gobierno de España o la Arq. Graciela Bueno (2011) plantean que algunas de las principales ventajas son:

- Evitar internaciones innecesarias
- Reducción de la posibilidad de infecciones intrahospitalarias
- Optimización de recursos físicos, humanos y económicos
- Mayor eficiencia en direccionar al paciente al Servicio correcto (evita “deambulaciones” por distintos servicios)
- Se reducen las posibilidades de demoras y cancelaciones que la hospitalización convencional generalmente produce
- Se reducen las listas de espera para determinados tratamientos y procedimientos
- Le permite al personal clínico y técnico programar la atención de forma más flexible y directa
- Menor impacto en el estilo de vida del paciente, la atención es programada y se combina con las actividades laborales y domésticas
- Inclusión activa y permanente de la familia, menor impacto en la dinámica familiar
- Facilitan la reinserción laboral más rápidamente
- Atención personalizada, lo que redundará en una mejor calidad de la atención
- Manejo interdisciplinario, por ello tratamiento integral del paciente, humanizando la atención
- Capacitación del equipo de salud, fortalecimiento de trabajo en equipo

La experiencia ha demostrado también algunas desventajas:

- Dificultad de adhesión a los tratamientos y su consecuente abandono
- Compromiso de familias que no siempre están preparadas o en condiciones de participar en el proceso terapéutico
- Dependencia del traslado domicilio-Servicio-domicilio y los cuidados domiciliarios
- Dificultad para cumplir con las instrucciones pre y post-quirúrgicas

## **6. VINCULACIÓN Y COORDINACIÓN CON LOS DEMÁS SERVICIOS DE UN HOSPITAL Y OTROS NIVELES ASISTENCIALES**

Si bien un HdD puede funcionar como un servicio autónomo dentro de un Hospital o fuera de este, no se puede mantener aislado de la red de servicios de apoyo ya sean a nivel médico o social.

El origen de los pacientes atendidos en los HdD es mayoritariamente domiciliario, en algunos casos son pacientes que se encuentran internados en el propio hospital o de la urgencia.

Resulta interesante rescatar el punto de vista del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) del Gobierno de España, destacando una serie de criterios vinculados a la organización y gestión del paciente:

- Promocionar el papel de los profesionales de la Atención Primaria, ella es la principal puerta de entrada al proceso de diagnóstico y tratamiento de paciente, por lo tanto es importante la coordinación entre los médicos

de Atención Primaria y los especialistas, con la HdD realizando el seguimiento del paciente en todas sus etapas de atención, más allá del Servicio o lugar involucrado para dicho tratamiento.

- Uso de la informática, para evitar que el paciente circule innecesariamente, es decir que haya una agenda coordinada entre las distintas áreas de atención, y también que haya una historia única en el Área de Salud para evitar someter a reiterados análisis al paciente. Se debe posibilitar la referencia contra referencia del paciente a los diferentes servicios de diagnóstico y tratamiento a fin de facilitar su atención.
- Evitar que los pacientes viables de atenderse en el HdD sean internados, atendidos en urgencias o en otros servicios menos adecuados desde el punto de vista clínico y de la calidad de la atención.

## 7. TIPOLOGÍAS DE UN HOSPITAL DE DÍA

Dependiendo del tipo de procedimientos, su complejidad y especialización, los HdD se pueden clasificar como polivalentes o especializados (monovalentes).

El Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) del Gobierno de España propone a su vez agrupar las estructuras de HdD de acuerdo al lugar que ocupan dentro de una institución, es decir si son entidades autónomas desde el punto de vista de su estructura y funcionamiento, o se encuentran integrados en otras unidades. Las denomina Unidades de HdD y Puestos de HdD respectivamente.

Tabla N°1: Tipología de Hospitales de Día

	Polivalentes	Especializados
Unidades de HdD	Unidades de HdD Unidad de Hospital de Día Médico-Quirúrgico.	Unidad de Hospital de Día Oncológico-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 Vasculare Intervencionista, etc.).

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Hospital de Día. Estándares y Recomendaciones*.

Inicialmente los HdD eran principalmente polivalentes, pero a medida que fueron surgiendo nuevas patologías como el cáncer o VIH/SIDA, hubo una tendencia a la especialización de los HdD.

Las Unidades de HdD polivalentes son autónomas dado que en el marco de una estructura hospitalaria son unidades intermedias que realizan procedimientos generales (por ejemplo inyecciones, transfusiones sanguíneas) a pacientes con patologías variadas. Estas Unidades atienden a pacientes derivados de otros servicios o de su domicilio, y cuentan con un responsable.

Se puede lograr una disminución de puestos en las Unidades de HdD polivalentes cuando se integran puestos de HdD en otras unidades, por ejemplo de endoscopia.

En relación a la dotación de Unidades de HdD polivalentes o especializados, el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) del Gobierno de España recomienda:

Definir un área específica de HdD (readaptación al medio) vinculada a la Cirugía Mayor Ambulatoria, diferenciándola de la UHdD Médica Polivalente.

Definir un área específica de HdD (zona de recuperación) vinculada a los gabinetes de endoscopias, hemodinámica, etc., atendida por personal 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.

Las Unidades de Hospital de Día especializadas atienden el conjunto de procesos que comprenden una enfermedad, como por ejemplo el cáncer o VIH/SIDA. Aunque hay puntos en común entre los HdD polivalentes y especializados en cuanto a estructura y funciones, existen importantes diferencias organizativas debido a que en estos últimos el alcance de las tareas es mayor y más diversificado. Por ejemplo en el caso de HdD oncológico no solo se administra quimioterapia intravenosa, también se realizan extracciones sanguíneas y punciones lumbares entre otros procedimientos, se trabaja en equipos multidisciplinares que pueden involucrar asistentes sociales, psicólogos, odontólogos, nutricionistas.

A su vez los HdD tienen 2 modalidades de atención:

- Sesión única (por ejemplo control post-biopsias, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que utilicen anestesia general o necesiten vigilancia por un tiempo no mayor de ocho horas)
- Sesión múltiple (por ejemplo quimioterapia, diálisis renal intracorpórea, HIV/Sida, psiquiátricos)

## 8. MARCO NORMATIVO

### Uruguay

Uruguay no cuenta con normativa específica para HdD, la única normativa vigente que regula el recurso físico en la salud es el Decreto 416 de 2002 del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Dentro de este Decreto, los HdD pueden ser considerados dentro de los módulos de Servicio Ambulatorio o Servicio de Diagnóstico y Tratamiento. A continuación se transcriben algunos artículos vinculados a lo expuesto anteriormente.

Artículo 18.- (Definición).

“Se denomina Servicio Ambulatorio o de Consulta Externa al local o locales, donde se presta asistencia médica y/o asistencia odontológica u otras vinculadas a la salud, a pacientes en régimen de no internación.

Estos servicios podrán estar o no, vinculados físicamente a Servicios con Internación (Hospitales o Sanatorios).”

Artículo 19.- (Clasificación).

...”c) Clínica o Centro: es el establecimiento de salud ambulatorio, de complejidad variada, donde se realizan una o más técnicas de diagnóstico y/o tratamiento, de acuerdo a las especialidades médicas habilitadas por el Ministerio de Salud Pública, incluyendo aquellas que llevan a cabo técnicas odontológicas.”

Artículo 59.- (Diagnóstico y/o tratamiento)

“Se consideran Servicios de Diagnóstico y/o Tratamiento a aquellos servicios que efectúan la atención a los pacientes internados o de consulta externa o de urgencia/emergencia, en forma directa, realizando actividades de diagnóstico y/o recuperación de la salud.”

Artículo 62.- (Sectores)

“Quedan comprendidos los siguientes sectores para los establecimientos de salud básicos pudiéndose incorporar otros, de acuerdo a la complejidad de la institución:

1. Anatomía Patológica
2. Imagenología (Radiología Convencional, Ecografía, Tomografía Computada, Resonancia Nuclear Magnética, etc.)
3. Estudios Eléctricos: Electrocardiografía, Electroencefalografía, Ergometrías, etc.
4. Laboratorio de Análisis Clínicos
5. Block Quirúrgico
6. Servicio de Atención del Parto
7. Fisiatría y Rehabilitación
8. Hemoterapia
9. Oncología
10. Radioterapia
11. Terapia renal sustitutiva (hemo y peritoneodiálisis)
12. Endoscopías”

## Argentina

En el Decreto 3280 de 1990, se establece el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud (PNGC).

En dicho programa encontramos Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Internación Domiciliaria y de Internación de Servicios de Salud, pero para modalidades de atención intermedia como pueden ser HdD, solo encontramos alusión a ellos en las Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Oncología de los Establecimientos Asistenciales.

Se establecen 2 sectores: de infusiones y de enfermería. Los requisitos mínimos son: camillas o sillones de infusión, iluminación adecuada, estación de enfermería con campana de flujo laminar para la preparación de las infusiones, equipamientos técnicos y farmacológicos necesarios para urgencias y recuperación y oxígeno, y sistema de entrenamiento preferentemente audiovisual (televisivo).

## Brasil

Cuenta con la Ordenanza GM/MS N°44 del 10 de enero de 2001, donde se aprueba en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) la modalidad asistencial Hospital de Día. Establece los requisitos y condiciones generales de las Unidades integrantes del SUS, y luego las condiciones y requisitos específicos de atención en régimen de:

- Hospital de Día donde se realizan procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos
- Hospital de Día - Salud Mental
- Hospital de Día - SIDA
- Hospital de Día - Geriatría
- Hospital de Día – Fibrosis Cística
- Hospital de Día – En intercurencia posterior a transplantes de médula ósea

## España

Si bien España no cuenta con normativa específica para Hospitales de Día, en el año 2009 el Ministerio de Sanidad y Política Social publica el documento “Hospital de Día. Estándares y Recomendaciones”. Este documento ha sido tomado como referente para realizar esta monografía, debido a que establece claros criterios profundizando en la generalización de los HdD en cuanto a su organización, recursos materiales, recursos humanos, y programa médico-arquitectónico. Es importante destacar que dicho documento contiene una serie de recomendaciones y pautas que se alinean con otros documentos consultados a nivel nacional e internacional, y con la experiencia proyectual para el servicio HdD.

## Estados Unidos

El Facility Guidelines Institute publicó en el año 2010, con la asistencia del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE.UU., la última versión

de las guías para el diseño y construcción de instalaciones sanitarias. En ellas se hace referencia a los HdD para adultos mayores.

Tras un breve análisis de la normativa para establecimientos de salud en Uruguay, Argentina, Brasil, España y Estados Unidos, podemos notar que a la fecha no hay un desarrollo extensivo de normativa específica para Hospitales de Día a excepción de Brasil, debido al tener el Sistema Único de Salud que permite normalizar y planificar mejor el sistema. Por ello en la mayoría de los casos la especificidad es propia de estándares y recomendaciones como lo puede ser el caso español o norteamericano.

## **9. PROGRAMA MÉDICO-ARQUITECTÓNICO**

Los pacientes admitidos en un HdD no requieren hospitalización, por lo tanto se debe lograr un entorno que promueva la adhesión al tratamiento. En función de las características del HdD, el programa médico arquitectónico específico varía de acuerdo al tipo de tratamiento suministrado. A continuación se establecen una serie de pautas generales a modo de guía.

De acuerdo a lo expuesto en el CPRFS<sup>1</sup> y en base a la experiencia proyectual para el servicio HdD, el programa funcional deberá poner énfasis en la privacidad (no estigmatizada, como puede ocurrir en el caso de HdD de VIH/SIDA o de salud mental), dignidad y humanización del paciente durante el tratamiento. También durante las entrevistas y las consultas. La zona de tratamiento debe tener un ambiente confortable y relajante, especialmente para las enfermedades de alto impacto psicológico como por ejemplo cáncer. Los tratamientos se pueden suministrar en una variedad de modalidades espaciales como ser consultorios, boxes con divisiones fijas o móviles, habitaciones. La recuperación puede ser en el mismo lugar del tratamiento o en salas de observación. Generalmente los puestos de tratamiento tienen sillones confortables reclinables o camas.

En cuanto a la ubicación de un HdD dentro de un Hospital, se recomienda que esté en una zona de fácil accesibilidad, por ejemplo planta baja, y evitar que el paciente circule por otros servicios de atención de mayor complejidad, es decir ubicarse en el área ambulatoria de un Hospital.

Tomando como punto de partida los estándares y recomendaciones del Ministerio de Salud y Política Social del Gobierno de España (2009 p. 57), el programa de un HdD está compuesto por las siguientes áreas:

- Recepción (incluye espera, registro y admisión)
- Puestos de exploración, tratamiento y recuperación
- Control de Enfermería y apoyos generales
- Área administrativa y apoyos para el personal

---

<sup>1</sup> Curso de Planificación del Recurso Físico en Salud – AADAIH/UNLA - 2011

En cuanto a las circulaciones, se debe considerar que puede haber pacientes que se trasladan a pie pero también en sillas de ruedas y en camillas, por lo tanto el dimensionado de los pasillos y las puertas debe considerar esto, es aconsejable incorporar guarda-camillas. En cuanto a separación de circulaciones públicas, semi-restringidas y restringidas, desarrollaré el tema a lo largo del análisis de las diferentes áreas.

Tras el análisis de lo propuesto por el Ministerio de Salud y Política Social del Gobierno de España (2009 pp. 58-74), y lo planteado por la Lic. Leda Berneche (entrevista, febrero 23, 2012), podemos desarrollar la secuencia de actividades del paciente de la siguiente manera:

- Acceso al servicio
- Admisión
- Espera
- Consulta
- Tratamiento
- Recuperación
- Alta

### Recepción

Comprende el acceso, la admisión y la espera. El acceso debe estar claramente identificado para los pacientes, y como mencionado previamente, conviene que el HdD esté en una zona del hospital fácilmente accesible desde el exterior. El Ministerio de Salud y Política Social del Gobierno de España (2009) afirma: “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 (p. 60).

En el área de admisión los pacientes y sus acompañantes realicen la filiación y programación de citas, el mostrador debe estar bien señalizado. El área debe contar con el equipamiento informático y telefónico necesario, así como espacio adecuado para archivo de fichas, folletos, protocolos. La espera se ubica contigua al área de admisión, y da paso al HdD. Contará con televisión, baños, asientos cómodos. El dimensionado depende del flujo de pacientes.

### Consulta

La consulta ya forma parte exclusiva del área de HdD propiamente dicho por lo tanto es una zona de acceso restringido. Como plantea el Ministerio de Salud y Política Social del Gobierno de España (2009): “La atención previa al tratamiento requiere con frecuencia la exploración, diagnóstico, selección del paciente tras la evaluación clínica e indicación de las pautas terapéuticas” (p.63). Por ello el consultorio debe ser lo suficientemente flexible como para albergar equipamiento para realizar dichos procedimientos, y al médico, personal de enfermería, el paciente y eventualmente acompañante. El equipamiento básico consiste en mesa, sillas, camilla, y demás mobiliario clínico habitual para materiales fungibles e instrumental (ver Anexo I).

## Tratamiento

Muchas veces el proceso de atención del paciente implica el acceso directo al puesto de HdD sin pasar por la consulta. Generalmente la recuperación del paciente es en el propio puesto de tratamiento, pero también se puede dar en puestos de observación dentro del propio HdD. Con excepción de los puestos de atención en donde se realiza siempre el mismo tipo de tratamiento (por ejemplo sillón en un box de un HdD oncológico), el Ministerio de Salud y Política Social del Gobierno de España (2009, p. 65) recomienda tener espacios flexibles que puedan adaptarse a las distintas necesidades de los diversos tipos de tratamientos, por ejemplo espacio integrado de sillones o camas con cortinas móviles.

Cada puesto estará compuesto por camas o sillones de tratamiento (muy confortables, con regulación de altura, reclinables, y totalmente lavables), gases medicinales (oxígeno y vacío), bandeja adaptable al sillón, silla para acompañante, portasueros, soportes para bombas de infusión u otros equipamientos médicos. El personal médico debe acceder al paciente de la forma más directa posible y se debe prever espacio necesario en caso de reanimaciones y la salida urgente del paciente del puesto de tratamiento en camilla o silla de ruedas. Considerar equipos de RCP, negatoscopios, lámparas de exploración.

En base a la experiencia proyectual, las instalaciones eléctricas no solo permitirán la iluminación general y la conexión de los equipos médicos, sino que también se deberá proporcionar tomas para conexión de equipos electrónicos personales como notebooks (en caso de que no interfieran con la tranquilidad de otros pacientes), y televisores con control remoto (compartidos o individuales por box, en este caso prever auriculares para cada paciente). Se podrá instalar un sistema de llamada a enfermería mediante pulsador, especialmente en casos donde no haya un control visual directo por parte del personal de enfermería.

En el caso de trabajar con pacientes inmuno-deprimidos o infecto-contagiosos, en base a la experiencia proyectual y lo expuesto en el CPRFS, es necesario tener especial cuidado con el tratamiento del aire, y de las presiones positivas y negativas que se puedan generar en los ámbitos de tratamiento.

En caso de ser posible, es importante que los pacientes puedan contar con luz natural y visión al exterior, siempre cuidando la privacidad considerando las visuales desde el exterior y también las protecciones de los rayos solares directos (parasoles exteriores o cortinas lavables interiores).

En cuanto a la posibilidad de puestos integrados o individuales, el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009, pp. 66-67) del Gobierno de España establece que

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.

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.

De acuerdo a lo planteado por el CPRFS, es crítico incorporar puestos de lavado de manos para el personal médico y de enfermería.

Previo a los puestos de tratamiento se ubicarán vestuarios diferenciados por sexo con lockers con cerradura para la ropa y objetos personales de los pacientes, y junto a estos baños diferenciados por sexo y un porcentaje de ellos accesibles, de acuerdo al flujo de pacientes.

### Enfermería y apoyos generales

En base a la experiencia proyectual y las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009, pp. 70-73) del Gobierno de España, se exponen a continuación los siguientes criterios para las áreas de apoyo. La zona de control de pacientes se ubicará en un lugar centralizado con vinculación directa a los puestos de tratamientos y consulta. Contará con un mostrador con espacio para escribir, computadora, teléfono, y para el archivo del material de trabajo e historias clínicas.

Se incorporará office limpio y sucio, clasificación de residuos, tisanería para personal y pacientes y depósitos para ropa limpia, material fungible y equipos.

Se deberán prever espacios para oficinas del personal médico y de enfermería (pueden ser para los respectivos jefes del Servicio), ellas con instalaciones de telefonía, conexión a la red del hospital, y mobiliario como escritorios, sillas y sillones. Eventualmente se incorporarán salas de reuniones si fuese necesario. El área de descanso del personal de enfermería y médico contará con un estar, baños, y en caso de que sea necesario, vestuarios.

### Equipamiento específico (relación de equipamiento por local)

De acuerdo a lo analizado en el programa médico-arquitectónico, en el Anexo I se indica el equipamiento fijo y móvil recomendado en cada local de un HdD. De acuerdo a cada tipo de local, el equipamiento corresponde a mobiliario, insumos informáticos y telefónicos, equipamiento e instrumental médico, diversos tipos de dispensadores y papeleras, y sistemas de almacenamiento de materiales.

## 10. CASO DE ESTUDIO: HOSPITAL DE DÍA HEMATO-ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO: FUNDACIÓN PELUFFO GIGUENS – BULEVAR ARTIGAS 1556 - MONTEVIDEO, URUGUAY

### Perfil Institucional



La Fundación Peluffo Giguens es una entidad sin fines de lucro que brinda atención integral médica, psico-social y económica a niños con cáncer. Se financia en base a fondos del Ministerio de Salud Pública y donaciones realizadas por parte de empresas y particulares, muchas de ellas corresponden a donaciones post-mortem de pacientes.

Debido a que el 60% de los niños con cáncer tratados en la Fundación no son de Montevideo y provienen en general de familias de bajos recursos, la Fundación cuenta con el hogar “La Campana” que aloja a los pacientes y sus familiares mientras permanecen en Montevideo por tratamientos o controles.

Las dos áreas fundamentales de atención médica de los pacientes son el Área de Internación y el Hospital de Día. El Área de Internación se ubica en el piso 4 del Pabellón Beisso del Centro Hospitalario Pereira Rossell (hospital pediátrico y de la mujer). Cuenta con 19 camas, 8 de ellas ubicadas en cabinas estériles con filtrado absoluto de aire y equipamiento de alta tecnología importado de Alemania.

### Cronología

- 1988: Creación de la Fundación Peluffo Giguens, entidad sin fines de lucro y con personería jurídica. La Fundación lleva el nombre de dos médicos pediatras pioneros en la especialidad: Euclides Peluffo y Washington Giguens.
- 1991: Por Resolución 36/91, el Estado Uruguayo declara de Interés Nacional la actividad de la Fundación Peluffo Giguens.
- 1993: Inauguración del primer hogar “La Campana”.
- 1996: Construcción e inauguración del Hospital de Día.
- 2000: Firma del Convenio con el Ministerio de Salud Pública a través del cual se le encomienda a la Fundación la gestión operativa del Servicio de Hemato-Oncología pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- 2002: Inauguración de la nueva área de internación del Servicio de Hemato-Oncología pediátrica.
- 2005: Inauguración del nuevo hogar “La Campana”.
- 2007: Inauguración de las obras de ampliación del Centro Hemato-Oncológico pediátrico.

## Apoyo social y económico a los pacientes

El Hospital de Día cuenta con un Servicio Social, pues además de atender a los pacientes que concurren diariamente a Policlínica (20 en promedio), se atienden también los casos de internación y los alojados en el Hogar “La Campana”. Se trabaja teniendo en cuenta el entorno familiar y social de cada paciente (por lo general los pacientes provienen de entornos socioculturales medios a bajos), a partir de lo cual se interviene de acuerdo a las necesidades tanto relativas al día a día de los tratamientos (locomoción, alojamiento en la Campana, alimentación, etc.), como temas concernientes a situaciones de vivienda, documentación, beneficios sociales, asuntos legales, etc. (para todo esto se realizan varias coordinaciones interinstitucionales, como por ejemplo con Ministerio de Vivienda, Juzgados, INAU, entre otros).

## El contexto de trabajo de la Fundación Peluffo Giguens: Uruguay en cifras

De una población estimada de 3.323.906 habitantes, la franja de 0 a 14 años comprende 778.577 habitantes, prácticamente un cuarto de la población (INE<sup>2</sup> 2008).

Tabla N°1: Mortalidad infantil

<b>Franjas</b>	<b>Etiología</b>	<b>Tasa / 100.000</b>
1 a 4 años	1. Accidentes	20.0
	2. Malform. cong.	5.9
	<b>3. Cáncer</b>	<b>3.8</b>
	4. Enferm. CV	2.1
	5. Neumonía	1.5
5 a 14 años	1. Accidentes	12.5
	<b>2. Cáncer</b>	<b>3.5</b>
	3. Malform. cong.	1.4
	4. Enferm. CV	0.9
	5. Suicidio	0.8

Fuente: INE 2008 y FPG<sup>3</sup>

Se registran 109 casos anuales de patologías oncológicas pediátricas (FPG 2008). El total de las patologías oncológicas pediátricas provenientes de la atención pública son tratadas en la Fundación.

Tabla N°2: Cobertura de atención y procedencia

<b>Cobertura de atención</b>	Público	69%
	Privado	31%
<b>Procedencia</b>	Capital	35%
	Interior	65%

Fuente: FPG

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estadística

<sup>3</sup> Fundación Peluffo Giguens

Tabla N°3: Distribución de frecuencias de las patologías oncológicas pediátricas en Uruguay. Período años 2000-2009 – Registro: 1096 pacientes

<b>Patología</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Leucemias agudas	313	28.6
Tumores SNC	218	19.9
Linfomas	134	12.2
Tumores óseos	86	7.8
Neuroblastoma	81	7.4
Tumores de partes blandas	58	5.3
Tumores renales	43	3.9
Retinoblastoma	32	2.9
Otros	131	11.9

Fuente: FPG

Todas las patologías de la Tabla N°3 son tratadas en la FPG, sumadas a las siguientes patologías hematológicas:

- Anemias
- Neutropenia, agranulocitosis
- Púrpura trombocitopénica autoinmune, trombopatías
- Hemofilia, otros déficit de factores de la coagulación, síndromes de hipertrombicidad
- Alteraciones congénitas de la inmunidad

Además del tratamiento de las enfermedades oncológicas y hematológicas mediante quimioterapia e inmunoterapia, se realiza en tratamiento de soporte de la enfermedad y sus complicaciones: reposición hematológica, antibioticoterapia, tratamiento del dolor, cuidados paliativos (para los pacientes terminales, durante los últimos 6 meses de vida). Ver tabla N°5.

#### Criterios de admisión

Los pacientes que son admitidos en la FPG cumplen con todos los siguientes requisitos:

- Patología onco-hematológica
- Edad: desde nacimiento hasta los 15 años
- Cobertura de atención pública
- En algunos casos ingresos por convenios con el sector mutual

#### Indicadores de atención de la Fundación Peluffo Giguens

Tabla N°4: Número de consultas por mes – Año 2011

<b>Mes</b>	<b>Nº de pacientes/mes</b>
Enero	593
Febrero	582
Marzo	675
Abril	567
Mayo	650
Junio	720

Mes	Nº de pacientes/mes
Julio	594
Agosto	623
Setiembre	739
Octubre	673
Noviembre	710
Diciembre	719

Fuente: FPG

Tabla N°5: Indicadores de actividad de enfermería en HdD – Año 2011

	Promedio mensual 2011
Tratamientos de quimioterapia en Hospital de Día	112
Preparación QT para Sector Internación	126
Otros tratamientos farmacológicos: ATB, IglV, etc.	74
Transfusiones	11
Punción de catéteres	73
Mielogramas	7
Punción lumbar	9
Extracción de muestras para otros estudios	87
Nebulizaciones	2
Curaciones/extracción de puntos	8
<b>Número de pacientes atendidos</b>	<b>300</b>

Fuente: FPG

### Etapas y dinámica del proceso de atención

Los pacientes que son admitidos por primera vez en la FPG son derivados de

- Hospitales o Centros periféricos (p.ej. hospital público del interior)
- Emergencia (con pase)
- Otros servicios del CHPR<sup>4</sup>

Los pacientes que se encuentran en tratamiento o control son

- Pacientes ambulatorios coordinados
- Derivados del Sector de Internación

Proceso de atención:

- Recepción del paciente, toma de datos y apertura de tarjeta
- Hemograma (punción digital), los pacientes y sus familiares esperan los resultados del laboratorio en la sala de juegos
- Consulta con médico, en caso de que el paciente posea una patología a tratar en la FPG, se valora si la atención será ambulatoria (HdD), o internación (4to. piso del CHPR)
- Consulta con el equipo de atención psico-social, además se evalúa si el paciente debe ser admitido en el hogar “La Campana”

Es importante destacar que se realizan reuniones mensuales del equipo médico, de enfermería y de soporte psicosocial en conjunto para analizar los

<sup>4</sup> Centro Hospitalario Pereira Rossell

casos de los pacientes debutantes y aquellos que presentan algún tipo de conflicto particular, para emitir pautas de trabajo en equipo. Se prioriza la atención integral del paciente así como la sinergia del trabajo interdisciplinario.

### Policlínicas

La FPG cuenta con 3 policlínicas ubicadas en el CHPR:

- Policlínica gineco-oncológica. En diciembre de 2011 registró 27 consultas. Cuenta con el Programa de Preservación de la Función Ovárica ante el Cáncer, que realiza consejería y técnicas de criopreservación de tejido ovárico de forma gratuita e independiente del ámbito de atención.
- Policlínica de transplante de médula ósea (transplante haploidéntico, que se realiza en el 4to. piso del CHPR). En diciembre de 2011 registró 47 consultas.
- Policlínica odontológica, específicamente para los pacientes hemato-oncológicos pediátricos de la FPG

### Vinculaciones con los Servicios del Hospital Pereira Rossell

- Internación
- Block Quirúrgico
- Farmacia
- Centro de materiales y despensa
- Radioterapia
- Hemoterapia
- Laboratorio central
- Departamento de alimentación
- Archivo médico
- Policlínicas (p. ej. oftalmología, endocrinología)

### Indicadores mensuales vinculados a la bioseguridad

Tabla N°6: Manejo de la quimioterapia antineoplásica. Tratamientos administrados en el HdD y en Sector Internación del Hospital Pereira Rossell

Promedio de soluciones citostáticas preparadas (reconstitución, fraccionamiento)	1600
Promedio de procedimientos de administración de citostáticos	180
Tiempo promedio de exposición del personal de Enfermería a la terapia citotóxica (horas)	150
ICC (Indice de contacto con citostáticos) Stucker, Dumon 1990 (1600 recount + 180 adm) / 150 horas = 12	12 (Fuerte exposición)

Fuente: FPG. Actualizado febrero 2012

### Recursos humanos

El HdD está fuertemente enfocado en una atención multidisciplinaria, por ello hay un criterio integral de atención al paciente

- equipo médico conformado por pediatras hematooncólogos, cirujanos, ginecólogos, terapeutas del dolor, laboratoristas
- equipo de enfermería conformado por Licenciados y Auxiliares de Enfermería
- unidad de apoyo psico-social: psiquiatría infantil, psicólogos, asistentes sociales
- odontólogo
- nutricionista

Todos estos profesionales conforman un equipo de 25 personas aproximadamente.

Además cuenta con el personal administrativo, de servicios generales, y los voluntarios que se desarrollan en el área social con los pacientes.

### Planta física



Imagen N°1 Acceso principal



Imagen N°2 Fachada principal

Originalmente el edificio constaba de un ala derecha en 3 niveles (construcción pre-existente que oficiaba de morgue para el Hospital Pereira Rossell) y a la izquierda el HdD en planta baja (construido en 1996). En el 2007 se le agregan al ala izquierda 2 niveles y se reformula el uso del edificio existente. Tanto proyecto como dirección de obra estuvieron a cargo de los arquitectos Alberto Miguel Bono y José Enrique Viana.

La articulación entre las 2 alas es lograda mediante un doble frente acristalado en triple altura con puentes conectando la nueva construcción con la existente, confiriendo luminosidad y amplitud a las áreas de acceso y espera. En planta baja y primer piso el ala derecha concentra los locales administrativos y del personal, mientras que la izquierda aloja todos los locales vinculados al área médica.

En planta baja se encuentra la recepción, el archivo médico, 2 SSHH para personal, 2 privados y un local de mantenimiento, espera de adultos,

espera de niños (sala de juegos), 6 consultorios, y 2 SSHH para pacientes y acompañantes.



Imagen N°3 Hall de acceso principal



Imagen N°4 Recepción



Imagen N°5 Espera adultos PB



Imagen N°6 Archivo médico



Imagen N°7 Espera niños



Imagen N°8 Pasillo a consultorios

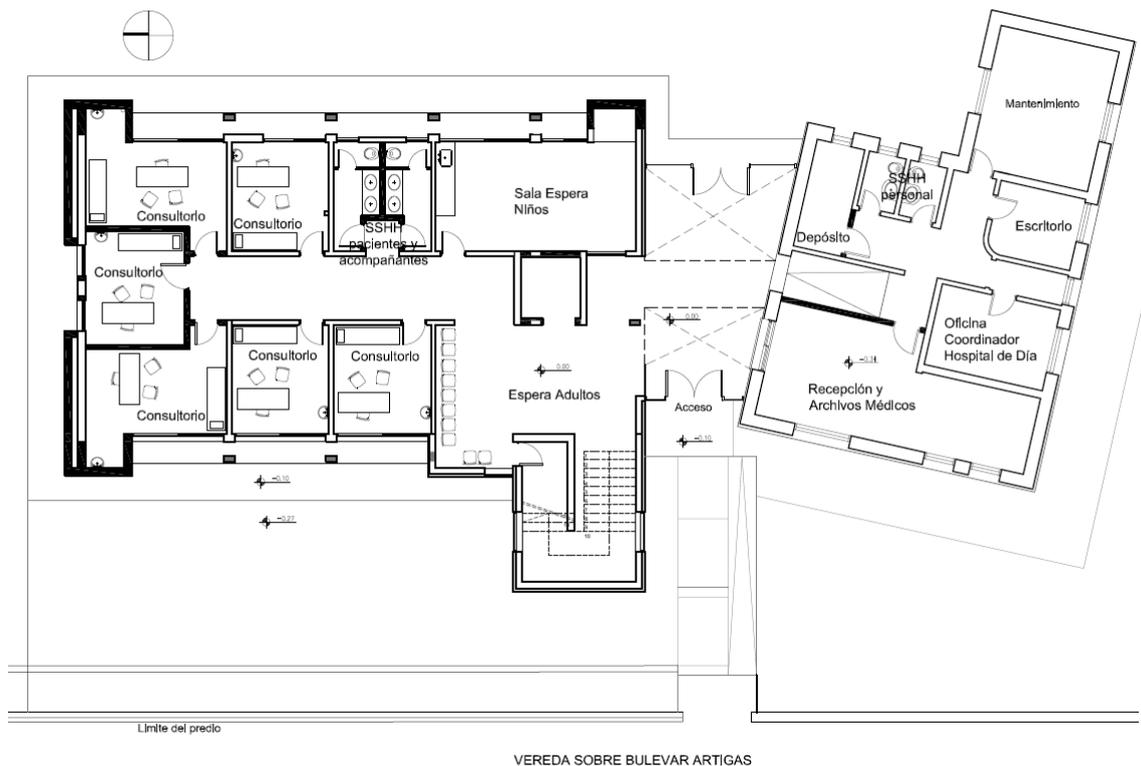


Imagen N°9 Consultorio



Imagen N°10 Consultorio

GráficoN°1 Planta Baja



Fuente: FPG

En el primer piso se encuentra la espera para el área de enfermería, la sala de extracciones (punción digital) y el laboratorio. Mediante un acceso diferenciado, se ingresa a la zona de tratamiento, que consta de enfermería limpia, sala de procedimientos especiales, sala de vías venosas periféricas, cámara de flujo laminar, y sala de medicaciones con 8 puestos. Si bien no hay una enfermería sucia específica, los residuos contaminados se descartan en el balde correspondiente. En el ala derecha se encuentra una sala de reuniones,

un ateneo donde se realizan reuniones y capacitaciones médicas, economato, vestuarios y SSHH de personal.



Imagen N°11 Espera HdD



Imagen N°12 Espera y acceso HdD

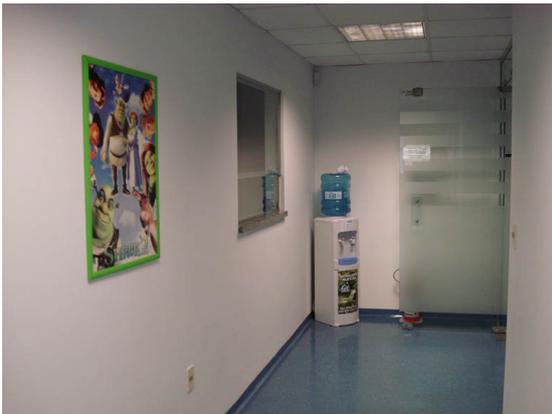


Imagen N°13 Pasillo interno de acceso a HdD (ventanilla comunica con laboratorio)



Imagen N°14 Pasillo interno de acceso a HdD



Imagen N°15 Laboratorio



Imagen N°16 Cámara del flujo laminar del laboratorio



Imagen N°17 Sala de vías venosas periféricas



Imagen N°18 Sala de procedimientos estériles



Imagen N°19 Enfermería limpia



Imagen N°20 Enfermería limpia



Imagen N°21 Cámara de flujo laminar



Imagen N°22 Sala de medicación



Imagen N°23 Sala de medicación



Imagen N°24 Sala de medicación

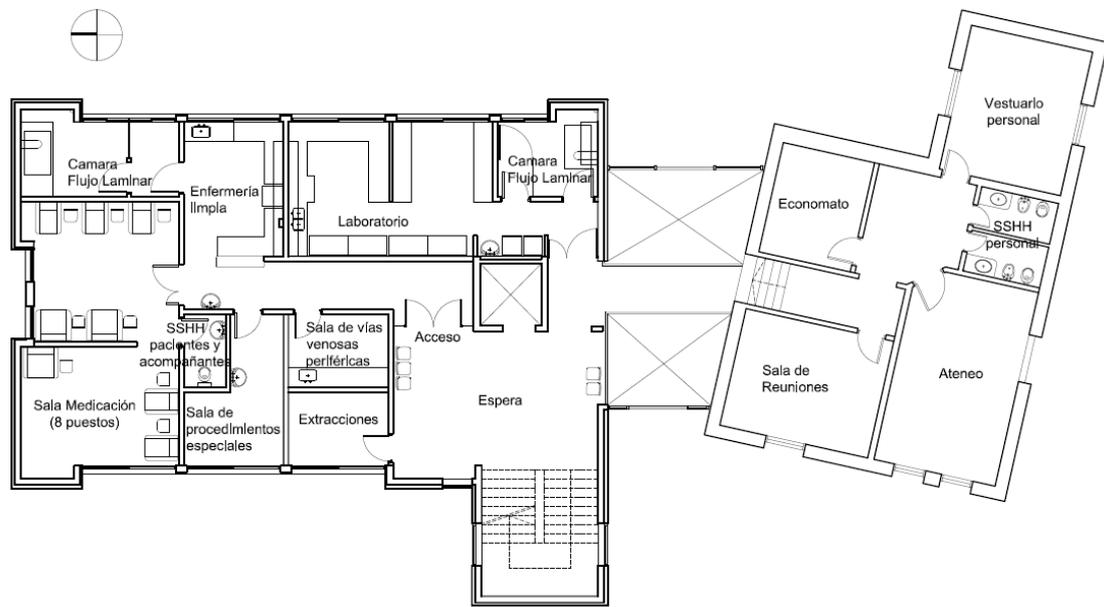


Imagen N°25 Sala de medicación  
(vista hacia Bvar. Artigas)



Imagen N°26 Vista de zona de juegos  
en PB desde sala de medicación

## Gráfico N°2 Primer Piso



Fuente: FPG

En el segundo nivel, se encuentra el área administrativa general de la Fundación: oficina de la gerencia, presidencia, marketing, secretaría, RRHH, contaduría, sala de reuniones, archivo contable, archivo pasivo, central informática, Registro Nacional de Cáncer, SSH y estar de personal administrativo no médico.

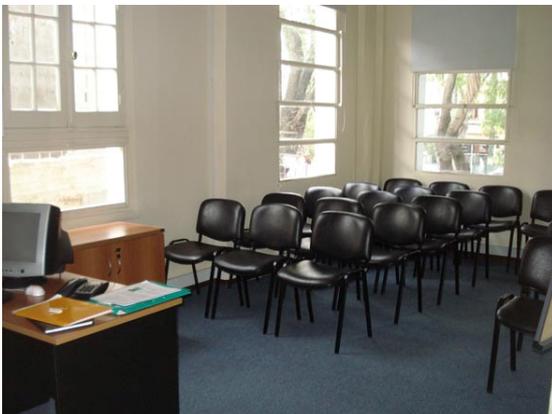
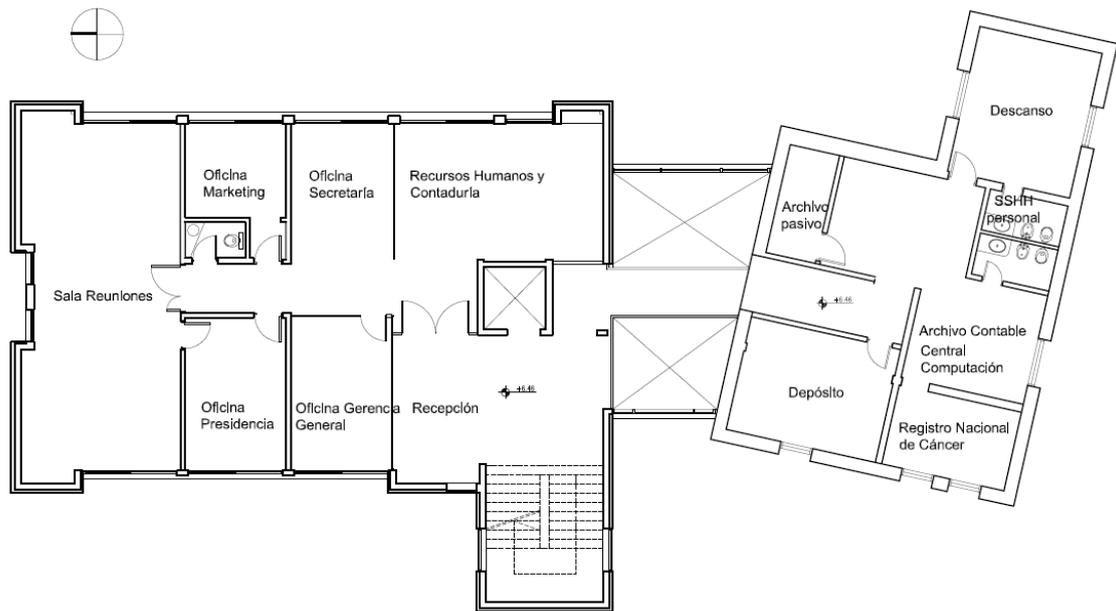


Imagen N°27 Ateneo



Imagen N°28 Sector administrativo de la Fundación

Gráfico N°3 Segundo Piso



Fuente: FPG

El Arq. Bono (entrevista, febrero 16, 2012) recalcó la importancia que se le asignó a la iluminación natural, especialmente en la zona de consulta y tratamientos, debido al programa y con la particularidad que los pacientes son niños. También la concepción de las espacialidades generosas y la sensación de expansión, hecho que se refleja particularmente en la zona de transición entre el edificio nuevo y el antiguo. Una de las fachadas principales se orienta hacia Bvar. Artigas que cuenta con un arbolado importante, por lo tanto hay presencia del verde en las visuales desde consultorios y sala de medicación. Otro punto considerado fue el uso de materiales de fácil mantenimiento y que cumplieran con los estándares de higiene, como los pisos vinílicos con zócalos sanitarios en las zonas de tratamiento, laboratorio y enfermería. Todos los consultorios, enfermería, extracciones, sala de medicación, de procedimientos, laboratorio, cámaras de flujo, cuentan con lavabos para manos.

Gráfico N°4 Zonificación según grado de bioseguridad en sector de enfermería



Fuente: Elaboración propia

## CONCLUSIONES

La modalidad de HdD y la Atención Domiciliaria son modalidades que tienden a descomprimir la internación hospitalaria, no para expulsar a los pacientes del cuidado de la salud, sino para acercar a la familia al cuidado y mejorar las condiciones ambientales y sociales a fin de contribuir con la recuperación del paciente. A su vez permite que el entorno familiar continúe funcionando con la mayor normalidad posible. El apoyo social y familiar hace posible una buena adhesión terapéutica, aumentando las posibilidades de recuperación.

A nivel de recursos humanos, el HdD tiende a la atención multidisciplinaria, concentrando la atención del paciente en un único servicio, lo cual lleva a mejores resultados en el tratamiento del paciente. Esto resulta en un criterio de atención integral al paciente, ya que no solo es tratado en el plano médico, sino que también hay un apoyo social, psicológico, afectivo, y hasta a veces económico, como puede ser el caso de la Fundación Peluffo Giguens.

A nivel organizacional se logra una mayor eficiencia de recursos humanos y tecnológicos, pues hay un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, se optimiza en tiempo terapéutico y se diseñan espacios de atención que por lo general implican una baja inversión en tecnología. Dicha relación costo-beneficio altamente productiva podría ser una de las posibles explicaciones para el desarrollo de esta modalidad de atención. A su vez el elevado número de pacientes atendidos permite la permanente capacitación de los recursos humanos.

En función de las características del HdD, el programa médico arquitectónico específico varía de acuerdo al tipo de tratamiento suministrado. Existen importantes diferencias organizativas entre los HdD polivalentes y los especializados, debido a que en estos últimos el alcance de las tareas es mayor y más diversificado. Ello se refleja en el caso de estudio (HdD hemato-oncológico pediátrico de la FPG), que no solo administra quimioterapia intravenosa, también se realizan extracciones sanguíneas, punciones lumbares, entre otros procedimientos (ver Tabla N°5). A su vez se trabaja en equipos multidisciplinarios, demandando una eficaz estructura organizacional a nivel de recursos humanos.

Cabe destacar la ausencia de normativas específicas en cuanto a la modalidad de atención del HdD. Podemos suponer que en los países analizados, esto se explica por la ausencia de un sistema integrado de salud, y por otro lado por el incipiente desarrollo que esta modalidad de atención tiene, especialmente para los HdD especializados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Argentina. Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación. (1997). *Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica. Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Oncología de los Establecimientos Asistenciales*. Resolución 169/1997. Recuperado de [http://msal.gov.ar/pnqcam/resoluciones/msres169\\_1997.pdf](http://msal.gov.ar/pnqcam/resoluciones/msres169_1997.pdf)
- Berneche, L. (2009, mayo). *Hospital de Día Oncológico*. Ponencia presentada en Segunda Jornada Académica Conjunta SUAIH-AADAIH-ABDEH, Montevideo.
- Berneche, L. Jefa de Enfermería del Hospital de Día de la Fundación Peluffo Giguens. (23 febrero 2012). Entrevista realizada por Xenia Lussich.
- Brasil. Ministerio de Salud de la República Federal de Brasil (2001). *Ordenanza GM/MS N°44 del 10 de enero de 2001*. Recuperado de [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/hospitais/PORTARIA\\_044.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/hospitais/PORTARIA_044.pdf)
- Bono, A. M. Arquitecto proyectista de la ampliación del Hospital de Día de la Fundación Peluffo Giguens. (16 febrero 2012). Entrevista realizada por Xenia Lussich.
- Bueno, G. (2011, octubre). *Internación, Hospital de Día, Office de Enfermería*. Ponencia presentada en Curso de Planificación de Recurso Físico de la Salud, Asociación Argentina de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria, Buenos Aires.
- Cappuccio, S. (1997). Hospital de Día. En J. C. O'Donell. *Administración de Servicios de Salud. II Calidad Médica y gerencia de servicios asistenciales de apoyo* (pp. 97-105). (s.l.): Fundación Universitaria Hernandarias.
- España. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Hospital de Día. Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Centro de Publicaciones. Recuperado de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
- Iacoponi, L. (1999). El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el método Open Door. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, X(4). Recuperado de [http://www.alcmeon.com.ar/7/28/alc28\\_03.htm](http://www.alcmeon.com.ar/7/28/alc28_03.htm)
- Jones. K. (1972). *A History of the Mental Health Services*. Londres: Routledge & Keagan Paul Ltd.
- Naranjo, C. (2001). *Hospital de Día en Psiquiatría. Evolución de la Experiencia Mundial y Estado de la Situación en Chile (Monografía)*. Universidad de Santiago de Chile. Recuperado de

<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050644/naranja.pdf>

Olivos, P. (1985). Historia de los Hospitales Diurnos. *Revista de Psiquiatría, II*, 23-27.

Organización Mundial de la Salud (1957). *El Hospital Psiquiátrico, centro de acción preventiva de la salud mental. Quinto Informe del Comité de Expertos en Salud Mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

The Facilities Guidelines Institute (2010). *Guidelines for design and Construction for Healthcare Facilities*. Chicago: ASHE. Recuperado de <http://www.fguidelines.org/2010guidelines.html>

Uruguay. Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2002). *Actualización de normativa para la habilitación de establecimientos asistenciales - Decreto N° 416/002*. Recuperado de <http://archivo.presidencia.gub.uy/decretos/2002103103.htm>

## **OTRAS FUENTES CONSULTADAS**

Alatrística, S., y Bambarén, C. (2008). *Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros*. Perú: Sinco editores.

Cóppola, F., Domínguez, A., Ibarra, T. y Oliveras, M. (2010). Banco de tejido ovárico para jóvenes con cáncer de mama. *Informe preliminar de los primeros casos. Revista Médica del Uruguay. 26(4)*, 238-245  
Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/26/4/2/es/6/>

Fundación Peluffo Giguens (2012). Información general de la Fundación. Recuperado de <http://www.fpg.com.uy/index.php>

Thornicroft G., Szukler G., & Mueser K. T. (2011). *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Nueva York: Oxford University Press.

## ANEXO I

**Relación de equipamiento por local.** Se indica el equipamiento fijo y móvil, de acuerdo a los locales analizados en el programa médico-arquitectónico. Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009 pp. 75-81). *Hospital de Día. Estándares y Recomendaciones.*

Local	Equipamiento
<b>RECEPCIÓN</b>	
<p>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></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillas/sillones.</li> <li>• Bancadas de tres plazas.</li> <li>• Cuadros.</li> <li>• Mesas bajas.</li> <li>• Perchas.</li> <li>• Fuente de agua fría.</li> </ul>
<p>Aseos de público <i>Servicios higiénicos para visitas y pacientes. Con lavabo e inodoro.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensadores de papel.</li> <li>• Dispensadores de toallas de papel.</li> <li>• Escobillas.</li> <li>• Espejos.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Percha.</li> <li>• Dispensador de jabón.</li> </ul>
<p>Aseo de minusválido <i>Servicios higiénicos para visitas y pacientes, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensadores de papel.</li> <li>• Dispensadores de toallas de papel.</li> <li>• Escobillas.</li> <li>• Espejos.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Percha.</li> <li>• Dispensador de jabón.</li> </ul>
<p>Recepción <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"> <li>• Estaciones de trabajo/ordenadores.</li> <li>• Impresora láser.</li> <li>• Mueble mostrador.</li> <li>• Cajoneras.</li> <li>• Estanterías.</li> <li>• Sillones ergonómicos con ruedas.</li> <li>• Teléfono.</li> <li>• Fax.</li> </ul>
<b>HOSPITAL DE DÍA</b>	
<p>Consulta <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"> <li>• Armario de consulta.</li> <li>• Sillas sin ruedas.</li> <li>• Vitrina metálica alta con puertas correderas.</li> <li>• Sillón ergonómico con ruedas.</li> <li>• Camilla exploración.</li> <li>• Cuadro.</li> <li>• Diverso instrumental de consulta, según las especialidades.</li> <li>• Linterna de lápiz.</li> <li>• Mesa modular de trabajo con cajonera.</li> </ul>

Local	Equipamiento
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luz frontal.</li> <li>• Esfingomanómetro digital portátil.</li> <li>• Impresora láser.</li> <li>• Fonendoscopio.</li> <li>• Foco de exploración.</li> <li>• Teléfono.</li> <li>• Estaciones de trabajo/ordenadores.</li> <li>• Vacuómetro.</li> <li>• Caudalímetro.</li> <li>• Dispensadores de toallas de papel.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Dispensador de jabón.</li> <li>• Negatoscopio<sup>(24)</sup>.</li> </ul>
<p>Consulta de enfermería</p> <p><i>Las mismas características e instalaciones que la consulta (6).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Armario de consulta.</li> <li>• Sillas sin ruedas.</li> <li>• Vitrina metálica alta con puertas correderas.</li> <li>• Sillón ergonómico con ruedas.</li> <li>• Camilla exploración.</li> <li>• Cuadro.</li> <li>• Diverso instrumental de consulta, según el tipo de consulta.</li> <li>• Linterna de lápiz.</li> <li>• Mesa modular de trabajo con cajonera.</li> <li>• Luz frontal.</li> <li>• Esfingomanómetro digital portátil.</li> <li>• Impresora láser.</li> <li>• Fonendoscopio.</li> <li>• Foco de exploración.</li> <li>• Teléfono.</li> <li>• Estaciones de trabajo/ordenadores.</li> <li>• Vacuómetro.</li> <li>• Caudalímetro.</li> <li>• Dispensadores de toallas de papel.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Dispensador de jabón</li> </ul>
<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"> <li>• Sillón ergonómico con ruedas.</li> <li>• Sillas sin ruedas.</li> <li>• Mesa modular de trabajo con cajonera.</li> <li>• Estación de trabajo/ordenador.</li> <li>• Teléfono.</li> <li>• Cuadro.</li> </ul>

Local	Equipamiento
<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"> <li>• Instrumental para curas.</li> <li>• Vacuómetro.</li> <li>• Caudalímetro.</li> <li>• Pie de gotero.</li> <li>• Mesa auxiliar.</li> <li>• Foco de exploración.</li> <li>• Encimera inoxidable con pileta y accesorios.</li> <li>• Carro de curas.</li> <li>• Camilla de exploración.</li> <li>• Aspirador.</li> <li>• Armario para material estéril.</li> <li>• Multiboxes para material fungible.</li> <li>• Dispensadores de toallas de papel.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Dispensador de jabón.</li> </ul>
<p>Aseos de pacientes</p> <p><i>Servicios higiénicos para pacientes. Con lavabo e inodoro.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensadores de papel.</li> <li>• Dispensadores de toallas de papel.</li> <li>• Escobillas.</li> <li>• Espejos.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Percha.</li> <li>• Dispensador de jabón.</li> </ul>
<p>Vestuarios de pacientes</p> <p><i>Cambio de ropa y depósito de objetos personales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taquillas individuales.</li> <li>• Bancos.</li> </ul>
<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.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillones de tratamiento.</li> <li>• Aspirador con filtro para administrar medicación inhalada.</li> <li>• Camas eléctricas con accesorios.</li> <li>• Balones de resucitación autoinflables.</li> <li>• Carro de parada.</li> <li>• Camilla de transporte.</li> <li>• Caudalímetro.</li> <li>• Desfibrilador con palas de adulto y recién nacidos.</li> <li>• Estaciones de trabajo/ordenadores.</li> <li>• Material vario (pies gotero, ganchos techo, etc.).</li> <li>• Mesa cigüeña para comer.</li> <li>• Monitor multiparamétrico.</li> <li>• Carro medicación urgencia.</li> </ul>

Local	Equipamiento
<p>Box de Hospital de Día (en sala común)</p> <p><i>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"> <li>• Monitor TA con manguitos de varios tamaños.</li> <li>• Oxímetro.</li> <li>• Respirador de transporte.</li> <li>• Bomba perfusión.</li> <li>• Vacuómetro.</li> <li>• Silla sin ruedas.</li> </ul>
<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"> <li>• Cama eléctrica con accesorio.</li> <li>• Caudalímetro.</li> <li>• Mesa cigüeña para comer.</li> <li>• Monitor multiparamétrico.</li> <li>• Monitor TA con manguitos de varios tamaños.</li> <li>• Oxímetro.</li> <li>• Bomba perfusión.</li> <li>• Vacuómetro.</li> <li>• Silla sin ruedas.</li> </ul>
<p><b>CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS GENERALES</b></p>	
<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"> <li>• Mueble mostrador.</li> <li>• Sillones ergonómicos con ruedas.</li> <li>• Impresora láser.</li> <li>• Armario archivo.</li> <li>• Cuadro.</li> <li>• Estantería metálicas.</li> <li>• Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT.</li> <li>• Mesa modular de trabajo con cajonera.</li> <li>• Papelera.</li> <li>• PDA's gestión cuidados.</li> <li>• Percha.</li> <li>• Sillas sin ruedas.</li> <li>• Armario estantería cerrado.</li> <li>• Estaciones de trabajo/ordenadores.</li> <li>• Teléfono.</li> </ul>

Local	Equipamiento
<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"> <li>• Taburete fijo de 60 cm.</li> <li>• Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior.</li> <li>• Dispensador de jabón.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Dispensador de toallas de papel.</li> <li>• Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm.</li> <li>• Frigorífico.</li> </ul>
<p>Preparación de fármacos<sup>(25)</sup></p> <p><i>Zona específica para preparación de los fármacos que requieran condiciones especiales.</i></p> <p><i>Punto de agua.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taburete fijo de 60 cm.</li> <li>• Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior.</li> <li>• Dispensador de jabón.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Dispensador de toallas de papel.</li> <li>• Armario vitrina colgado de 80x90x35 cm.</li> <li>• Frigorífico.</li> <li>• Carro de transporte para citostáticos.</li> <li>• Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior.</li> <li>• Encimera inoxidable.</li> <li>• Campana de flujo laminar.</li> <li>• Teléfono.</li> </ul>
<p>Almacén de lencería</p> <p><i>Para ropa limpia.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carros de lencería para ropa limpia.</li> <li>• Estantería metálica.</li> </ul>
<p>Almacén de material fungible</p> <p><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"> <li>• Sistema de almacenamiento de doble cajetín.</li> <li>• Estanterías metálicas.</li> </ul>

Local	Equipamiento
<p>Oficio de comidas</p> <p><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"> <li>• Armario para vajilla.</li> <li>• Frigorífico.</li> <li>• Microondas.</li> <li>• Mueble escurridor, doble pileta y basura.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Dispensador de toallas de papel.</li> </ul>
<p>Oficio de sucio y clasificación de residuos</p> <p><i>Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mueble de doble pileta y basura.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Dispensador de toallas de papel.</li> </ul>
<p>Almacén de limpieza.</p> <p><i>Para útiles y productos de limpieza</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estanterías metálicas</li> </ul>
<p><b>ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL</b></p>	
<p>Aseos y vestuarios del personal</p> <p><i>Para apoyo del personal de la unidad. Con características similares a (2) y (9).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensadores de papel.</li> <li>• Dispensadores de toallas de papel.</li> <li>• Escobillas.</li> <li>• Espejos.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Percha.</li> <li>• Dispensador de jabón.</li> </ul>
<p>Despacho de coordinador médico</p> <p><i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillón ergonómico con ruedas.</li> <li>• Armario estantería cerrado.</li> <li>• Cuadro.</li> <li>• Estación de trabajo / ordenador.</li> <li>• Impresora chorro de tinta.</li> <li>• Mesa de despacho con ala y cajonera.</li> <li>• Mesa reuniones circular.</li> <li>• Papelera.</li> <li>• Percha.</li> <li>• Sillas sin ruedas.</li> <li>• Armario archivo.</li> <li>• Pizarra mural.</li> <li>• Negatoscopio.</li> <li>• Teléfono.</li> </ul>

Local	Equipamiento
<p>Despacho de supervisora</p> <p><i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sillón ergonómico con ruedas.</li> <li>• Armario estantería cerrado.</li> <li>• Cuadro.</li> <li>• Estación de trabajo / ordenador.</li> <li>• Impresora chorro de tinta.</li> <li>• Mesa de despacho con ala y cajonera.</li> <li>• Mesa reuniones circular.</li> <li>• Papelera.</li> <li>• Percha.</li> <li>• Sillas sin ruedas.</li> <li>• Armario archivo.</li> <li>• Pizarra mural.</li> <li>• Teléfono.</li> </ul>
<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"> <li>• Estanterías de madera.</li> <li>• Sillones ergonómicos con ruedas.</li> <li>• Pizarra mural.</li> <li>• Percha.</li> <li>• Papelera.</li> <li>• Impresora láser.</li> <li>• Estaciones de trabajo/ordenadores.</li> <li>• Cuadros.</li> <li>• Cañón de proyección.</li> <li>• Armarios archivo.</li> <li>• Mesas modulares de trabajo con cajonera.</li> <li>• Mesa circular de reuniones.</li> <li>• Sillas sin ruedas.</li> <li>• Teléfono.</li> <li>• Negatoscopio.</li> </ul>
<p>Sala de estar</p> <p><i>Para descanso del personal. Con punto de agua.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Armarios altos y bajos.</li> <li>• Cuadros.</li> <li>• Encimera con pileta, microondas y frigorífico.</li> <li>• Mesa centro.</li> <li>• Percha.</li> <li>• Sillas.</li> <li>• Sillones de descanso.</li> <li>• Papelera con tapa basculante de 25 l.</li> <li>• Dispensador de toallas de papel.</li> <li>• Teléfono.</li> </ul>