



**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CHILE

Alumna: Maritza Ortega Palavecinos

Profesor guía: Maria Carolina Barrios Arredondo

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ADMINISTRADOR PÚBLICO

Santiago de Chile 2018

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--|------------|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN | 6 |
| OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 9 |
| HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN | 9 |
| ESTRATEGIAS METODOLOGICAS | 10 |
| 1) Tipo de Estudio | |
| 2) Definición de la muestra | |
| 3) Técnicas de recolección de datos | |
| 4) Técnicas de análisis de los datos | |
| 5) Variables de estudio | |
| 6) Operacionalización de las variables | |
| PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO | |
| CAPITULO I Trayectoria del Derecho Constitucional, a la protección de la salud en Chile | 13 |
| CAPITULO II Organización del sistema de salud: subsector público y subsector privado | 21 |
| CAPITULO III Sistemas de cuidados domiciliarios | 37 |
| CAPITULO IV Antecedentes históricos de la hospitalización domiciliaria | 44 |
| CAPITULO V Variaciones en el modelo de hospitalización domiciliaria | 51 |
| CAPITULO VI Hospitalización domiciliaria como complemento estratégico | 54 |
| SEGUNDA PARTE: MARCO REFERENCIAL | |
| CAPITULO VII Modelo propuesto en Chile | 59 |
| CAPITULO VIII Diagnóstico en Chile | 64 |
| CAPITULO IX Hospitalización domiciliaria del hospital La Florida | 66 |
| TERCERA PARTE: | |
| RESULTADOS | 80 |
| CONCLUSIONES | 92 |
| APORTES A LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA | 107 |
| REFERENCIAS | 110 |
| ANEXOS | 114 |

INTRODUCCIÓN

En nuestro sistema de salud, el uso de camas hospitalarias asume un número significativo de los recursos destinados a la salud pública (Bañeres J. 1993: 407), como consecuencia de ello, se han elaborado y ejecutado propuestas innovadoras y de bajo costo respecto a la hospitalización tradicional; algunas de ellas; La modalidad Hospital de día (Schwartzman K. 2001: 165) y Hospitalización domiciliaria (Llorens P. 2011: 23 / Marrades R. 2001: 37) ya han demostrado la optimización del uso de recursos sanitarios en pacientes que requieren procedimientos de menor complejidad.

Estudios recientes han incorporado nuevas patologías para su manejo en esta modalidad con buenos resultados a nivel nacional, entre ellas, pacientes con infecciones del tracto respiratorio inferior (Roldan R. 2015: 143) y pacientes mayores de 60 años (Pavlovic A. 2016: 41).

Dichas propuestas se planifican además en función del aumento poblacional; dado que en los últimos años el fenómeno demográfico más relevante a nivel mundial dice relación con el envejecimiento poblacional. En el año 2009 se consideraba que 737 millones de personas tenían 60 años y más, componiendo la “población” adulta mayor mundial, proyectándose que esta cifra aumentara a dos billones en 2050 (MINSAL 2014: 32).

En este contexto, el progresivo envejecimiento de la población se constituye como factor de riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades; generado un cambio en las demandas relacionadas con los ámbitos médicos y sociales, lo cual implica contar con nuevos recursos y estructuras para poder dar respuesta a los requerimientos de la población en cuanto a patologías y tratamientos médicos abordados desde lo biopsicosocial (Rosângela MC. 2002: 254). Por otro lado, la longevidad trae consigo un aumento de las enfermedades crónicas y

degenerativas, un mayor reporte de caídas y dependencia en el adulto mayor, aumentando la demanda sanitaria – asistencial y costos asociados (Ibíd.).

Por lo precedente, es importante considerar los sistemas de cuidado domiciliario como una alternativa viable de atención a la salud, en momentos de crisis y recorte de gasto social.

Desde el punto de vista económico, tienen la ventaja de abaratar costos, tanto para las instituciones hospitalarias (entre otros a través de la liberación de camas) y desde el ámbito familiar; para las personas enfermas y núcleo más cercano. Sumado a esto; la implementación de este modelo no requiere de grandes inversiones en infraestructura, sino de capacitación a los equipos de cuidadores (Atenea FC, CEPAL, 2014: 46).

En este aspecto, es relevante mencionar que en Chile este modelo de atención se implementa formalmente a través del Ministerio de Salud (MINSAL) en diez hospitales públicos desde año 2011. Sin embargo, actualmente existe escasa documentación que pueda favorecer y/o enmarcar los lineamientos bases y protocolos de funcionamiento de un modelo con estas características.

Por lo cual, describir el presente modelo busca ofrecer una alternativa no tradicional de hospitalización de un paciente, con una incorporación más rápida a su entorno familiar, disminución de los riesgos de permanecer ingresado en un hospital y con un menor costo para el sistema de salud, considerando esta alternativa como una forma de participación proactiva de todos los miembros involucrados en dicho modelo, paciente, familia, sistema de salud.

En lo que respecta la importancia de un estudio de estas características, resulta fundamental ahondar en temáticas nuevas e innovadoras, a la fecha escasamente conocidas a nivel nacional, tanto por los equipos médicos, instituciones de salud, como además por los pacientes que pudieran ser beneficiarios de este modelo alternativo.

La elaboración de este estudio es fundamental, en tanto otorga elementos diferenciadores que permiten profundizar y ampliar el análisis de la realidad que existe en nuestro país, a fin de poder definir cuan beneficioso para el estado y los pacientes es acceder a modelos hospitalarios de esta envergadura.

Es relevante mencionar que esta investigación y el impacto en lo que respecta costo – beneficio de la implementación del modelo de hospitalización alternativa, pretende aportar herramientas y antecedentes que favorezcan la construcción de Políticas Sociales en nuestro país; ya sea en el ámbito de la salud pública, adulto mayor e innovación clínica; y de esta forma hacer que éstas bajen a los sectores más desprotegidos y vulnerables.

Cabe destacar que la presente tesis, expone componentes teóricos internacionales y escasamente nacionales; y de referencia e implementación local, específicamente en la comuna de La Florida; que permitirán enriquecer y ahondar en el análisis y propuestas entorno a la salud pública nacional.

Frente a este escenario, se estimó realizar un estudio de tipo **Exploratorio - descriptivo**, de carácter **retrospectivo**; obteniendo datos para la investigación; de la ficha clínica de cada paciente (con autorización del comité ético del Hospital La Florida); cabe consignar que será en forma retrospectiva dado que los resultados serán en base a las estadísticas del año 2016.

La muestra de esta investigación, quedo definida como el universo, compuesto por todos los pacientes ingresados a la unidad de hospitalización domiciliaria desde el 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2016; conformando así un total de 3220 pacientes que recibieron algún tratamiento en esta unidad.

En cuanto a la técnica de recolección de datos, existen dos instrumentos; la encuesta de satisfacción usuaria y la ficha clínica; ambas serán esenciales al

momento de realizar diagnóstico, revisar prestaciones y definir perfil sociodemográfico de los pacientes.

Lo anterior, a fin de llegar a “*Describir el modelo de hospitalización domiciliaria, como una alternativa no tradicional para el manejo de pacientes agudos de un hospital público*”

Este documento se encuentra segmentado en distintos apartados, partiendo de la base estructural del estudio, lo cual contempla la problematización del fenómeno a estudiar y la interrogante surgida para el mismo, luego los objetivos e hipótesis que sirvieron de base.

La segunda parte consigna el marco metodológico de la investigación, el cual antecede lo teórico y de referencia, para así ofrecer las conclusiones y hallazgos, como así mismo los aportes de esta investigación para la administración pública.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los hospitales públicos del sistema de salud chileno y especialmente en aquellos de mayor complejidad de atención, existe escasez de camas en algunos de sus servicios clínicos, por lo que resulta conveniente buscar alternativas de optimización de su uso.

Una de estas alternativas consiste en la liberación de camas del hospital, derivando a domicilio a aquellos pacientes afectados por una patología que así lo permita, de tal forma que puedan continuar con el tratamiento en su hogar durante el periodo de convalecencia y entregándoles en su hogar las mismas prestaciones que hubiese recibido en el hospital.

Tanto el crecimiento de la población como la recurrencia de ciertas enfermedades generan una presión asistencial sobre hospitales tipo¹ 1 y 2, lo que se expresa en un incremento de las listas de espera, evidenciándose la escasez de camas de mayor complejidad.

En este contexto la pregunta de investigación dice relación con **¿cuáles son los resultados de implementar el modelo de hospitalización domiciliaria, como alternativa al manejo de pacientes agudos en un hospital público?**; Considerando que puede disminuir la carencia de camas en los hospitales público; libera días camas, disminuir listas de espera, favorecer la satisfacción usuaria; y entre otros beneficios intra y extra sistema.

De acuerdo a la opinión de médicos, una proporción significativa de las personas que padecen enfermedades crónicas puede ser derivada a hospitalización alternativa y ser tratadas en sus respectivos hogares en algún periodo de convalecencia, acortando con ello las estadías hospitalarias de estos pacientes. Tanto la tecnificación como la complejidad de la oferta de prestaciones de salud y la evolución epidemiológica de la población han provocado que el recurso cama se concentre en los hospitales tipo 1 y 2, los que en conjunto administran cerca del 70% de las camas con que cuenta el sistema público de salud.

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo independiente de la atención al enfermo en la comunidad comenzó en el siglo XIX después de la revolución industrial y ha continuado hasta nuestros días. (Kark, S. 1994)

1

Hospital Tipo 1. Establecimiento de alta complejidad, con no más de 500 camas, ubicado en la ciudad sede de la dirección del Servicio de Salud, constituyendo el Hospital Base de cada unidad del sistema.

Hospital Tipo 2. Establecimiento de alta complejidad, de 250 a 300 camas, ubicado en ciudades con alrededor 100.000 habitantes como hospital único o en grandes urbes, como apoyo al tipo 1. En Servicios de Salud poco poblados podría llegar a ser el establecimiento de mayor complejidad.

La Visita Domiciliaria es sin duda uno de los temas de "moda" en el mundo de la atención médica, especialmente para aquellos pacientes que conllevan las probabilidades de padecer enfermedades crónicas, invalidez y en definitiva, la falta de autonomía para moverse.

La hospitalización domiciliaria es un servicio que se realiza en el domicilio de la persona, a fin de dar soporte y seguimiento a una condición específica de salud de paciente y además apoyar y educar a su familia, para así potenciar su autonomía.

Desde hace más de treinta años, la hospitalización domiciliaria ha sido parte importante del equipo de salud mediante la cual se ha creado un vínculo personal que facilita las actividades de fomento, promoción y prevención para la salud familiar, a través de ella se proyecta e inicia la acción hacia la familia y comunidad. (Castillo T. 1995; 10-14)

En los distintos países desarrollados durante las últimas décadas se han producido cambios en los planteamientos de la hospitalización domiciliaria, tanto en los niveles sanitarios como en los sociales, estos cambios tienen en común una serie de factores propios de nuestra sociedad actual, tales como el envejecimiento, la interacción del anciano en su medio natural, la potenciación del autocuidado y el incremento de las actividades preventivas entre otras. Por otra parte, se favorece la disminución de los costos de la institucionalización al brindar hospitalización domiciliaria a los pacientes que así lo requieran.

La hospitalización domiciliaria es considerada como una actividad de los servicios de salud, porque permite la extensión de cobertura y facilita el enlace multisectorial entre la familia y los núcleos humanos e institucionales, cuyas acciones conjuntas se orientan a la elevación de la calidad de vida. (Lesende I. 1995: 16)

En este contexto, es que los cambios demográficos y epidemiológicos de nuestra sociedad permiten predecir que la importancia de la hospitalización domiciliaria irá en aumento, sobre todo aquellas programadas que se ofertan al paciente en edad avanzada, enfermos crónicos, pacientes en etapa terminal, o con dependencia física y/o psíquica o simplemente en la detección de riesgos psico-sociales y a su vez permite conocer los recursos de la familia que potencialmente pueden desempeñar roles favorables en el proceso asistencial.

Por lo cual, es importante tener claro que los programas de hospitalización domiciliaria deben sustentarse en una infraestructura de recursos humanos, materiales y financieros, que garanticen su funcionamiento acorde con las políticas y estrategias trazadas previamente.

Considerando lo precedente, se estima que la hospitalización domiciliaria es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, en la medida en que tiene como objetivo responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial u organizativas que ello lleva consigo; tanto para el usuario y su familia, como para el equipo de atención de salud. (Quevedo L. 1997)

Finalmente, esta modalidad de hospitalización se planifica en base a análisis rigurosos de la realidad que aparece en torno a la atención domiciliaria nos obliga a tener en cuenta factores condicionantes:

- Envejecimiento progresivo de la población.
- Aumento de la esperanza de vida de la población.
- Un cambio de hábitos de frecuentación de las estructuras de atención de salud.
- Importante déficit de camas hospitalarias.
- Favorecer la calidad de vida y buen morir de pacientes (cuidados paliativos)

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1) OBJETIVO GENERAL:

Describir los resultados de la implementación del modelo de hospitalización domiciliaria, como una alternativa no tradicional para el manejo de pacientes agudos de un hospital público.

2) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar el perfil sociodemográfico de los pacientes ingresados al modelo de atención entre Enero y Diciembre del 2016.
- Identificar la especialidad y patologías más frecuentes por los cuales los pacientes ingresan a este modelo de atención.
- Determinar el número y tipo de prestaciones recibidas por los pacientes ingresados a este modelo de atención.
- Establecer el tiempo de estadía de los pacientes ingresados al modelo de atención.
- Determinar el gasto de la hospitalización domiciliaria, en comparación con la hospitalización tradicional.
- Describir la calidad de los servicios realizados, a través de la satisfacción usuaria en cuanto a la percepción de los pacientes y/o su grupo familiar respecto al modelo de atención.

HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Los estudios exploratorios tienen como objetivo examinar un tema desconocido, por estudiado o novedoso; sirve para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, pocas veces constituye un fin en sí mismo y sus resultados se ofrecen como base para otros estudios, por este motivo, tanto en estudios de carácter cualitativo – cuantitativo no considera hipótesis causales o de otra naturaleza.

ESTRATEGIAS METODOLOGICAS

1) TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo **Exploratorio – descriptivo** considerando que el objetivo de la Investigación es describir un tema, que a la fecha de la investigación ha sido abordado muy poco o en nada; no existiendo, literatura o si existe es muy escasa; y su cronología es **retrospectiva** debido a que la elaboración es posterior a los hechos estudiados, recogiendo datos de fichas clínicas de los pacientes atendidos durante Enero a Diciembre del 2016 en la unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital La Florida.

2) DEFINICION DE LA MUESTRA

Universo: Pacientes ingresados a hospitalización domiciliaria del Hospital Clínico La Florida, desde el 01 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2016, conformado por un total de 3220 pacientes ingresados a esta unidad para recibir algún tratamiento en su domicilio.

Muestra: Para efectos de este estudio la muestra quedo conformada por la totalidad del universo, sin ningún criterio de exclusión.

3) TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utiliza **La Encuesta** de Satisfacción Usuaría; la cual está dirigida a la totalidad de los pacientes en estudio, seguidamente se recurre a **La ficha clínica**, destinada a recopilar información del paciente; en cuanto a diagnóstico, prestaciones y datos personales.

4) TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para efecto de analizar los datos obtenidos mediante las fichas realizadas, se utilizara el programa informático Excel; cuyos resultados se presentaran a través de estadística descriptiva.

5) VARIABLES DE ESTUDIO

- **Variable 1:** Perfil socio demográfico del paciente
Sub variable: Edad – género – previsión salud
- **Variable 2:** Competencia y estructura del modelo
Sub variable: especialidad y patología de ingreso – tipo de prestaciones – tiempo de estadía
- **Variable 3:** Calidad de los servicios
Sub variable: satisfacción usuaria

6) OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| | | | |
|-----------------------|---------------------------------------|------------------------|--|
| VARIABLE 1 | PERFIL SOCIOD EMOGR AFICO | EDAD (GRUPO ETAREO) | 15 – 30 AÑOS |
| | | | 31 – 64 AÑOS |
| | | | 65 Y MAS |
| | | GENERO | FEMENINO |
| | | | MASCULINO |
| | | PREVISION DE SALUD | FONASA A |
| | | | FONASA B |
| | | | FONASA C |
| | | | FONASA D |
| | | | PRAIS |
| | | | ISAPRE |
| | | | SIN PREVISION |
| | | VARIABLE 2 | COMPET ENCIA Y ESTRUC TURA DEL MODELO |
| CARDIOLOGICO | | | |
| VASCULAR | | | |
| RESPIRATORIO | | | |
| UROLOGICO | | | |
| TRAUMATOLOGICO | | | |
| OTROS | | | |
| PATOLOGIAS | NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD | | |
| | INFECCION TRACTO URINARIO | | |
| | PROTESIS DE CADERA | | |
| | PRE QUIRURGICOS | | |
| | PIE DIABETICO | | |
| | PIELONEFRETIS AGUDA | | |
| | PROTESIS DE RODILLA | | |
| | TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA | | |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------------------|--|--|----------------------|
| | | | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA | |
| | | | CELULITIS | |
| | | | ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR | |
| | | TIPO DE PRESTACIONES | | CURACION |
| | | | | TOMA DE MUESTRA |
| | | | | KNTR |
| | | | | KNTM |
| | | | | EDUCACION EU – KLGO. |
| | | | | ADM. ATB EV |
| | | | | ADM. ATB IM |
| | | | | ADM. ATB SC |
| | | | | INST. S.FOLEY |
| | | | | OXIGENOTERAPIA |
| | | | | HIDRATACION SC |
| | | VDI | | |
| OTRAS | | | | |
| TIEMPO DE ESTADIA | TIEMPO DE | TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO A LA UNIDAD, HASTA EL EGRESO, EXPRESADO EN DIAS | | |
| VARIABLE 3 | CALIDAD DE LOS SERVICI OS | SATISFACCION USUARIA | EXCELENTE | |
| | | | BUENA | |
| | | | SUFICIENTE | |
| | | | NORMAL | |
| | | | DEFICIENTE | |
| | | | MALO | |
| | | | PESIMO | |

MARCO TEÓRICO

El presente capítulo, dice relación con el ordenamiento constitucional chileno, el cual reconoce el derecho a la salud o “a la protección de la salud”, como reza el artículo 19 número 9 de nuestra carta fundamental. Esto ha sido así desde comienzos del siglo veinte, a partir de la Constitución de 1925, por lo que el reconocimiento de este derecho representa a estas alturas una verdadera tradición constitucional.

Dicho esto, y a la de falta información acerca de los orígenes y trayectoria de este derecho fundamental que –de un tiempo a esta parte— ha cobrado extraordinaria significación a partir de resoluciones judiciales que lo utilizan como fundamento para acoger acciones de inaplicabilidades y recursos de protección.

Por lo precedente, el Capítulo **Trayectoria del derecho constitucional a la protección a la salud en Chile** busca paliar en parte este déficit, para lo cual se describen y analizan los orígenes históricos e hitos más relevantes del reconocimiento del derecho a la salud en nuestro país, en sus dimensiones constitucionales y legales.

I. **TRAYECTORIA DEL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN A LA SALUD EN CHILE** (Vera E. 2011)

1) **Período de servicios locales de salud, 1552 - 1917**

Entre 1552 y 1886 se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios de responsabilidad de autoridades locales. Desde el siglo XVI y hasta el siglo pasado, la atención y organización formal de salud se fue estructurando en forma paulatina, a través de varias instituciones públicas y privadas, en general de carácter filantrópico o de beneficencia.

En 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, que permite ordenar las organizaciones locales y los hospitales generales existentes. El año siguiente se creó la Junta Nacional de Salubridad, cuya

misión era asesorar al gobierno en materias de salubridad y organizar nacionalmente los desarrollos locales.

En 1892 estas funciones fueron asumidas por el Consejo de Higiene Pública.

2) Período de maduración del desarrollo social y del sistema de salud, 1917 – 1952

Chile cuenta con una reconocida larga historia de seguridad social con subsidios focalizados en los pobres y deprivados de empleo y condiciones sociales. En el transcurso del siglo XX emergieron importantes y pioneras medidas tendientes al desarrollo y seguridad social, incluyendo aspectos de salud.

En 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud.

En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054).

La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte. Posteriormente surgieron varias leyes sobre el trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género a nivel internacional.

En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares. El Colegio Médico de Chile se constituyó por Ley en el año 1948, destacando por su gravitación histórica en la formulación de las políticas de salud.

3) Período del Servicio Nacional de Salud y predominio de planificación central 1952 - 1973.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952, unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzado una importante cobertura del sector asistencial del país. Sus prestaciones cubrían principalmente al sector obrero e indigentes. Con menor cobertura se

encontraban entidades previsionales y asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. El sector asistencial privado tenía una heterogénea y diseminada situación de desarrollo.

Desde 1964 se iniciaron reformas sociales que en salud destacaron por inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal y extensión de cobertura geográfica. El SNS se transformó en una empresa con 120.000 funcionarios, cuya red asistencial alcanzó una importante cobertura geográfica y poblacional. En este período, la gestión política, económica y organizacional aplicada al sector salud tuvo una orientación predominante de planificación central.

Durante este período, la medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, incluyendo aspectos de liderazgo social y político. Al final del período, se encontraban médicos en la Presidencia de la República, el parlamento, municipalidades y otras relevantes entidades públicas.

4) Período del Gobierno Militar y reformas neoliberales, 1973 - 1990

Las reformas del sistema global de salud, ocurridas en este lapso, reflejaron las políticas generales económicas y sociales del gobierno militar, destacando las reformas neoliberales que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron al sector privado.

Entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario.

A partir de 1979 se reestructura el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979)

La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades.

5) Período de gobiernos de la Concertación, 1990 en adelante.

Desde 1990, los gobiernos de la Concertación han asumido una responsabilidad gubernamental que en los primeros seis años ha consistido principalmente en la administración del sistema de salud heredado, se ha realizado un notorio incremento de inversiones apoyadas en préstamos internacionales y se han estudiado las propuestas de adecuación y reforma del sector.

Las orientaciones de las reformas propuestas se basan en aspectos relevantes como:

- Las políticas y planes nacionales, tanto económicas como sociales
- La búsqueda de mejorar la gestión del sector público e incrementar el proceso de descentralización.
- La búsqueda de resolver la crisis del sector público de salud, y buscar un balance público privado en este sector mixto.
- La adaptación del sistema a las necesidades de salud de la población, y al resguardo de sus intereses de los diferentes grupos de la población al acceso al sistema.
-

El actual gobierno de la Concertación, sintetiza sus prioridades de acción en los criterios de equidad, participación y solidaridad.

En general, el sistema global de salud vigente mantiene básicamente las mismas características del modelo, financiamiento, organización y funcionamiento del modo en que fueron estructurados en el período militar precedente, especialmente en lo que se refiere a:

- Lo estipulado al régimen de prestaciones (ley de salud)
- La configuración legal-normativa del SNSS
- El financiamiento fiscal al sistema público

- El modo de administración municipal,
- La legislación de ISAPRE.
- La aplicación del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades Profesionales

Algunos cambios parciales se han procurado con modificaciones a la Ley ISAPRE (1990) y el Estatuto de la Atención Primaria (1995). En 1993, el Colegio Médico convocó a la comunidad nacional y sus principales actores, a un debate nacional en torno a un Proyecto de Salud para Chile. Distintas comisiones analizaron once propuestas principales. En esa etapa se consideró que el debate recién comenzaba, pero su consecución aún no se ha concretado suficientemente y el desafío aún está pendiente. Desde la década de los '90 hasta la actualidad, los gobiernos de la concertación están creando las condiciones legislativas y de desarrollo general traducidas en una creciente inversión en las áreas de - infraestructura, - capital humano (capacitación y especialización) y - tecnología.

6) Segundo Ciclo de Reformas (Superintendencia de ISAPRES, Estatuto Atención Primaria, Plan Auge)

Con la llegada de la democracia (1990) y la apertura en todo sentido, se gestan una serie de cambios ejecutados en los distintos gobiernos de la concertación:

Los cambios parciales son:

- La Ley 18.933, crea la **Superintendencia de ISAPRES** y modifica la legislación de dichas instituciones (LEY ISAPRE, 1990). La creación de la Superintendencia de ISAPRES, a partir de 1990, implicó un cambio importante respecto al mecanismo de regulación de estas instituciones, en la medida que FONASA, su competencia directa en la industria de seguros de la salud, dejó de ser el encargado de su monitoreo, lo cual supuso una gestión más neutral y transparente. En adelante fue la Superintendencia de ISAPRES la entidad a cargo de velar por el cumplimiento de la normativa y de promulgar disposiciones relativas al funcionamiento de las ISAPRES.
- Se promulga el **Estatuto de Atención Primaria** (1995).

- **Reforma de Salud (2005):** Se resume en 5 leyes, siendo 2 los pilares fundamentales (AUGE y Autoridad Sanitaria): **Ley que crea el Régimen General de Garantías de Salud** (Ley 19.966): marco general en el que se inserta el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), inicialmente denominado Plan Auge (Acceso Universal con Garantías Explícitas). Este sistema busca garantizar de manera universal un número ascendente de enfermedades (hoy 80) definidas en base a las prioridades sanitarias que estipuló el MINSAL para esta década.

Las garantías que en esta materia establece la ley son 4: acceso, oportunidad, calidad y financiamiento.

- 1) **Garantía explícita de acceso:** es la obligación de Fonasa y las Isapres de asegurar las prestaciones GE a sus beneficiarios.
- 2) **Garantía explícita de calidad:** obligación de otorgar la atención de salud a través de un prestador registrado o acreditado, cuya calidad será estandarizada en función de “algoritmos de ejecución”.
- 3) **Garantía explícita de oportunidad:** establecimiento de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas. Este plazo considera el tiempo para ser atendido por un prestador preestablecido.
Ser atendido, cuando no ocurra por la vía anterior; por un prestador alternativo designado por FONASA o la ISAPRE correspondiente.
Ser atendido, cuando no ocurra por la vía anterior; por un prestador definido por la Superintendencia de Salud (con cargo a FONASA o a la ISAPRE).
- 4) **Garantía explícita de protección financiera:** establecimiento de un arancel máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones calificadas como GE, el cual corresponde a un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen (incluye los medicamentos).

Específicamente, la estructura de los aranceles fijados es la siguiente:

- Gratuidad
- Copago del 20%

- Cobertura financiera adicional
- Más de una enfermedad

En el presente apartado del estudio, se considera la **organización del sistema de salud en nuestro país**.

Connotando que el sistema de salud chileno coexisten 2 subsistemas de salud, uno público y otro privado, siendo el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención a su población beneficiaria. El sistema privado está en manos de las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) cuya población beneficiaria alcanzó el 17% de la población.

II. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: SUBSECTOR PÚBLICO Y SUBSECTOR PRIVADO (Ibíd.)

El sistema de salud - sector del quehacer nacional - está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma.

En sus aspectos generales, los componentes o subsistemas del sistema global de salud pueden ser identificados en base a cuatro tipos de criterios:

- Grado de formalidad de la organización: formal e informal o tradicional.
- Rol institucional en el sistema: previsional-financiero, proveedor de servicios asistenciales o mixtos.
- Rol institucional en el sistema: previsional-financiero, proveedor de servicios asistenciales.
- Fines de lucro: con y sin fines de lucro.

Por lo tanto, el sector está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto. El subsector público representado principalmente por FONASA en su aspecto financiero y por SNSS en su componente de prestación de servicios. Por otra parte, el subsector privado principalmente representado por las ISAPRE y mutuales en su aspecto financiero previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

En el sistema de salud chileno coexisten 2 subsistemas de salud, uno público y otro privado.

A. SUBSECTOR PÚBLICO

Las instituciones públicas del sector salud constituyen el sistema nacional de servicios de salud (SNSS), compuesto por el Ministerio de salud (MINSAL) y sus organismos dependientes:

- El fondo nacional de salud (FONASA): El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención a su población beneficiaria, la que alcanzó en 2011 aproximadamente al 81% de la población del país.
- Instituto de Salud pública (ISP)
- Central de abastecimiento (CENABAST)
- Los 29 servicios de salud que son responsables de efectuar las prestaciones de salud en ámbitos geográficos determinados (SS)
- Superintendencia de instituciones de salud previsional

Otras instituciones y empresas del estado que prestan atenciones de salud a su personal son:

- Fuerzas Armadas y de orden
- Penitenciaria
- Empresa nacional de petróleo
- Universidad de Chile, entre otras.

Estas instituciones forman parte del sistema nacional de servicios de salud, y por lo tanto gozan de autonomía administrativa y de gestión en relación con las normas y directrices del MINSAL.

B. SUBSECTOR PRIVADO

El subsector privado está representado por las instituciones de salud previsual (ISAPRES) las que se constituyen como entidades aseguradoras privadas de afiliación voluntaria que financian prestaciones médicas y subsidios por incapacidad laboral, de acuerdo a planes de salud que se pactan en forma individual o colectiva.

El sistema privado está en manos de las Instituciones de Salud Previsual (Isapres) cuya población beneficiaria alcanzó el 17% de la población.

El subsector privado se compone por:

- **Línea Industria de Seguros:** en donde operan las ISAPRES y, en menor medida. otras instituciones aseguradoras.
- **Línea Industria de Prestaciones Asistenciales:** en donde operan prestadores de salud particulares, que pueden ser institucionales o individuales.
- **Línea Industria de Productos Sanitarios:** en donde operan distintos establecimientos farmacéuticos, como así también laboratorios que se encargan de la generación y parte de la comercialización de los productos.

Las instituciones de salud previsual que en la actualidad operan en el mercado chileno cubren un 28% de la población cotizante. Su principal fuente de financiamiento proviene de las cotización para salud, más un pago adicional y/o subsidio para alcanzar el precio del plan y los copagos asociados al plan.

Dentro del subsector privado se encuentran además, los prestadores de atenciones ambulatorias de salud, cuyas acciones de salud no persiguen fines de lucro, entre los cuales cuentan:

- Cruz Roja
- Corporación de ayuda al niño quemado
- Corporación de ayuda al menor
- Instituto de rehabilitación infantil
- Iglesias de distinto credo
- Organizaciones no gubernamentales (ONG)

Con el objetivo de garantizar un acceso libre e igualitario de la población a la salud, en 2002 se enviaron al Congreso Nacional cinco proyectos de ley que conformaron la Reforma de la Salud, orientados a garantizar igualdad de derechos a todos los chilenos a través de la implementación de políticas públicas basadas en equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales. Estas leyes fueron:

- Ley N°19.895 o Ley Corta de las Instituciones de Salud Previsional de 2003.
- Ley N°19.937 o Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión de 2004.
- Ley N°19.966 o Ley GES de 2004.
- Ley N°20.015 o Ley Larga de las Instituciones de Salud Previsional de 2005.
- Proyecto de ley que establece los derechos y deberes de los pacientes.

De las anteriores, la Ley N°19.966 de 2004, que establece el Régimen GES, es la más relevante debido a que crea un plan de salud obligatorio tanto para Fonasa como para las Isapres, garantizando el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con las que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en las garantías. Dentro de estas prestaciones, están aquellas de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fonasa deberá cubrir a sus beneficiarios en su modalidad de atención institucional conforme a lo establecido en la Ley N°18.469 de 1985.

Bajo este nuevo marco legislativo, se busca mejorar la eficiencia del subsistema público, disminuyendo la brecha de oportunidad existente con el subsistema privado. A continuación se describe en detalle la cobertura, el régimen de prestaciones y la institucionalidad del subsistema público de salud vigente.

ORGANIZACIÓN DEL SUBSECTOR PÚBLICO

El SNSS atiende alrededor del 70% de la población de nuestro país, y se encuentra compuesto por el MINSAL y sus instituciones dependientes ya señaladas.

Estas entidades están dotadas de personalidad jurídica, patrimonio propio, son funcionalmente descentralizados y dependen del MINSAL para los efectos de supervisar su funcionamiento, debiendo someterse a sus políticas, normas y planes generales en el ejercicio de sus actividades

A. ROL NORMATIVO

- **Ministerio de Salud**

Es la “Autoridad Sanitaria Nacional”, con funciones referidas a la formulación, fijación y control de las políticas de salud, estableciendo normas, evaluando y controlando la organización de la atención de salud de toda la población.

- **Subsecretaría de Redes Asistenciales**

Su función es regular y velar por el funcionamiento y desarrollo de la red asistencial del sistema, para la integración integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones 16 Sistema Público de Salud Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050 de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles.

Para alcanzar estos objetivos desarrollará políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los servicios de salud, los establecimientos de salud de carácter experimental, la Central de

Abastecimiento (Cenabast) del SNSS y los demás organismos que integran el Sistema.

- **Subsecretaría de Salud Pública**

La Subsecretaría de Salud Pública es la autoridad sanitaria encargada de la promoción de la salud, la vigilancia, prevención y control de enfermedades que afecten a poblaciones o grupos de personas. Para ello, deberá coordinar las acciones de Fonasa y el Instituto de Salud Pública (ISP), e impartirles instrucciones.

La presencia regional de la Subsecretaría reside en las SEREMI que son las encargadas de ejercer la autoridad sanitaria en regiones.

B. ROL FIFISCALIZADOR

- **Instituto de Salud Pública**

El Instituto de Salud Pública (ISP) tiene como funciones principales la fiscalización, regulación, vigilancia sanitaria y divulgación de materias de salud pública, principalmente en materia de laboratorios y medicamentos, garantizando la calidad de bienes y servicios y contribuyendo al mejoramiento de la salud de la población. Así, el ISP realiza labores en diversas áreas de la salud, como evaluación de calidad de laboratorios, vigilancia de enfermedades, control y fiscalización de medicamentos, cosméticos y dispositivos de uso médico, salud ambiental, salud ocupacional, producción y control de calidad de vacunas, entre otros.

- **Superintendencia de Salud**

La Superintendencia de Salud es un organismo público, sucesor legal de la Superintendencia de Isapres, que inicia sus operaciones el 1 de enero de 2005, conforme lo establece la Ley N° 19.937 de 2004. La Superintendencia juega un rol fiscalizador dentro del sistema de salud, velando por el cumplimiento de la normativa vigente por parte de Fonasa y las Isapres, en lo que respecta al cumplimiento del régimen GES según la modalidad institucional o de libre

atención, así como también fiscalizando a los prestadores públicos y privados en cuanto a su acreditación y certificación.

- **Secretaría Regional Ministerial**

Las SEREMI son encargadas de ejercer las funciones de la Subsecretaría de Salud Pública a nivel regional. Por lo tanto, realizan tareas de regulación y fiscalización sanitaria en los servicios de salud y la red asistencial. El Subsecretario de Redes Asistenciales será el superior jerárquico de las SEREMI, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.

En cada SEREMI hay un Consejo Asesor de carácter consultivo, el que entregará asesoría respecto de las materias que le permita la ley y las que el Secretario Regional Ministerial le someta a consideración.

C. ROL DE PRESTADOR DE SERVICIOS

- **Prestadores de salud público y privados**

El artículo 26 del DL N°2763 de 1979, crea Fonasa como un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, dependiente del Minsal.

- **Servicios de Salud**

Los servicios de salud son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Sus sedes y territorios serán establecidos por decreto supremo del Minsal, por orden del Presidente. Son los continuadores legales del ex Servicio Nacional de Salud y del ex Servicio Médico Nacional de Empleados, dentro de sus respectivos territorios y tienen los mismos derechos y obligaciones que correspondían a esas instituciones, para los efectos de cumplir las funciones que les competen.

Actualmente son 29 los servicios de salud en todo Chile, existiendo algunas regiones con más de uno. En este caso, existe un Consejo de Coordinación de Redes Regionales, formado por los Directores de los respectivos Servicios y presidido directamente por el Subsecretario de Redes Asistenciales o por quien éste designe. Su función será coordinar la red asistencial a nivel regional para una adecuada atención de la población y el mejor uso de los recursos.

COBERTURA DEL SUBSISTEMA PÚBLICO DE SALUD (Artazar O. MINSAL 2016)

Según lo establecido en el artículo 135 del Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N°1 de 20053 del Ministerio de Salud, son afiliados al régimen público de salud:

- a) Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado, siempre y cuando hayan cotizado al menos, durante cuatro meses en los últimos doce meses calendario en virtud de contratos por obra o faena determinada. Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión.
- b) Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios, y
- c) Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía.

El artículo 136 del mismo DFL señala que son beneficiarios:

- a) Los afiliados señalados en el artículo 135.
- b) Los causantes por los cuales las personas señaladas en las letras a) y d) del artículo 135 que perciban asignación familiar.
- c) Las personas que respecto de los afiliados señalados en las letras b) y c) del artículo 135 cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente.

- d) La mujer embarazada aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria, y el niño hasta los seis años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones a que alude el artículo 9° de la Ley N°18.469.
- e) Las personas carentes de recursos o indigentes y las que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el DL N°869 de 1975.
- f) Los causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N°18.020.
- g) Las personas que gocen de una prestación de cesantía de acuerdo a la Ley N°19.728 y sus causantes de asignación familiar.

A. Clasificación de la población beneficiaria Fonasa

Tal como lo señala el artículo 159 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, los afiliados, con las excepciones que establece la ley, deben contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban del Régimen⁴, mediante pago directo, en la proporción y forma establecidas por la normativa vigente. El valor de las prestaciones corresponde al arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición de Fonasa.

Consecuentemente, la población beneficiaria se clasificará, de acuerdo a lo establecido en el artículo 160, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

- **Grupo A:** Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el DL N°869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N°18.020. Este grupo de personas tiene un porcentaje de copago de 0%.
- **Grupo B:** Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad. Este grupo también tiene un porcentaje de copago de 0%.
- **Grupo C:** Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho

monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B. El porcentaje de copago de este grupo es de 10%.

- **Grupo D:** Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C. El porcentaje de copago corresponde al 20%.

B. Régimen de prestaciones

Según lo señalado en el Título II del Libro II del DFL N°1 referido a las prestaciones, la población beneficiaria de Fonasa, tiene derecho a recibir del Régimen GES las siguientes prestaciones:

Prestaciones médicas

- a) Un examen de medicina preventiva, consistente en un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud que permite disminuir la morbimortalidad.
- b) Asistencia médica curativa, es decir, consultas, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamiento, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud que se establezcan.
- c) Atención odontológica.
- d) Acciones de promoción, prevención, protección y otras relativas a las personas o al ambiente, que se determinen en los programas y planes que fije el Ministerio de Salud.

Para recibir la atención médica que se requiera, los beneficiarios pueden optar por 2 modalidades de atención:

- Modalidad de Atención Institucional (MAI)
- Modalidad Libre Elección (MLE)

Estos grupos se denominan Grupo 1 o Básico, Grupo 2 y Grupo 3. Dependiendo del nivel de inscripción del profesional o establecimiento de salud que se requiera, los afiliados deberán pagar un bono de atención de salud que tiene tres niveles: 1, 2 y 3 (donde el nivel 1 es el más barato y el 3 el más caro). Así, bajo esta modalidad, los afiliados realizan un copago, por la diferencia entre lo que financia Fonasa de acuerdo al grupo de ingreso al que pertenezcan y el costo de la prestación.

Prestaciones pecunarias

a) Subsidio de Incapacidad Laboral (SILIL)

Todos los trabajadores afiliados a Fonasa, sean estos dependientes o independientes, que hagan uso de licencia médica por incapacidad total o parcial para trabajar, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo, tienen derecho a percibir un subsidio de enfermedad, cuyo otorgamiento se registrará por las normas del DFL N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Este subsidio tiene por objetivo, mantener el 100% de la remuneración o renta imponible del trabajador con deducción de las cotizaciones e impuestos correspondientes.

b) Préstamos de salud

Los afiliados del Régimen podrán solicitar a Fonasa que se les conceda un préstamo para financiar todo o parte del valor de las prestaciones de salud que ellos deban pagar, de acuerdo al porcentaje del arancel que será cubierto por Fonasa y la modalidad de atención. Esto aplica también en el caso de las atenciones de urgencia o emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, en donde el afiliado después de 30 días aún no ha cancelado la parte adeudada o el monto total al prestador de la atención recibida. Los recursos para financiar estos préstamos provienen del “Fondo de Préstamos Médicos”, cuyos recursos son asignados por Fonasa en su presupuesto, y en menor medida, por las amortizaciones e intereses penales de los préstamos otorgados.

LÍNEA DE PRESTACIONES ASISTENCIALES

La Industria de Prestaciones Asistenciales del sector público cumple la función de **entregar directamente el servicio de salud** a sus usuarios. Su estructura es altamente compleja, existiendo múltiples clasificaciones en su interior. Puede diferenciarse tanto por el tipo de establecimientos que posee y por sus niveles de atención, como por la autoridad administrativa que se hace cargo de estos. Además, es un subsistema híbrido hasta la fecha, en la medida que en éste coexisten instituciones que son anteriores y posteriores a las sucesivas reformas.

1) Diferenciación según tipos de establecimientos

Los establecimientos del SNSS se clasifican en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario, según los siguientes criterios de complejidad y cobertura:

A. Establecimientos de NIVEL PRIMARIO

Los establecimientos de nivel primario son la primera instancia a la que deben acudir las personas con algún problema de salud, perfilándose como la puerta de entrada al sistema de salud pública. Desde estos establecimientos básicos, los casos más graves son derivados a los niveles superiores de atención. Son estos casos los que componen el grueso de la población atendida por los establecimientos secundarios y terciarios.

Características de los Establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS)

| Establecimientos de Nivel Primario | |
|------------------------------------|--|
| Complejidad | Baja |
| Cobertura Poblacional | Alta |
| Atención | Ambulatoria (abierta) |
| Medios | Unidades simples de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico |
| Actividades | Controles, Consultas, Visitas Domiciliarias, Educación de Grupos, Vacunaciones y Alimentación Complementaria |
| Personal | Médicos Generales y Personal de Colaboración (Técnicos, Auxiliares, etc) |
| Tipos de Establecimientos | Consultorios Generales, Centros de Salud, Servicios de Urgencia, Postas de Salud y Estaciones Médicas |

B. Establecimientos de NIVEL SECUNDARIO

El rasgo fundamental de este nivel es que (junto con el nivel terciario) sirve de referencia para la Atención Primaria, y que sus recursos para satisfacer las demandas son más complejos. Específicamente, se caracteriza por:

Características de los Establecimientos de Atención Secundaria de Salud (ASS)

| Establecimientos de Nivel Secundario | |
|--------------------------------------|--|
| Complejidad | Media |
| Cobertura Poblacional | Media |
| Atención | Ambulatoria (abierta) y Hospitalaria (cerrada) |
| Medios | Unidades diferenciadas de Atención Directa al Paciente y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico |
| Actividades | Principalmente actividades de Recuperación y Rehabilitación de pacientes más complejos, a través de un tratamiento especializado y eventualmente una internación por varios días |
| Personal | Mayor dotación de Médicos Generales y de Médicos Especialistas, como así también de Personal de Colaboración |
| Tipos de Establecimientos | Hospitales y Centros de Atención Ambulatoria con Tecnología de Especialidad |

Los establecimientos-tipo de estos niveles son los **Hospitales** y los **Centros AP con tecnología de especialidad**, entre los cuales cuentan el **Consultorio Adosado de Especialidades (CAE)**, también conocido como Policlínico de Especialidades, el **Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT)** y el **Centro de Referencia de Salud (CRS)**.

Los **Hospitales** son establecimientos destinados a tratar a aquellos pacientes que han sido derivados desde los establecimientos de nivel primario o bien integrados de emergencia. Los servicios que el hospital entrega se encuentran reunidos en la que es su principal función, la función asistencial. Estos se llevan a cabo a través de las Unidades de Atención Directa de Pacientes (con atención abierta o cerrada) y las Unidades de Apoyo Diagnóstico (que entregan insumos para la Atención Directa, ya sea a través de la sección de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, Anatomía Patológica, Radiología o Medicina Nuclear).

Por otro lado, los hospitales se clasifican en **cuatro tipos** (1, 2, 3 y 4), de acuerdo a los siguientes criterios:

- Grado de **complejidad técnica** y nivel de desarrollo de las especialidades.
- Grado de desarrollo de **organización administrativa**.
- **Ámbito geográfico de acción**, acorde con el sistema de complementación asistencial.
- **Número de prestaciones**: consultas, egresos y otros.

El ingreso de los establecimientos en las distintas categorías es resuelta por el Ministerio de Salud y puede ser modificada a petición del Director del Servicio de Salud respectivo.

Las categorías en las que se clasifican los hospitales son:

- **Hospital Tipo 4**: establecimiento de **baja complejidad** con menos de 100 camas de dotación, ubicado en localidades urbano-rurales de más de 10.000 habitantes con un área de influencia no superior a 30.000 habitantes.
- **Hospital Tipo 3**: establecimiento de **mediana complejidad** con 100 a 200 camas de dotación, ubicado en localidades de hasta 50.000 habitantes y con un área de influencia no superior a 70.000 habitantes.
- **Hospital Tipo 2**: establecimiento de **mediana y alta complejidad** con 250 a 300 camas de dotación, ubicado en ciudades de hasta 100.000 habitantes como establecimiento único o en grandes urbes como hospital de apoyo al establecimiento tipo 4.
- **Hospital Tipo 1**: establecimiento de **alta complejidad** con no más de 500 camas de dotación, ubicado en la ciudad sede de la dirección del Servicio de Salud, constituyendo el hospital base de cada unidad del sistema.

C. Establecimientos de NIVEL TERCIARIO

El nivel terciario está orientado a la resolución de los problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia para la derivación de pacientes de su área de influencia más inmediata, como así también de áreas de carácter regional, suprarregional y en oportunidades nacional.

Las características de este nivel son:

Características de los Establecimientos de la Atención Terciaria de Salud (ATS)

| Establecimientos de Nivel Terciario | |
|--|--|
| Complejidad | Alta |
| Cobertura Poblacional | Baja |
| Atención | Ambulatoria (abierta) y Hospitalaria (cerrada) |
| Medios | Unidades complejas de Atención Directa al Paciente, como así también de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico |
| Actividades | Actividades de Recuperación y Rehabilitación de pacientes con problemas o patologías atinentes a una determinada especialidad médica, con alta complejidad técnica (ej. Enfermedades respiratorias y cirugía torácica, neurología) |
| Personal | Médicos Especialistas y Personal de Colaboración |
| Tipos de Establecimientos | Institutos, Hospitales de Especialidad y Centros Clínicos Especializados |

Estos establecimientos, si bien realizan actividades de alta complejidad, también llegan a desarrollar funciones correspondientes al nivel secundario, es decir, solucionan a su vez los problemas de frecuencia intermedia de la población a su cargo.

D. Establecimientos de la red territorial de SERVICIOS EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA.

La salud mental, a pesar de encontrarse incorporada dentro de las clasificaciones propias de los establecimientos del SNSS, presenta importantes especificidades tanto a nivel de política pública como de instalaciones sanitarias, por lo que nos detendremos un momento en ellas.

A diferencia de la gran mayoría de los países, **Chile no dispone de una Ley de Salud mental**. Esto limita el tratamiento y el resguardo de los derechos de este tipo de enfermos, con todas las particularidades de su enfermedad. No obstante, existen reglamentos que norman aspectos cruciales de su tratamiento, como el reglamento para la *“Internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan”* que comenzó a aplicarse desde el 2001 (Decreto N° 570 de 1998) y el decreto N° 633 del mismo año, que crea una Comisión Nacional con el fin de supervisar las tareas relativas al respeto de los derechos de los pacientes hospitalizados en centros de internación psiquiátrica y a la aplicación de tratamientos psiquiátricos que requieran consentimientos o segunda opinión.

Los **Hospitales** que actualmente operan en Chile son **cuatro**, pertenecientes a las regiones Quinta y Metropolitana. Estos son: el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak, el Hospital Psiquiátrico El Peral (ambos ubicados en la ciudad de Santiago), el Hospital Philip Pinel de Putaendo y Hospital del Salvador de Valparaíso. Además opera en este medio un establecimiento privado, la Clínica Gaete, que de todas formas es pagada por seguro público.

El mapa de instituciones psiquiátricas, se articula de la siguiente manera:

- Unidades de Corta Estadía
- Hogares Protegidos
- Hospitales de Día
- Clubes Sociales de Integración Social

El presente capítulo, da cuenta sobre el surgimiento de apoyos y cuidados como preocupación pública, relevando y demandando nuevas estrategias de acción por parte del Estado. En ese sentido, la creación de sistemas de cuidados domiciliarios constituye un paso fundamental para incidir en las nuevas necesidades que surgen de las transformaciones sociales que se han producido en las últimas décadas en nuestro país, y en particular, para responder al proceso de envejecimiento acelerado de la población, los cambios en la estructura familiar, las mayores demandas por parte de la ciudadanía al sistema previsional y a la desigualdad que afecta a los hogares que tienen integrantes dependientes.

Por lo cual, el presente capítulo, tiene como finalidad dar a conocer la implementación del **Sistema de cuidados domiciliarios**, en América Latina y el Caribe.

III. SISTEMAS DE CUIDADO DOMICILIARIO

En línea con lo que ya han venido implementando algunos de los gobiernos de América Latina y el Caribe, se propone fortalecer las políticas de protección social creando sistemas nacionales, sub-nacionales y regionales de cuidado domiciliar, tanto de corte social como médico, en coordinación con servicios de cuidados paliativos hospitalarios, que incluyan la atención psicológica, tanto para los pacientes como para sus cuidadores familiares y profesionales.

Los sistemas de cuidado domiciliario son una alternativa viable de atención a la salud en momentos de crisis y recorte de gasto social como los que se viven actualmente por varias razones.

Desde el punto de vista económico, tienen la ventaja de abatir costos, tanto para las instituciones hospitalarias (entre otros a través de la liberación de camas) como para las personas enfermas y sus familiares. Además, no requieren de grandes inversiones en infraestructura, sino de capacitación a los equipos de cuidadores y, finalmente, pueden ser fuente generadora de empleo (como lo

muestra la experiencia argentina), lo que podría tener efectos multiplicadores para la economía.

Desde el punto de vista humano, los sistemas de cuidado domiciliar mejoran la calidad de la atención porque se establece una relación más cercana entre quienes reciben y proporcionan cuidado. Además, a través de la formación y capacitación psicológica, estos sistemas posibilitan la subjetivación de ambos grupos, lo que permite que los receptores de cuidado adquieran conciencia de su situación y tomen las decisiones necesarias para enfrentar lo que les está ocurriendo, y que los otorgantes no se involucren emocionalmente, lo que redundará en una atención de calidad y evitará el riesgo de caer en depresión o desgaste profesional.

Así, a través de estos sistemas de cuidado domiciliar se restituiría la dignidad a la vejez, a la discapacidad y a la enfermedad, pues se hace vínculo con el otro, se le considera un sujeto con derecho a tomar sus propias decisiones, lo que no ocurre en la atención hospitalaria donde se suele cosificar a los pacientes, es decir, se les ve como objetos pasivos que tienen que acatar lo que los médicos digan. De esta manera, la vejez, la discapacidad y la enfermedad pasan a ser consideradas como una responsabilidad del individuo (en el sentido de que puede tomar sus propias decisiones), de las familias y la comunidad (quienes reciben un apoyo que les permite acompañar a sus seres queridos, hablar sobre lo que les acontece y, eventualmente, tener unas horas de esparcimiento para sí mismos) y del Estado, quien financia a los equipos de atención que a su vez reciben formación, capacitación, supervisión y contención en espacios apropiados en los que se busca, por un lado, proporcionar información, transmitir un “saber” sobre cómo detectar lo que acontece a las personas a las que cuidan y a sus cuidadores primarios (familiares o vecinos) y qué hacer con ello. Por otro lado, se busca transmitir un “saber” sobre lo que ocurre a los cuidadores profesionales y tener un espacio de contención en el que sean escuchados y puedan verbalizar la

experiencia cotidiana para evitar caer en la ansiedad, la depresión o el desgaste profesional.

La implementación de sistemas nacionales de cuidado requiere de información estadística confiable sobre las necesidades de cuidado; de educación, formación, capacitación e investigación sobre el cuidado y el autocuidado; de un marco jurídico adecuado para su implementación. A continuación se comenta brevemente cada uno de estos puntos:

a) Información estadística sobre las necesidades de cuidado

Se requiere la generación de estadísticas confiables que permitan conocer las necesidades de cuidado a largo plazo, es decir, incluir en los censos de población variables de discapacidad y grados de dependencia por género, en los países desarrollados las cifras para la región de las Américas en adultos de 60 años y más son superiores a las de los países de ingresos altos (9,2% contra 9,0% en mujeres y 9,2 contra 7,9 en varones) y no están desglosadas por género, mientras que en población general son de 14,1% en las Américas contra 15,4% en los países de ingresos altos). Sin embargo, en México, por ejemplo, el Censo de Población y Vivienda 2000 arrojó una cifra de personas con discapacidad de 2% para población general. Habrá que estudiar la razón de estas diferencias, que podrían deberse a distintas definiciones de los indicadores que, si es el caso, habría que alinear. También se podría generar perfiles de la población dependiente en forma periódica (una especie de estudio nacional de la dependencia a ser realizado cada cinco años por ejemplo) que incluya la caracterización de los cuidadores.

b) Educación, Formación, Capacitación e Investigación:

La sensibilización y concientización con respecto al auto-cuidado y al cuidado es necesaria desde el jardín de niños, lo cual precisa considerar temas como la alimentación, el ejercicio, la socialización, el ocio, la recreación, entre otros. Se requiere la inclusión de estos temas en los libros de texto de educación primaria y

a través de los medios masivos de comunicación. En este sentido es importante contemplar los distintos tipos de familias, pues las imágenes que suelen aparecer son las de una familia nuclear limitada a papá, mamá e hijos sanos. Esto permitirá generar conciencia sobre el asunto y solidaridad hacia las personas mayores y con discapacidad, tanto física como mental, en lugar de rechazo y exclusión.

Valorar e incentivar la reciprocidad inter e intrageneracional, redistribuir el trabajo doméstico y el cuidado entre géneros, disminuir las barreras sociales, instalar una imagen positiva de la vejez y una mirada distinta hacia la dependencia, generando finalmente una conciencia en torno al fenómeno, permitirá pensar en nuevas formas de prevenir y enfrentar esta realidad.

Es necesaria, además, la inclusión en la malla curricular de carreras como medicina, trabajo social, enfermería, fisioterapia, etc. de materias relacionadas con la psicología del cuidado y con cuidados paliativos, así como la creación de escuelas técnicas de formación y capacitación para cuidadores (familiares y profesionales) con instancias para asesoría y contención psicológica presenciales o a distancia, ya sea vía telefónica y/o utilizando tecnologías de la información y comunicación (Gertrudis, N. 2011: 79-99)

En algunos hospitales, como el Instituto Nacional de Pediatría de México, ya se realiza la tele asistencia telefónica como parte del programa de cuidados paliativos.

También es importante la generación de conocimientos sobre el cuidado a nivel teórico y empírico con respecto a lo que ocurre en distintos países, incluyendo análisis comparativos, así como la promoción de la investigación sobre la psicología de estas poblaciones y sus cuidadores, en particular sobre la discapacidad como consecuencia de trastornos neuropsiquiátricos (duelo, depresión, desgaste profesional, etc.). Por ejemplo, estudios sobre prevalencia de depresión; sobre las preferencias de las personas en etapa terminal con respecto al lugar en el que desean morir; sobre la manera de prevenir o retardar la

dependencia, los factores protectores o de riesgo, etc. Finalmente, es necesario implementar evaluaciones de impacto para los programas de cuidado y otras instancias que existan en torno a ellos.

c) Marco Jurídico

El proceso de visibilización de las personas mayores y con discapacidad ha tenido como consecuencia que organismos internacionales, Estados y sociedad civil (ONG, organismos comunitarios y familias) expresen su preocupación en cuanto a la situación de los derechos humanos: Se está produciendo un cambio de paradigma, de manera que se está dejando de considerar a las Personas Mayores, con Discapacidad y con enfermedades graves como objetos (pasivos) receptores de asistencia para empezar a contemplarlas como sujetos (activos) titulares de derecho.

Se busca establecer la responsabilidad compartida del Estado, las empresas, las familias y las personas mayores y/o con discapacidad para garantizar los derechos de quienes requieren cuidado y se plantean estrategias de protección e inclusión. Además, hay una preocupación importante en cuanto al impacto que este proceso produce en las familias, particularmente en las mujeres, que están siendo cada vez más exigidas en el ámbito del cuidado y una preocupación por sus derechos de niños y adolescentes (CEPAL / UNICEF 2011, 12 Julio).

El establecimiento de un marco jurídico es una condición necesaria para garantizar el funcionamiento de los sistemas de cuidado. Entre otros aspectos, se requiere de normas técnicas para la prestación de servicios de cuidado domiciliar con el objeto de estandarizarlos, estableciendo mínimos para la intervención y para la capacitación; de leyes de cuidados paliativos en los hospitales (públicos y privados), así como de leyes de Voluntad Anticipada; finalmente, han de considerarse las licencias parentales a varones y mujeres que realizan labores de cuidado a estas poblaciones así como las exenciones impositivas.

d) Financiamiento

La implementación de cualquier medida de protección social requiere de un estudio con respecto a las fuentes de financiamiento. En América Latina, en promedio, el gasto público total oscila alrededor de 18% del PIB y el social en 12%. Este último se puede desglosar en cuatro grandes rubros: educación, salud, seguridad y asistencia social, y vivienda y otros. Dentro de la seguridad y asistencia social se encuentran las pensiones contributivas y las no contributivas. Éstas últimas correspondieron, en 2007, al 9.4% del gasto social (que equivale aproximadamente al 1.1% del PIB) (CEPAL, 2008) y se sabe que en 2008 un promedio de alrededor del 0.4% del PIB está destinado a los Programas de Transferencias Condicionadas en los países de la región. Sería interesante analizar, al interior de las pensiones no contributivas, la distribución entre niños y personas mayores y con discapacidad. Por otro lado, las modalidades de financiamiento han de evitar el aumento de los niveles de injusticia social (Por ejemplo, la carga relativa del financiamiento a través de impuestos indirectos recae mayormente sobre la población de menores ingresos). Se podría además pensar en la creación de seguros públicos para la dependencia que permitan optar por pre-pago de cuidados futuros.

En virtud del envejecimiento de la población y de su consecuente incremento en la demanda por servicios de cuidado, se requiere de medidas creativas, eficientes y eficaces desde el punto de vista de los costos. Por ejemplo, en varios países ya existen pensiones no contributivas para personas mayores y/o con discapacidad, y hasta donde se sabe, sólo en Ecuador se entrega una transferencia monetaria a los cuidadores (Muñoz P., 2011).

La propuesta de la CEPAL para resolver el aumento por servicios de cuidado es incrementar las transferencias sin condicionalidad e incrementar la participación de la mujer en el mercado laboral: “Apoyar hoy la economía del cuidado implica fomentar una mayor participación femenina en el empleo, ampliándose así la base de población productiva de cara a la transición demográfica... De allí también la



propuesta de avanzar con respecto a un pilar solidario de la seguridad social, dado que el rol de las transferencias públicas para pensiones no contributivas tendrá que ir ampliándose a medida que envejezca una población que, en gran medida, no ha logrado insertarse de manera continua en sistemas contributivos o de capitalización individual” (CEPAL, 2010)

En cuanto a los capítulos IV **Antecedentes históricos de la Hospitalización domiciliaria**; V **Variaciones en el modelo de Hospitalización Domiciliaria** y VI **Hospitalización Domiciliaria como complemento estratégico**, estos hacen referencia al modelo propiamente tal, definiendo además el concepto y prestaciones que esta otorga, las dependencias administrativas, el impacto a nivel de gestión; y lo que implica como alternativa sanitaria para la descongestión hospitalaria.

IV. ANTECEDENTES HISTÓRICOS HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Hay diferentes tipos de hospitalización domiciliaria, ya que hay diferentes definiciones para la misma, no existe una definición comúnmente aceptada².

Definición francesa: “La Hospitalización a Domicilio es una alternativa asistencial del Área de Salud, que consiste en un modelo organizado, capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados Médicos y de Enfermería, de rango Hospitalario, (tanto en calidad como en cantidad), a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja”.

Definición Dr. Marañón Madrid: “Definimos como Hospitalización a Domicilio, a aquella actividad asistencial llevada a cabo con recursos, humanos y materiales, similares a los hospitalarios realizada en el propio domicilio del paciente”.

Otras definiciones: “El conjunto de cuidados dispensados en el domicilio del paciente en número e intensidad comparables a los que hubieran sido proporcionados en el marco de la hospitalización tradicional.”

² QUÉ ES LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA Y LA INTRODUCCIÓN A SU GESTIÓN. *López Perona, Francisco *López Perona, Francisco López Perona, Francisco *Enfermero. Lic. en Antropología Social y Cultural. *Enfermero. Lic. en Antropología Social y Cultural. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia. Del trabajo fin de master del “ I Master en Gestión de Servicios Socio sanitarios” de la Escuela Española de Gerencia Socio sanitaria.

“Asistencia especializada en el domicilio del paciente cuyo fin es preservar la independencia.”

También debe estar dotado de personal que trabaje en hospital convencional y que conozca todos los mecanismos del mismo, para ofrecerle así los mismos cuidados y oportunidades que el resto de pacientes ingresados en el hospital, siendo ésta una de las características y diferencias entre la Hospitalización a Domicilio y la Atención Domiciliaria, debiéndose considerar como un servicio más de la hospitalización.

En este contexto es importan señalar que la hospitalización domiciliaria en salud es tan antigua como la medicina misma. En el juramento de Hipócrates se encuentra: "En toda casa que yo visite iré solo para beneficio del enfermo, permaneciendo libre de toda injusticia intencional, de toda acción mala y en particular de relaciones sexuales con mujeres u hombres, sean ellos libres o esclavos...". Hipócrates (400 a. C.).

En las cartas morales a Lucilio, Séneca (4 a. C.-65 d. C.) habla de Seneción y sus visitas a un enfermo moribundo: "Este hombre, dotado de gran sobriedad (Seneción Cornelio), tan atento a su patrimonio como a su salud, aquella mañana me había visitado como de costumbre, había asistido todo el día y parte de la noche a un amigo enfermo y desahuciado, y después de haber cenado alegremente, sufrió el ataque de una dolencia fulminante, la angina, que apretándole la garganta, lo tuvo agonizando hasta la madrugada" (Carta CI, sobre la muerte de Seneción).

En la Edad Media y el Renacimiento, los textos de historia de la medicina relatan los tipos de atención médica, y en ellos se encuentran múltiples testimonios del uso del modelo de hospitalización domiciliaria, que estaba reservada a los poderosos y a las personas con capacidad de pago, y era prestada por personas prestantes de la sociedad; y el de atención en monasterios e instituciones de

caridad, que dependían de organizaciones religiosas y atendían a los pobres e indigentes.

En el siglo XX persiste la atención domiciliaria y se inicia el auge de la institucionalización de atención en salud. "Para 1900, en el Reino Unido el 70% de las muertes se da en el domicilio y 30% en instituciones, hoy esa proporción es inversa", dice J. Montoya Carrasquilla, en su libro *Cuidados paliativos, pasado, presente y futuro*.

En 1947 se inaugura, en el Montefiore Hospital del Bronx de NY, E. U., el primer programa formal de hospitalización domiciliaria, con el fin de descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación. En 1951 se crea, en el Hospital Tenon en París, la primera unidad de hospitalización domiciliaria en Europa, y en 1957 se establece, en la misma ciudad, el Sante Service, una ONG que presta servicios de cuidados paliativos a pacientes con enfermedades crónicas y en fase terminal. (Halbfinger David M. 1997)

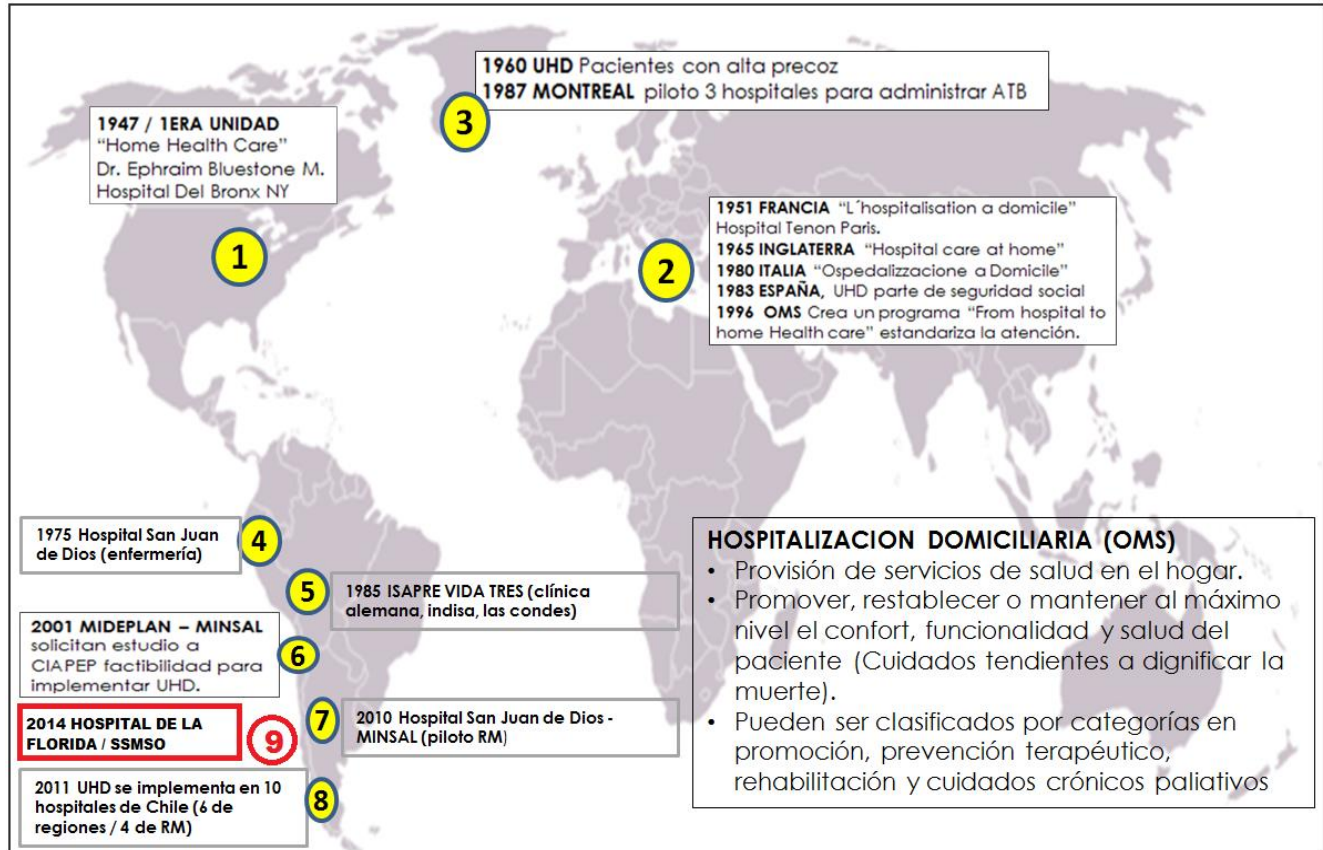
En 1965 nace, en el Reino Unido, el Hospital Care at Home. En la década de los 70 se desarrolla el modelo de hospitalización domiciliaria en Alemania y Suecia, y en 1980 el *ospedalizzazione* a domicilio en Italia. (Home care in Europe, 2008)

Los años 80 generan un gran desarrollo del modelo de hospitalización domiciliaria en Europa y E. U., por dos grandes razones. En Europa, una gran cantidad de sobrevivientes de la segunda guerra mundial, que nunca conformaron nuevas familias, después de haberlas perdido en la guerra, se convirtieron en octogenarios solitarios, y a medida que perdían la capacidad de valerse por sí mismos, su salud se deterioró dramáticamente, congestionando los centros hospitalarios y aumentando la morbimortalidad de este grupo etéreo. Como respuesta a este problema aparecieron los modelos de hogares asistidos, los hospicios o unidades de cuidados intermedios, brindados por enfermería (*Nursing*

Homes), y los servicios de hospitalización en casa. Al mismo tiempo, en E. U. el sistema de salud se enfrenta a una situación crítica, causada por los elevados costos de su modelo de atención, altamente institucionalizado, y por el intenso uso de la tecnología, que lo lleva a buscar modelos de mayor eficiencia en el manejo de los recursos, manteniendo buenos niveles de calidad y satisfacción al usuario. Esto da origen a la industria del *home care*, que para el año 2000 reportó ventas por 60 billones de dólares, 17.000 entidades dedicadas a proveer servicios o suministros, 700.000 empleos directos y la atención de ocho millones de personas (*Health Services Industry Report. Health Care Group, Research Note. Dean Witter*).

En 1992 se reconoce oficialmente en Francia la hospitalización domiciliaria, a través de los Decretos de Octubre; y en 1996, la oficina Europea de la OMS inicia el programa *From Hospital to Home Health Care*, dirigido a promover, estandarizar y registrar adecuadamente esta modalidad de atención.

En América Latina el modelo ha tenido un impulso importante, como una herramienta para la optimización del uso de los recursos hospitalarios, manteniendo un alto nivel de resolución y satisfacción de los usuarios a costos razonables. En Argentina lleva más de 30 años, pero con relevancia mayor en los años 90, principalmente en el sistema privado. (Temas hospitalarios, 2007; <http://www.temashospitalarios.com.ar/pdf/TH2.pdf>). En Colombia en 1993, la primera iniciativa fue realizada por la Fundación Santa Fe con su programa “Home Care” (Cuidados en el Hogar), posteriormente se desarrolló en el resto del país. (Molina C. 2011; <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/>)



FUENTE: Elaboración propia

En Chile las experiencias en esta área alcanzan diferentes grados de desarrollo existiendo unidades de Atención de Enfermería Domiciliaria hasta Unidades de cuidados especializados de pacientes de mediana complejidad. Estas experiencias son diferentes en el sistema público del privado.

Desde los años 50 en el Servicio Nacional de Salud (SNS), se desarrollaron iniciativas tendientes a dar principalmente Atención de Enfermería en Domicilio, creándose la primera Unidad propiamente tal en 1975 en el Hospital San Juan de Dios de Santiago, con la finalidad de resolver el problema permanente de falta de camas en los servicios clínicos. Se buscaba entonces, ampliar el número de prestaciones a los beneficiarios de este Hospital.

Esta Unidad funcionó aproximadamente un año y se discontinuó por falta de financiamiento. Con posterioridad, ya en la década de los años 80 (SNSS) otros hospitales como el Gustavo Fricke de Viña del Mar, crearon Unidades que corrieron igual suerte que la primera.

Nuestro país realiza desde 1995 el Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, su población objetivo son todos los chilenos de ambos sexos y cualquier edad que sufren de dolor por cáncer y precisan de cuidados paliativos.

En los últimos años se ha vuelto a reposicionar en la práctica de la Atención Primaria una actividad de antigua data en su aplicación, que es “la visita domiciliaria integral”, esta es una estrategia básica que viene a dar respuesta al envejecimiento progresivo de la población, aumento de las patologías invalidantes como: SIDA, enfermedades terminales, personas postradas y a una reorientación hacia la comunidad de los equipos de la atención primaria.

En el área privada el primer centro en ofrecer este tipo de prestaciones fue “Home Medical Clinic S.A.” creada en 1985, por la ISAPRE “Vida Tres”; quien derivaba pacientes de las clínicas Alemana, INDISA y Las Condes hacia sus domicilios. En sus comienzos atendían pacientes con enfermedades terminales y crónicas, posteriormente se agregaron enfermos pediátricos, neonatos y adultos. En la actualidad existen otros prestadores privados de hospitalización domiciliaria para pacientes de ISAPRES (Sistema de Instituciones de Salud Previsional) y FONASA (Fondo Nacional de Salud, modalidad libre elección).

De acuerdo a la encuesta desarrollada por el Depto. de Procesos y Transformación Hospitalaria durante el año 2010, en la actualidad existen algunos establecimientos hospitalarios que desarrollan actividades de hospitalización domiciliaria acorde con la siguiente definición: “Modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional en donde el usuario recibe los mismos cuidados que en el hospital, tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales habría sido



ESCUELA DE GOBIERNO Y GESTIÓN PÚBLICA

necesaria su permanencia en el hospital . Es de carácter integral y continuado, fomenta la participación y el autocuidado; depende de la atención especializada y es llevada a cabo por un equipo multidisciplinario de salud del hospital”.

V. VARIACIONES EN EL MODELO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Ciertos criterios generales que enmarcan la implantación y el funcionamiento de las unidades de HD en los diferentes países se explican básicamente a partir de dos puntos de vista. En Estados Unidos y Francia, la justificación inicial para establecer la HD fue aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias y humanizar más la atención al paciente. Asimismo, otro objetivo de introducir esta modalidad asistencial ha sido simplemente reducir los costos hospitalarios (Neuhauser D. 1997: 155-157).

La literatura sobre el tema también indica que los países difieren en el uso de la HD según el diagnóstico de los pacientes, siendo los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio las dos principales causas de hospitalización en el domicilio (con excepción de Quebec, que atiende a una población muy joven) (Raffy – Pian N. 1997: 5-9).

En todo caso, cabe destacar que para la mayoría de los países donde se utiliza, la HD se destina principalmente a personas ancianas que necesitan cuidados paliativos y a pacientes de cáncer u otras enfermedades degenerativas terminales (Gonzalez GG. 1995: 151-155).

Los diagnósticos tratados más frecuentemente en casos de HD comprenden tumores, complicaciones posquirúrgicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sida.

En general, los países siguen el modelo francés, que impulsa paralelamente las dos modalidades conocidas de servicios de salud en el hogar: la HD y la atención primaria a domicilio (APD) (Raffy – Pian N. 1997: 5-9)

A propósito, la HD aparece como una modalidad asistencial distinta de la APD en los siguientes países: Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia. En cambio, en Alemania y Estados Unidos, la noción de atención domiciliaria integra a la vez los dos conceptos de APD y HD.

Hay que destacar que a estos conceptos diferentes entre los países que optaron por introducir la HD se añade un gran vacío jurídico, ya que tan solo Alemania, Estados Unidos y Francia disponen de una definición y una reglamentación sobre la hospitalización a domicilio.

En España la creación de los servicios de HD fue motivada por la saturación de los hospitales y por el intento de racionalizar el gasto sanitario. Se caracterizó desde el inicio por un crecimiento anárquico, alimentado por proyectos individuales, sin un plan maestro que permitiera unificar conceptos y establecer criterios por lo menos entre las diversas comunidades autónomas (Colomer J. 1998: 359).

La transferencia de competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas españolas contribuyó a este desarrollo desigual de la HD en todo el país. Por ejemplo, se observa una gran evolución de esta modalidad en el País Vasco y en la Comunidad Valenciana, donde además se han creado marcos regulatorios exclusivos para la HD.

En 1992, el Servicio Vasco de Salud-Osakidetsa hizo público su programa “Alternativas a la hospitalización”, dando lugar a la creación y al fortalecimiento de los servicios de hospitalización a domicilio. En 1995, la Conserjería de Sanidad y Consumo del Gobierno Valenciano dio a conocer una orden (DOGV n° 2527) dirigida a la creación y definición de las unidades de HD en los hospitales pertenecientes al Servicio Valenciano de Salud (11). En el resto de las comunidades autónomas de España no hay normativas expresas para la HD. (Glez MDD. 1998)

A título de ilustración, en la Comunidad Valenciana, la consejería de Sanidad y Consumo comenzó la implantación de unidades de HD en 1990 (en hospitales con características más o menos comunes en cuanto a su ámbito urbano, sobreocupación, alta carga asistencial y servicios de referencia de otros hospitales), ubicándolas en el marco hospitalario y con la misión de servir de puente entre el hospital y la atención primaria. Se trata, por lo tanto, de un programa que depende orgánica y funcionalmente de la estructura de asistencia especializada, teniendo como referencia el hospital de área9 (de acuerdo con el decreto 122/ 88) y articulándose como una más de las modalidades asistenciales dentro del sistema de salud. (Cline C. 1998: 442)

VI. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA COMO COMPLEMENTO ESTRATEGICO

El lugar de atención de salud de la población, varía según el nivel de complejidad de esta, lo que ha implicado que el sistema de salud en cuanto a sus prestadores, se organice en diferentes niveles de atención, que van desde la atención primaria hasta niveles especializados.

En este contexto surge la alternativa de la Hospitalización Domiciliaria como complemento estratégico que brinda la posibilidad de tratamiento a las personas en su lugar de residencia, con una serie de características de servicio que hacen de esta una herramienta más de atención.

Existen múltiples conceptos de Hospitalización Domiciliaria (Rosângela Minardi Mitre Cotta. 2001: 45-55)

- OMS (Organización Mundial de la Salud), es la provisión de salud por parte de cuidadores formales e informales en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), la hospitalización domiciliaria se define como la disposición de cuidados de salud en el hogar. La cual podría abarcar desde el cuidado coordinado, proporcionado por un equipo multidisciplinario hasta proporcionar una sola visita al hogar para realizar un procedimiento específico.
- Torrá i Bou define la HD como “el conjunto de actividades desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud, y que tienen como objetivo: proporcionar atención de salud, mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena co responsabilización del usuario y/o su familia con los profesionales del equipo de salud, en el domicilio de

aquella persona, quien debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de atención primaria”.

- López Pisa, Maymó y Giró definen la HD como la “asistencia y cuidados sanitarios y sociales prestado en el propio domicilio del individuo cuando éste, por padecer un proceso agudo o crónico, no tienen la capacidad o independencia suficiente para acudir al centro de salud”.
- Frías y Palomino limitan la HD al ámbito de la atención de enfermería. La definen como “el conjunto de actividades desarrolladas por el enfermero, dirigidas a brindar cuidados integrales al individuo, o familia, o ambos, en su domicilio”.
- Roca y Ubeda definen la atención domiciliaria como el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio de las personas y que permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y de la familia, potenciando la autonomía y mejorando su calidad de vida.

Sin embargo, las definiciones anteriores requieren distinciones para comprender mejor el alcance de la HD y delimitar su ámbito de aplicación en nuestro país.

- **Atención Domiciliaria.** Toda acción de salud que se realiza en el domicilio, incluyendo aspectos biopsicosociales, en las áreas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, con coordinación e integración de los diferentes niveles de atención de la red de salud. Sin embargo, son los equipos de atención primaria quienes asumen la responsabilidad.
- **Asistencia Domiciliaria.** Es la prestación de servicios curativos puntuales en el domicilio, casi siempre a demanda del usuario y sin que ello represente una atención continuada. Es de carácter individual y episódico y tiene escasa participación de otros miembros de la familia o del equipo. Existe un cierto paralelismo entre este concepto y el modelo de asistencia sanitaria tradicional.

- **Visita Domiciliaria.** Es la base instrumental a través de la cual se presta la atención domiciliaria. “A través de la visita domiciliaria es posible brindar atención de enfermería al individuo y su familia en su medio natural: la casa donde viven”. Mientras que la atención domiciliaria es el fin, la visita es el medio para alcanzarlo. Dicho de otra manera, visitamos a la persona o familia para prestarle atención domiciliaria: cuidados de enfermería, atención médica, ayuda social, etc. De hecho, un solo caso de atención domiciliaria puede requerir numerosas visitas.
- **Visita Domiciliaria Integral (VDI).** Es la relación que se establece, en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud, con uno o más integrantes de la familia, generada por el problema de salud del caso índice, por la necesidad de establecer un conocimiento más profundo con la familia a su ingreso o por solicitud de alguno de sus integrantes. Se caracteriza por abordar con mayor profundidad, además del motivo inicial, otros temas de salud de interés para la familia y para formular de común acuerdo, un plan de trabajo entre ellos y el equipo de salud. Para su realización se requiere que la familia sea consultada con antelación y entregue su consentimiento.
- **Hospitalización a domicilio.** Es la modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional en donde “el paciente recibe los mismos cuidados que en el hospital, tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el hospital”. Es de carácter integral y continuado, fomenta la participación y el autocuidado; depende de la atención especializada y es llevada a cabo por un equipo multidisciplinario de salud del hospital.

Se hace importante diferenciar la hospitalización domiciliaria de la atención domiciliaria. Como se ha definido, la *hospitalización domiciliaria* es una modalidad de atención que depende del hospital, con asistencia similar en recursos y complejidad, pero que se da en el domicilio del paciente, ya que el paciente no requiere de la infraestructura hospitalaria. Esta debe ser para procesos agudos,

estables, acotados en el tiempo. Esta atención debería terminar con un alta y una derivación a la atención primaria.

Por su parte, la atención domiciliaria depende de la Atención Primaria. Los cuidados son programados a largo plazo, habitualmente con pacientes crónicos. Esta modalidad se destina a la promoción, rehabilitación de pacientes crónicos o terminales. Sin embargo no se evidencia continuidad en estos dos modelos de atención. Para lograr esta alianza entre ambos niveles, los equipos deben estar consolidados, coordinados, organizados y financiados

MARCO REFERENCIAL

El desarrollo de la Hospitalización Domiciliaria (HD) en Chile está respaldada por un programa de salud Ministerial que implica los tres niveles de atención existentes basada en las necesidades de las personas, además se incorporará formalmente a las organizaciones comunitarias que en su mayoría ya existen a lo largo de todo el país, tanto en el ámbito de la salud, en lo económico y en lo social.

Este apartado del estudio, da cuenta del Modelo de Hospitalización Domiciliaria que se implementa en nuestro país, además de los lineamientos y directrices en los cuales este se basa, para poder ser llevado a cabo en los hospitales públicos de Chile.

VII. MODELO PROPUESTO EN CHILE

La modalidad de HD que se propone es una alternativa a la hospitalización tradicional en donde “la persona enferma recibe los mismos cuidados que en el hospital, tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento”. Es de carácter integral y continuado, incluyendo aspectos biopsicosociales, en las áreas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, fomenta la participación y el autocuidado; depende de la atención especializada y es llevada a cabo por un equipo interdisciplinario de salud del establecimiento hospitalario, con coordinación e integración de los diferentes niveles de atención de la red de salud. (Figuerola Fonseca J, 2014)

Cuenta con una cartera de servicio conocida por la red, clara para el paciente y la comunidad, con financiamiento de acuerdo a una canasta de prestaciones valoradas y reconocida por FONASA (Fondo Nacional de Salud)

La HD, tiene por objeto proporcionar servicios de salud a la persona y su familia, de acuerdo con sus necesidades.

Esta atención presenta las siguientes características:

- Se trata de intervenciones específicas en el domicilio, de duración variable pero acotadas en el tiempo, en el transcurso de una relación continua entre la familia, sus integrantes y el equipo de salud del establecimiento. Se fundamenta, además, en los principios de la participación y el autocuidado y promueve el trabajo coordinado con los demás niveles de atención del sistema y con las instituciones que componen la red de apoyo social
- Cuenta con el consentimiento informado de la persona hospitalizada y/o de sus familiares
- Existe un acuerdo previo con la familia en cuanto al rol que le compete en el proceso de atención de su familiar enfermo, su derecho a ser capacitada para ejercerlo y a recibir apoyo y asesoría técnica de los equipos de salud hasta el momento del alta.
- Existen mecanismos claros y expeditos para el flujo de los recursos humanos, equipos e insumos hacia el domicilio del paciente cada vez que sea necesario.
- Evita las complicaciones derivadas de una hospitalización o institucionalización prolongada, como las infecciones o los episodios confusionales.
- El hospital tiende a reducir los días estancia y disponer de una instancia formal de cuidados domiciliarios y de un mayor número de camas disponibles.
- El establecimiento dispone de mayor información acerca de su paciente y de su familia, en lo socioeconómico y sanitario.
- Aporta a la autoestima de los pacientes y tiene un efecto positivo en la autoestima de los integrantes de la familia.

La HD requiere que las personas hospitalizadas estén en condiciones de estabilidad clínica y sin presentar ningún criterio indicador de mala evolución en su proceso médico o quirúrgico. Generalmente se excluyen las personas con riesgo de presentar complicaciones, y con problemas de salud crónicos, los cuales sólo se incluyen en caso de presentar procesos agudos, reagudizaciones o una complicación que requiera hospitalización.

Se trata de problemas de salud de un nivel de complejidad que para su asistencia se requiere de recursos humanos y materiales especializados dependiente del hospital que se desplaza al lugar de residencia del sujeto.

1) OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Diversa literatura sobre la implantación de las unidades de hospitalización domiciliaria, señala como objetivos, los siguientes:

- Reducir el número de hospitalizaciones prolongadas
- Mejorar la calidad de vida entregando una atención más humanizada, en donde la evolución de la enfermedad, se desarrolle en un ambiente familiar.
- Fomentar la educación para el autocuidado
- Optimizar los recursos hospitalarios

La HD ha sido mencionada por algunos autores como una alternativa efectiva para la solución a la alta demanda de las unidades de emergencia. La mayor parte de los ingresos hospitalarios se producen en los servicios de urgencias.

En este caso la HD es un sustituto a la hospitalización convencional. Muchos pacientes son atendidos en las unidades de emergencia, se realizan sus exámenes complementarios y se derivan a su hogar, disminuyendo la demanda asistencial hospitalaria.

2) VENTAJAS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

- Disminuye la exposición a infecciones intrahospitalarias. (Neumonías, infecciones urinarias, diarreas por Clostridium Difficile, etc.) En especial en aquellos pacientes más frágiles como los ancianos.
- Disminuye el síndrome Confusional y/o depresión en los adultos mayores. El adulto mayor es separado de su entorno, se expone a perder su identidad al separarse de su entorno socio familiar. Puede verse afectada su autoestima. En conjunto estos factores constituyen un riesgo de cuadros psicopatológicos como el delirium.
- Fomenta la relación más humanizada entre el equipo de salud y su familia

- Los pacientes y sus familias están más cómodos, teniendo mayor flexibilidad para la alimentación, los aseos y los descansos.
- Se fomenta la educación sanitaria. Los pacientes y las familias se hacen partícipes de la recuperación de la enfermedad.
- Se incorpora a la familia al proceso de cuidados del paciente
- Se mejora la disponibilidad de camas
- Se disminuyen el uso de recursos sanitarios, ya que se reduce el costo por los servicios de alimentación, lavandería, costo de la habitación, etc. Estudios de costos como el de Restrepo 2007, señalan un ahorro hasta de un 18% del total del costo de una hospitalización convencional.
- Se fomenta la comunicación entre la atención hospitalaria y la atención primaria.

Dentro de las ventajas descritas es importante destacar que el paciente se siente con más libertad y comodidad. Se encuentra en su entorno, con más confort, más calidad de vida y convivencia social.

La familia tiene más autonomía para decidir sobre los horarios y el tipo de alimentación. Los cuidados en el hogar se pueden desarrollar según las necesidades y particularidades del paciente y la familia. Sin embargo para el cuidador es más responsabilidad. Muchas veces la hospitalización convencional le permite más libertad.

3) DESVENTAJAS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

- Podría existir una sobrecarga para los cuidadores.
- Falla de la coordinación entre la atención hospitalaria y la derivación a la atención primaria.
- La hospitalización domiciliaria podría prolongar los días totales de hospitalización (hospitalización hospitalaria más hospitalización domiciliaria)

4) TIPO DE PACIENTES Y DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS

La derivación de pacientes hacia la hospitalización domiciliaria comprende los siguientes grupos:

- Pacientes con patologías agudas
- Pacientes que requieren tratamiento endovenoso
- Pacientes post quirúrgicos
- Pacientes crónicos con su patología reagudizada
- Pacientes en situación terminal con descompensación de los síntomas
- Pacientes con requerimiento de ventilación mecánica, nutrición parenteral, enteral, hemodiálisis y quimioterapia

VIII. DIAGNOSTICO EN CHILE

La experiencia en esta modalidad de tratamiento, ha generado un modelo operativo acerca de los cuidados que el paciente debe recibir en todo momento, dependiendo de las necesidades, denominado *Modelo Continuo de Cuidados*, comprendiendo medidas que progresivamente van desde la prevención comunitaria hasta la hospitalización.

En cuanto a las experiencias y/o investigación de este modelo de atención; es necesario relevar los resultados de la investigación científica desarrollada en la Unidad Broncopulmonar del Complejo Hospitalario San José del Servicio de Salud Metropolitano Norte, en conjunto con la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile y el Departamento de Enfermedades Respiratorias de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (Autores: Rosa Roldán T., María Elena Torres P., Daniel Gallardo M., Marisol Arias C., Fernando Saldías P.) denominado: *“Hospitalización diurna como modelo de atención de salud en pacientes adultos inmunocompetentes con neumonía adquirida en la comunidad”*, cuyo objetivo fue informar la experiencia de una hospitalización no clínica en el ámbito respiratorio, entregado a pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC), obteniéndose los siguientes resultados:

- 1) Ciento diecisiete pacientes con edades de 67 ± 16 años, (62% mujeres) con NAC fueron atendidos en la hospitalización domiciliaria. El noventa por ciento tenía comorbilidades, especialmente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el 58%, enfermedades del corazón en 32%, diabetes en el 16% y el asma en 13%. Sus factores de riesgo más importantes fueron la edad mayor de 65 años en el 60%, comorbilidades en 88%, el fracaso del tratamiento antibiótico en un 17%, la pérdida de la autonomía en el 21%, alteraciones de las constantes vitales en un 60%, confusión mental en el 5%, CAP multilobar

en 23%, derrame pleural en 15%, hipoxemia en 41% y un nitrógeno de urea en suero más de 30 mg / dl en 16%.

- 2) Los pacientes permanecieron un promedio de siete días en esta modalidad, con el oxígeno, la hidratación, la fisioterapia respiratoria y cefalosporinas de tercera generación (89%) asociados a las quinolonas (52%) o macrólidos (4%). Trece pacientes requirieron ventilación no invasiva, ocho pacientes fueron hospitalizados a causa del deterioro clínico y tres murieron en el hospital.
- 3) Las hospitalizaciones domiciliarias pueden reducir los costos de atención de salud sin aumentar los riesgos de los pacientes con infección del tracto respiratorio inferior
- 4) Conclusiones: La atención en hospitalización domiciliaria, ha reducido las tasas de hospitalización de pacientes con infecciones del tracto respiratorio inferior.

El objetivo de este último capítulo de la investigación, es describir la situación actual de la Hospitalización a Domicilio en el Hospital La Florida, Región Metropolitana, Chile.

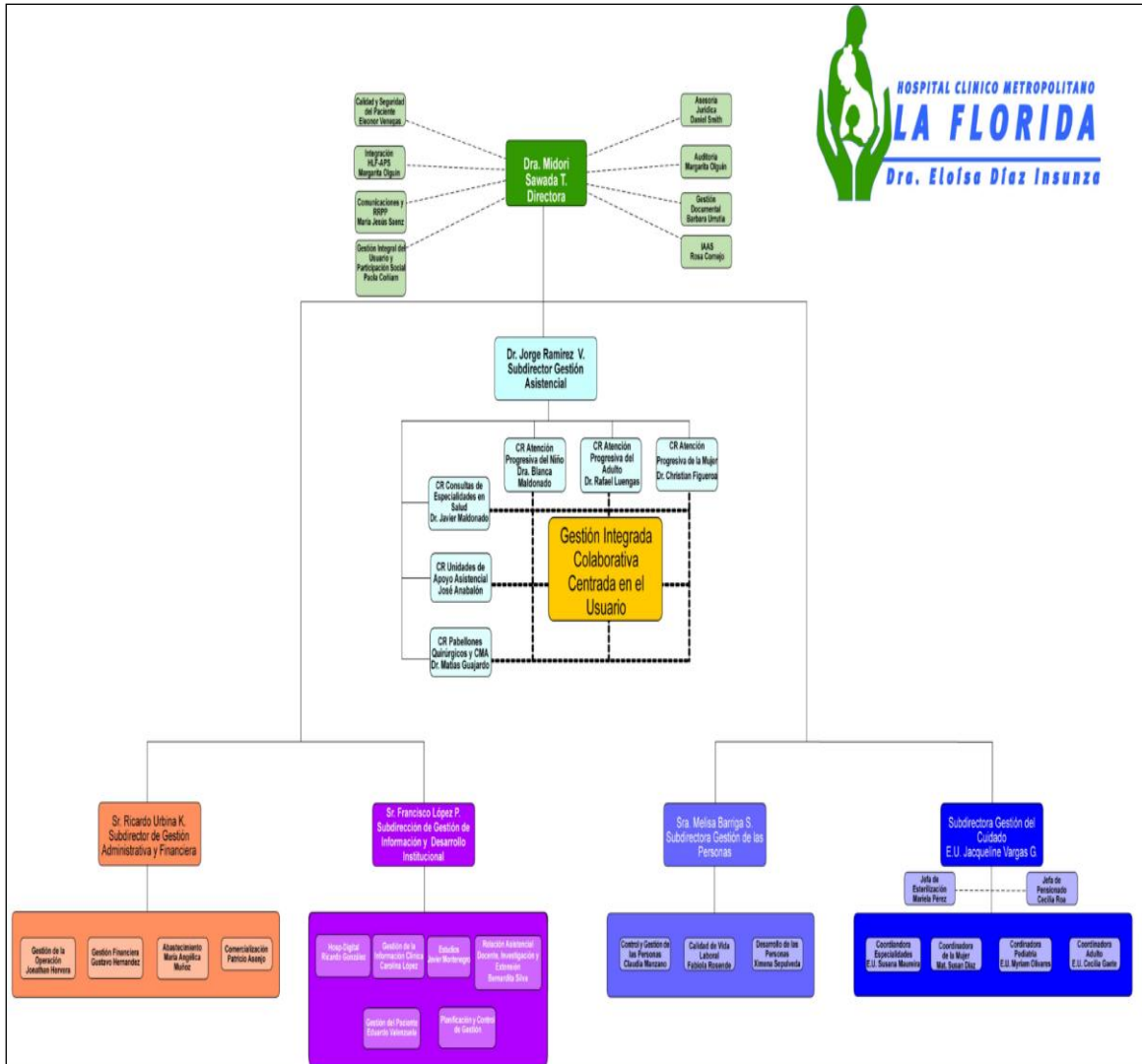
Presentar los esquemas asistenciales que bajo este modelo se desarrolla en esta institución, para más adelante, en los resultados mostrar la evidencia científica existente, exponer el grado de desarrollo actual y describir las bases que cimentarán su desarrollo futuro a nivel nacional.

IX. HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DEL HOSPITAL LA FLORIDA

a) ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

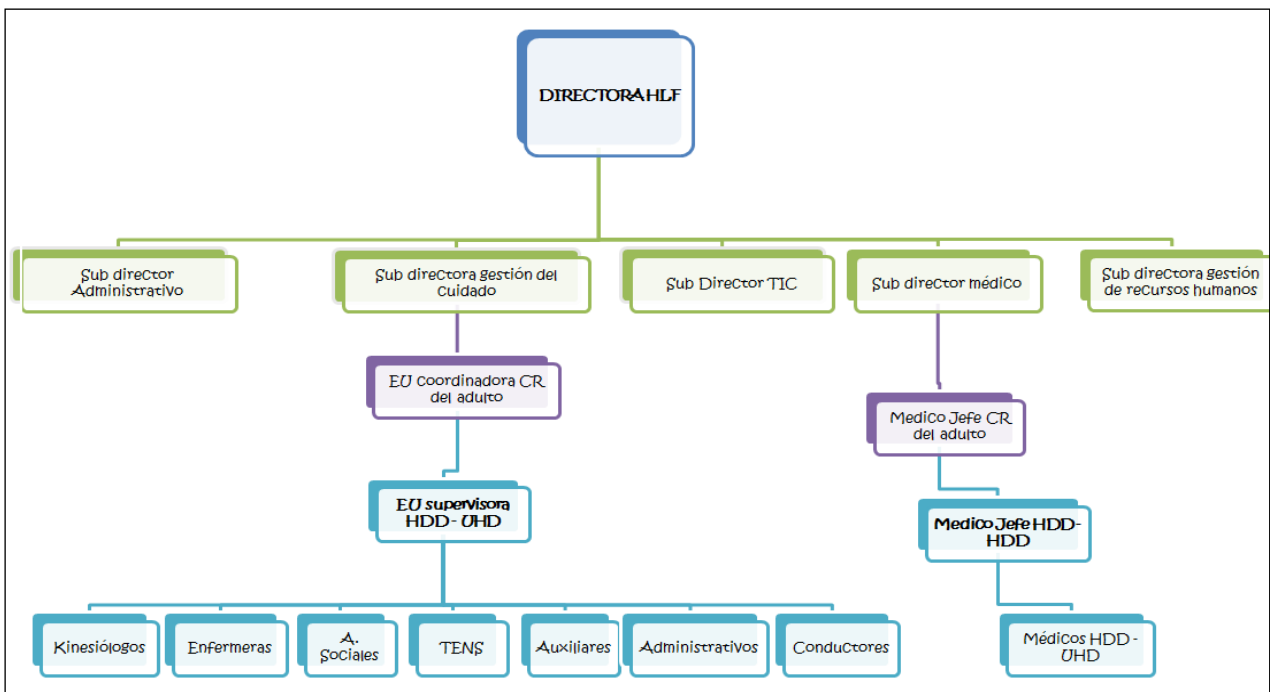
El Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza formó parte de una licitación en conjunto con el hospital de Maipú, para apoyar las necesidades de salud de la comunidad del Sector Sur Oriente de la Región Metropolitana. Este Hospital apunta hacia la Normalización de la Red Asistencial Sur Oriente de nivel secundario y terciario, ambulatorio y electivo, que permita responder a la demanda de atenciones y apoyo a los otros hospitales de la Red Sur Oriente.

ORGANIGRAMA HOSPITAL LA FLORIDA



Se emplaza en la comuna del mismo nombre, de la región metropolitana; es un hospital de alta complejidad dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Está ubicado en la esquina de Avenida Froilán Roa con Froilán Lagos (ex Av. El Parque). Tiene acceso a usuarios a través de locomoción colectiva: Línea 4 del Metro (estación Vicuña Mackenna) Línea 5 del Metro (estación Mirador).

ORGANIGRAMA DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA



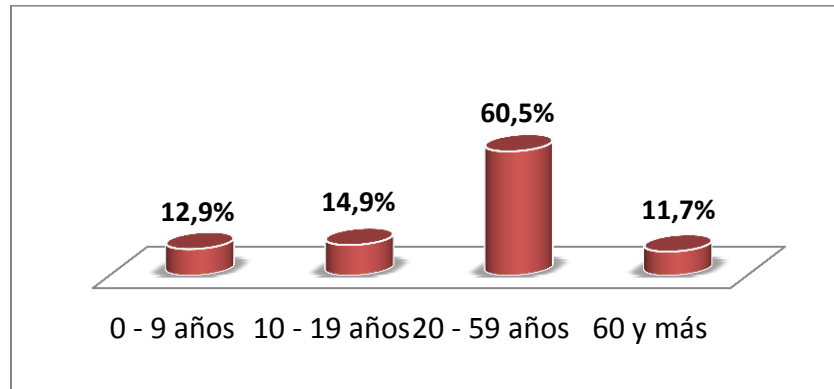
Fuente: Elaboración propia

b) ANTECEDENTES SOCIO – DEMOGRAFICOS

Tiene asignada una población de 386.540 habitantes, y una población beneficiaria de 300.036 habitantes; según el CENSO de 2012; distribuidos en población rural y urbana, cuya distribución por grupo etareo, es según se detalla en el gráfico N° 1

GRAFICO N° 1

Población total comuna de La Florida, según grupo etareo

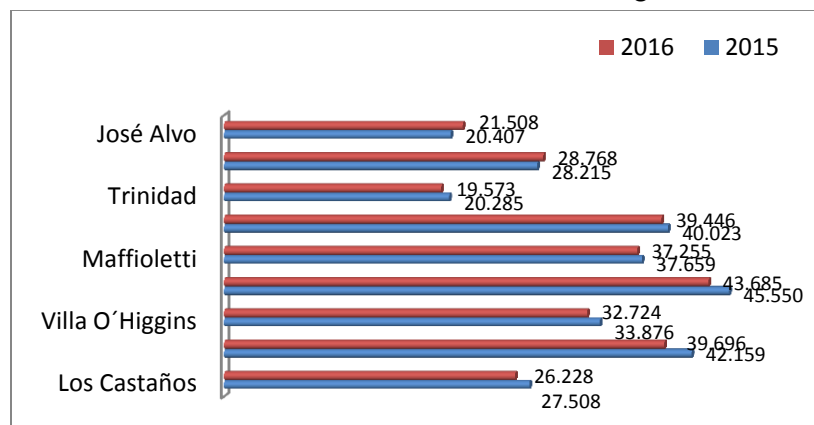


Fuente: Elaboración propia (REM 2016)

En cuanto a los pacientes inscritos en los centros de salud de atención primaria y como se observa en el gráfico N° 2; al año 2015 eran 295.682 habitantes; distribuidos según inscripción y unidad territorial a la cual pertenecen:

GRAFICO N° 2

Población total comuna de La Florida, según cesfam



Fuente: Elaboración propia (REM 2016)

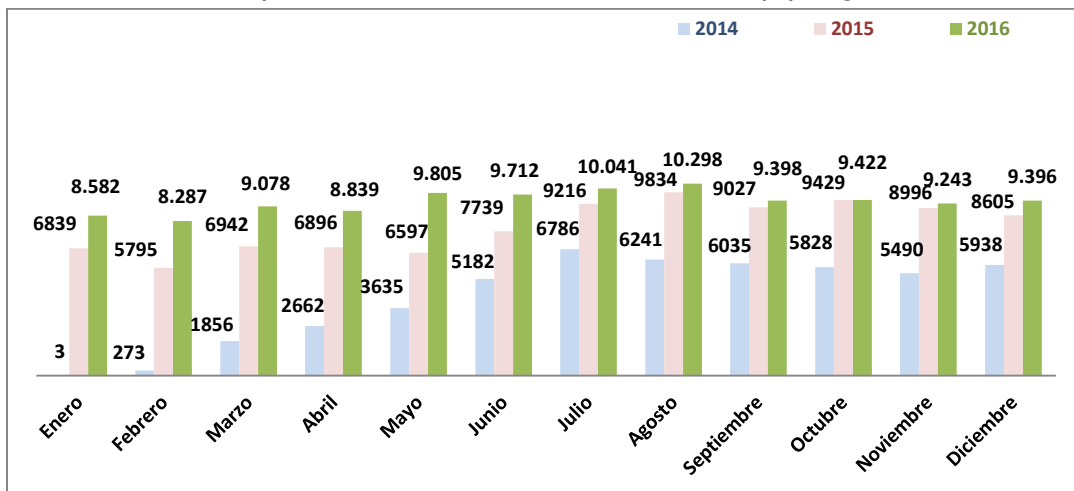
Entre los desafíos 2017 planteados en la cuenta pública institucional; se hace referencia a aspectos como los que se mencionan; donde claramente el hospital tiene grandes expectativas en lo que respecta la hospitalización domiciliaria como modelo a seguir y replicar a nivel nacional:

- Implementar el modelo de atención, parto personalizado.
- Lograr acreditación y autogestión hospitalaria.
- **Ser referentes nacionales de hospital de día médico quirúrgico y hospitalización domiciliaria, mediante pasantías, charlas e investigaciones.**

Actualmente el hospital cuenta con 376, las cuales se dividen en camas críticas, camas de cuidados medios y camas de cuidados básicos; para adultos, mujeres y niños. Respecto el ámbito de la actividad hospitalaria calculada desde el año 2014 – 2016; podemos visualizar un aumento significativo, en cuanto a los días camas utilizados por los pacientes que ingresan.

GRAFICO Nº 3

Días camas ocupados entre los años 2014 – 2016, p/p ingresados a HLF

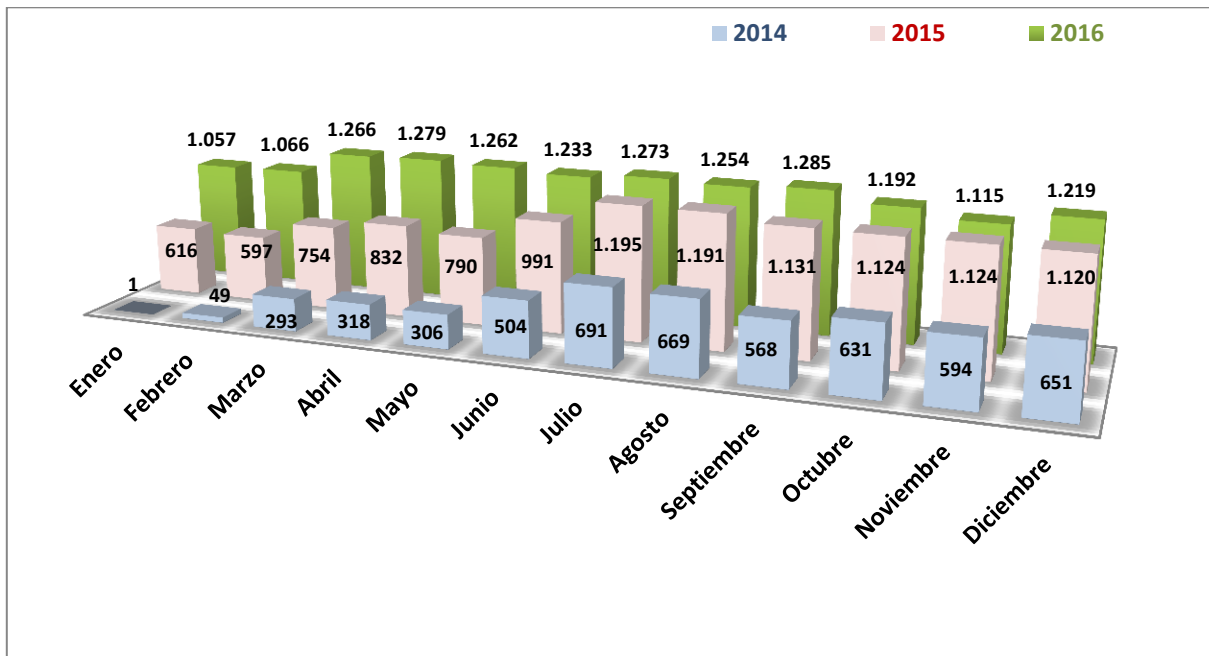


Fuente: Elaboración propia (REM 2016)

En este mismo ámbito y lo que respecta los egresos hospitalarios; podemos informar que durante los años: 2014 – 2016 se registran 31.241 egresos de los cuales existe codificación por GRD (Gestión relacionada a diagnostico); lo cual implica un aumento del 26.48% en el periodo a informar.

GRAFICO Nº 4

Egresos hospitalarios entre los años 2014 – 2016, respecto pacientes ingresados
HLF



Fuente: Elaboración propia (REM 2016)

Del análisis realizado, se puede señalar que la estadía media bruta fue de 8,9 días. La edad media corresponde a 43,54 años, predominando en los egresos las mujeres con un 66,4%. Respecto el tipo de ingreso más frecuente, corresponde a urgencias (cuadro clínico agudo) llegando este a un 48,8%.

Respecto las estadías de largo plazo o prolongadas, estas constituyen una línea de trabajo relevante al interior del hospital, dado que esto significa inyección de recursos que no estaban planificados para el sistema de salud, infecciones intrahospitalarias y baja satisfacción del usuario; en este ámbito es dable señalar que las estadías aumentan debido a factores externos a la institución, como es la presencia de comorbilidades, cuadro clínico de gravedad de los pacientes; factores administrativos u otros asociados a situaciones socio sanitarias.

Al igual que otros hospitales de alta complejidad, el hospital de La Florida afronta a diario la sobredemanda del servicio de urgencia, lo cual se refleja en la tasa de

hospitalización mensual, la cual asciende aproximadamente al 25% de los pacientes ingresados.

En referencia a la hospitalización domiciliaria, la experiencia del Hospital Metropolitano de la Florida, se instala en Abril del año 2014, en base a un enfoque innovador misceláneo que agrupa la modalidad de Hospital de Día y Hospitalización Domiciliaria, con enfoque sanitario integrador que apunta a la eficiencia operacional.

Al respecto, esta experiencia tiene su génesis en la Reforma de la Salud en Chile, que pone énfasis en el Modelo de Gestión Hospitalaria, con importante participación de los ciudadanos y, entendiendo la importancia de la familia en el proceso de mejoría del paciente, haciendo propio el Modelo de Atención Progresiva en el que se incorpora el Modelo de Hospital de día y hospitalización domiciliaria al unísono. Este Modelo de Atención, beneficia de este modo a los pacientes hospitalizados del Hospital La Florida, con residencia en la comuna La Florida.

La plataforma estratégica de este modelo, ancla su gestión en el Modelo de Atención basado en la articulación de la red institucional, centrada en el usuario, que involucra tanto Atención Primaria, Secundaria y Terciaria. Privilegiando la atención del paciente autovalente de forma ambulatoria y optimizando el recurso día cama del establecimiento.

El Objetivo General de esta Unidad se enfoca en: Promover, prevenir y recuperar el estado de salud de los pacientes; en los ámbitos físicos, psicológicos y sociales, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana.

Dentro de los Objetivos Específicos que se dio la Unidad están:

- Evaluar a pacientes que están en condiciones de alta precoz por parte del equipo tratante y dar continuidad a su tratamiento en dependencias de sus domicilios.

- Monitorear la evolución del paciente durante ese período en Hospitalización domiciliaria.
- Capacitar a los pacientes y su familia o tutor responsable en los procedimientos necesarios para la recuperación del paciente.
- Cumplir con el actual Modelo de gestión Hospitalaria, comprendiendo la importancia de la familia, y estar en su domicilio para una pronta y satisfactoria evolución del paciente.
- Optimizar los costos de salud.
- Llevar registros de indicadores y estadísticos que corroboren esta meta anterior.
- Ser un eslabón importante en el Modelo de Atención Progresiva.

El alcance de este modelo cubre a los pacientes que son beneficiarios del sistema público, que viven en la comuna de La Florida y cumplen con los criterios de inclusión médica y bio-psicosocial, en situación de hospitalización en la Unidad Médico Quirúrgica o servicio de urgencia.

Los pacientes son ingresados previa evaluación por Médico, Enfermera, Kinesiólogo y Asistente Social de la Unidad, verificando sus antecedentes socio – sanitarios. Excepciones a estos casos, son analizadas con el médico Jefe de Centro de responsabilidad del Adulto.

Entre los criterios de inclusión están:

1. Edad \geq 15 años
2. Patología médica o quirúrgica estable que no requieran más de una visita diaria para continuación su manejo terapéutico en domicilio.
3. Requerimiento de curaciones ya sea por cirugía, úlceras venosas, pie diabético, quemaduras leves en regeneración no mayor a 7 prestaciones
4. Neumonía estable que requiere continuar con tratamiento endovenoso y/o kinesioterapia respiratoria.
5. Requerimiento tratamiento endovenoso por cuadros infecciosos agudos:

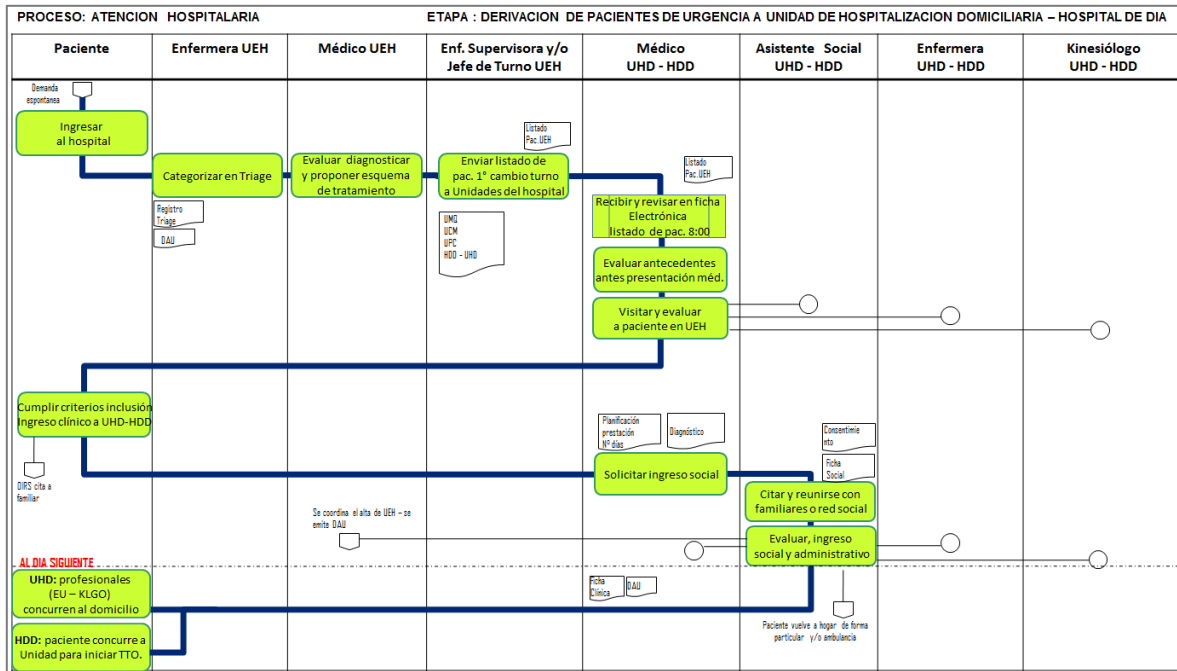
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica descompensada, Fibrosis Pulmonar descompensada; Infección del Tracto Urinario alta o baja; otros
6. Traslape de tratamiento anticoagulante endovenoso o subcutáneo a tratamiento oral (Trombosis venosa profunda; Arritmias cardiacas)
 7. Traslape de tratamiento anticoagulante oral a endovenoso (pre quirúrgicos)
 8. Requerimiento antibiótico parenteral
 9. Indicación exámenes preoperatorios de forma expedita por urgencia relativa de realizar la cirugía
 10. Cirugía programada para reforzar indicaciones preoperatorias y preparar su ingreso a pabellón
 11. Requerimiento de transfusión electiva indicada por médico de atención secundaria terciaria
 12. Cirugía electiva por protésica de cadera o rodilla de forma ambulatoria o tradicional
 13. Requerimiento de kinesiterapia motora en pacientes con postquirúrgicos, secuela por accidente cerebrovascular o dismovilismo por hospitalización prolongada.
 14. Requerimiento de oxígeno domiciliario por cuadro agudo.

Entre los criterios de rechazo, están:

1. Residencia fuera de la cobertura del hospital
2. Imposibilidad de traslado en ambulancia no sanitaria
3. No beneficiario del sistema de salud pública
4. Rechazo del paciente o de la familia para continuar su tratamiento bajo esta modalidad.

El Plan de Trabajo de esta Unidad, está orientado a la continuidad de tratamiento del paciente que está en condiciones de alta precoz, sin embargo necesita continuar con tratamiento médico y/o de enfermería que no puede realizarse ambulatoriamente. Esto nace de la convicción de la importancia de la familia en el proceso de mejoría del paciente.

FLUJOGRAMA DE INGRESO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (URGENCIA)



Fuente: Elaboración propia

c) ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO

ETAPA I:

1.- Los usuarios al ingresar por Urgencia pueden hacerlo por consulta espontánea o derivados de Atención Primaria u otros dispositivos de la red, también vía ambulancias de coronaria móvil o por accidentes de tránsito, en cualquiera de estas circunstancias, los usuarios al ingresar a urgencia, son atendidos por la Enfermera Clínica que aplica la categorización Triage, a fin de definir el tipo de espera según situación clínica comprometida. Esto es, ingresan los pacientes a atención de urgencia cuando son categorizados en C1-C2 –C3. Y los pacientes que esperan hasta 8 horas o son derivados a la APS, son los que reportaron categorización C4 y C5³.

3

C1 Emergencia vital – atención inmediata

C2 Emergencia evidente, sin riesgo vital – evaluación médica urgente – en espera de atención

C3 Urgencia mediana, espera ha llamado box de categorización - en espera de atención

C4 Urgencia menor, permanecerá en sala de espera general. Puede consultar en SAPU O CESFAM

C5 Sin urgencia, requiere atención general. Puede consultar en SAPU O CESFAM

2.- Secuencialmente, el paciente C1 o C2 o C3 es evaluado clínicamente por el Médico de Urgencia. En el primer cambio de turno matinal, tipo 7:00 a.m., la Enfermera Supervisora y/o el enfermero y/o Jefe de turno de urgencia, envían el listado de los pacientes que ingresaron a urgencia, con el diagnóstico clínico evaluado a Unidades Clínicas de todo el hospital, UMQ – UCM – UPC - incluyendo la derivación de información a la Unidad Hospital de Día (HDD) y a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD)

ETAPA II:

3.- El médico del UHD recibe y revisa el listado de pacientes que ingresaron por urgencia, en sistema de ficha electrónica, evaluando y analizando antecedentes y exámenes de la situación clínica de cada paciente y el diagnóstico evaluado. Esta práctica la realiza el médico de HDD, antes de la presentación formal del médico de urgencia, aproximadamente a las 8:30 am., todos los días.

ETAPA III:

4.- El médico y el equipo de UHD, conformado por Enfermera, Asistente Social y Kinesiólogo visitan en dependencias de la Unidad de Urgencia, a los posibles pacientes que podrían ingresar al Programa de HDD, evaluando en terreno criterios de inclusión médicos y sociales.

5.- Si ameritan los criterios clínicos, el Médico del UHD ingresa al paciente clínicamente al Programa y solicita evaluación social, para ello comunica a Asistente Social para que realice entrevista y reunión con familiares y/o tutores y/o cuidadores del paciente, analizando las variables sociales involucradas, como la consistencia de la red de apoyo, situaciones de adicción al alcohol y drogas, aspectos previsionales y socioeconómicos y todos los factores de riesgo-dependencia social. Para ello, le informa a Asistente Social el diagnóstico del

paciente y la planificación del tipo de prestación clínica a entregar, además del número de días que debería tener la intervención clínica.

6.- La Asistente Social, contacta y cita a reunión y entrevista a familiares y/o redes de apoyo social, para realizar la evaluación social. Paralelamente el personal de OIRS, también contacta a familiares o tutores o cuidadores del paciente y se coordinan internamente Asistente Social con equipo OIRS. Pudiera encontrarse que el usuario presenta redes de apoyo institucional y no familiar, como usuarios insertos en casas de acogida, o en ELEAM, o en casa de adultos mayores en convenio con el hospital, ubicados territorialmente en el distrito o jurisdicción del centro hospitalario, en cuyo caso, el paciente ingresaría a la modalidad de Hospitalización Domiciliaria y la coordinación la realiza la Asistente Social directamente con cuidadores de esta red de apoyo institucional.

7.- La Asistente Social registra su acción profesional en la Ficha Social y planifica el Consentimiento Informado como proceso comunicacional con el paciente y familiares y/o red de apoyo del paciente, el que se documenta y también debe ser firmado por éstos, quedando con registro impreso. (Si bien el Consentimiento Informado solo lo llenan los médicos, para efectos de esta unidad lo realiza Servicio Social del UHD que agrega al documento tradicional una anexo de coordinaciones internas)

8.- En el consentimiento, la Asistente Social establece con la contraparte la descripción de este tipo de atención y prestaciones a entregar por el equipo HD, donde hace hincapié en su carácter transitorio respecto la patología aguda, dado que lo crónico debe continuar en APS y a su vez enfatiza en cuanto al rol de acompañamiento e involucramiento responsable que debe tener la familia y/o red social de apoyo.

ETAPA IV:

9.- Posterior a la evaluación social, si amerita el ingreso social del paciente, según criterios de inclusión social al Programa, entonces la Asistente Social informa dando aviso al Médico de UHD, a la Enfermera y al Kinesiólogo, realizando el

ingreso social, pero también el ingreso administrativo del paciente al Programa UHD.

10.- La Asistente Social informa en el momento, vía telefónica o presencialmente, con el médico de la Unidad de Urgencia, el ingreso del paciente a la unidad de HD, a fin de que este entregue el alta clínica del paciente y DAU (registro del dato de atención de urgencia), que el mismo paciente retira de admisión de urgencia.

11.- Después de la Evaluación Social, final e ingreso del paciente a la unidad, se programan sus visitas al domicilio.

ETAPA V:

12.- En todos los casos siendo pacientes del Programa Hospital de Día o integrando el Programa de Hospitalización Domiciliaria, los equipos de ambos programas se coordinan con beneficio para ambos tipos de pacientes y combinan las prestaciones, con el respaldo de la política institucional, que privilegia la realización de exámenes y procedimientos de los pacientes de ambos programas, “en forma prioritaria.”

RESULTADOS

En nuestro país, la hospitalización domiciliaria se considera una estrategia que muestra un auge importante a partir del año 2010, debido a la pérdida de camas que sufrieron los hospitales del centro y sur por causa del terremoto del 27 de febrero del mismo año.

Debido al poco tiempo de la experiencia, como además a la escasa evidencia científica disponible que permita contrastar los resultados, el impacto, logros alcanzados, es que se considera que los resultados del presente estudio darán cuenta de una gestión – intervención – planificación relevante en el ámbito sanitario, que prontamente puede tener ser un precedente en la elaboración de política públicas de salud en nuestro país y/o cambios en la forma de abordar la gestión hospitalaria y asistencial.

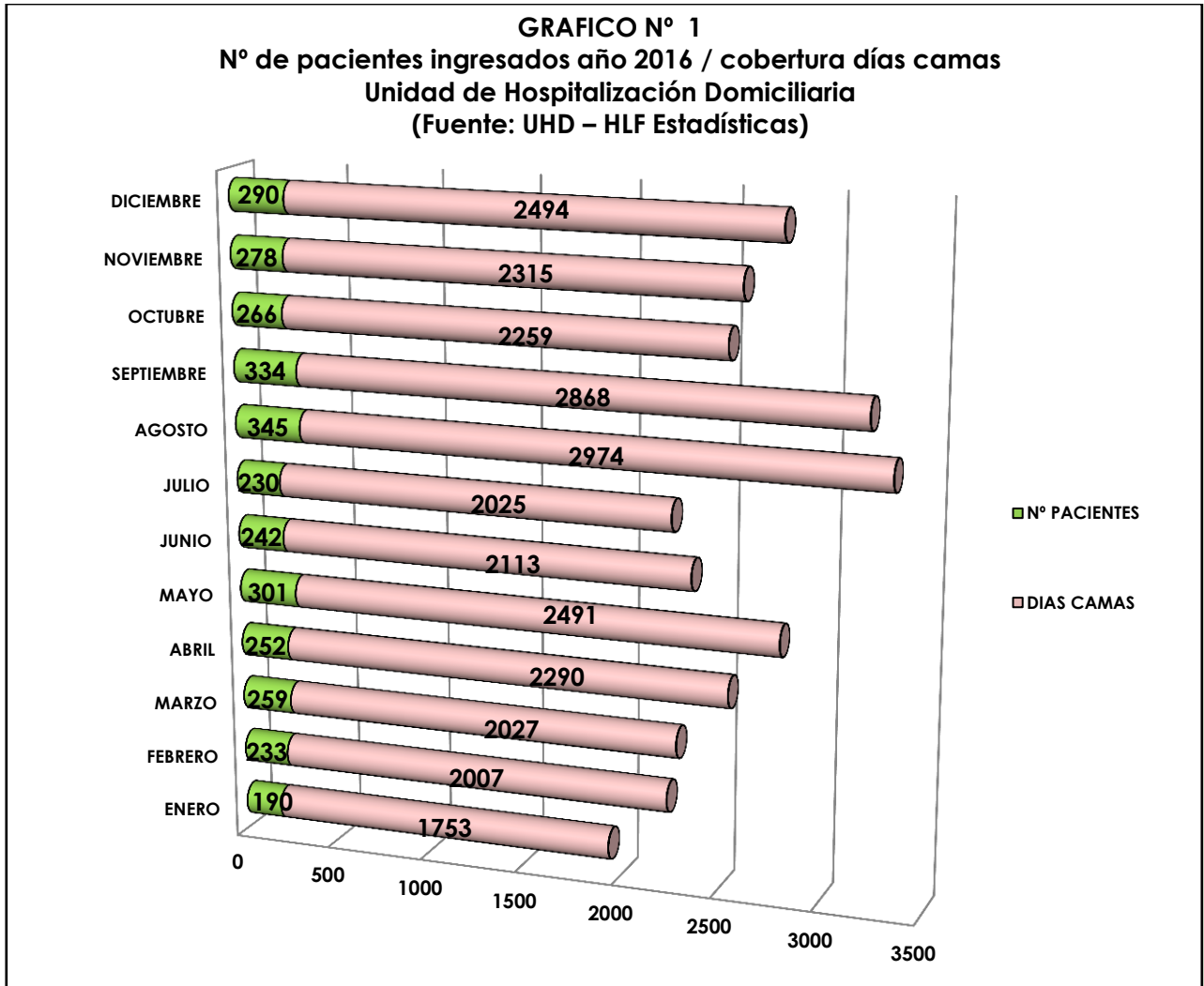
En este contexto, los resultados de la presente investigación, buscan promover y replicar experiencias y estrategias como la que se presenta; a fin de mejorar los servicios que son entregados a los pacientes que frecuentan nuestros centros de salud y a la vez, favorecer la responsabilización familiar.

Por lo cual estos resultados responden al objetivo de esta investigación, “Describir los resultados de la implementación del modelo de hospitalización domiciliaria, como una alternativa no tradicional para el manejo de pacientes agudos de un hospital público”.

I. CARACTERIZACION SOCIO DEMOGRAFICA DE LA MUESTRA

El equipo de trabajo que integra la unidad de hospitalización domiciliaria del hospital de la florida, es interdisciplinario el cual integra a tres médicos, siete enfermeras, cuatro kinesiólogos, una trabajadora social, cuatro paramédicos, un administrativo, un auxiliar y cuatro conductores.

En lo que respectan los resultados obtenidos, y como se puede observar en el gráfico N° 1, entre los meses de Enero y diciembre del año 2016 la unidad de hospitalización domiciliaria ingreso un total de 3220 pacientes; quienes requirieron alguna prestación en su domicilio, por presentar diagnostico asociado al perfil de ingreso de esta unidad.



Fuente: Elaboración propia

Los datos sociodemográficos de la población de estudio se presentan en la Tabla N° 1. De este total 56,1% fueron mujeres y 43,9% fueron hombres, cuya edad promedio es de 66,4 (13-102) años.

Tabla N°1. Características socio demográficas de la Población de estudio

| Variable | | Valores |
|----------------------|------------|---------------------------|
| n | | 3220 sujetos |
| Genero | Femenino | 1806 (56,1%) |
| | Masculino | 1414 (43,9%) |
| Edad Promedio | | 66,4 (15-102) años |
| Edad | 15-30 años | 234 casos (7,26%) |
| | 31-64 años | 1001 casos (31,05%) |
| | > 65 años | 1985 casos (61,6%) |
| Previsión | Fonasa A | 309 casos (9.6%) |
| | Fonasa B | 1974 casos (61.3%) |
| | Fonasa C | 374 casos (11.6%) |
| | Fonasa D | 531 casos (16.5%) |
| | Otros | 32 casos (1%) |

Fuente: Elaboración propia

II. ESPECIALIDAD, PATOLOGIA DE INGRESO Y NUMERO DE PRESTACIONES

Las prestaciones realizadas con mayor frecuencia fueron:

- **Administración de antibióticos en un 27,6% de los pacientes**

- Kinesiterapia motora en un 22,2% de los pacientes
- Curaciones avanzadas en un 22% de los pacientes.

Tabla N°2. Estadía y especialidad al ingreso, de la Población de estudio

| | Variable | Valores |
|--------------------------------|----------------------|--------------------|
| | n | 3220 sujetos |
| Tiempo de Estadía | Días en la modalidad | 8,3 días |
| Especialidad de ingreso | Neurológica | 119 casos (3,7%) |
| | Cardiológica | 74 casos (2,3%) |
| | Vascular | 332 casos (10,3%) |
| | Respiratoria | 863 casos (26,8%) |
| | Urológica | 583 casos (18,1%) |
| | Traumatológica | 1121 casos (34,8%) |
| | Otros | 128 casos (4%) |

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la tabla N° 2, las especialidades más frecuentes de ingreso a la unidad fueron:

- Traumatológicas 34,8%
- Respiratorias 26,8%
- Urológicas 18,1%
- Vasculares 10,3%
- Neurológicas 3,7%
- Cardiológicas 2,3%

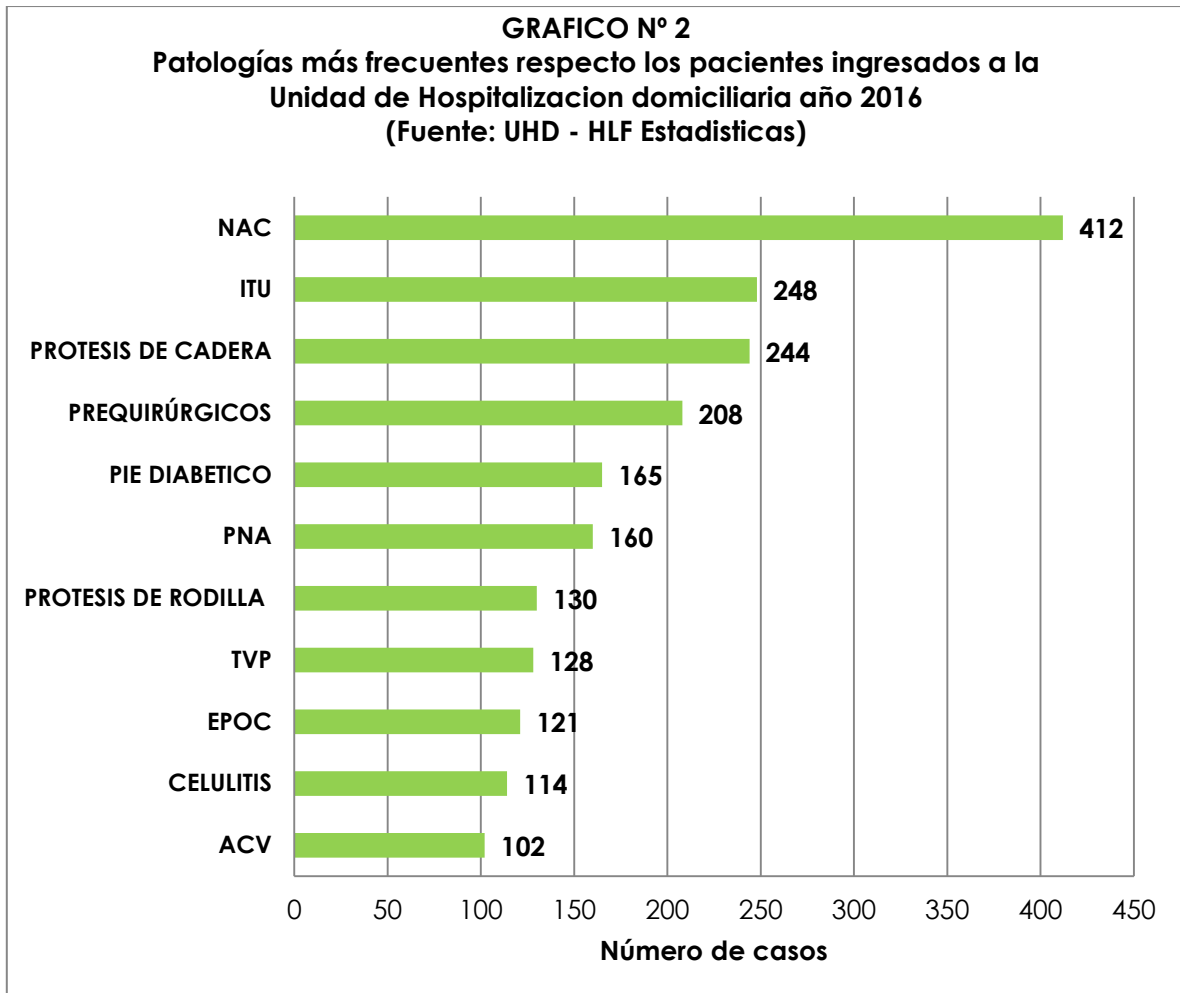
En cuanto al **tiempo de estadía** de los pacientes ingresados a la unidad de hospitalización domiciliaria, fue en promedio de **8,3 días** y durante este periodo recibieron en promedio **9,2 procedimientos por persona**

Tabla N°3. Procedencia de derivación respecto la Población de estudio

| Variable | | Valores |
|----------------------------------|---------------------------|--------------|
| n | | 3220 sujetos |
| Procedencia de Derivación | Unidad Médico Quirúrgico | 55.4% |
| | Servicio de Urgencia | 30,3% |
| | Unidad de Cuidados Medios | 8,2% |
| | Otras | 6,1 % |

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la tasa de re-hospitalización, esta corresponde a 1,8%, lo que representa un total de 58 casos al año, resultando frecuente motivos asociados a patologías crónicas de los pacientes, y no en relación al diagnóstico por el cual ingresaron a esta unidad.



Fuente: Elaboración propia

Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)

Infecciones del tracto urinario (ITU)

Pielonefritis aguda (PNA)

Trombosis venosa profunda (TVP)

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Accidente cerebrovascular (ACV)

Como se puede observar en la Tabla N° 3, la mayor cantidad de pacientes derivados a la unidad de hospitalización domiciliaria proviene de la unidad médico quirúrgico, correspondiendo a un 55.4% de pacientes; el 30,3% de los pacientes del servicio de urgencia; el 8,2% de la unidad de cuidados medios y un 6,1% de otras unidades (Unidad de paciente crítico, servicios ambulatorios, extra sistema).

III. GASTOS HOSPITALIZACION DOMICILIARIA

En relación a los costos en salud, es importante señalar que la unidad de hospitalización domiciliaria logro liberar 27.616 días camas al Hospital Clínico La Florida, de las cuales:

- 18.033 días camas fueron de la Unidad Médico Quirúrgico y Cuidados Medios, cuyo valor día cama corresponde a \$239.148.
- 9528 días camas fueron del servicio de urgencia, cuyo valor día cama corresponde a \$146.568
- 55 días camas de la Unidad de Paciente Crítico, cuyo valor día cama corresponde a \$583.910.

En base a lo anterior, y considerando el valor día cama de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria \$49.000, nuestra modalidad de atención logro un ahorro de \$4.387.986.838. Lo que se representa en la Tabla N° 4.

Tabla N°4. Gastos de la hospitalización domiciliaria en relación a la hospitalización tradicional

| | Unidad | Valor cama | días cama | Total |
|---|-----------------|---------------|-----------|-------------------------|
| Gasto Hospitalización Tradicional | Medicina | \$239.148 | x 18033 = | \$ 4.312.555.884 |
| | Urgencia | \$146.568 | x 9528 = | \$ 1.396.499.904 |
| | UPC | \$583.910 | x 55 = | \$ 32.115.050 |
| | Subtotal | | | \$ 5.741.170.838 |
| Gasto Hospitalización Domiciliara | UHD | \$49.000 | x 27616 | \$ 1.353.184.000 |
| Subtotal: \$ 5.741.170.838 - \$ 1.353.184.000 = \$ 4.387.986.838 | | | | |

Fuente: Elaboración propia

UPC (Unidad de Paciente Crítico)

UHD (Unidad de Hospitalización Domiciliaria)

No obstante lo anterior, la sustentabilidad económica del modelo de Hospitalización domiciliaria depende de otros factores, como la distribución del recursos humanos, la complejidad de los usuarios, distribución geográfica de la población beneficiaria, apoyo clínico diagnóstico en el centro hospitalización y principalmente el rol y la integración en el modelo de gestión imperativo en la organización, todos estos elementos en alguna cierta medida afectan el desempeño y la eficiencia de la modalidad en estudio. Sin perjuicio de esto, varios de los factores no cuentan con estudio previo y no son considerados como tales al momento de la implementación del dispositivo como una medida de control de gestión, por tanto resulta difícil en el momento de la implementación de la

estrategia contar con los antecedentes para el análisis de su verdadera capacidad, desempeño y sostenibilidad técnico económica, que permita tomar las acciones para fortalecer esta actividad y corregir medidas.

Finalmente es importante relevar que el costo de oportunidad de la hospitalización domiciliaria comparado con otros modelos, tales como, hospitalización institucional y compra de camas al extra-sistema arroja resultados que demuestran que este tipo de dispositivos son una respuesta sólida frente al objetivo de descongestionar camas institucionales a un bajo costo, manteniendo y prevaleciendo la calidad de atención del paciente.

IV. SATISFACCION USUARIA

En el contexto de la investigación realizada, se consideró relevante el levantamiento de información de percepción de satisfacción usuaria; el cual se lleva a cabo a partir de encuestas aplicadas a todos los pacientes ingresados a la modalidad de hospitalización domiciliaria, a fin de recoger la opinión que van elaborando durante todo el proceso de atención.

La muestra estuvo compuesta por el total de los pacientes ingresados durante el año 2016, esto se traduce en 3220, obteniendo resultados que a continuación se mencionan:

Un 96% de los pacientes o sus familias, resulto estar conforme con la modalidad de atención clínico-asistencial recibida, mientras que un 100% la recomendaría a otras personas, (datos obtenidos a través de una encuesta de carácter anónimo).

En cuanto a la atención general y de acuerdo a la encuesta de satisfacción usuaria, la unidad fue evaluada en su atención total, con nota 4.8; de un total de 5.0.

En la tabla N° 5 se puede apreciar el promedio, por ámbito de evaluación, respecto trato usuario, expectativa, insumos, satisfacción global y equipo profesional.

**Tabla N°5. Resultados, en promedio de nota de 1 a 5;
Encuesta de satisfacción usuaria hospitalización domiciliaria**

| | TRATO USUARIO | | | | | EXPECTATIVA | | INSUMOS | SATISFACCIÓN | EQUIPO PROFESIONAL | | | | |
|--|-------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-----------------|--------------|--------------------|-----|-------|------|------|
| | Atención esperada | Disponición | Perspectiva del trato | Relación con el personal | Deberes y derechos | Atención Obtenida | Atención esperada | Equipos médicos | Global | Médico | Eu | Klgo. | TENS | A.S. |
| PROMEDIO | 4,54 | 4,48 | 4,63 | 4,45 | 4,22 | 4,58 | 4,49 | 4,49 | 4,6 | 4,38 | 4,6 | 4,5 | 4,6 | 4,36 |
| N° DE PERSONAS QUE NO RESPONDEN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 2 | 2 | 7 | 4 | 16 | 8 | 11 |

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES GENERALES

En términos general, es necesario señalar que los resultados de esta investigación claramente apoyan la escasa evidencia científica sobre las recomendaciones del modelo de hospitalización domiciliaria como una alternativa al manejo de pacientes agudos, el cual es concebido como una modalidad segura de implementar y que permite disminuir costos asociados a la atención en salud con baja tasa de re hospitalizaciones.

Así mismo, el modelo de hospitalización domiciliaria que se implementa en el Hospital de La Florida, si bien es cierto contempla en gran proporción pacientes con patologías agudas, además incluye, como innovación, un gran porcentaje de ingresos provenientes del servicio de traumatología, permitiendo al hospital realizar la experiencia única a nivel nacional, de un novedoso programa de artroplastia ambulatoria de rodilla y cadera, donde un grupo importante de pacientes pudieron ser dados de alta exitosamente el mismo día de la cirugía con un seguimiento a domicilio por el kinesiólogo y la enfermera para proporcionar un entorno seguro y evaluar eventuales complicaciones.

Por otra parte, es importante destacar que este modelo permite disminuir la estadía hospitalaria, reduce costos en cuanto (considerando alimentación y hotelería) y disminuye tiempos de espera quirúrgica.

Respecto perfil de la población estudiada, casi dos tercios de los sujetos corresponden a adultos mayores, lo que se relaciona con la propuesta del modelo; en el marco del proceso de envejecimiento y los cambios epidemiológicos a nivel mundial. Como consecuencia a este fenómeno, se ha descrito una sobrecarga moderada a severa en un gran porcentaje de los cuidadores de pacientes que requieren de atención domiciliaria, por tanto los cuidados domiciliarios se consideran una práctica fundamental para el proceso de capacitación en el

cuidado en el hogar y acciones educativas relacionadas a las necesidades del usuario y grupo familiar.

En la misma línea, y considerando que existen reportes de una buena calidad de vida en los adultos mayores que reciben cuidados domiciliarios, se estima que este modelo podría ser útil para mejorar la satisfacción del usuario y de su entorno social, mejorando la calidad asistencial y la optimización de los recursos en salud.

Por lo anterior el presente estudio pretende ser un paso inicial para elaborar estrategias que permitan la implementación de este modelo en la red de salud pública nacional.

CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

Respecto la pregunta de investigación y los objetivos propuestos; los resultados obtenidos y expuestos en este documento, han permitido tener un acercamiento al modelo de hospitalización domiciliar, perfil de sus usuarios, costos y beneficios de lo que implica instalarlo en una institución de carácter público.

En cuanto al objetivo de esta investigación, **“Describir los resultados de la implementación del modelo de hospitalización domiciliar, como una alternativa no tradicional para el manejo de pacientes agudos de un hospital público”**; los resultados pretenden contribuir en la descripción y la situación actual de la hospitalización a domicilio en nuestro país, analizar los esquemas asistenciales que se desarrollan en nuestro medio, exponer la evidencia científica existente respecto a los resultados obtenidos, presentar el grado de desarrollo actual y describir las bases que fundarán su futuro desarrollo a nivel nacional.

En este contexto, y basados además en la experiencia internacional, es que debemos considerar necesario un proceso de modernización y adaptación que tenga la capacidad de dar respuesta a las demandas de los pacientes que concurren diariamente a nuestros establecimientos de salud; por lo que

enmarcamos en esta innovación la aparición de nuevos medicamentos, los avances en cirugía mínimamente invasiva, el desarrollo de las tecnologías de la información, la miniaturización de aparatos y las nuevas fórmulas de gestión; que están modificando las actuales pautas de asistencia y van a generar en el futuro grandes cambios en el sector de la salud, lo cual pretende, ante todo, ser un campo descentralizado, personal y cada vez más auto administrado donde el médico propondrá opciones al paciente, que será quién tenga la última palabra la mayoría de las ocasiones.

Por lo anterior, se deben potenciar aquellas acciones que se están desarrollando desde los hospitales, como, nuevas fórmulas asistenciales para la atención especializada -alternativas a la hospitalización tradicional- tanto en régimen ambulatorio (consultas externas, hospitales de día, cirugía ambulatoria), domiciliario (atención domiciliaria basada en el hospital u hospitalización a domicilio) como a distancia (telemedicina) que sustituirán en gran parte los cuidados proporcionados, hasta hoy, por profesionales en las salas de hospitalización de los grandes hospitales. Todo ello supondrá un alto nivel de modernización y optimización de nuestro Sistema de Salud.

Lo precedente, debe garantizar el incremento de recursos destinados al desarrollo de la hospitalización domiciliaria en su globalidad; por una parte considerando la reorientación de recursos actuales de la Atención Especializada, Atención Primaria y Corporaciones Locales y, por otra, velando por la incorporación de nuevos profesionales destinados a tal fin. Es por esto, uno de los sectores identificados como “nuevo campo laboral” al ser un área con amplia demanda, dado que la mayoría de los pacientes afectados de dependencia preferirían recibir atención en sus domicilios, fácil implementación, de bajo costo y efectiva en patologías agudas.

Sumado a lo anterior, y como aporte a futuras implementación, quien suscribe cree imprescindible que la amplia cartera de servicios que otorga la hospitalización

Domiciliaria, y planificada desde los Hospitales, debe ser coordinada y complementada con equipos de atención primaria y atención secundaria que tengan un nivel de desarrollo adecuado y equilibrado que garantice la continuidad asistencial a través de una adecuada relación que permita ubicar al usuario en el recurso más idóneo para su atención y su rápida derivación de una institución a otra ante eventuales cambios de sus necesidades. Lo cual, claramente aportara desde un alto nivel de modernización y optimización de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Esto, dado los albores del siglo XXI, donde el futuro de la Hospitalización domiciliaria está inexcusablemente enlazado a la humanización de la enfermedad, a la asistencia cualificada, al desarrollo de la atención domiciliaria en su globalidad así como al desarrollo de alianzas con todos los recursos asistenciales, considerando que en Chile, la hospitalización domiciliaria se encuentra en pleno desarrollo, aun cuando los primeros acercamientos a esta modalidad asistencial se realizaron la segunda mitad de la década de los 70, durante el año 2010 y producto de la pérdida de camas que sufrieron los hospitales del centro y sur del país a causa del terremoto del 27 de febrero de ese mismo año el MINSAL pone en marcha un piloto para evaluar la factibilidad de implementar la hospitalización domiciliaria en hospitales públicos. A la fecha, a lo largo de todo el país existen aproximadamente 30 unidades de hospitalización domiciliaria.

En cuanto al impacto de un modelo con estas características, la hospitalización domiciliaria debe ser implementada en hospitales de tipo 1, dado que cuenta con mayor cantidad de camas, presentan una capacidad de resolución de patologías más complejas dado que cuentan con mayor cantidad de especialistas, presentan mayor demanda de prestaciones y tiene una estructura de costos mayor a hospitales de otro tipo. No obstante, el ámbito de acción de la HD, es muy amplio; sin distinción de edad, sexo o procedencia asistencial; pudiendo proporcionarse en el domicilio distintos tipos de atención, numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, desarrollando en su actividad diversos esquemas asistenciales,

englobados bajo el término quizás más aclaratorio de "hospitalización domiciliaria basada en el Hospital", que no hacen sino sustituir a las diversas áreas asistenciales de un hospital, por las que el enfermo tendría que pasar si no existiera este programa.

Agregar que la estrategia engloba diferentes niveles o esquemas asistenciales que, aunque proporcionan cuidados de rango hospitalario con similar intensidad de cuidados, lo hacen sobre pacientes en diferentes fases evolutivas de enfermedad por lo que la duración de los cuidados y el consumo final de recursos es distinta.

Respecto el perfil de los pacientes, existe un perfil de paciente agudo, a quien se le proporciona en su domicilio durante un periodo de tiempo limitado, normalmente de siete días, cuidados de intensidad y complejidad propiamente hospitalarios. Permite trasladar de forma temprana a sus hogares a pacientes agudos, crónicos reagudizados, postquirúrgicos, traumatológicos o a enfermos en situación terminal con descompensación de síntomas que, tras la fase diagnóstica y el control hiperagudo de la enfermedad, todavía necesitan en su convalecencia de cuidados propios hospitalarios durante un periodo de tiempo determinado hasta su alta definitiva. Su consecuencia es acortar y/o evitar ingresos hospitalarios.

Como enfoque central de una hospitalización domiciliaria, esta debe tener la capacidad de proporcionar en el domicilio asistencia integral y personalizada, con niveles de diagnóstico y/o cuidados similares a los realizados en el hospital, a pacientes susceptibles con el apoyo de su cuidador.

La Hospitalización a Domicilio se caracteriza por proporcionar cuidados especializados, definidos por su:

- Intensidad, una o más visitas diarias en el domicilio programadas y/o urgentes.
- Complejidad "propia hospitalaria" de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos empleados.

- Duración limitada y transitoria de la atención en el tiempo hasta cumplir el período de atención hospitalaria previsto excepto en aquellos casos en los que, por el nivel de complejidad de los cuidados, la asistencia especializada es quien los tutela como es el caso de los programas de ventilación mecánica, gestión de enfermedades, etc.
- Requerir cercanía al hospital dentro de un radio de kilómetros determinado, para garantizar la cobertura asistencial y ser más eficiente al evitar la dispersión geográfica.
- Los pacientes atendidos en UHD se consideran ingresados en el hospital a todos los efectos, tanto administrativos como asistenciales, incluidas las prestaciones farmacéuticas.

Por tanto, el rol de la Hospitalización a Domicilio será doble:

- Por un lado, sustituir al hospital en sus distintas áreas asistenciales (salas de hospitalización, hospital de día, consultas externas) en aquellos pacientes para quienes por su enfermedad o el estadio evolutivo de la misma, el domicilio, en régimen de hospitalización, es la mejor ubicación asistencial.
- Por otro, colaborar y facilitar el desarrollo de los programas de gestión de enfermedades para el cuidado de condiciones crónicas que por su complejidad necesitan ser desarrollados y tutelados por servicios o unidades hospitalarias específicas (programas de cuidados paliativos, de atención geriátrica a domicilio, etc.) con el objetivo fundamental de mantener la estabilidad de aquellos pacientes difíciles de controlar por su complejidad y/o morbilidad.

Resulta relevante poner énfasis en el paciente y cuidador – tutor; son nuestro marco de referencia y actuación tanto como unidad como para cada uno de los profesionales en el desarrollo de sus funciones y tareas.

En cuanto al personal; profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos que se desempeñan en la unidad, es dable señalar que son nuestro principal de acuerdo al ejercicio de su profesión u oficio y respondiendo con los siguientes valores:

- Actitud emprendedora y afán de superación
- Flexibilidad y adaptación a la innovación
- Respeto mutuo, trabajo en equipo y sentido de pertenencia
- Sentido de ética profesional
- Capacidad de empatía y respeto por un otro.

En lo que respecta las dificultades o limitaciones, es importante relevar aquellas que se muestran como desde la realidad local, y claramente influyen en la gestión y desempeño de nuestro modelo:

- Las limitaciones de los traslados en una comuna congestionada por el parque vehicular. Esto es un factor que disminuye la eficiencia del recurso.
- La inseguridad de los equipos clínicos de derivar pacientes a este nuevo modelo. Lo que se manifestó en un tímido crecimiento de su producción.
- El modelo basado en la atención hospitalaria. Esto se observa todos los días en la urgencia, donde se ve la poca capacidad de los cuidadores responsables – cuando existen - de su paciente. La muerte se ha institucionalizado.
- No existe un flujo establecido de coordinación entre el hospital y la atención primaria.
- Esta modalidad tiene un futuro prometedor si se es capaz de trabajar en mejoras que tengan un impacto para el servicio sanitario y sus usuarios. Hay áreas en la cuales trabajar a futuro.
- La hospitalización domiciliaria es una excelente estrategia para fomentar la humanización de la atención de salud. Es por ello que es necesario trabajar para que los equipos adquieran las competencias necesarias para lograr este objetivo.
- Se debe trabajar en protocolos clínicos, guías y procedimientos para estandarizar la atención.
- Existe desde el área de enfermería el interés en formar y conocer desde el pregrado esta modalidad de atención, pero parece ser necesario incentivar la formación académica para todos los profesionales del equipo de salud.

- A medida que el modelo se desarrolle, sería favorable que la derivación no sólo sea desde el ámbito hospitalario o urgencias, sino también abrir el acceso a esta modalidad desde la atención abierta (consultas) e inclusive desde la atención primaria.

En cuanto a la sustentabilidad económica del modelo de Hospitalización domiciliaria depende de factores como:

- La distribución de dotación del equipo de recursos humanos
- La complejidad de los usuarios
- Distribución geográfica de la población beneficiaria
- Apoyo clínico diagnóstico en el centro hospitalización
- Principalmente el rol y la integración en el modelo de gestión imperativo en la organización.

Todos estos elementos en alguna cierta medida afectan el desempeño y la eficiencia del dispositivo, aun cuando no cuentan con estudio previo y no son considerados como tales al momento de la implementación del modelo como una medida de control de gestión, por tanto resulta difícil en el momento de la implementación de la estrategia contar con los antecedentes para el análisis de su verdadera capacidad, desempeño y sostenibilidad técnico - económica, que permita tomar las acciones para fortalecer esta actividad y corregir medidas.

CONCLUSIONES FINALES

En base a lo expuesto en la presente investigación; es posible señalar que se visualizan ideas que pueden ser dispuestas como lineamientos que permitirían potenciar y replicar este tipo de iniciativas; lo cual además facilita la modalidad y estrategia de evaluación de estas, a fin de conocer los avances que se van obteniendo; estableciendo lo siguiente:

- En cuanto a la satisfacción usuaria y de acuerdo a los resultados de la encuesta diseñada exclusivamente para la unidad de hospitalización

domiciliaria del hospital de La Florida, esta arroja resultados favorables respecto la percepción de los distintos usuarios, la valoración que se observa de los atributos de calidad de la prestación es alta y se valora los cuidados del paciente en su domicilio como elemento de reinserción familiar, siendo aconsejable esta modalidad de atención.

- De acuerdo al objetivo del modelo de hospitalización domiciliaria; que se relaciona con la “Necesidad de Optimización del Recurso Cama”, es que se concluye, que efectivamente se cumple con este objetivo principal en cuanto al favorecimiento de la estrategia, en la descongestión de camas intrahospitalarias y su conveniencia económica para el grupo de prestaciones de baja y mediana complejidad.

Lo cual, sin lugar a duda permitirá una mejor planificación de recursos operacionales asociados a los servicios clínicos y la potencial reducción de recursos de inversión de camas hospitalarias.

- Sin perjuicio de lo anterior, es imprescindible contar con una adecuada y pertinente definición de indicadores que apoyen el desarrollo de las unidades Hospitalización Domiciliaria a nivel país, de la misma manera que se ha hecho en otros niveles de atención de los servicios de salud.
- Igualmente, resulta necesario exponer la experiencia de hospitalización domiciliaria al marco de la política pública en salud que dice relación con la “calidad”. Este debiese contar con la lógica de acreditación que en el contexto del GES hace aún más relevantes considerar trabajar con protocolos validados y pertinentes a la realidad de la atención en domicilio.

Lo anterior, se puede traducir en construcción de guías que permitan dar un marco de “acreditación” de Hospitalización Domiciliaria bajo la lógica de Calidad y Seguridad del Paciente.

- Por otra parte la complementariedad con las estrategias en curso para potenciar la gestión clínica de los diversos dispositivos sanitarios, es de suma importancia. El hecho no sólo de que Hospitalización Domiciliaria tenga indicadores, sino que los indicadores relevantes para otros niveles de atención sean considerados en la “gestión en red”, hace que la lógica de los vasos comunicantes se clave. Por ejemplo, indicadores del uso de camas por servicios clínicos de hospitales con protocolos de manejo validados para Hospitalización Domiciliaria, proporción de listas de espera formalizadas y validadas en relación a ingresos a Hospitalización domiciliaria y servicios clínicos, rescate de pacientes desde el sector privado (ley de urgencia), entre otros.
- En cuanto a la inversión pública, es importante considerar que la modalidad de atención mediante hospitalización domiciliaria, no afectaría la normativa central, puesto que como es un producto más relacionado con la cartera de servicios, considera las eventuales necesidades de infraestructura, recursos humanos, equipamiento, insumos, fármacos y vehículos. Quedando algunos temas pendientes que deben ser resueltos pero que no afectan la normativa de inversión y dicen relación con la operación.
- Respecto lo técnico – metodológico y en función de los protocolos de futuros hospitales, se estima conveniente explicitar y considerar la unidad de hospitalización domiciliaria como un servicio clínico más en la oferta de atención cerrada, con un mismo grado de análisis y detalle que es estudiado cada servicio de hospitalización.

- Sumado a eso, y de acuerdo a las experiencias recogidas durante el desarrollo de esta investigación, evidenciando falta de registros para la construcción de indicadores que conforman la línea base de la implementación de esta estrategia, así mismo se sugiere que todos los análisis, estadísticas, proyectos de mejor, deben ser debidamente documentados, como parte de los indicadores principales de la línea base previo que sirvan de insumo para la apertura de nuevas unidades a nivel país, o construcción de nuevos hospitales, lo cual claramente facilitaría las evaluaciones de tipo Expost.

Es importante señalar que esta estrategia - modelo; tiene un futuro alentador si los equipos de gestión y clínicos son capaces de trabajar en conjunto líneas de intervención que permitan ir ampliando el perfil de pacientes atendidos, como así mismo las patologías a abordar lo cual a largo corto y mediano plazo va a tener un impacto para los servicios de salud y sus usuarios.

- Como metodología de intervención comunitaria y preventiva, la hospitalización domiciliaria es una excelente estrategia que permite impulsar la humanización de la atención de salud, debiendo tener como línea de trabajo la especialización de los equipos, en lo que implica la hospitalización domiciliaria; ahondas en competencias técnicas, habilidades blandas y herramientas personales que claramente harán una diferenciación entre otros equipo de atención en domicilio.
- Es indispensable discutir, elaborar y socializar, protocolos, guías y procedimientos para estandarizar la atención y las prestaciones a nivel de servicio, regional y nacional; para poder avanzar en planes de mejora y además aportar en el rol docente y de investigación de los servicios de salud.
- Es necesario que la hospitalización domiciliaria precise sus indicadores y a su vez estos se normalicen a través de su definición que debe incluir: objetivo y

resultado que se espera obtener, persona responsable de revisar el resultado del indicador, persona responsable de recoger el dato, fuente de datos de origen, formato de presentación (numérico, porcentual, etc.), frecuencia de actualización, fórmula de cálculo o expresión matemática de su cálculo.

Es por esto, que uno de los actuales retos de la generación de estadísticas en hospitalización domiciliaria, es contar con información relevante y oportuna para la toma de decisiones y facilitar el cumplimiento de la estrategia planificada.

- Por otra parte, la hospitalización domiciliaria también debe desarrollar un Cuadro de Mando Integral para comunicar la estrategia y monitorizar su consecución. La monitorización sistemática de indicadores en una hospitalización domiciliaria nos permitirá interpretar lo que está ocurriendo, tomar medidas correctivas y definir la necesidad de introducir mejoras y evaluar el impacto de las mismas, de forma que la unidad esté inmersa en la mejora continua.
- Como desafío, la integración del registro estadístico de los diferentes tipos de día cama de hospitalización domiciliaria generados por los establecimientos, su incorporación plena a los aranceles de transferencia de recursos financieros (como una PPV más), condiciones de contratación del personal (responsabilidad administrativa y judicial sobre la atención entregada a los pacientes), sistema de calificación de competencias de los cuidadores-tutores de los pacientes en domicilio y otros que, se insiste, forman parte del mejoramiento del ejercicio de implementación pero no afectan la normativa de inversión en forma directa.

Igualmente relevar que la presente investigación, tuvo por finalidad entregar una visión simplificada y panorámica sobre el sistema sanitario chileno, enfocando su análisis en un tema particular, dada su relevancia actual y a largo plazo: la

hospitalización domiciliaria; exponiendo algunos ejemplos de medidas a implementar; se propone además ser incluida en la reforma al sistema sanitario chileno, tarea que debiese enfrentar el reciente asumido gobierno, fruto de un compromiso de análisis y diseño amplio, participativo, con visión de futuro, innovación e inclusión.

Además no puedo dejar de mencionar que la escasez en la literatura sobre las características epidemiológicas esenciales de los pacientes atendidos, el análisis de la productividad en la actividad asistencial desarrollada, la evaluación de resultados en la hospitalización domiciliaria, la comparación de la atención entre distintos proveedores, dice relación directa con la carencia de información normalizada en este campo, siendo en la actualidad la mayor debilidad de la hospitalización domiciliaria, dado que dificulta la evaluación, la investigación y pone permanentemente en peligro su fase de consolidación y/o expansión.

La hospitalización domiciliaria es una de las alternativas asistenciales que más crecimiento está teniendo a nivel nacional; y aun cuando la evidencia empírica y los equipos técnicos de gestión, están de acuerdo en que es una alternativa eficaz para reducir costos, mejorar la calidad de la asistencia y la satisfacción de los usuarios; la literatura sobre los resultados y la evaluación de la hospitalización a domicilio es aún escasa. La carencia de conocimientos en este campo es en la actualidad la mayor debilidad y pone en peligro su fase de consolidación y/o expansión.

Para abordar esta problemática además de la puesta en marcha de registros o bases de datos clínico-administrativas, de la normalización de los indicadores para el control de gestión y monitorización de la actividad intermedia, será imprescindible disponer de un sistema de clasificación de pacientes que aplicar en hospitalización domiciliaria para poder comparar resultados entre unidades previo ajuste de las diferencias de pacientes atendidos.



En la actualidad no hay disponible ningún sistema de clasificación de pacientes frente al consumo de recursos que haya demostrado capacidad explicativa suficiente para ser empleado de forma rutinaria en hospitalización domiciliaria y aunque existen algunos estudios preliminares en esta línea es necesario profundizar más.

APORTES A LA ADMINISTRACION PÚBLICA

Respecto el modelo descrito en la presente investigación, quien suscribe propone diseñar un modelo de control de gestión y estrategia, donde se propenda a realizar un análisis interno y externo del contexto en el cual opera el modelo; revisando y definiendo propuestas de valor y ejes estratégicos, a fin de desarrollar estrategias, cuadro de mando integral, tableros de gestión y control, donde exista un alineamiento organizacional que permita que este modelo trascienda hacia una política pública en toda su magnitud.

Esto potenciado además por:

- **Nuevas tecnologías (telemedicina) aplicadas al monitoreo remoto:** la aparición de nuevas tecnologías orientadas a la telemedicina, como son las tecnologías de telemetría, generan una oportunidad para diversificar servicios ofrecidos o generar eficiencias con el fin de disminuir los costos y asegurar un monitoreo continuo de los pacientes.
- **Aumento de la demanda producto del envejecimiento y sedentarismo de la población:** el envejecimiento y el sedentarismo de la población chilena implica un aumento del mercado potencial de pacientes, el incremento de la población con deficiencias en salud (deficiencias cardiacas, hipertensión, diabetes) podría generar un nicho que no ha sido explotado y que podría significar un aumento en la demanda.
- **Concientización de los pacientes que en hospitalización domiciliaria no existe el riesgo de contagio de enfermedades intrahospitalarias:** el contagio de enfermedades intrahospitalarias genera un riesgo para los pacientes, lo que en la mayoría de los casos repercute en sus estados de salud, agravando a aquellos que se encontraban estables y sin riesgo vital. Por su parte, la hospitalización domiciliaria no posee este tipo de riesgo,

entregando un ambiente más seguro en el hogar del paciente que en un centro asistencial convencional, lo anterior sumado al acceso a esta información por parte de los pacientes, puede traducirse en un mayor número de solicitudes de HD.

- **Aumento sostenido de los cobros de las clínicas, tener una mayor derivación de pacientes por parte de las aseguradoras de salud:** los elevados costos de las clínicas, que pueden significar, tres veces más que el costo de una hospitalización domiciliaria. Además, de acuerdo a las tendencias en cobros por parte de las clínicas en los últimos años, este margen debería seguir aumentando al menos un 6% para los años siguientes, de acuerdo a datos del ministerio de salud.

Si bien es cierto, cuando hablamos de estrategia hay que considerar que lo más difícil es implantarla, es decir, hacer que se convierta en realidad, para lograr lo anterior se propone utilizar como herramienta el mapa estratégico, debido a que permite organizar a todos los miembros de la institución hacia la consecución de los objetivos descritos en el plan estratégico que se propondrá, para comunicarlos y a definir qué es lo que tiene que hacer para alcanzarlos.

En este contexto, es que se definen algunas iniciativas que favorecerán la implementación y resultados de la estrategia de hospitalización domiciliaria:

- **Confeción y socialización de procedimientos clínicos para estandarizar las prestaciones y/o controles de los pacientes, además implementar un sistema de mejora continua para mantener los procedimientos actualizados de acuerdo a los requerimientos de los pacientes.**
- **Implementar un comité de innovación que busque oportunidades de desarrollo de las prestaciones que otorga la hospitalización domiciliaria,**

este comité será responsable de revisar las ideas, escoger las que serán desarrolladas y evaluar la implementación de los nuevas prestaciones y/o servicios; como por ejemplo; prevención y educación domiciliaria para cuidadores.

- Proponer incentivos para el personal clínico que permita motivar el cumplimiento de la productividad sin dejar de lado el nivel de servicio de las atenciones realizadas ni la seguridad del paciente
- Elaborar un plan de carrera docente alineado con la capacitación y especialización de los profesionales para disminuir la rotación de los profesionales.
- Levantamiento de requisitos de sistemas de información, se realizará un catastro para identificar los quiebres de información y así generar un plan de integración que permita unificar la información de los distintos sistemas informáticos.

Por todo lo anteriormente señalado, es necesario un proceso de modernización y adaptación que dé respuesta a las demandas generadas por los pacientes y profesionales de la salud; dirigiendo los esfuerzos hacia la reorientación del servicio al paciente, mejorar la atención de estos, y asegurar la mayor eficiencia posible en la utilización de recursos disponibles, siendo los hospitales, donde se prevén los cambios más importantes y profundos, destinados a desarrollarse como centros de alta tecnología diagnóstica y para la realización de tratamientos especializados con estancias cada vez más reducidas en todo tipo de procesos, por lo cual, la hospitalización domiciliar, será una de las estrategias que sustituirá gran parte de cuidados proporcionados, hasta hoy, por profesionales en salas de hospitalización.

REFERENCIAS

1. Bañeres J, Alonso J, Broquetas J, Antó JM. Ingresos hospitalarios inadecuados y días de estancia inactivos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasia pulmonar. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 407-11
2. Schwartzman K, Duquette G, Zaoudé M, Dion MJ, Lagacé MA, Poitras J, et al. Respiratory day hospital: a novel approach to acute respiratory care. *CMAJ* 2001; 165: 1067-71.16.
3. Llorens P, Murcia-Zaragoza J, Sánchez-Payá J, Laghzaoui F, Reus S, Carratalá-Perales JM, et al. Evaluación de un modelo multidisciplinar de hospitalización alternativa a la hospitalización convencional en la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias* 2011; 23: 167-74. 17.
4. Marrades RM. Hospitalización domiciliaria, ¿una nueva modalidad asistencial? *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 157-9.
5. Roldan R., Torres M., Gallardo D., Arias M., Saldías F. Hospitalización diurna como modelo de atención de salud en pacientes adultos inmunocompetentes con neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Med Chile* 2015; 143: 467-474.
6. Pavlovic, A., et al. Descripción de los pacientes mayores de 60 años ingresados al programa de hospitalización domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago de Chile. *Acta Médica Colombiana*, 2016; 41-3.
7. MINSAL, Subsecretaria de salud pública, división de prevención y control de enfermedades departamento de ciclo vital programa nacional de salud del adulto mayor, Programa Nacional de Salud de las personas adultos mayores 2014, 32.
8. Rosângela MC; María M.S-V; José C.F., Agustín LI.G,2 José D.R.; Enrique R.R.; La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud, 2002; 254
9. Atenea FC, CEPAL, Cuidado y subjetividad: una Mirada a la atención domiciliaria, 2014; 46

10. Kark, S., Kark, E., Abramson, J., Gofin, J. 1994. atención Primaria Orientada a la Comunidad. Doyma. Barcelona. España.
11. Castillo, T. 1995. la Visita Domiciliaria. Opinión de los Residentes. Médico de Familia. 4: 10- 14.
12. Lesende, I., Sacristán, B., Angulo, J. 1995. Abordaje domiciliario de pacientes descompensados con enfermedad terminal. Atención Primaria. 16:576.
13. Quevedo, L. Mendoza, V. 1997. S/A. Hacia una Medicina Más Humana. Editorial Panamericana. Bogotá. Colombia.
14. Paula Benavides S., Rubén Castro L, Ingrid Jones J; Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales 2013 -2050. DIPRES, Diciembre 2013
15. Vera E, Almazán. Apunte N° 1, Salud Pública en Chile; Generalidades y Particularidades; 2011
16. Osvaldo Artaza B. et al; Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios, cuaderno N° 9. MINSAL.
17. Gertrudis, Nancy (2011), “E-health policies, programmes and projects in Mexico” (LC/L3252), *E-health in Latin America and the Caribbean: progress and challenges*, Santiago de Chile, CEPAL, pp. 79-99.
18. CEPAL/UNICEF (2011), “Boletín desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuidado infantil y licencias parentales,” No. 12, julio
19. CEPAL (2008), *Panorama social de América Latina 2007* (LC/G.2351-P), Santiago de Chile, mayo. Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: 07.II.G.124
20. Muñoz, Pabel (2011), “Ecuador: Programa de Protección Social y el Bono de Desarrollo Humano,” documento presentado en el Sexto Seminario Internacional Los Programas de Transferencias Condicionadas desde un enfoque de Derechos, Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 29 y 30 de septiembre de 2011.
21. CEPAL (2010c), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432(SES.33/3)), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo

22. Halbfinger David M. . Dr. Martin Cherkasky, 85; Led Expansion of Montefiore The New York Times [serie en internet]. 1997 [consultado el 17 de octubre de 2013]. Disponible en <http://www.nytimes.com/1997/09/08/nyregion/dr-martin-cherkasky-85-led-expansion-of-montefiore.html>
23. Home Care in Europe. Edited by Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros. [serie en internet]. 2008 [consultado el 17 de octubre de 2013] Disponible en <http://www.abuel.org/docs/15homecare.pdf>
24. Temas Hospitalarios [serie en internet] 2007 [consultado el 17 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.temashospitalarios.com.ar/pdf/TH2.pdf>.
25. Molina C, Edith M. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá [tesis]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia, 2011. [consultado el 17 de septiembre de 2013]. Disponible en <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/>
26. Motlis J. Programa Médico Asistencial Domiciliario [serie en internet] 1963 [consultado el 17 de septiembre de 2013]. PAHO. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v54n5p424.pdf>
27. Neuhauser D. Home care, medical care and the new competitive environment. Disabil Rehabil 1997;19(4):155–157.
28. Raffy-Pian N. La hospitalización a domicilio: un lugar marginal dentro de los sistemas sanitarios. Rev Gerontol 1997;7:5–9
29. González GG, Cueto-Felgueroso J, García CA, Menéndez AG. La hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. Medicina Integral 1995;25(4): 151–155.
30. Colomer J, González MJI, González RVJ. Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda. En: Del Llano J, Ortún V, Millán J, Gené J, eds. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson 1998;359–401.
31. Glez MDD (coord). Hospitalización a domicilio. España: Hoechst Marion Roussel; 1998
32. Cline C, Israelson B, Willenheimer R, et al. A cost effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. Heart 1998;80:442–446.

33. Rosângela Minardi Mitre Cotta. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de Salud Pública. Public Health 2001; 10(1): 45-55
34. Figueroa Fonseca J. “Caracterización de los usuarios y de las prestaciones de la unidad de hospitalización domiciliaria del hospital san juan de dios, desde octubre 2010 hasta junio 2014, Santiago” Tesis para optar al grado de magister en salud pública.
35. Diccionario de la Real Academia Española [en la Internet] [citado 2014 Mayo 15]. Disponible en <http://www.rae.es/search/node/hospital>
36. Albuquerque C & col. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud [Página de internet], 2001, [consultada el 12 de Enero del 2013]. Disponible: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16611s/s16611s.pdf>

ANEXOS

FICHA SOCIAL DE INGRESO

| | | | |
|---------------|---------------|-----------------|--------|
| FECHA ING SUA | | FECHA ING HOSP. | |
| HORA: | | | |
| F. ING UHD | UNIDAD - CAMA | DIAGNOSTICO | |
| TTO | ATB | | MÉDICO |

| | | | |
|------------|------|------------|--------|
| F. ING UHD | CAMA | M. INGRESO | |
| TTO | | | MÉDICO |

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | |
|---------------|----------|----------------|-----|--|
| NOMBRE | | | RUT | |
| F. NACIMIENTO | EDAD | ALFABETIZACION | | |
| E. CIVIL | | | | |
| OCUPACION | | | | |
| PREVISION | LETRA | | | |
| TELEFONOS | RELIGION | | | |
| DIRECCION | COMUNA | | | |
| CESFAM | PAIS | | | |

IDENTIFICACIÓN DEL TUTOR

| | | | | |
|-----------|------|----------------|------------|--|
| NOMBRE | | | PARENTESCO | |
| RUT | EDAD | ALFABETIZACION | | |
| OCUPACION | | | | |

LOS CUIDADOS SERAN EJERCIDOS POR (en caso de ser distinto al tutor)

| | | | | |
|--------|------|----------------|------------|--|
| NOMBRE | | | PARENTESCO | |
| RUT | EDAD | ALFABETIZACION | | |

| FORMA DE DESPLAZAMIENTO | | | |
|--|---------|-----------------------------------|--|
| INSCRITO PROGRAMA DE POSTRADO | | NO | |
| PALIATIVOS | | NO | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES | | | |
| RED FAMILIAR | | | |
| <u>Solo</u> | Familia | Institucionalizado | |
| Antecedentes familiares de Salud Mental | | | |
| Antecedentes familiares de consumo de alcohol o drogas | | | |
| COMPOSICIÓN FAMILIAR | | | |
| Nº personas que viven en el domicilio: | | Nº familias que habitan el sitio: | |
| Nº de adultos: 1 | | Nº menores de 14 años: 0 | |

| INTERVENCIÓN A REALIZAR | |
|-------------------------|-------|
| Tratamiento | ATB |
| Días | _____ |
| FPA | _____ |
| Observación | _____ |
| | |



ANEXO N°1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



SANTIAGO

15 de marzo de 2018

Yo, por mí mismo o en representación del paciente individualizado en este documento, declaro que he recibido información verbal sobre el procedimiento o intervención al que seré/será sometido el que corresponda

| | |
|-----------|------------|
| A: | ATB |
|-----------|------------|

(Nombre del procedimiento o intervención escrito por el profesional responsable – sin abreviatura)

Declaro haber recibido la siguiente información:

| Información entregada |
|--|
| 1.- Información respecto a, para que se va a realizar el procedimiento o intervención quirúrgica, su objetivo y sus características. |
| 2.- Información respecto a los riesgos asociados más frecuentes y más graves así como también las molestias y efectos secundarios posibles. |
| 3.- Información respecto a las alternativas existentes a lo que se está proponiendo. |
| 4.- Información respecto a las consecuencias clínicas que pueden ocurrir si el paciente decide no acceder al procedimiento e intervención propuesta. |

He leído comprendido y aclarado mis dudas y, por tanto, manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

Acepto la realización del procedimiento o intervención indicada.

| | | |
|---|------------------|--------------------|
| | | |
| (*) Nombre y 1 o 2 Apellidos del Paciente | Run del Paciente | Firma del Paciente |
| 0 | 0 | |
| Nombre y 1 o 2 Apellidos Rep. Legal | Run Rep. Legal | Firma Rep. Legal |
| | | |
| Nombre y 1 o 2 Apellidos del Médico | Run Médico | Firma Médico |

(*) El ítem 1 nombre y 1 o 2 apellidos del paciente y RUN del paciente siempre se tiene que registrar independiente que firme el documento el representante legal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIDAD HOSPITAL DE DÍA Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

| | | | | |
|--|--------|-------------|----------|------------|
| | | HORA: 10:32 | FECHA | 15-03-2018 |
| NOMBRE PACIENTE | MARCOS | | RUT | |
| DIAGNOSTICO | ITU | | DURACION | 7 SESIONES |
| PRESTACION | ATB | | | |
| ESTA UNIDAD NO CUENTA CON ATENCIÓN DE MÉDICO A DOMICILIO | | | | |
| AUTORIZO A PROFESIONALES DE ESTA UNIDAD A FOTOGRAFIAR HERIDA/LESION PARA EVALUAR EVOLUCIÓN CLINICA | | | | |

| | | | |
|--|----|----|--|
| | SI | NO | |
|--|----|----|--|

CAUSALES CAMBIO DE UNIDAD PARA CONTINUAR TRATAMIENTO

- 1.- **Intervención y/o manipulación** de terceros en el procedimiento realizado por profesionales de esta unidad. (heridas, vía endovenosa, entre otras).
- 2.- **Desestimar indicaciones**, medicas, enfermería y/o kinesiología, que afecten la evolución medica del paciente.
- 3.- **No encontrarse el paciente en el domicilio**, en más de UNA OPORTUNIDAD.
- 4.- **Agredir, menoscabar o intimar, física o verbalmente**, a algún funcionario de esta unidad.
- 5.- **Omitir o reservar información social relevante**, que perjudique el tratamiento o al paciente, y la cual sea observada al visitar el domicilio por cualquier profesional de la unidad.

CAUSAL ALTA DE LA UNIDAD

1. INGRESO DEL PACIENTE A SERVICIO DE URGENCIA DE CUALQUIER CENTRO HOSPITALARIO

EN CASO DE QUE UN PROFESIONAL DE NUESTRA UNIDAD DETECTE U OBSERVE ALGUNA CONDUCTA DE: MALTRATO, DESCUIDO, O FALTA DE ASEO E HIGIENE EN EL O LA PACIENTE, SE DENUNCIARA A LA INSTITUCIÓN PERTINENTE (SENAMA, SERNAM, ENTRE OTROS).

Tomo conocimiento del presente, firmo en contracara

Anexo N°1 Consentimiento Informado

ESTA UNIDAD NO REALIZA GESTION DE AMBULANCIA

CERTIFICADO PACIENTE ELECTRODEPENDIENTE

SE CERTIFICA COMO ELECTRODEPENDIENTE AL PACIENTE INDIVIDUALIZADO COMO

| | |
|----------------------------|--|
| NOMBRE DEL PACIENTE | |
|----------------------------|--|

| | |
|-------------------------|--|
| RUT DEL PACIENTE | |
|-------------------------|--|

| | |
|---|--|
| NOMBRE TUTOR LEGAL / REPRESENTANTE | |
|---|--|

| | |
|--|--|
| RUT TUTOR LEGAL / REPRESENTANTE | |
|--|--|

| | |
|------------------|--|
| DIRECCION | |
|------------------|--|

| | |
|---------------|--|
| COMUNA | |
|---------------|--|

| | |
|---------------|--|
| REGION | |
|---------------|--|

| | |
|--|--|
| PERIODO INDICADO ELECTRODEPENDIENTE | |
|--|--|

| |
|---|
| EL EQUIPAMIENTO QUE UTILIZA EL PACIENTE SE INDIVIDUALIZA COMO: |
| |

| | | | |
|--|--|------------|--|
| CERTIFICA DR./A: | | RUT | |
| EN MI CALIDAD DE (cargo establecimiento): | | | |
| EN (nombre establecimiento): | | | |
| CIUDAD | | | |
| FECHA | | | |

INDICACIONES PARA LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA



Encontrarse en el domicilio al momento de la **VISITA (08.00 AM A 20.00 PM)**



ESTAR ACOMPAÑADO DE UN TUTOR responsable al momento de la visita



TENER UNA BOLSA Y BOTELLA plástica para eliminación de material sucio



TENER JABÓN LÍQUIDO Y TOALLA desechable para higiene de los profesionales



CONDICIONES DE HIGIENE BÁSICAS en el paciente y domicilio.
Acceso a servicios básicos (luz, agua, alcantarillado)



En caso de control médico informar A **ASISTENTE SOCIAL F.226121704**



En caso de descompensación **ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIA O SAPU MÁS CERCANO**

EQUIPO COORDINADOR

ASISTENTES SOCIALES

- Maritza Ortega Palavecinos
- Isabel Núñez Retamal

ENFERMERAS

- Carolina Arévalo Gutiérrez

KINESIÓLOGO

- Rodrigo Núñez Cortes
- Pablo Torres Ganga

TELÉFONOS:

Recepción de Oxígeno:

942428955

Contacto diario:

226121704

226121652

HORARIOS DE ATENCIÓN

- **Lunes a Viernes:** 08:30 a 17:00 HRS.
- **Sábados:** 09:00 a 14:00 HRS.

UBICADO PRIMER PISO A UN COSTADO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL

LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA NO REALIZA TRASLADO DE PACIENTE, NI GESTIÓN DE AMBULANCIA.

| Día | Mes | Año | | | |
|-----|-----|-----|---|---|---|
| | | 2 | 0 | 1 | 8 |

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA



Hospital Clínico
La Florida
Dra. Eloyse Díaz Insunza

TELEFONOS DE UTILIDAD PÚBLICA

| INSTITUCIÓN | TELEFONO DE CONTACTO |
|--|-----------------------|
| HOSPITAL LA FLORIDA | 226121600 |
| 36° Comisaria La Florida | 229223350 – 229223355 |
| Área Prevención Comunitaria y Atención Vecinal | 225054830 |
| BRICRIM La Florida | 222812847 – 222820894 |
| Central PDI | 226720789 – 226964764 |
| Consultas sobre Drogas y OS7 de Carabineros | 226727535 |
| Emergencia Policial | 133 |
| Fono Drogas | 135 |
| Fono Familia | 149 |
| Fono Niños | 147 |
| Informaciones Policiales | 139 |
| PDI | 134 |
| Prefectura Santiago Sur | 222841273 |
| Red de Protección Municipal (R.P.M.) | 225054827 |
| Rescate aéreo | 138 |
| SAMU | 131 |
| Seguridad ciudadana | 800 200 900 |
| Servicio de búsqueda y salvamento | 130 |
| Servicio de búsqueda y salvamento aéreo | 225511722 |
| Servicio Traslado Asistencial | 225054824 |
| Violencia Intrafamiliar (Servicio Metropolitano) | 800 220 040 |

CESFAM DE LA COMUNA

| CESFAM | TELEFONO | DIRECCIÓN |
|--------------------------|-----------|-------------------------|
| Bellavista | 226115957 | Froilán Roa N° 6420 |
| Dr. Fernando Maffioletti | 226112900 | Av. Central N° 301 |
| José Alvo | 223783278 | Bacteriológico N° 10817 |
| La Florida | 232422120 | Av. La Florida N° 6015 |
| Los Castaños | 227084405 | Los Castaños N° 5820 |
| Los Quillayes | 227060000 | Julio César N° 10905 |
| Santa Amalia | 222816900 | Santa Amalia N° 202 |
| Trinidad | 222910291 | Calle Uno N° 10021 |
| Villa O'Higgins | 232023301 | Santa Julia N° 870 |



HOSPITAL DE DÍA MEDICO QUIRURGICO
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA



| Día | Mes | Año | | | |
|-----|-----|-----|---|---|---|
| | | 2 | 0 | 1 | 8 |

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA
HOSPITAL DE DÍA MEDICO QUIRURGICO Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA**

Gracias por realizar la Encuesta de satisfacción usuaria.

- ❖ No tardará más de cinco minutos en responder, y será de gran ayuda para mejorar la atención y entrega de prestaciones de forma oportuna, eficiente y adecuada a los pacientes.
- ❖ Los datos que en ella se consignen se tratarán de forma anónima.
- ❖ Por favor, indique siempre la Unidad evaluada.

Califique su nivel de satisfacción percibida, de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- 7 = Excelente
- 6 = Buena
- 5 = Suficiente
- 4 = Normal
- 3 = Deficiente
- 2 = Malo
- 1 = Pésimo

| UNIDAD | |
|--------------|------------------------------|
| HOSPITAL DÍA | HOSPITALIZACION DOMICILIARIA |

| COMUNA | VILLA / POBLACION |
|--------|-------------------|
| | |

| Sexo | |
|------|---|
| F | M |

| Edad | |
|------|--|
| | |

QUIEN RESPONDE ENCUESTA

| PACIENTE | | | | | |
|------------------|----------------|--------------|--------------------|--------------------------|--|
| FAMILIAR / TUTOR | Padre Madre | Hijo Hija | Hermano Hermana | Tíos Primos - sobrino | Otros no familiar - tutor - institución |

A.-ATENCIÓN AL USUARIO (recepción, tiempos de espera, respuesta a consultas, información, orientación, trato)

| | 7 EXCELENTE | 6 BUENO | 5 SUFICIENTE | 4 NORMAL | 3 DEFICIENTE | 2 MALO | 1 PÉSIMO |
|---|-------------|---------|--------------|----------|--------------|--------|----------|
| La recepción, tiempos de espera e información | | | | | | | |
| Respuestas ante dudas, consultas o sugerencias | | | | | | | |
| Acceso telefónico a la unidad, frente a dudas o urgencias | | | | | | | |
| Información al alta o respecto urgencias con el paciente | | | | | | | |



HOSPITAL DE DÍA MÉDICO QUIRÚRGICO
HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA



B.- INSUMO Y EQUIPOS MEDICOS

| | 7 EXCELENTE | 6 BUENO | 5 SUFICIENTE | 4 NORMAL | 3 DEFICIENTE | 2 MALO | 1 PÉSIMO |
|---|-------------|---------|--------------|----------|--------------|--------|----------|
| Los equipos médicos e insumos con los que se realizan mis atenciones son: | | | | | | | |

C.- EVALUACION DEL EQUIPO

Disposición a solucionar problemas, presentación personal, rapidez en respuesta, trato recibido, información entregada, cuidados, deberes, derechos

| | 7 EXCELENTE | 6 BUENO | 5 SUFICIENTE | 4 NORMAL | 3 DEFICIENTE | 2 MALO | 1 PÉSIMO |
|--------------------|-------------|---------|--------------|----------|--------------|--------|----------|
| Médico | | | | | | | |
| Enfermera | | | | | | | |
| Kinesiólogo | | | | | | | |
| Asistente Social | | | | | | | |
| Técnico paramédico | | | | | | | |

D.- EVALUACION FINAL

| | 7 EXCELENTE | 6 BUENO | 5 SUFICIENTE | 4 NORMAL | 3 DEFICIENTE | 2 MALO | 1 PÉSIMO |
|--|-------------|---------|--------------|----------|--------------|--------|----------|
| Que nota le pondría a la unidad en al cual se atendió el paciente. | | | | | | | |

OBSERVACIONES FINALES

| | | |
|--|----|----|
| Volvería a atenderse en esta unidad | SI | NO |
| ¿Por qué? | | |
| Recomendaría esta unidad | SI | NO |
| ¿Por qué? | | |
| Para su familia fue mejor la hospitalización domiciliaria que la tradicional | SI | NO |
| ¿Por qué? | | |
| OTROS COMENTARIOS: | | |