

**FACULTAD DE MEDICINA**  
**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ**



## **TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**

**MEMORIA DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE ASISTENCIA  
DOMICILIARIA DE URGENCIA EN UNA EMPRESA PRIVADA: ANÁLISIS  
DE LA OPTIMIZACIÓN HORARIA Y COSTE-EFECTIVIDAD**

**Alumno:** Alberth Patricio Muñoz Gualán

**Tutor:** Alejandro García Morant

**Master Universitario en Gestión Sanitaria**

**Curso 2024 – 2025**



#### Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/solicitud-de-evaluacion/tfg-tfm/>



## ÍNDICE

I. PRESENTACIÓN.....	4
II. PLAN ESTRATÉGICO.....	4
1. METODOLOGÍA.....	5
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.....	5
2.1. ANÁLISIS EXTERNO.....	6
2.2. ANÁLISIS INTERNO.....	7
2.3. MATRIZ D.A.F.O.....	13
2.4. MATRIZ C.A.M.E.....	14
3. ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS.....	15
Estrategia 1: Optimización horaria.....	15
Estrategia 2: Fortalecimiento de la coordinación con aseguradoras.....	15
Estrategia 3: Expansión sanitaria en telemedicina.....	15
Estrategia 4: Mejorar captación y retención del personal sanitario.....	15
4. PLAN DE ACTUACIÓN.....	16
Estrategia 1: Optimización horaria.....	16
Estrategia 2: Fortalecimiento de la coordinación con aseguradoras.....	18
Estrategia 3: Expansión en telemedicina.....	19
Estrategia 4: Mejorar captación y retención del personal sanitario.....	19
4.1. INDICADORES DE EVALUACIÓN.....	20
5. RECURSOS NECESARIOS.....	21
CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23

## **I. PRESENTACIÓN.**

Se presenta a continuación una memoria de gestión del servicio de atención domiciliaria de una empresa privada en la Comarca de L'Alacantí. Se trata de un servicio que se brinda dentro del sector de atención continuada, cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas que así lo precisan.

El servicio de asistencia domiciliaria de esta empresa privada está formado por equipo de profesionales cualificados (médicos, enfermeros, auxiliares sanitarios, técnicos de laboratorio, etc.), que buscan el bienestar de los usuarios, adaptándose a sus necesidades específicas. Se puede dividir el servicio de asistencia domiciliaria en aquel prestado para pacientes crónicos y aquel que se encarga de resolver las urgencias, siendo el segundo el que nos interesa mejorar su gestión. Este último servicio mencionado, conlleva a una alta carga asistencial, demandando un uso eficiente de los recursos humanos y materiales en el día a día.

En esta memoria se pretende abarcar los aspectos fundamentales de la gestión del servicio, con especial atención a la optimización horaria y la coste-efectividad. Se analizan por tanto los procesos, recursos, resultados y desafíos del servicio, con el objetivo de encontrar un punto de encuentro entre los profesionales, los usuarios y los responsables de gestión. Por esta razón, la finalidad de esta memoria es optimizar la gestión del servicio de asistencia médica domiciliaria de urgencias prestada, considerando los recursos económicos de la empresa y la satisfacción del paciente.

## **II. PLAN ESTRATÉGICO.**

La estrategia se basa en la mejora continua de la calidad asistencial, optimización de recursos y satisfacción de los usuarios. Se intenta encontrar un equilibrio entre la eficiencia económica y la calidad del servicio, teniendo en cuenta tanto los aspectos asistenciales como los organizativos.

## **1. METODOLOGÍA.**

### **Misión.**

Ofrecer servicios de asistencia domiciliaria de la más alta calidad, diseñados para promover la autonomía y el bienestar de las personas en sus hogares, optimizando recursos y garantizando la eficiencia en cada servicio.

### **Visión.**

Ser líderes en el sector de la asistencia domiciliaria, siendo reconocidos por la excelencia en la prestación de servicios, innovación de gestión y satisfacción de usuarios y profesionales. A través de la presencia de indicadores de éxito, como la satisfacción del paciente, tiempo de respuesta a asistencia domiciliaria y optimización del costo operativos del servicio.

### **Valores.**

Compromiso con la calidad del servicio y la mejora continua en la atención de cada usuario, tratando a cada uno con respeto, empatía y consideración, reconociendo su individualidad y necesidades específicas.

Búsqueda de la optimización de recursos, especialmente en gestión horaria, garantizando la máxima rentabilidad social y económica.

Brindar un servicio que se caracterice por su accesibilidad y equidad, que vaya de la mano con el uso de recursos digitales para optimizar la gestión del mismo.

## **2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.**

La asistencia médica domiciliaria, es un tipo de servicio de atención medica que se brinda directamente en el hogar del paciente. Esta asistencia está diseñada para personas que, debido a su condición de salud, edad, discapacidad o movilidad reducida, no pueden trasladarse a un centro de salud u hospital (1). A nivel global, enfrenta desafíos debido al envejecimiento poblacional y la subsecuente creciente demanda de atención a largo plazo, siendo notable en países desarrollados, como Australia, Reino Unido o Japón, siendo en este último necesario la implementación de nuevas estrategias, ya que tienen la sociedad más envejecida del mundo (2-4).

Por lo cual, el servicio de asistencia domiciliaria es uno de los que más crecimiento se espera, yendo de la mano con el envejecimiento de la población, siendo necesario conocer las necesidades de los pacientes y del personal médico, así como los recursos necesarios para manejar un servicio de estas características (5,6).

## **2.1. ANÁLISIS EXTERNO.**

El sector de la asistencia médica domiciliaria en España está experimentando transformaciones significativas debido al envejecimiento poblacional y a la creciente demanda de servicios de cuidado en el hogar.

En España, las comunidades autónomas gestionan la asistencia sanitaria domiciliaria, lo que puede generar variaciones en la prestación de servicios según la región, según sea su necesidad y conveniencia (7,8). Así, en el caso de la Comunidad Valenciana, se dispone de un servicio público de atención médica y asistencia domiciliaria que garantiza la cobertura sanitaria las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de los centros de Salud, Hospitales de Especialidades, Puntos de Atención Continuada (PAC) y Puntos de Atención Sanitaria (PAS), diseñados para la atención de urgencias y atención domiciliaria en cuanto los centros de salud no funcionan (9).

Por el contrario, aquellas personas que no gozan del régimen de seguridad social son aquellos miembros de diferentes mutualidades administrativas (que hayan escogido atención a través de seguros privados) y extranjeros con seguros privados. Siendo en el caso de la Provincia de Alicante, una población total de 50.824 en caso de MUFACE, 10.359 en caso de ISFAS, 2.899 en caso de MUGEJU (10), y un número indeterminado de extranjeros con seguro privado, ya que es una población flotante.

Al basarse el modelo de las mutualidades administrativas en un servicio concertado con aseguradoras privadas, dependientemente del régimen administrativo se podrá escoger de entre un número determinado de aseguradoras privadas. Las cuales, tienen que brindar servicios similares a aquellos brindados por la seguridad social, incluyendo una atención medica sanitaria las 24 horas del día, los 365 días del año.

El mercado de la asistencia médica domiciliaria ha visto una creciente participación de entidades privadas y organizaciones no gubernamentales, complementando los servicios

públicos tradicionales (9). Así, empresas especializadas pueden introducir soluciones digitales, como la telemedicina y dispositivos de monitoreo remoto, aumentando la competencia y mejorando la calidad de los servicios.

## **2.2. ANÁLISIS INTERNO.**

La empresa que brinda los servicios que se analizan en este estudio, tiene convenios con casi todos los seguros privados para la atención presencial de sus asegurados, incluyendo a mutualistas. Además, cuenta con 2 servicios de medicina continuada, para la atención de pacientes fuera de las instalaciones físicas que poseen en Alicante, y así poder brindar un servicio asistencial las 24 horas del día y los 365 días del año.

Así, se cuenta con un servicio de medicina domiciliaria, que hace seguimiento y cuidado de pacientes vulnerables y de pacientes que requieran cuidados paliativos. Este equipo está formado por médico y enfermero que realizan visitas programadas a los pacientes, y técnicos de laboratorio y auxiliares que cumplen funciones complementarias al médico y enfermero.

Adicionalmente, para cumplir con el objetivo de asistencia las 24 horas del día, se cuenta con un servicio de medicina de urgencia a domicilio, para pacientes con asistencia privada y de compañías aseguradoras en Alicante. Los pacientes privados son gestionados por una central telefónica propia de la empresa, los cuales pasan el aviso al médico de guardia para que acuda a brindar la atención domiciliaria de urgencia. En cambio, los pacientes de las compañías aseguradoras primero tienen que comunicarse con su compañía, los cuales inicialmente tratan de resolver telemáticamente el problema médico y en caso de no ser posible, avisan a nuestra central telefónica para que el médico de urgencia se persone en el domicilio y decida el tratamiento idóneo (ya sea este ambulatorio o exista la necesidad de traslado a los Hospitales de referencia para las respectivas compañías).

En la presente memoria de gestión se pretende analizar la micro gestión del centro, que es aquella que permite realizar los cambios en servicios concretos, entre ellos el servicio de asistencia médica domiciliaria de urgencia las 24 horas. Esta gestión es realizada por el director médico encargado del servicio, el mismo que dirige las intervenciones de los

médicos de guardia, establece el radio de atención del servicio y coordina las intervenciones del personal sanitario no médico.

Cabe destacar, que se tomara en cuenta solo los datos referentes a la atención domiciliaria de urgencia las 24 horas del día, enfocándose en la actividad que realizan los médicos de guardia (compuesto por 4 profesionales, que rotan los días de guardia según sea la necesidad). El servicio está organizado por médicos que realizan turnos de 24 horas, por el cual reciben un sueldo por el número de horas y complemento por nocturnidad.

De los profesionales activos en el servicio, al ser preguntados acerca de las deficiencias organizativas, la mitad de los mismos mencionaron que las jornadas de 24 horas son exhaustivas y que además en las horas pico del servicio, existe dificultad para el traslado de los médicos hacia el domicilio de los pacientes que requieren el servicio.

Además, en el año 2024, solo el 50% de la plantilla se ha mantenido estable, habiendo tenido la necesidad de contratar nuevos profesionales por periodos de aproximadamente 3-4 meses, siendo la principal razón del abandono de los profesionales, el horario exhaustivo de 24 horas al cual no se pueden adaptar, y no pueden conciliarlo con su vida personal.

En cambio, el porcentaje de la plantilla que se ha mantenido estable, han estado brindando el servicio por más de 10 años, en las mismas condiciones por lo que describen estar de acuerdo con el horario laboral, y no tienen dificultad para movilizarse en la zona ya que cuentan con vehículo propio (a motor, de 2 ruedas - motocicleta), facilitando su movilidad.

Actualmente, la empresa no cuenta con vehículos propios para la movilización del personal y no se tiene establecido un sistema de pago complementario que tome en consideración el kilometraje de desplazo de los avisos realizados. Lo cual, disminuye el nivel de satisfacción de los médicos de guardia.

De igual forma, no se cuenta con un sistema digitalizado que permita el uso de nuevas tecnologías para resolver casos de manera telemática, en parte porque actualmente el concierto con las aseguradoras no engloba este tipo de servicio.

En el supuesto que existan varios avisos domiciliarios a la vez, el medico realiza un triaje (Tabla 1) y se asiste primero a aquellos que se consideren como una urgencia médica inmediata, que requieran una asistencia médica obligatoria.

**Tabla 1. Categorización de atención médica domiciliaria.**

Código	Tipo de asistencia	Definición
Código verde	Urgencia leve	Situación no representa peligro inmediato, la atención puede esperar, podría realizarse de manera ambulatoria
Código amarillo	Urgencia moderada	Situación con potencial riesgo, reconoce necesidad de atención, pero permite cierta flexibilidad
Código rojo	Emergencia inmediata	Riesgo vital inminente, atención medica obligatoria

**Fuente: autor.**

Con esta organización, en la zona de la Comarca de L'Alacantí se atendió en el año 2024 un total de 3.987 pacientes (Tabla 2), de las cuales, el 85% representa a aquellas atenciones definidas como código verde/urgencia leve.

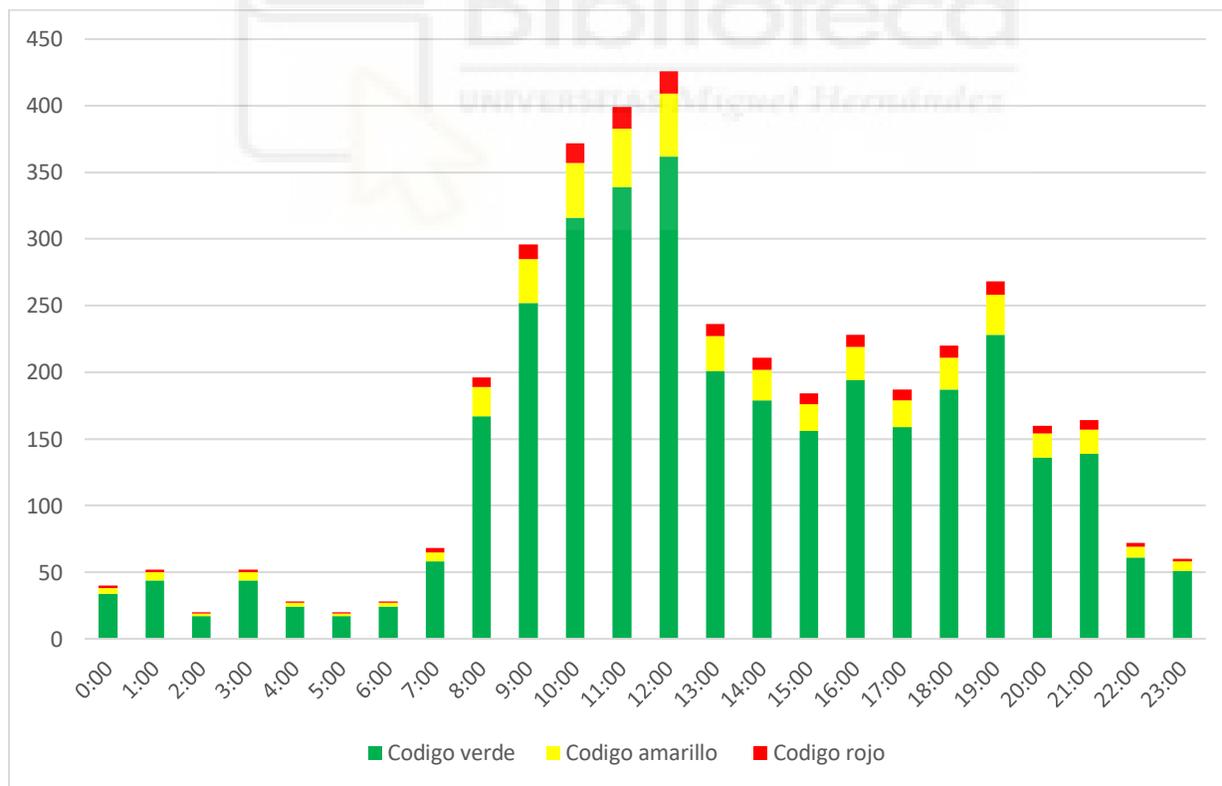
A su vez, si se representan las atenciones del año 2024 según la franja horaria en las que fueron requeridas, se puede evidenciar que el 89% de todas las atenciones médicas se realizaron dentro del rango de entre 08:00 a 21:00, lo que significa que durante las 10 horas de la noche/madrugada las atenciones totales al año representan tan solo el 11%, con mayor número de atenciones de urgencias leves (Gráfico 1).

**Tabla 2. Demanda anual de servicios, según la categorización, del año 2024.**

Código	Servicios anuales	Porcentaje
Código verde	3.389	85%
Código amarillo	439	11%
Código rojo	159	4%
Total	3.987	100%

Fuente: autor.

**Gráfico 1. Representación de servicios por horario de llamada, según la categorización, en el año 2024.**



Fuente: autor.

En lo que respecta a los principales motivos de asistencia sanitaria domiciliaria, en el año 2024 las principales causas de atención de urgencias leves, están representadas por cuadros agudos como tos, odinofagia y síntomas gastrointestinales, que en su conjunto representan el 65% de todas las atenciones de código verde. Además, en cuanto a las principales urgencias moderadas, se han atendido cuadros de dificultad respiratoria, vértigo/mareo y lumbalgia, que en su totalidad representan el 63% de todas las atenciones de código amarillo. Por último, en cuanto a las emergencias de atención inmediata, se han atendido cuadros de hipertensión arterial (HTA), disnea, palpitaciones y pérdida de conocimiento, que en su conjunto representan el 53% de todas las atenciones de código rojo (Tabla 3). En todas las categorías antes mencionadas, existen atenciones de otras patologías, pero individualmente representan menos del 10% en el caso de urgencias leves y moderadas, y menos del 5% en caso de emergencias inmediatas.

**Tabla 3. Principales motivos de asistencia, según categorización, en el año 2024.**

	Motivo de asistencia	n	%
<b>Urgencia leve</b>			
1	Tos/expectoración	949	28%
2	Dolor de garganta	746	22%
3	Nausea/vomito/diarrea	508	15%
<b>Urgencia moderada</b>			
1	Dificultad respiratoria	137	31%
2	Vértigo/mareo	88	20%
3	Lumbalgia	53	12%
<b>Emergencia inmediata</b>			
1	HTA	38	24%
2	Disnea	25	16%
3	Palpitaciones	13	8%
4	Pérdida de conocimiento	8	5%

**Fuente: autor**

El servicio de asistencia domiciliaria representa una disminución sustancial de atenciones presenciales en los centros médicos, ya que el 95% de las atenciones

realizadas por el servicio, se resuelven de manera ambulatoria, requiriendo el restante 5% de traslado a un centro de referencia para tratamiento más especializado (Tabla 4).

**Tabla 4. Necesidad de traslado hospitalario de pacientes atendidos, según la categorización, en el año 2024.**

Código	Servicios anuales	Resolución		Traslado a Hospital de referencia	
		Ambulatoria			
		n	%	n	%
Código verde	3.389	3389	100	0	0
Código amarillo	439	390	89	49	11
Código rojo	159	0	0	159	100

**Fuente: autor.**

Cabe mencionar, que, en el análisis interno previo, que no se toma en cuenta el resto de personal sanitario, ya que ellos ya cuentan con un horario de 8 horas diarios, dentro del cual realizan todas las actividades requeridas.

Tomando en consideración todo lo descrito previamente, la disminución del horario laboral a uno de 12 horas, comprendido de 08:00 a 20:00 (periodo de mayor demanda asistencial) supondría un ahorro de al menos 50% en concepto de salario a personal médico. A su vez, representaría un mejor uso de los recursos económicos, ya que se aseguraría la atención de la mayor cantidad de pacientes (aproximadamente el 90%).

Sin embargo, aunque el resto de franjas horarias solo representa el 10% de todas las atenciones totales, se atienden el 11% de todas las urgencias moderadas y el 11% de todas las emergencias inmediatas. Tomando en cuenta que, el 11% de todas las urgencias moderadas y el 100% de todas las emergencias inmediatas, son trasladadas al hospital de referencia, dejar sin atención a estos pacientes resultaría en una deficiente atención médica, y pondría en riesgo la morbilidad y mortalidad de aquellos pacientes que requieran atención en esta zona horaria (Gráfico 1).

Por lo tanto, la optimización horaria y coste-efectividad del servicio de atención domiciliaria de urgencia, no debe enfocarse en la eliminación del servicio nocturno, sino en la reorganización del servicio, tomando en cuenta la notable diferencia del número de atenciones, según la franja horaria. Además, se debe tener en cuenta los cambios que se esperan a futuro, debido al envejecimiento de la población.

### 2.3. MATRIZ D.A.F.O.

La descripción previa facilita la identificación de los aspectos clave para diseñar la matriz DAFO, que funciona como referencia en la formulación del plan estratégico.



## 2.4. MATRIZ C.A.M.E.

Con la información recabada en la matriz D.A.F.O. se puede desarrollar las posibles acciones a cada elemento, a través de la matriz C.A.M.E.



### **3. ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS.**

A partir del análisis de la matriz D.A.F.O. y C.A.M.E, se establecen las siguientes estrategias y objetivo:

**Objetivo primario:** Optimizar la gestión del servicio de asistencia médica domiciliaria de urgencias.

#### **Estrategia 1: Optimización horaria.**

Reducir la jornada laboral de los médicos de guardia, concentrando la cobertura en el periodo de mayor demanda asistencial (08:00-20:00). Optimizando de esta manera el tiempo y reduciendo la carga laboral en horarios de baja demanda. Además, es necesario evaluar la viabilidad de una reestructuración del servicio nocturno para garantizar la cobertura con menor impacto de costos.

#### **Estrategia 2: Fortalecimiento de la coordinación con aseguradoras.**

Mejorar los tiempos de respuesta en la autorización de servicios domiciliarios por parte de las aseguradoras, a través de un sistema equivalente de priorización de atención domiciliaria, para evitar la saturación del servicio en horas pico, con patologías/servicios que pueden ser gestionados de diferente manera. Potenciando de igual forma la coordinación con centros sanitarios de referencia, para mejorar la derivación de pacientes.

#### **Estrategia 3: Expansión sanitaria en telemedicina.**

Incorporar en la cartera de servicios consultas médicas remotas, para resolver casos sin necesidad de desplazamientos innecesarios, tomando en consideración que no se puede solapar con los servicios ya brindados por las aseguradoras privadas.

#### **Estrategia 4: Mejorar captación y retención del personal sanitario.**

Implementar incentivos laborales para mejorar la estabilidad del equipo médico, y reducir en al menos un 25% la rotación del personal, a través de mejoras de las condiciones laborales.

#### **4. PLAN DE ACTUACIÓN.**

##### **Estrategia 1: Optimización horaria.**

En cuanto a la estrategia de ajustar la jornada laboral de turnos de 24 horas a turnos partidos, es imprescindible no dejar desatendidos los pacientes del turno con menor demanda (20:00-08:00), por lo cual no es viable la eliminación completa del turno nocturno.

Tomando en cuenta la necesidad futura (a corto y mediano plazo) del aumento de atención durante las horas de la mañana, se pueden valorar 2 posibles soluciones:

- a) Partición de la jornada única de 24 horas en 2 jornadas de 12 horas cada una, lo cual implicaría que aquellos profesionales que brinden sus servicios dentro de la primera jornada tengan una gran carga asistencial, y la necesidad de laborar al menos 4 días en solo turnos de la mañana para llegar a las 40 horas laborables semanales. A su vez, aquellos profesionales que laboren en el segundo turno tendrán una carga laboral que solo representa el 10% de todas las atenciones en el mismo número de horas trabajadas, lo cual no es beneficioso en la optimización costo-económica.
- b) Por el contrario, la división de la jornada en una primera de 8 horas (de 8:00 a 16:00 - que representa el 65% de todas las atenciones) de lunes a sábado, y una segunda jornada de 16 horas (de 16:00 a 08:00 - que representa el faltante 35% de las atenciones) de lunes a sábado, siendo excepcional el día domingo que continuara siendo de 24 horas. Estos cambios son más factibles, ya que esta jornada laboral se puede usar en caso de aumento de demanda en las horas picos (dentro de la primera jornada), ya sea por aumento de la población flotante extranjera o por aumento de demanda de pacientes añosos.

De esta manera, para llevar a cabo estos cambios se requiere cambiar los contratos laborables con el personal médico que se encuentra laborando actualmente en el servicio. Como se menciono previamente, en este momento se requiere 4 profesionales médicos para sustentar el servicio, los mismos que realizan de manera rotatoria guardias de 24 horas (un total de aproximadamente 7-8 guardias/mes). Se tiene previsto que para el cambio mencionado en el punto “b” se requiere al menos de 2 médicos para que

realicen la jornada de las mañanas y de entre 3 o 4 médicos para realizar la jornada de las tardes/noches y domingos.

En números se puede representar de la siguiente manera:

1) Modelo actual:

(turnos de 24 horas \* 31 días) /4 médicos => 744 horas al mes/4 médicos  
=>186 horas\_mes/medico => 46.5 horas\_semana/medico

2) Modelo propuesto:

a) Jornada de la mañana:

(jornada de 8 horas \* 26 días) /2 médicos => 208 horas al mes/2 médicos  
=> 104 horas\_mes/medico => 26 horas\_semana/medico.

b) Jornada de la tarde/noche y domingos:

(jornada de 16 horas \* 26 días) + (jornada de 24 horas \* 4 días) => 512 horas  
=> 512 horas\_mes/2 médicos => 256 horas\_mes/medico  
=> exceso de 192 horas\_mes (48 horas\_semana).

3) Por lo tanto, para el cambio del modelo se requiere una plantilla de 4 médicos, de los cuales 2 tendrán mañanas fijas con un contrato fijo, que trabajaran 3 o 4 días a la semana (de lunes a sábado) y lo complementaran con un aproximado de 3 guardias al mes; y, otros 2 médicos tendrán un contrato por horas, que realizaran guardias de 16 o 24 horas, en un numero aproximado de 8 a 10 guardias al mes, según se requiera (Tabla 5).

Medico #1	184 horas
Medico #2	184 horas
Medico #3	192 horas
Medico #4	184 horas

**Tabla 5. Cronograma laboral mensual, tomando en cuenta nueva jornada**

Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

**Fuente: autor**

En términos económicos se puede reducir el costo del servicio, cambiando el costo\*hora de los mismos. Tomando en consideración que en el momento actual el costo\*hora representa el 100%, al modificar este costo del 100% solo hacia las horas en las cuales existe un aumento de demanda (de 08:00 a 21:00), y reduciendo el costo\*hora al 75% en las horas de entre las 21:00 a las 08:00, se obtendrá una reducción aproximada del 35% solo en concepto salarios médicos.

A su vez, esta reducción de costos se tiene que usar para invertir en la mejora de las condiciones laborales (lo cual se explicará en el punto 4 – mejorar capacitación y retención del personal sanitario)

**Estrategia 2: Fortalecimiento de la coordinación con aseguradoras.**

Implementar un sistema de gestión digital conjunto con las aseguradoras, para la priorización de asistencias domiciliarias, a través de un triaje previo que cumpla los mismos criterios para todos los involucrados, para mejorar la eficiencia del servicio. Lo

que conllevara, una revisión de los acuerdos contractuales para optimizar la gestión de los servicios y tiempos de respuesta.

De forma adicional, aunque la optimización horaria tiene sentido desde la perspectiva financiera, se tiene que analizar el impacto en la calidad del servicio, por lo que es importante que, en los primeros meses de aplicación del nuevo horario laboral y nuevas condiciones contractuales, se analice el impacto en la calidad del servicio, implementando un sistema de encuesta/feedback, en el cual los pacientes evalúen la calidad del servicio. De igual forma, se tiene que mantener y establecer un tiempo de espera mínimo del servicio para que no se afecte la calidad de asistencia.

### **Estrategia 3: Expansión en telemedicina.**

Incorporación de servicio de telemedicina con videoconsultas para la resolución de urgencias leves, promoviendo el mismo hacia los pacientes y aseguradoras. Lo cual requerirá, capacitación del personal en el uso de herramientas digitales, con una evaluación periódica de su efectividad y uso. Se pretenderá aumentar en un 20% el uso de herramientas de telemedicina como complemento de asistencia domiciliaria, especialmente para la resolución de urgencias leves.

\* Este punto es dependiente del tipo de concierto que se tenga con las empresas privadas, ya que, si todas ellas ya cuentan con un servicio de telemedicina, no tendría utilidad incursionar en ello. Por lo tanto, se requiere primero ofertar un posible servicio y dependiendo de la demanda se tomarán medidas en concreto.

### **Estrategia 4: Mejorar captación y retención del personal sanitario.**

Implementación de incentivos salariales y mejoras en las condiciones laborales, haciendo énfasis en las horas de cada turno, y acceso a un vehículo de la empresa para la movilización del personal, en caso que así se requiera. Brindando, además, un plan de formación continua para el personal sanitario.

Con el ahorro que representa la reducción del porcentaje salario en las horas de nocturnidad, se puede implementar una de las siguientes variantes:

- a) Renting de vehículos para brindar el servicio, con repostaje a cargo de la empresa.

- b) Realizar un sistema de pago de kilometraje\*servicio, tomando en cuenta la distancia de lugar de base hacia el domicilio.

#### **4.1. INDICADORES DE EVALUACIÓN.**

Para mantener un control de las estrategias que se intentan implementar es necesario evaluar las mismas, y así controlar que se cumplan en su totalidad, para lo cual se establecen indicadores que midan la eficiencia, eficacia y coste-efectividad del servicio, las cuales tendrán que ser evaluadas periódicamente:

##### **Indicadores de Eficiencia**

Miden el uso de los recursos y la capacidad del servicio para optimizar tiempos y costos.

- **Tiempo promedio de respuesta a la urgencia** (minutos desde la llamada hasta la llegada del médico al domicilio).
- **Número de atenciones por turno/hora** (pacientes atendidos por franja horaria).
- **Índice de ocupación del personal sanitario** (% de tiempo efectivo en consultas frente al total del turno).
- **Costo medio por asistencia domiciliaria** (total de gastos dividido por el número de atenciones).

##### **Indicadores de Eficacia**

Miden el impacto del servicio en la salud del paciente y la satisfacción.

- **Porcentaje de casos resueltos sin derivación hospitalaria** (atenciones que no requieren traslado).
- **Tiempo de resolución del episodio agudo en domicilio** (minutos desde la llegada hasta la finalización del caso).
- **Satisfacción del paciente** (% de pacientes que valoran positivamente el servicio en encuestas).
- **Satisfacción del personal sanitario** (grado de satisfacción laboral y nivel de estrés en el equipo).

##### **Indicadores de Coste-Efectividad**

Relacionan los recursos empleados con los beneficios obtenidos.

- **Costo por paciente atendido vs. costo de una atención hospitalaria** (comparación del ahorro frente a la alternativa hospitalaria).
- **Reducción de hospitalizaciones evitables** (% de urgencias domiciliarias que evitaron ingresos hospitalarios).

- **Ahorro total en la empresa** (diferencia entre costos de atención domiciliaria e ingresos por concertación del servicio).

## **5. RECURSOS NECESARIOS.**

Para la implementación del plan de actuación, se requieren los siguientes recursos:

### **1. Recursos humanos**

- Médicos especializados en atención domiciliaria, se requiere en total contar con una plantilla de 6 médicos para mantener el servicio según la reestructuración horaria.
- Técnicos en sistemas para la implementación de servicio de telemedicina, en caso de que se llegue a la implementación del mismo.

### **2. Recursos tecnológicos**

- Plataforma de telemedicina, que cuente con las condiciones mínimas para el intercambio de información con todas las compañías con las que se cuenta el concierto.
- Software de gestión digital, para valorar los indicadores de evaluación y los cambios de reestructuración horaria.

### **3. Infraestructura y logística**

- Vehículos para desplazamiento del personal médico, o sistema de compensación de kilometraje.
- Implementos médicos para atención domiciliaria, que abarque todo tipo de urgencias.

## **CONCLUSIONES**

La reestructuración del servicio de asistencia domiciliaria, basada en la optimización horaria y el uso de telemedicina, permitirá mejorar la eficiencia operativa y la calidad asistencial. La implementación de estrategias dirigidas a fortalecer la coordinación con aseguradoras, expandir la telemedicina y mejorar la retención del personal médico contribuirán a un modelo de atención más sostenible y eficiente. La adecuada planificación y gestión de los recursos garantizarán la continuidad del servicio y la satisfacción tanto de los pacientes como del personal sanitario. El servicio de atención domiciliaria de urgencia puede ser reestructurado sin representar déficits en la calidad del mismo, con una reducción de costes de aproximadamente 35% solo en salarios, el cual puede ser reinvertido para potenciar la asistencia que se brindan.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Instituto Nacional del Envejecimiento. (2024). Servicios de atención domiciliaria. Gobierno de los Estados Unidos. NIH. Biblioteca Nacional de Medicina. MedlinePlus. Recuperado de <https://medlineplus.gov/homecareservices.html>
- 2) Palesy, D., Jakimowicz, S., Saunders, C., & Lewis, J. (2018). Home care in Australia: an integrative review. *Home Health Care Services Quarterly*, 37(2), 113-139. <https://doi.org/10.1080/01621424.2018.1438952>
- 3) Hughes, S., & Burch, S. (2020). I'm not just a number on a sheet, I'm a person': Domiciliary care, self and getting older. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 903-912. <https://doi.org/10.1111/hsc.12921>
- 4) Iwata, H., Matsushima, M., Watanabe, T., Sugiyama, Y., Yokobayashi, K., Son, D., Sato, Y., Yoshida, E., Satake, S., Hinata, Y., & Fujinuma, Y. (2020). The need for home care physicians in Japan - 2020 to 2060. *BMC Health Services Research*, 20(1), 752. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05635-2>
- 5) Palesy, D., Jakimowicz, S., Saunders, C., & Lewis, J. (2018). Home care in Australia: An integrative review. *Home Health Care Services Quarterly*, 37(2), 113-139. <https://doi.org/10.1080/01621424.2018.1438952>
- 6) Cooper, C., Cenko, B., Dow, B., & Rapaport, P. (2017). A systematic review evaluating the impact of paid home carer training, supervision, and other interventions on the health and well-being of older home care clients. *International Psychogeriatrics*, 29(4), 595-604. <https://doi.org/10.1017/S1041610216002386>
- 7) Gobierno de España. (1984). Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, sobre transferencia de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Madrid en materia de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-16408>
- 8) De la Revilla, L., & Espinosa Almendro, J. M. (2003). La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Atención Primaria*, 31(9), 587-591.

- 9) Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. (2025). Portal oficial de la sanidad en la Comunidad Valenciana. Recuperado de <https://www.san.gva.es/ca/web/sanidad>
- 10) Cátedra Extraordinaria Salud Sostenible y Responsable. (2023). El mutualismo administrativo: Modelo predictivo sobre la elección de los mutualistas de su modelo sanitario y escenarios futuros. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de [https://www.aspesanidad.es/wp-content/uploads/Informe-Mutualismo-administrativo-Modelo-predictivo-y-escenarios-futuros\\_compressed-2.pdf](https://www.aspesanidad.es/wp-content/uploads/Informe-Mutualismo-administrativo-Modelo-predictivo-y-escenarios-futuros_compressed-2.pdf)

