



Estudio de Evaluación Ex Post Hospitalización en Domicilio

(730566-12-LP13)

**Ministerio de Desarrollo
Social**



Definición

Hospitalización Domiciliaria

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 cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja

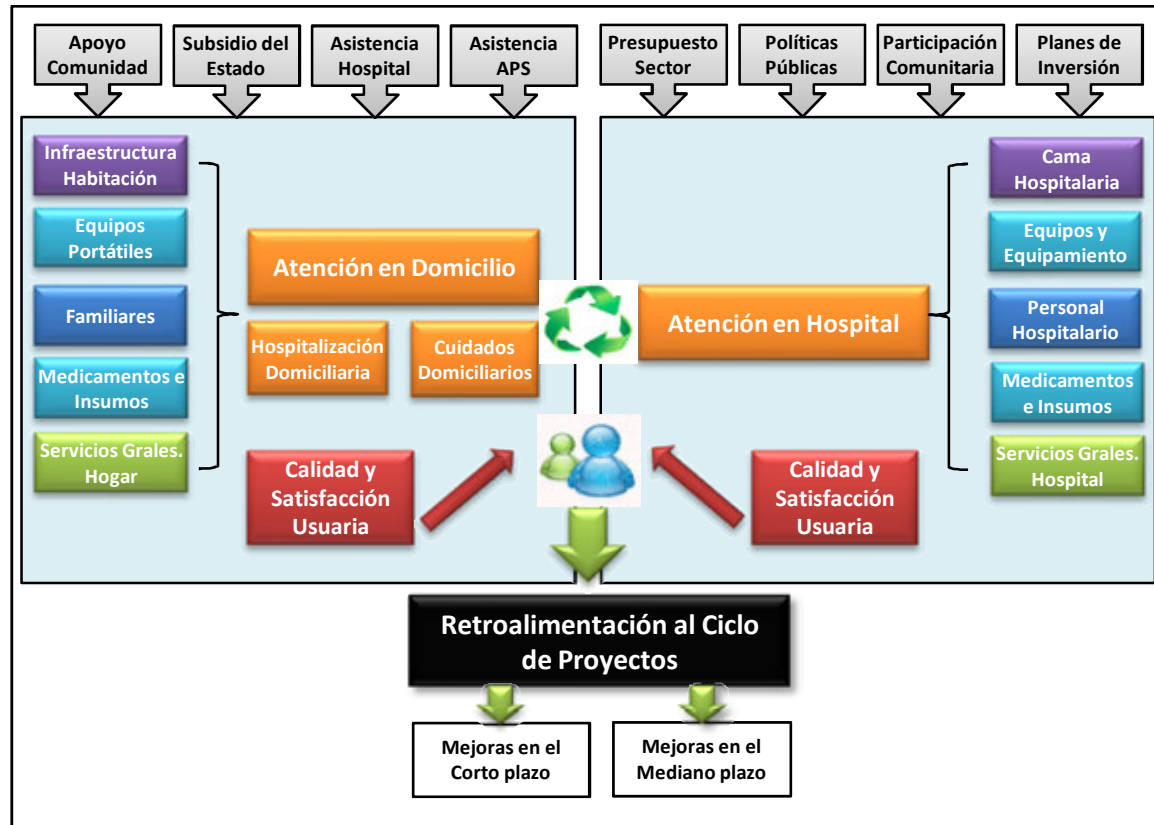
Objetivo General del Estudio

Analizar el efecto de la implementación del programa de Hospitalización Domiciliaria en establecimientos hospitalarios de alta complejidad

Objetivo Específicos

1. Identificar indicadores de línea base en hospitales que han implementado el programa de hospitalización domiciliaria.
2. Analizar y comparar variables identificadas y el resultado de los indicadores para cada uno de los hospitales, antes y después de la implementación del programa.
3. Identificar los aspectos que afectan el Modelo de Gestión del hospital al implementar el Programa de Hospitalización Domiciliaria
4. Identificar los aspectos que permitan mejorar la formulación y evaluación de proyectos de Hospitales, así como entregar insumos para complementar los estándares del sector

Modelo de Evaluación Ex Post de HD



Cartera Hospitales en Área de Estudio

Servicio de Salud	Establecimiento
Metropolitano Sur Oriente	<i>Hospital Sótero del Río</i>
	<i>Hospital Padre Hurtado</i>
Metropolitano Oriente	<i>Hospital del Salvador</i>
	<i>Hospital Luis Calvo Mackenna</i>
Metropolitano Occidente	<i>Hospital San Juan de Dios</i>
Metropolitano Sur	<i>Hospital Barros Luco Trudeau</i>
Metropolitano Central	<i>Hospital San Borja Arriaran</i>

Caracterización Hospitales en Estudio

Indicadores Hospitalarios	Establecimientos						
	Luis Calvo Mackenna	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco Trudeau
Número de Camas	238	777	376	404	601	608	692
D.C. Disponibles	68.900	297.053	135.282	146.722	200.755	213.270	253.934
D.C. Ocupados	54.591	273.807	116.664	141.185	174.195	165.688	242.396
Días de Estada	52.988	249.555	116.260	140.392	171.378	162.841	240.596
Número de Egresos	10.912	46.779	21.493	19.098	22.464	26.789	26.580
E A1 os Fallecidos	78	1.037	334	620	690	399	1.299
Índice Ocupacional	79,2%	92,2%	86,2%	96,2%	86,8%	77,7%	95,5%
Promedio D.E.	4,9	5,3	5,4	7,4	7,6	6,1	9,1
Índice de Rotación	57,6	57,3	57,8	47,4	40,7	45,7	38,1
Letalidad	0,7	2,2	1,6	3,2	3,1	1,5	4,9

Diapositiva 7

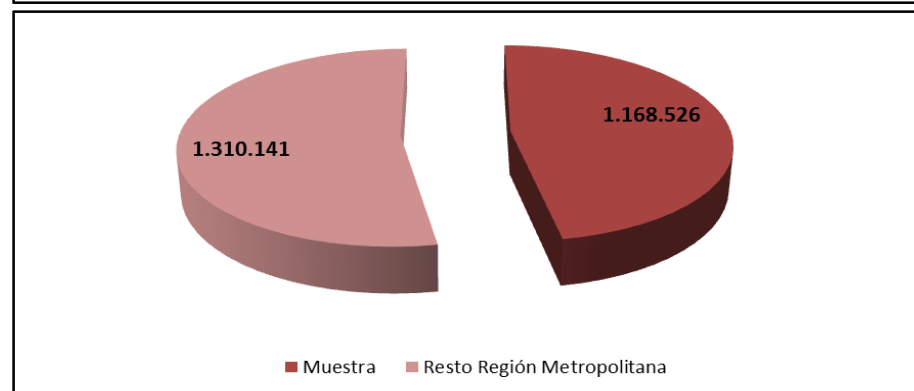
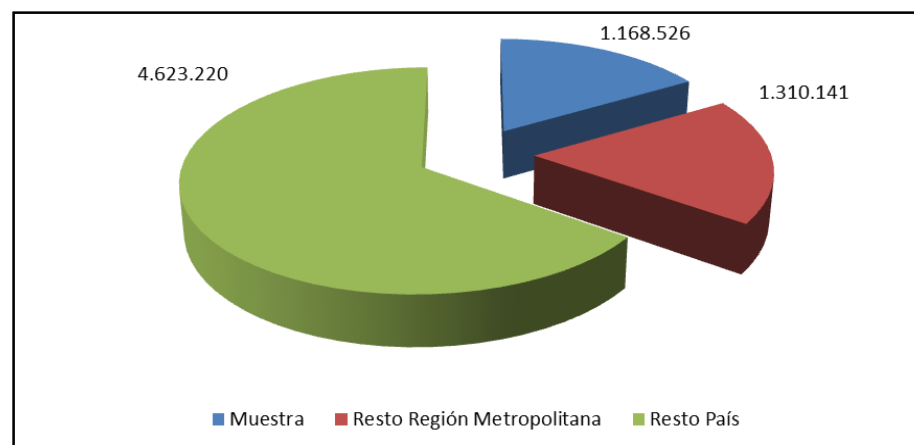
A1

indicar año del dato

Autor, 21-10-2014

Caracterización Hospitales en Estudio

Variable: Días Camas Ocupados Año 2013



Caracterización HD por Hospital

Año de Implementación de la Estrategia

Hospital	Año de Inicio	Cupos Iniciales	Camas Hospital	Origen Frecuente	Camas Origen Frecuente	Cupos/Camas Hospital	Cupos/Camas Servicio
L.C. Mackenna	2007	2	247	Lactantes y 2° Inf.	57	0.80 %	3.5 %
Sótero Del Río	2006	11	737	Medicina	138	1.50 %	8.0 %
Padre Hurtado	2009	10	381	Medicina	104	2.60 %	9.6 %
Salvador	2013	7	404	Medicina	142	1.70 %	4.9 %
San Juan de Dios	2009	6	529	Medicina	107	1.1 %	5.6 %
San Borja A.	2012	30	608	Medicina + Cirugía	206	4.9 %	14.6 %
Barros Luco – T.	2011	4	679	Medicina	136	0.6 %	2.9 %

Año Base (2013)

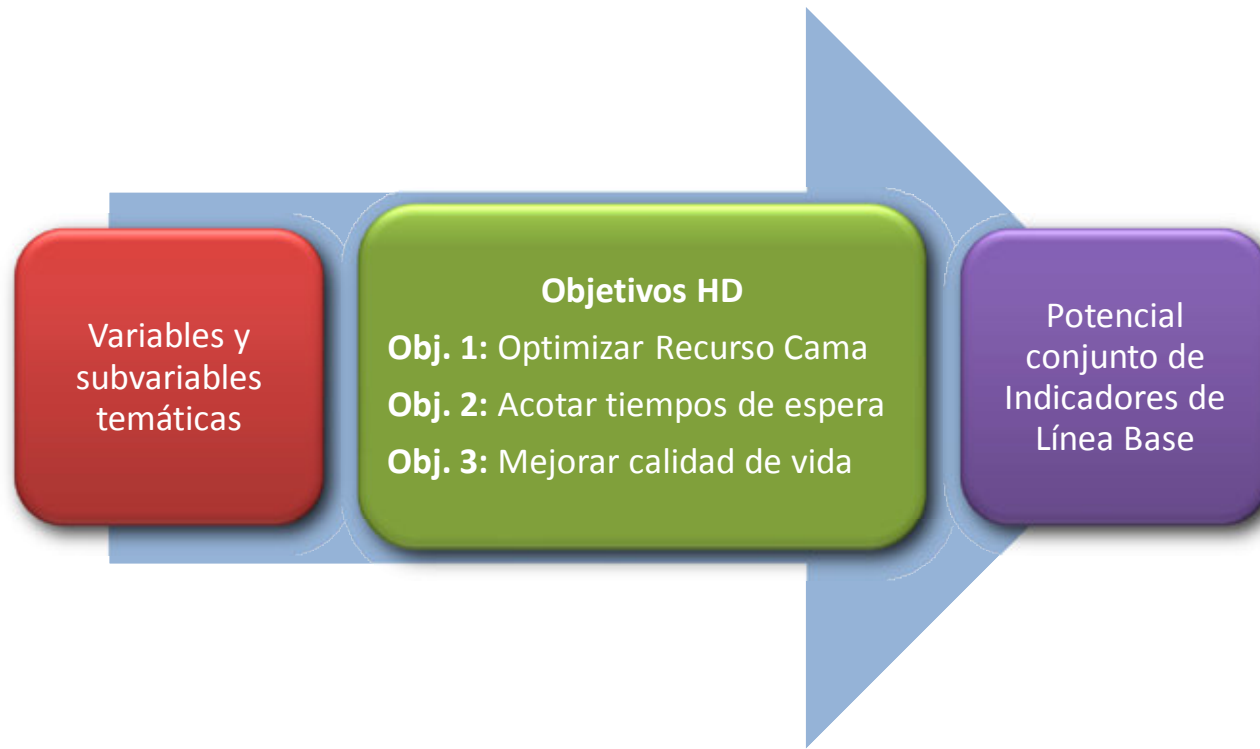
Variables	Hospital						
	Luis Calvo M*	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan	San Borja	Barros Luco
Camas HD	15	90	10	7	20	30	10
Camas MEDICINA	39	131	84	132	104	122	128
Camas CIRUGIA	30	221	84	153	119	84	265
Camas HD / Camas (M+C)	21,7%	25,6%	6,0%	2,5%	9,0%	14,6%	2,5%



Contexto de la Evaluación Ex Post

- **Existencia de Línea Base**
- **Supuestos de calidad del registro**
- **Supuesto de similitud de objetivos de la Hospitalización Domiciliaria**
- **Supuesto de similitud de Recursos**
- **Supuesto de Perfiles de Pacientes**

Relación Variables Temáticas y Objetivos HD



Relación Problemas y Objetivos de la Estrategia

Establecimiento	Problemas Base Identificados	Relación con Objetivos de Hospitalización Domiciliaria - MINSAL
H. Luis Calvo Mackenna	• Integración socio-familiar del paciente • Falta de camas de hospitalización	○ Mejoramiento Calidad de Prestaciones ○ Optimización cama hospitalaria.
H. Dr. Sótero del Río	• Falta de camas de hospitalización • Integración de pacientes a la comunidad • Exposición a IIH	○ Optimización cama hospitalaria. ○ Mejoramiento Calidad de Prestaciones
H. San Borja Arriarán	• Falta de camas de hospitalización • Exposición a IIH	○ Optimización cama hospitalaria. ○ Mejoramiento Calidad de Prestaciones
H. Del Salvador	• Atochamiento Servicio Urgencias • Falta de camas de hospitalización • Estadías prolongada	○ Optimización cama hospitalaria.
H. Barros Luco Trudeau	• Falta de disponibilidad de camas	○ Optimización cama hospitalaria.
H. San Juan de Dios	• Falta de disponibilidad de camas • Sobre hospitalización en urgencias	○ Optimización cama hospitalaria. ○ Disminución de las Listas de Espera
H. Padre Alberto Hurtado	• Falta de camas de hospitalización • Pacientes con necesidades clínicas que podían ser resueltas de forma alternativa	○ Optimización cama hospitalaria.

Resultados Evaluación en el Mediano Plazo

Ind. N°	Nombre Indicador	Objetivo Relacionado	Criterio Evaluación	Luis Calvo M		Sótero del Río		Padre Hurtado		Salvador	
				Magnitud	Incide	Magnitud	Incide	Magnitud	Incide	Magnitud	Incide
7	Traspaso Días Camas Ocupados a HD	1	> 2%	8,40%	Si	15,40%	Si	4,09%	Si	1,29%	No
8	Relación Camas HD por Camas H en Medicina	1	> 2%	21,70%	Si	25,60%	Si	5,95%	Si	2,46%	Si
12	Diferencia Costo DCO H respecto al Costo DCO HD	1	> 1	1,4	Si	9,8	Si	S/I		2,72	Si
13	Calidad de Atención	2	> 6	6,11	Si	6,72	Si	6,47	Si	6,64	Si
14	Evaluación del Equipo	2	> 6	6,8	Si	6,79	Si	6,78	Si	6,82	Si
15	Nivel de Integración Familiar	2	> 90%	92%	Si	91%	Si	84%	No	100%	Si
1 = Optimización del recurso cama hospitalaria; 2 = Mejoramiento de la Calidad de Prestaciones											

Fortalezas y Debilidades

FORTALEZAS	DEBILIDADES
• Avance en el apoyo de tratamientos de neumonías por medio de la disponibilidad de oxígeno en domicilio. • Inserción de la familia en el cuidado del paciente. • Reconocimiento de la unidad de HD dentro de la estructura hospitalaria • Implementación y operación del programa mediante planificación y aseguramiento de su financiamiento • Proceso de apropiación por parte de funcionarios y pacientes de la estrategia HD • Muy buena Opinión de los usuarios Alta orientación a la educación del paciente y familia	• Registro de información. • Criterios insuficientes de ingreso – egreso al programa. • Problemas de movilización que resta eficiencia. • Falta de análisis estadístico y Epidemiológico. • Falta de horas médicas exclusivas al programa con visita a domicilio

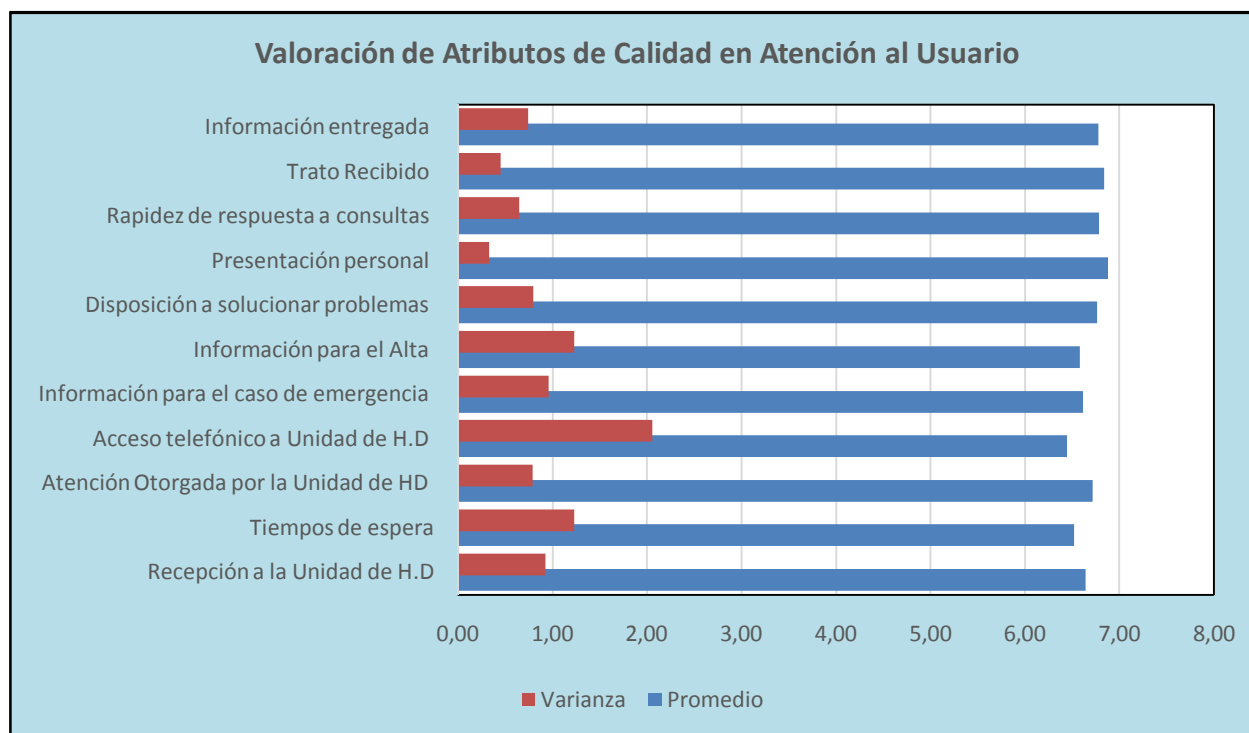
Buenas Prácticas

- Disponibilidad de insumos de apoyo clínico: ejemplo oxígeno en domicilio.
- Inserción de la familia en el cuidado del paciente
- Coordinación adecuada con servicios clínicos intrahospital
- Externalización de Movilización
- Dependencia jerárquica de nivel adecuado (SDM Hospital)
- Prácticas definidas como positivas según la experiencia:
 - Seguimiento continuo y apoyo profesional.
 - Conexión con las redes disponibles en su entorno.
 - Apoyo telefónico constante.
 - Orientación en trámites hospitalarios y sociales.
 - Capacitación en relación a patologías y procedimientos asociados.
 - Detección y tratamiento precoz de exacerbaciones.
 - Detección de situaciones de emergencia y consulta oportuna

Factores Críticos de Éxito

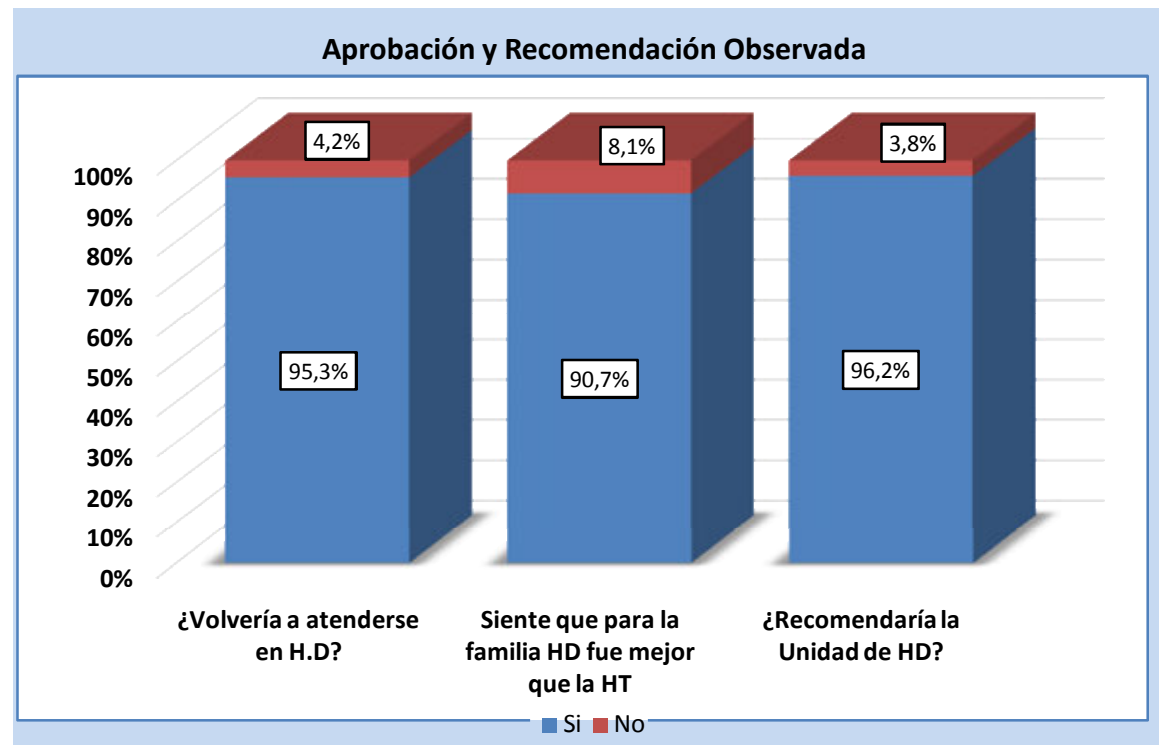
- **Compromiso Directivo y validación Servicios Clínicos tradicionales.**
- **Capacitación e integración de equipo humano**
- **Capacitación encargados tutores y redes de colaboración**
- **Plena coordinación con APS y con Servicios Clínicos**
- **Comunicación vial**
- **Sistemas de Registro**

Satisfacción Usuaría



Indicadores de Mediano Plazo

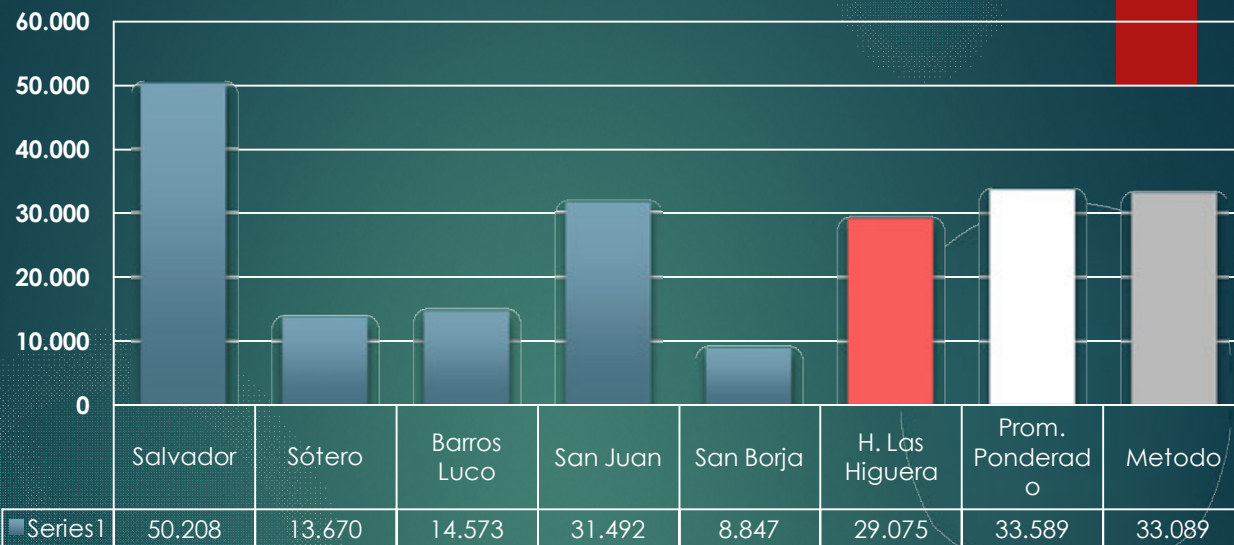
Satisfacción Usuaría



Principales Patologías Atendidas en Modalidad HD

Patología	Barros Luco	HPH	San Juan de Dios	Salvador
NAC	10,1%	-	28,3%	12,9%
ITU	8,6%	9,1%	11,8%	28,6%
PNA	7,5%	18,6%	7,1%	34,3%
Sepsis	6,7%	7,3%	-	-
Infecciones	5,5%	-	-	7,1%
Cáncer	5,5%	-	-	-
Úlceras	-	-	8,1%	-
Osteomielitis	-	6,2%	-	-
TVP	-	10,1%	-	-
% sobre el total	43,9%	51,3%	55,3%	82,9%

COSTOS DCO EN DOMICILIO



Consideraciones Costo Promedio Ponderado:

- ✓ Costos con alta variabilidad, lo que determina la utilización del cálculo de un costo promedio ponderado, el cual pondera mayor peso en el valor promedio aquellos establecimientos con mayor producción de días cama hospitalización, esto permitió incorporar a todos los establecimientos mencionados anteriormente.
- ✓ Los valores corresponden al costo de día cama del servicio de hospitalización domiciliaria, proporcionado por los establecimientos.

Consideraciones Costo Método:

- ✓ El estudio realiza una estimación del Día cama de hospitalización domiciliaria, definiendo como principales costos: Recursos humanos, Insumos clínicos y de operación.
- ✓ En base a la definición de rendimientos de recursos humanos, se estima un promedio de atención de 14 usuarios. En base a las remuneraciones según profesional se determina un costo por usuario.
- ✓ Los costos de insumos clínicos y de operación se determinan en base a los valores de un día de hospitalización de los servicios de cirugía y medicina, proporcionados por Winsig en el Hospital Sótero del Río y San Borja.

BENEFICIOS ECONOMICOS HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA



Consideraciones estimación del beneficio.

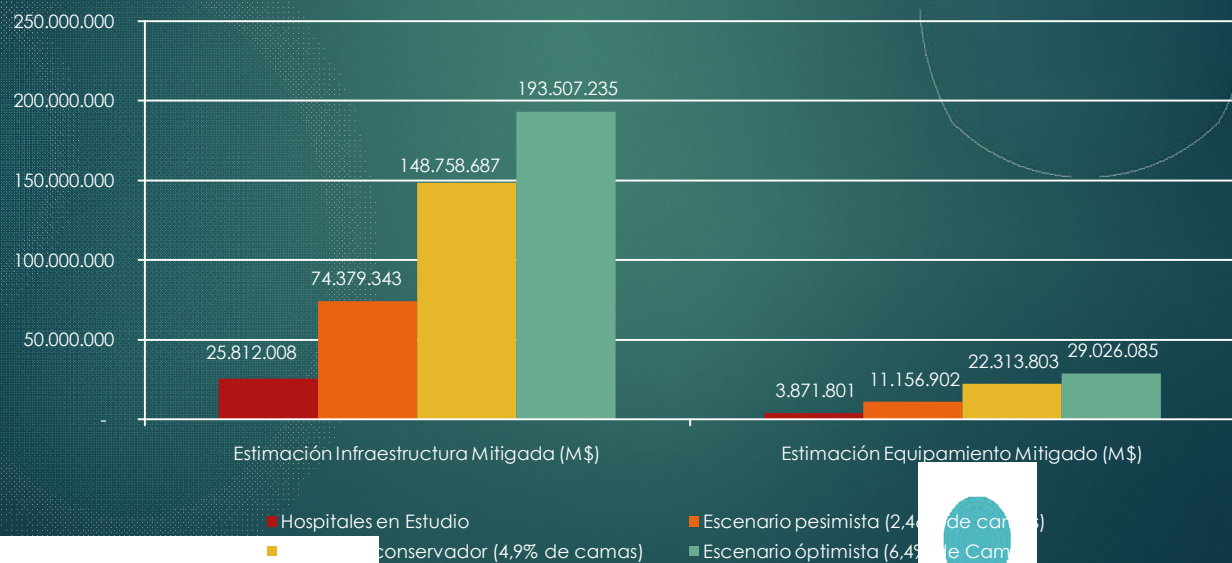
- ✓ El beneficio económico que producen los dispositivos de HD, surge por la diferencia de costos diarios que se genera, por el ahorro producido al atender un paciente en HD versus su hospitalización en el establecimiento.
- ✓ En promedio el costo de HD es 6 veces más conveniente, versus el costo de DCO del servicio de medicina, al utilizar el costo promedio ponderado.

SUSTENTABILIDAD FINANCIERA HD Y EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS

Ítem	Costo DCO	Pacientes	Total
Ingresos			
PPV Básica HD	\$ 17.200	6,00	\$ 103.200
PPV Intermedia HD	\$ 21.220	5,00	\$ 106.100
PPV Compleja HD	\$ 93.670	3,00	\$ 281.010
Total Ingresos			\$ 490.310
Costos			
Total Costos HD	\$ 33.089	14,00	\$ 463.241
Flujo			\$ 27.069
Evaluación de Alternativas de Hospitalización			
Ítem	Costo DCO	Pacientes	Total
1- Hospitalización Tradicional	\$ 151.028	14	\$ 2.114.397
2- Hospitalización Domiciliaria	\$ 33.089	14	\$ 463.241
Diferencia (1-2)/DCO			\$ 1.651.156

ESTIMACIÓN DEL IMPACTO DE LA ESTRATEGIA HD EN LA CARTERA DE INVERSIONES

Parámetros	Hospitales en Estudio	Escenario pesimista (2,46% de camas)	conservador (4,9% de camas)	Escenario óptimista (6,4% de Camas)
Camas Hospitalarias	3.696	21.319	21.319	21.319
Camas HD	182	524	1.049	1.364
Superficie Ahorrada (m2)	21.840	62.934	125.867	163.730
Estimación Infraestructura Mitigada (M\$)	25.812.008	74.379.343	148.758.687	193.507.235
Estimación Equipamiento Mitigado (M\$)	3.871.801	11.156.902	22.313.803	29.026.085
Total Inversión Optimizada (M\$)	29.683.809	85.536.245	171.072.490	222.533.320



Recomendaciones Finales

Desde la Dimensión del Usuario:

Resultados favorables en cuanto a la percepción de los distintos usuarios, la valoración que se observa respecto 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

Recomendaciones Finales

Desde la Dimensión de Recursos:

Efectivamente se cumple con este objetivo principal en cuanto al favorecimiento de la estrategia de HD en la descongestión de camas intrahospitalarias y su conveniencia económica para el grupo el grupo de prestaciones de baja y mediana complejidad.

Recomendaciones Finales

Desde la Dimensión del Modelo de Gestión:

Es imprescindible contar con una adecuada y pertinente definición de indicadores que apoyen el desarrollo de las unidades HD, de la misma manera que se ha hecho en otros niveles de atención de los servicios de salud.

Recomendaciones Finales

Desde la Dimensión del Modelo de Gestión:

Se 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.

Recomendaciones Finales

Desde la Dimensión del Modelo de Gestión:

Complementariedad con las estrategias en curso para potenciar la gestión clínica de los diversos dispositivos sanitarios. El hecho no sólo de que HD 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 sea clave.

Recomendaciones Finales

Aspectos que afectan la Guía Metodológica:

Se propone explicitar y considerar la unidad de HD **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.

Recomendaciones Finales

Aspectos que afectan la Guía Metodológica

La reducción de los PDE sin duda tiene cierta restricción, ya que a medida que mejoramos la gestión de camas producto del fortalecimiento del programa de HD u otras medidas intrahospitalarias, se dará lugar a que la cama que es liberada y ocupada por los nuevos pacientes, se transformará en una cama de mayor complejidad de manejo de su riesgo y dependencia.

GRACIAS

Noviembre 2014

