



Informe Final

Estudio de Evaluación Ex post de Hospitales con Hospitalización Domiciliaria

ID: 730566-12-LP13

Ministerio de Desarrollo Social

CONGESA Ltda.

Santiago, octubre de 2014

ÍNDICE

Introducción	9
1 El Estudio	10
2 Metodología Propuesta	15
2.1 Definición de Línea Base y declaración de objetivos de la estrategia de HD	15
2.1.1 Objetivos de la Estrategia de Hospitalización Domiciliaria	15
2.2 Contexto de Integración entre la estrategia de HD y la Línea Base (LB)	15
2.2.1 Relación entre el modelo y la Satisfacción Usuaria	17
2.2.2 Relación del modelo propuesto y la Línea Base	17
2.3 Propuesta de evaluación mediante análisis de eficiencia comparativa	17
2.3.1 Comparación de los cambios frente a una meta o estándares	18
2.4 Propuesta para la Elaboración de la Línea Base de Indicadores	18
2.4.1 Conceptualización teórica de las etapas de la Línea Base	18
2.4.2 Propuesta de etapas ajustadas de Línea Base para la evaluación ex post de HD.	20
3 Establecimientos Seleccionados	24
3.1 Complejo Asistencial Sótero Del Río (CASR)	24
3.1.1 Antecedentes Generales	24
3.1.2 Condición sin programa.	26
3.1.3 Implementación del Programa.	27
3.1.4 Relación con el Ministerio de Salud	28
3.2 Hospital Padre Hurtado	29
3.2.1 Antecedentes Generales	29
3.2.2 Análisis de la información sin programa	31
3.2.3 Implementación del Programa.	31
3.2.4 Otros antecedentes entregados	32
3.2.5 Relación con el Ministerio de Salud	33
3.3 Hospital Del Salvador	34
3.3.1 Antecedentes Generales	34
3.3.2 Condición sin programa	36
3.3.3 Implementación del Programa	37
3.4 Hospital de Niños Luis Calvo Mackenna (HLCM)	38
3.4.1 Antecedentes Generales	38
3.4.2 Condición sin programa.	40
3.4.3 Implementación del Programa.	41
3.5 Hospital San Juan de Dios	43
3.5.1 Antecedentes Generales	43
3.5.2 Condición sin Programa.	46
3.5.3 Implementación del Programa.	47
3.6 El Hospital Barros Luco	48
3.6.1 Antecedentes Generales	48
3.6.2 Condición sin Programa.	51
3.6.3 Implementación del Programa.	51
3.6.4 Relación con el Ministerio de Salud	51
3.7 Hospital San Borja-Arriarán	53
3.7.1 Antecedentes Generales	53
3.7.2 Condición sin programa.	55
3.7.3 Implementación del Programa.	55
3.7.4 Relación con el Ministerio de Salud y otras vinculaciones institucionales	56
3.8 Resumen Caracterización Hospitales en Estudio.	58
3.8.1 Estadística Hospitalaria de los Establecimientos Seleccionados, año 2013.	59
3.8.2 Resumen de la situación de los Establecimientos	64

3.9	Estimación de los indicadores ex ante de la línea base sin programa.	65
4	Análisis de la implementación del programa de Hospitalización Domiciliaria	68
4.1	Definición de Cupos en Hospitalización Domiciliaria (HD)	68
4.2	Oferta de Cupos y Aumento de Camas en la Red.	68
5	Indicadores de Corto Plazo y Propuesta de Indicadores para el Mediano Plazo	70
6	Validación de Variables e Indicadores de Mediano Plazo	73
6.1	Indicadores	73
6.1.1	Generación y Selección de Indicadores.	73
6.1.2	Caracterización de Indicadores del Mediano Plazo	74
7	Levantamiento de Información Mediano Plazo. Indicadores por Establecimiento.	77
7.1	Indicador N°1: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar	77
7.2	Indicador N°2: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar Medicina (M)	78
7.3	Indicador N°3: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar Cirugía (C)	79
7.4	Indicador N°4: Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar	80
7.5	Indicador N°5: Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar Medicina (M)	82
7.6	Indicador N°6: Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar Cirugía (C)	83
7.7	Indicador N°7: Traspaso Días Camas Ocupados a Hospitalización Domiciliaria (HD)	84
7.8	Indicador N°8: Camas Hospitalización Domiciliaria por Camas en Sala de Medicina y Cirugía	85
7.9	Indicador N°9: Relación Minutos Médico Disponible en Domicilio por Cama en Domicilio	86
7.10	Indicador N°10: Relación Minutos Apoyo Clínico Disponible en Domicilio por Cama en Domicilio.	87
7.11	Indicador N°11: Diferencia Costos Bienes e Insumos DCO: Servicio de Medicina (H) v/s HD.	88
7.12	Indicador N°12: Diferencia Costo DCO H (Medicina) v/s HD.	89
7.13	Indicador N°13: Calidad de Atención	90
7.14	Indicador N°14: Evaluación Equipo de Trabajo	91
7.15	Indicador N°15: Nivel de Integración Familiar	92
7.16	Resumen Relación de Indicadores e Incidencia en los Objetivos de HD por Hospital	94
8	Validación y Modalidad de Encuesta Satisfacción Usuaría	96
8.1	Definición de los Campos de la Encuesta	96
8.2	Instrumento a aplicar	99
9	Aplicación y Resultados Encuesta Satisfacción Usuaría	100
9.1	Aspectos Generales de Encuesta	100
9.2	Resultados de la Encuesta de Satisfacción Usuaría	100
9.2.1	Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna	100
9.2.2	Hospital Sótero del Río	103
9.2.3	Hospital Padre Alberto Hurtado	105
9.2.4	Hospital Salvador	107
9.2.5	Hospital San Juan de Dios	109
9.2.6	Hospital San Borja Arriarán	111
9.2.7	Hospital Barros Luco Trudeau	112
9.2.8	Conjunto de Establecimientos	113
10	Propuesta de Mejora - Modelo de Gestión	116
11	Modelo de Costo Beneficio en Hospitalización Domiciliaria (HD)	123
11.1	Estudios Anteriores.	123
11.2	Análisis de Información.	124
11.3	Aproximaciones a Indicadores de Eficiencia	125
11.4	Indicadores de Eficiencia en la Planificación de la Operación	126
11.4.1	Costos Día Cama Hospitalización Domiciliaria (DCHD).	127
11.4.2	Costos DCO Servicio de Medicina.	130
11.4.3	Beneficios Económicos HD.	131
11.4.4	Análisis Financiero.	133
11.4.5	Alternativa de Externalización Servicio.	134
12	Identificación de Buenas Prácticas	135

13	Mejoría de estándares para Establecimientos con Hospitalización Domiciliaria.	137
13.1	Aspectos y parámetros relevantes que afectan la metodología de formulación y evaluación de proyectos de hospitales.	137
13.1.1	Oferta Camas y Egresos Hospitalarios	137
13.1.2	Coeficientes Técnicos	140
13.1.3	Demanda de Prestaciones de Salud	141
13.1.4	Demanda de Recursos Físicos	142
13.1.5	Estimaciones del Impacto de la Estrategia HD en la Cartera de Inversiones	145
13.2	Aspectos que afectan la Normativa de Inversión Pública.	146
13.3	Factores que afectan y mejoran los estándares de Hospitalización Domiciliaria	147
13.3.1	Diagnóstico de Situación Actual de Cartera de Servicios y Perfil Clínico de Usuarios de Hospitalización Domiciliaria	147
13.3.2	Identificación de aspectos que afecten y mejoren los estándares de HD	151
14	Conclusiones Finales	154
14.1	Desde la Dimensión del Usuario	154
14.2	Desde la Dimensión de Recursos	154
14.3	Desde la Dimensión del Modelo de Gestión	154
14.4	Desde los aspectos que afectan la Normativa de Inversión Pública	155
14.5	Desde los aspectos que afectan la Guía Metodológica	155
15	Bibliografía	156
16	Anexos	157
E.4.1	Servicio de Medicina	173
E.4.2	Servicio de Cirugía	174

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Relación de Objetivos y Productos Esperados	10
Tabla 2: Tipología de Evaluación Solicitada	12
Tabla 3: Listado de Hospital a evaluar mediante Evaluación Ex post en HD	12
Tabla 4: Dimensiones de Evaluación	19
Tabla 5: Dimensiones y Variables Seleccionadas a Evaluar	22
Tabla 6: Ficha Técnica Propuesta	23
Tabla 7: Listado de Hospital a evaluar mediante Evaluación Ex post en HD	24
Tabla 8: Principales Indicadores Hospitalarios pertenecientes a la muestra en estudio.	58
Tabla 9: Problemas identificados y la relación con objetivos de la HD	64
Tabla 10: Consolidado Disponibilidad de Información Hospital sin Estrategia	65
Tabla 11: Egresos Hospitalarios Sin Estrategia	66
Tabla 12: Días Camas Ocupados (DCO) Sin Estrategia	66
Tabla 13: Promedio Días de Estada (PDE) Sin Estrategia	67
Tabla 14: Índice Ocupacional (IO) Sin Estrategia	67
Tabla 15: Aumento de Camas producto de la Implementación de HD	68
Tabla 16: Resumen Indicadores de Corto Plazo	70
Tabla 17: Resumen Propuesta de Indicadores del Mediano Plazo	71
Tabla 18: Dimensiones y Variables a Evaluar en el Mediano Plazo	73
Tabla 19: Caracterización de Indicadores Finales	75
Tabla 20: Resumen Levantamiento grupo de Datos	77
Tabla 21: Cumplimiento IO Estándar: IO ti / IO Estándar	78
Tabla 22: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar Medicina (M): IO M ti / IO Estándar M	79
Tabla 23: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar en Cirugía: IO C ti / IO Estándar	80
Tabla 24: Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar: PDE Estándar / PDE ti	82
Tabla 25: Cumplimiento PDE Estándar en Medicina (PDE Estándar M / PDE M ti)	83
Tabla 26: Cumplimiento PDE Estándar en Cirugía: PDE Estándar C / PDE C ti	84
Tabla 27: Traspaso DCO a Hospitalización Domiciliaria (HD): $DCO_{HD} / (DCO_{HD} + DCO_{H^*}(M+C))$	84
Tabla 28: Relación Camas HD por Camas HS Medicina y Cirugía: $Ind\ 8 = Camas_{HD} / Camas_{HS} (M+C)$	86
Tabla 29: Relación Minutos Médico Disponible en HD por Cama en HD: $Ind\ 09 = MMDD / Camas_{HD}$	87
Tabla 30: Minutos Apoyo Clínico Disponible en HD por Cama en HD; $Ind\ 10 = MACDD / Camas_{HD}$	87
Tabla 31: Diferencia Costo BI por DCO HS respecto HD: $Ind\ 11 = CBIH / DCOH - CBIHD / DCOHD$	88
Tabla 32: Diferencia Costo DCO HS (M+C) respecto de HD; $Ind\ 12 = CDCOM / CDCOHD$	89
Tabla 33: Calidad de Atención; $Ind\ 13 = Promedio (f_1, f_2, f_3, f_4, f_5, f_6)$	90
Tabla 34: Evaluación Equipo de Trabajo; $Ind\ 14 = Promedio (p_1, p_2, p_3, p_4, p_5, p_6)$	91
Tabla 35: Integración Familiar; $Ind\ 15 = Respuesta\ Favorables\ Nivel\ de\ Satisfacción / N^{\circ}\ Casos \times 100$	92
Tabla 36: Relación de Indicadores e Incidencia en los Objetivos de HD	94
Tabla 37: Resumen de contactos potenciales y realizados por establecimiento	96
Tabla 38: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HLCM	101
Tabla 39: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - CASR	103
Tabla 40: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HPAH	105
Tabla 41: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HS	107
Tabla 42: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HSJD	109
Tabla 43: Valoración de los Usuarios – Tablas de Frecuencia	110
Tabla 44: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HSBA	111
Tabla 45: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HBLT	112
Tabla 46: Resultados encuesta de satisfacción usuaria – Conjunto de Establecimientos	113
Tabla 47: Cuadro Fortalezas y Debilidades	116
Tabla 48: Resumen Promedio Ponderado de Principales Indicadores Hospitalarios	124
Tabla 49: Estimación de Rendimiento Genérico del RR.HH. en HD por jornada diaria de trabajo	126

Tabla 50: Costos Día Cama Hospitalización en Domicilio (Costo DCO HD)	127
Tabla 51: Estimación de Rendimiento Esperado del RRHH que trabaja en HD	128
Tabla 52: Estimación Costo Esperado del RRHH que trabaja en HD	128
Tabla 53: Estimación Costos Día Cama en Domicilio	129
Tabla 54: Costos Totales Servicio Clínico de Medicina	130
Tabla 55: Costo Promedio Ponderado del Día Cama Servicio de Medicina	131
Tabla 56: Estimación de Rendimiento Esperado del RRHH que trabaja en HD	132
Tabla 57: Ahorros Esperados Mediante Hospitalización en Domicilio (HD)	133
Tabla 58: Identificación de Buenas Prácticas por Establecimiento	135
Tabla 59: Oferta de Camas de Dotación, Egresos Hospitalarios, D.C.O. e I.O.	138
Tabla 60: Oferta de camas de dotación, egresos hospitalarios y días cama ocupados	139
Tabla 61: Tasa de Egresos	141
Tabla 62: Coeficientes Técnicos Seleccionados de Egresos Hospitalarios	142
Tabla 63: Estimación de la Demanda de Egresos Hospitalarios	142
Tabla 64: Promedio de días de estada (PDE)	143
Tabla 65: Demanda de camas y estimación de días cama ocupados por servicio clínico	144
Tabla 66: Estimación Impacto en las futuras inversiones	146
Tabla 67: Categorización de Día Cama Hospitalización Domiciliaria Integral	148
Tabla 68: Principales patologías atendidas en modalidad HD, Hospitales Seleccionados, 2013-2014	150
Tabla 69: Egresos Hospitalarios en la Situación Con Estrategia (Año 1)	169
Tabla 70: Diferencia Número de Egresos Año 1 de Operación	169
Tabla 71: Días Camas Ocupados (DCO) en la Situación Con Estrategia (Año 1)	170
Tabla 72: Indicador Desviación Número de Días Camas Ocupados (DCO)	170

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura 1: Modelo de Evaluación Ex post Atención Domiciliaria	16
Figura 2: Relación Variables Temáticas con los Objetivos de la Estrategia de HD	21
Figura 3: Mapa de ubicación Complejo Asistencial Sótero Del Río	24
Figura 4: Mapa de ubicación Hospital Padre Hurtado	29
Figura 5: Mapa de ubicación Hospital del Salvador	34
Figura 6: Mapa de ubicación Hospital Luis Calvo Mackenna	38
Figura 7: Mapa de ubicación Hospital San Juan de Dios	43
Figura 8: Mapa de ubicación Complejo Asistencial Barros Luco-Trudeau	49
Figura 9: Mapa de ubicación Hospital San Borja Arriarán	53
Figura 10: Días Cama Ocupados (DCO) en relación al Total País	58
Figura 11: DCO de la Muestra en Relación al Resto de la Región	59
Figura 12: Total Egresos Servicio de Medicina año 2013	60
Figura 13: Total Egresos Servicio de Cirugía año 2013	61
Figura 14: Promedio Días de Estada Servicio de Medicina año 2013	61
Figura 15: Promedio Días de Estada Servicio de Cirugía año 2013	63
Figura 16: Índice Ocupacional Servicio de Medicina año 2013	63
Figura 17: Índice Ocupacional Servicio de Cirugía Año 2013	64
Figura 18: Relación Cupos HD / Cupos Hospital	69
Figura 19: Cumplimiento IO Estándar: IO ti / IO Estándar	78
Figura 20: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar Medicina (M): IO M ti / IO Estándar M	79
Figura 21: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar en Cirugía: IO C ti / IO Estándar	80
Figura 22: Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar: PDE Estándar / PDE ti	82
Figura 23: Cumplimiento PDE Estándar en Medicina (PDE Estándar M / PDE M ti)	83
Figura 24: Cumplimiento Promedio PDE Estándar en Cirugía: PDE Estándar C / PDE C ti	84
Figura 25: Indicador Traspaso Días Camas Ocupados a Hospitalización Domiciliaria (HD)	85
Figura 26: Indicador Relación Camas HD por Camas H en Medicina y Cirugía	86
Figura 27: Minutos Médico Disponible en Domicilio por Cama en HD: Ind 09 = MMDD/ Camas HD	87
Figura 28: Minutos Apoyo Clínico Disponible en Domicilio por Cama en Domicilio	88
Figura 29: Diferencia Costo BI por DCO Hospital respecto a Costo BI por DCO HD	89
Figura 30: Diferencia Costo DCO HS (M+C) respecto de HD; Ind 12 = CDCOM / CDCOHD	90
Figura 31: Calidad de Atención; Ind 13 = Promedio (f1, f2, f3, f4, f5, f6)	91
Figura 32: Evaluación Equipo de Trabajo; Ind 14 = Promedio (p1, p2, p3, p4, p5, p6)	92
Figura 33: Integración Familiar; Ind 15 = Respuesta Favorable Nivel de Satisfacción / N° de Casos x 100	93
Figura 34: Caracterización de la Muestra:	98
Figura 35: Aprobación y Recomendación Observada – CASR	104
Figura 36: Aprobación y Recomendación Observada – HPAH	106
Figura 37: Usuarios Encuestados	108
Figura 38: Aprobación y Recomendación Observada - HS	108
Figura 39: Aprobación y Recomendación Observada - HSJD	110
Figura 40: Valoración de Atributos de Calidad en Atención al Usuario	114
Figura 41: Aprobación y Recomendación Observada	115
Figura 42: Flujograma Proceso de Hospitalización en Domicilio	121
Figura 43: Costos DCO HD Según Establecimiento, Ponderado y Método	129
Figura 44: Costos DCO Según Establecimiento	131
Figura 45: Ahorro Anual por DCO de HD por Establecimiento y Promedio Ponderado	132
Figura 46: Promedio de Días de Estada observados, Hospital Dr. Sótero del Río	145
Figura 47: Lógica de Construcción de un Plan de Cuidados	152
Figura 48: Diferencia Indicador DCO Año Inicio de la Estrategia	171
Figura 49: ODE Servicio de Medicina sin y con Programa v/s Estándar EPH	172

Figura 50: PDE Servicio de Cirugía sin y con Programa v/s Estándar EPH	173
Figura 51: I.O. Servicio de Medicina sin y con Programa v/s Estándar EPH	174
Figura 52: I.O. Servicio de sin y con Programa v/s Estándar EPH	174

Introducción

La experiencia de Hospitalización Domiciliaria¹ (iniciativa relativamente nueva en el país) está implementada con diferentes grados de avance en establecimientos del país y también ha sido abordada, como una alternativa de servicio, en el sector privado de salud.

El presente documento corresponde al informe final de evaluación ex post de hospitales con sistema de hospitalización domiciliaria licitado por el Ministerio de Desarrollo Social y adjudicado a la empresa consultora Congesa.

Durante el trabajo se entregaron, de acuerdo a las bases de licitación, tres informes de avance que se completan con este cuarto y último informe que por un lado retoma y ordena los contenidos de los informes anteriores en un único documento, además de agregar la respuesta de la consultora al quinto y último objetivo del estudio que es la identificación de los aspectos que permitan mejorar la formulación de proyectos hospitalarios y entregar insumos para complementar estándares del sector.

Tanto el diagnóstico de operación como las conclusiones que se pueden extraer de la experiencia no son únicas. En efecto, a pesar que desde el Ministerio de Salud se han levantado lineamientos para definir puntos comunes frente a una estrategia que perfectamente puede ser de aplicación nacional, tanto la práctica operativa como los pronósticos de éxito son significativamente diferentes tan sólo en la Región Metropolitana.

Sin embargo esta diferencia en ocasiones se transforma en una oportunidad de mejoramientos y una fortaleza, puesto que los sistemas de salud en general y el caso chileno en particular, no enfrentan el problema de salud de la población con una única estrategia o un mismo nivel de resolutivez dentro de las redes asistenciales, por lo que la diferencia y adaptabilidad de cada iniciativa a los problemas más inmediatos de cada territorio cobra importancia.

La diferencia entonces será una característica de este tipo de intervenciones, más allá que en las secciones finales del documento se entregan criterios generales y recomendaciones para revisar determinados aspectos clave de la formulación de políticas y pautas de trabajo de Hospitalización Domiciliaria en las redes asistenciales.

¹

O en sus siglas HD como se abreviará en gran parte del Informe.

La Hospitalización Tradicional será referida en ocasiones como HT o bien como HS por Hospitalización en Sala.

1 El Estudio

El Ministerio de Desarrollo Social solicitó un estudio de Evaluación Ex post de la experiencia de Hospitalización Domiciliaria en hospitales públicos, en específico en una red de establecimientos de alta complejidad de la Región Metropolitana de Santiago, procurando incorporar nuevos criterios en el modelo de gestión de hospitales, conforme a la implementación de nuevos programas en el Ministerio de Salud, que impacten la formulación y evaluación de proyectos.

El Objetivo General del Estudio es analizar el efecto de la implementación del programa de Hospitalización Domiciliaria en establecimientos hospitalarios de alta complejidad.

Por otro lado, los objetivos específicos señalados en bases son:

- 1) Identificar indicadores de línea base en hospitales que han implementado el programa de hospitalización domiciliaria.
- 2) Analizar y comparar a nivel de corto plazo las variables identificadas y el resultado de los indicadores evaluados para cada uno de los hospitales, antes y después de la implementación del programa.
- 3) Analizar y comparar a nivel de mediano plazo las variables identificadas y el resultado de los indicadores evaluados para cada uno de los hospitales, durante la operación del programa.
- 4) Identificar los aspectos que afectan el modelo de gestión del hospital al implementar el programa de hospitalización domiciliaria.
- 5) Identificar los aspectos que permitan mejorar la formulación y evaluación de proyectos de Hospitales, así como entregar insumos para complementar los estándares del sector.

Las mismas bases de licitación señalan una serie de productos esperados en relación a los objetivos específicos recién señalados:

Tabla 1: Relación de Objetivos y Productos Esperados

Objetivo	Productos Esperados
Objetivo N° 1	1.1. Análisis de la situación sin programa de los proyectos. 1.2. Definición de variables, indicadores y fuentes válidas de datos para el levantamiento de línea base de los hospitales sin programa. 1.3. Definición de una propuesta de recolección de datos e instrumentos para el levantamiento de la información. 1.4. Estimación de los indicadores ex ante de línea base sin programa.
Objetivo N° 2	2.1. Análisis de la implementación del programa de hospitalización Domiciliaria mediante el análisis de las variables y sus indicadores de corto plazo, es decir, al término de su ejecución para cada uno de los hospitales en estudio (costos, plazos y magnitudes). 2.2. Comparación de los indicadores de resultado más relevantes para cada uno de los hospitales que implementó el programa de Hospitalización Domiciliaria (ejemplo: Cumplimiento de los plazos).

Objetivo	Productos Esperados
Objetivo N° 3	3.1. Análisis de la operación y mantenimiento del proyecto mediante el análisis de las variables y sus indicaciones de mediano plazo para hospital en estudio (modelo de gestión/organizacional, costo de mantenimiento y operación, egresos de la red de asistencia y hospitalaria, modelo de negocio, estándares, programas de capacitación, proyectos complementarios y/o interferencia, población beneficiaria, dotación de recursos humanos, satisfacción del usuario, cobertura, análisis de brecha de la oferta y demanda, entre otros). 3.2. Comparación de los indicadores de resultado de mediano plazo más relevantes para cada uno de los hospitales que implementó el programa de Hospitalización Domiciliaria (ejemplo: Cumplimiento de cobertura).
Objetivo N° 4	4.1. Análisis, comparación y propuesta de mejora del modelo de gestión implementado en cada una de las iniciativas, señalando las fortalezas, debilidades y buenas prácticas en relación a los procesos de atención. 4.2. Análisis del cumplimiento de los objetivos del programa de Hospitalización Domiciliaria en relación con la eficiencia en el uso de los recursos y el Modelo de Gestión. 4.3. Identificación de indicadores de eficiencia del hospital con programa de Hospitalización Domiciliaria. 4.4. Identificación de buenas prácticas que impactan la eficiencia del hospital con programa de Hospitalización Domiciliaria.
Objetivo N° 5	5.1. Identificación los aspectos V relevantes que afectan metodología de formulación y evaluación de proyectos de hospitales, dada la implementación de programas de hospitalización domiciliaria. 5.2. Identificación aspectos que afecten la Normativa de Inversión Pública. 5.3. Identificación los aspectos que permitan mejorar los estándares del sector para Hospitales que contemplen la Hospitalización Domiciliaria.

Ahora bien, en el marco de la presente consultoría, de las Bases se desprende que se debe establecer una línea base del estudio considerando a lo menos las siguientes variables, evaluadas mediante la generación de uno o más indicadores que propondrá el consultor.

Tabla 2: Tipología de Evaluación Solicitada

Tipos de Evaluación	Dimensión	Variable	Subvariables
Corto Plazo (implementación del programa)	Costos	Costos del Programa	Servicios Clínicos Servicios no Clínicos Equipamiento Otros
	Plazos	Plazos del Programa	Programa Ajuste a los plazos originales
Mediano Plazo (operación del programa)	Calidad	Calidad del Programa	Acceso y oportunidad de atención Satisfacción del Usuario Terapia Otros
	Modelo Gestión	Gestión Hospitales con y sin Programa	Población Beneficiaria Asignada (total y por establecimiento)
			Dotación de Recursos Humanos
			Tasa de Egreso
			Promedio de Estada por Servicio Clínico
			Consultas de Especialidad
			Consultas de Urgencia
			Egresos Hospitalarios por Servicio
			Prescripciones y Recetas Médicas
			Laboratorio e Imaginología
			Compras al Extrasistema
			Coberturas
			Coberturas Efectivas
			Referencia y Contrarreferencia
			Número de Atenciones
			Otros
	Económicos	Costos operación y mantenimiento del programa	Servicios generales y de apoyo del programa Productos de farmacia y materiales quirúrgicos Dotación hospitalaria del programa Mantenimiento de equipos del programa Otros
		Costos de Administración	Remuneraciones por estamento Otros
		Ingresos	Partidas Presupuestarias (PPV y PPI) Otros

El estudio considera la evaluación del sistema de Hospitalización Domiciliaria en siete establecimientos en que se ha implementado dentro de la Región Metropolitana. A saber:

Tabla 3: Listado de Hospital a evaluar mediante Evaluación Ex post en HD

	Establecimiento	Servicio de Salud
1	Hospital Sótero del Río	Metropolitano Sur Oriente
2	Hospital Padre Hurtado	Metropolitano Sur Oriente
3	Hospital del Salvador	Metropolitano Oriente
4	Hospital Luis Calvo Mackenna	Metropolitano Oriente
5	Hospital San Juan de Dios	Metropolitano Occidente
6	Hospital Barros Luco Trudeau	Metropolitano Sur
7	Hospital San Borja Arriaran	Metropolitano Central

El desarrollo de la consultoría considera un total de tres informes de avance y un informe final que considerarán:

Primer Informe: Deberá dar cuenta del plan de trabajo, gestiones y actividades para los productos solicitados; instrumentos para la recopilación y análisis de la información.

Segundo Informe: Deberá dar cuenta del desarrollo de los productos relacionados con el objetivo específico 1 y 2.1 del objetivo específico 2, esto es:

- 1.1. Análisis de la situación sin programa de los proyectos.
- 1.2. Definición de variables, indicadores y fuentes válidas de datos para el levantamiento de línea base de los hospitales sin programa.
- 1.3. Definición de una propuesta de recolección de datos e instrumentos para el levantamiento de la información.
- 1.4. Estimación de los indicadores ex ante de línea base sin programa.
- 2.1. Análisis de la implementación del programa de hospitalización Domiciliaria mediante el análisis de las variables y sus indicadores de corto plazo, es decir, al término de su ejecución para cada uno de los hospitales en estudio (costos, plazos y magnitudes).

Tercer Informe: Deberá dar cuenta del desarrollo de los productos relacionados con el 2.2 del objetivo específico 2 y objetivos específicos 3 y 4. Es decir:

- 2.2. Comparación de los indicadores de resultado más relevantes para cada uno de los hospitales que implementó el programa de Hospitalización Domiciliaria (ejemplo: Cumplimiento de los plazos).
- 3.1. Análisis de la operación y mantenimiento del proyecto mediante el análisis de las variables y sus indicaciones de mediano plazo para hospital en estudio (modelo de gestión/organizacional, costo de mantenimiento y operación, egresos de la red de asistencia y hospitalaria, modelo de negocio, estándares, programas de capacitación, proyectos complementarios y/o interferencia, población beneficiaria, dotación de recursos humanos, satisfacción del usuario, cobertura, análisis de brecha de la oferta y demanda, entre otros).
- 3.2. Comparación de los indicadores de resultado de mediano plazo más relevantes para cada uno de los hospitales que implementó el programa de Hospitalización Domiciliaria (ejemplo: Cumplimiento de cobertura).
- 4.1. Análisis, comparación y propuesta de mejora del modelo de gestión implementado en cada una de las iniciativas, señalando las fortalezas, debilidades y buenas prácticas en relación a los procesos de atención.
- 4.2. Análisis del cumplimiento de los objetivos del programa de Hospitalización Domiciliaria en relación con la eficiencia en el uso de los recursos y el Modelo de Gestión.
- 4.3. Identificación de indicadores de eficiencia del hospital con programa de Hospitalización Domiciliaria.
- 4.4. Identificación de buenas prácticas que impactan la eficiencia del hospital con programa de Hospitalización Domiciliaria.

Informe Final: Debe incluir los contenidos corregidos, si fuera el caso, de los informes 1 al 3 y el desarrollo de los productos relacionados con el objetivo específico 5, además de la sistematización y consolidación de los resultados de los informes anteriores. Esto es:

- 5.1. Identificación los aspectos V relevantes que afectan metodología de formulación y evaluación de proyectos de hospitales, dada la implementación de programas de hospitalización domiciliaria.
- 5.2. Identificación aspectos que afecten la Normativa de Inversión Pública.
- 5.3. Identificación los aspectos que permitan mejorar los estándares del sector para Hospitales que contemplen la Hospitalización Domiciliaria.

Además de la sistematización y consolidación de los resultados de los informes 1 al 3.

La forma de trabajo, los alcances metodológicos, búsqueda de información primaria y secundaria, hallazgos y comentarios del trabajo de campo y su documentación de acuerdo a los requerimientos de la consultoría y la disponibilidad de información se presentan en las siguiente secciones del documento.

2 Metodología Propuesta

El diseño metodológico que se indicará más adelante, considera un marco de trabajo que podría ser replicable a diversos proyectos, programas y/o estrategias del sector salud en el ámbito de la evaluación ex post.

Esta propuesta considera cinco etapas lógicas a desarrollar, estas son;

- Definición de Línea Base y declaración de objetivos de la estrategia de Hospitalización Domiciliaria
- Contexto de Integración entre la estrategia de Hospitalización Domiciliaria y la Línea Base
- Propuesta de evaluación mediante análisis de eficiencia comparativa
- Propuesta para la elaboración de la línea base de indicadores, y
- Elaboración y presentación de la Línea Base de Indicadores (LBI)

2.1 Definición de Línea Base y declaración de objetivos de la estrategia de HD

La Línea Base (LB) es un conjunto de Indicadores estratégicos que permiten realizar un seguimiento y evaluación a planes programas e inversiones públicas. La principal cualidad y utilidad es que permite comparar los avances o retrocesos que ocurran en un año o periodos a definir.

La identificación de la línea base, considera la construcción de un detallado registro de la situación inicial, de acuerdo a un conjunto de indicadores, de modo de producir un punto de referencia o meta establecida contra la cual comparar posteriormente los resultados de corto y mediano plazo de la implementación de la estrategia de Hospitalización Domiciliaria (HD).

Cada uno de los indicadores que componen la Línea Base del estudio deberá estar relacionado y en coherencia con los objetivos de la estrategia de Hospitalización Domiciliaria; estos objetivos serán los que señala el Ministerio de Salud en su documento “Orientaciones Técnicas Hospitalización Domiciliaria año 2011”.

2.1.1 Objetivos de la Estrategia de Hospitalización Domiciliaria

1. Optimización del recurso cama
2. Acotar el tiempo de espera de personas pendientes de ingreso hospitalario
3. Mejorar la calidad de vida y confort de la persona enferme manteniéndola en su entorno social y familiar.

2.2 Contexto de Integración entre la estrategia de HD y la Línea Base (LB)

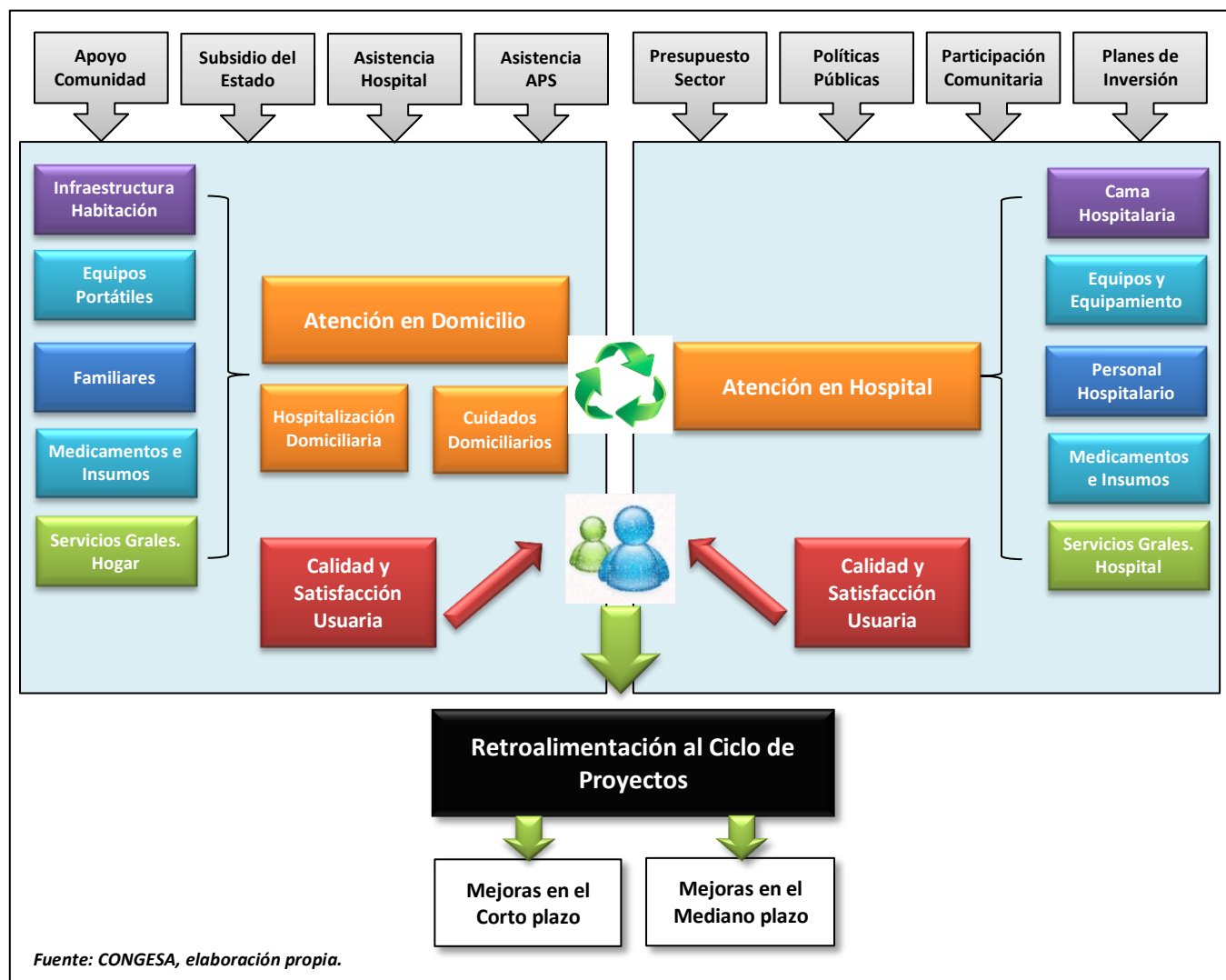
Es fundamental para la construcción de la línea base que se identifiquen los distintos factores productivos demandados y utilizados por cada Hospital previo a la aplicación de la Estrategia de HD y así, posteriormente, identificar y medir que parte de estos recursos han sido liberados, compartidos o quizá duplicados durante la implementación y operación de la Estrategia o Programa.

Como se observa en el siguiente modelo, los factores productivos principales comprometidos en el evento de hospitalización corresponden a:

- cama de hospitalización
- equipos y equipamientos
- recursos humanos (funcionarios clínicos y administrativos)
- medicamentos e insumos, y consumos básicos.

El nivel de consumo de estos recursos varía dependiendo del nivel de desarrollo y complejidad alcanzada por la estrategia de HD. Su integración y congruencia llevará a catastrar las desviaciones y errores, que fundamentaran las propuestas de mejoras en el corto y mediano plazo, por medio del proceso de retroalimentación al ciclo de proyectos (y/o programa).

Figura 1: Modelo de Evaluación Ex post Atención Domiciliaria



En la situación antes de ejecutar la iniciativa, los indicadores reflejan la situación base, es decir el comportamiento de las variables objetivos, planificadas con anterioridad a la implementación de la estrategia. En la situación con iniciativa, los indicadores reflejan lo que se espera de esas variables relevantes después de la intervención, es decir, la meta.

Finalmente, en la situación después de la intervención, los indicadores reflejan lo que efectivamente ocurrió con esas variables, indican si se logró o no la meta propuesta.

Es importante considerar que comúnmente se expresa y generaliza la Estrategia de Hospitalización Domiciliaria (HD) en un todo, a sabiendas que en la realidad, se tiende a confundir dos estrategias que

conceptualmente son diferentes: **Cuidados Domiciliarios** por un lado y **Hospitalización Domiciliaria** por otro.

La primera de estas se relaciona con la atención de tipo ambulatoria practicada a pacientes que requieren de curaciones y cuidados de enfermería, este nivel de atención en un principio es ofertada por el hospital, pero a medida que avanza la evolución favorable del paciente, es o debiese ser derivada e implementada por el nivel primario de atención, idealmente es en este nivel de atención en que la demanda es mayoritaria y de gran alcance.

Por lo tanto, es recomendable considerar y separar este nivel de atención respecto de la Hospitalización Domiciliaria efectiva que será objeto del presente estudio, en cuanto a medir la relación positiva o negativa del traspaso de recursos desde un establecimiento de carácter secundario o terciario, materia de análisis en la etapa de evaluación Ex post.

2.2.1 Relación entre el modelo y la Satisfacción Usaria

No menos importante, para la evaluación ex post, es la medición de la dimensión de la Satisfacción del Usuario, desde la medición de la calidad recibida y su acceso, en ambos estados de su oferta de atención, entendiéndose que, los estados de oferta de atención se refieren al lugar en que el paciente es atendido.

Dependiendo de lugar de oferta de atención, se deberá medir la relación de consumo de recursos, entre el hospital o en su defecto en su domicilio.

2.2.2 Relación del modelo propuesto y la Línea Base

La Línea Base del estudio queda definida por un conjunto de Indicadores de tipo estratégicos que permiten realizar un seguimiento y evaluación a planes, programas y proyectos de inversión pública que, para este caso específico, deberá derivar en la obtención de un grupo de indicadores relacionados con las distintas dimensiones presentes en la estrategia de HD.

Finalmente, la posterior evaluación del conjunto de indicadores permitió elaborar conclusiones y levantar propuestas de recomendaciones emanadas de la observación para retroalimentar la estrategia de Hospitalización Domiciliaria.

2.3 Propuesta de evaluación mediante análisis de eficiencia comparativa

El fundamento para la determinación de una línea base parte al definir el estado actual en un tema o situación específica, de esta forma, se pueden comparar las transformaciones que se buscan mediante políticas y programas (en este caso entendido como la estrategia de hospitalización domiciliaria). Este proceso se puede llevar a cabo por medio de dos alternativas.

La primera de ellas se relaciona con la comparación de los cambios frente a una referencia temporal y la segunda opción es por medio de la comparación de los cambios frente a una meta o estándares. Desde la perspectiva de la mejor gestión, la implementación de la línea base conduce a la identificación de situaciones que requieren cambios mayores, facilita el control y establece pautas para el mejoramiento de la calidad de los servicios.

La presente propuesta consideró variables temáticas a medir en el corto y mediano plazo, junto a su relación con los objetivos declarados por cada programa de HD.

2.3.1 Comparación de los cambios frente a una meta o estándares

La relevancia del indicador y su continuidad en el tiempo son condiciones que exigen una mínima organización y disposición oportuna de la información. En el segundo caso, la línea base ofrece la opción de incluir indicadores coyunturales, (los referidos a un plan de gobierno, misional o a una situación de coyuntura). De este modo, se facilita el enlace de indicadores estructurales con indicadores de coyuntura.

2.4 Propuesta para la Elaboración de la Línea Base de Indicadores

Una vez que están claros los primeros aspectos de la evaluación ex post, es decir; se ha delineado la idea de investigación y marco teórico de apoyo, se da paso a la elaboración de la línea base de Indicadores (LBI).

La línea base podría ser utilizada para mejorar los niveles actuales de desempeño, ya que ofrece, la evidencia necesaria para que los encargados del proceso decisorio puedan; medir el comportamiento y el impacto de las políticas, programas y proyectos.

2.4.1 Conceptualización teórica de las etapas de la Línea Base

En el caso de las diferentes estrategias de HD y las particularidades que presenta cada caso de implementación, se adaptaron los elementos necesarios para un proceso de evaluación identificando las siguientes componentes:

- Planeación
- Normativas y requerimiento de información
- Diseño de estructura
- Selección de indicadores - documentación (fichas técnicas)
- Sociabilización y capacitaciones

Una breve descripción de cada etapa nos permite facilitar la explicación de cómo se trabajó cada una más adelante en el proceso integral de planificación.

2.4.1.1 Planeación

Esta etapa se trabaja desde el origen de las políticas, planes, programas y proyectos, cuyo objetivo principal consiste en orientar a los directivos y técnicos de la entidad sobre la importancia de la línea base de indicadores para el proceso de seguimiento y evaluación, así como definir su rol en el proceso. Una vez expuestos los argumentos, se deben concretar acuerdos con el fin de determinar el alcance de la línea base, las obligaciones de los actores responsables de su elaboración y los resultados esperados.

2.4.1.2 Normativas y requerimiento de información

Una vez establecida la magnitud de las actividades, el alcance de la línea base y todos los aspectos concernientes a la planeación, el segundo paso conduce a una revisión del marco normativo y a la identificación de necesidades de información relacionadas con demandas externas y requerimientos en instancias de toma de decisiones que permitan analizar la pertinencia de la construcción y estudio de los indicadores.

2.4.1.3 Diseño de estructura

La tercera etapa consiste en estructurar la línea base conforme a las áreas temáticas que respondan al que hacer misional y a los documentos estratégicos de la entidad y normatividad. Este paso es fundamental ya que parte de una conceptualización que lleva a plantear objetivos y metas temáticamente bien definidas, que permitan abarcar los temas que se consideran de total relevancia.

Adicionalmente, la conceptualización de la línea base facilitará evaluar y definir los tipos de indicadores requeridos para hacer seguimiento y evaluación a cada uno los temas y subtemas establecidos. De allí la importancia de esta etapa del proceso, debido a que permite enfocar esfuerzos en la consecución y diseño de información que responda a cada uno de los sectores y no a información que no es significativa para la toma de decisiones en cada uno de las áreas temáticas establecidas.

Recordemos que en las bases se describen las dimensiones que se espera evaluar en la presente consultoría como:

Tabla 4: Dimensiones de Evaluación

Tipos de Evaluación	Dimensión	Variable	Subvariables
Corto Plazo (implementación del programa)	Costos	Costos del Programa	Servicios Clínicos
			Servicios no Clínicos
			Equipamiento
			Otros
Mediano Plazo (operación del programa)	Plazos	Plazos del Programa	Programa
			Ajuste a los plazos originales
	Calidad	Calidad del Programa	Acceso y oportunidad de atención
			Satisfacción del Usuario
			Terapia
			Otros
	Modelo Gestión	Gestión Hospitales con y sin Programa	Población Beneficiaria Asignada (total y por establecimiento)
			Dotación de Recursos Humanos
			Tasa de Egreso
			Promedio de Estada por Servicio Clínico
			Consultas de Especialidad
			Consultas de Urgencia
			Egresos Hospitalarios por Servicio
			Prescripciones y Recetas Médicas
			Laboratorio e Imaginología
			Compras al Extrasistema
			Coberturas
			Coberturas Efectivas
			Referencia y Contrarreferencia
			Número de Atenciones
			Otros
	Económicos	Costos operación y mantenimiento del programa	Servicios generales y de apoyo del programa
			Productos de farmacia y materiales quirúrgicos
			Dotación hospitalaria del programa
			Mantenimiento de equipos del programa
			Otros
		Costos de Administración	Remuneraciones pro estamento
			Otros
		Ingresos	Partidas Presupuestarias (PPV y PPI)
			Otros

Estas dimensiones o diseño de estructura, corresponden a una generalización de las posibles variables presentes en un proyecto de salud, por lo que se requiere un posterior ajuste, mediante la selección de variables factibles y pertinentes a evaluar, exclusivas a la estrategia de Hospitalización Domiciliaria.

2.4.1.4 Selección de indicadores - documentación (fichas técnicas)

En este paso se establece el conjunto de indicadores definitivos para la línea base y su documentación, conforme a una estructura de fichas técnicas previamente diseñadas y posteriormente se formulan lineamientos sobre la construcción y organización de las bases de datos que alimentaran los indicadores.

Después de seleccionar los indicadores que cumplen con los parámetros de calidad establecidos, se procede a realizar la documentación de los mismos. El paso a seguir es la documentación de los indicadores, lo que permite informar al usuario sobre los diferentes actores involucrados que producen la información y sobre su disponibilidad. El metadato responde a las preguntas qué, quién, cuándo, dónde, para qué y cómo, de los aspectos relativos a los datos que se documentan. La inclusión del registro de metadato en el esquema de línea base constituye un aporte al acceso y la democratización de la información. Además, facilita a cualquier usuario la información sobre las características de los indicadores (procedencia de la información, período de producción, desagregación, forma de captura y de difusión, entre otros aspectos).

Los resultados que se esperan en esta etapa del proceso son:

- Conjunto definitivo de indicadores basados en la estructura de la línea base.
- Fichas técnicas de los indicadores.

2.4.1.5 Sociabilización y capacitaciones

En esta etapa se llevan a cabo reuniones, con el fin de presentar la línea base de Indicadores que se ha diseñado para que de esta forma se entienda el alcance de esta herramienta para el seguimiento y evaluación de planes, programas, proyectos y demás decisiones de política.

La implementación de la línea base no está relacionada con un período de tiempo específico, es un proceso constante que requiere el compromiso y la participación activa de actores involucrados. Su funcionamiento depende de la puesta en marcha del aplicativo, esquema organizativo, flujos de información y alimentación de los indicadores y de sus bases de datos. Para el efecto, el proceso a futuro prevé el desarrollo de un programa de capacitación a funcionarios y directivos en torno a la administración y coordinación de la línea base, la construcción y análisis de indicadores.

2.4.2 Propuesta de etapas ajustadas de Línea Base para la evaluación ex post de HD.

A continuación, se presenta para cada de las etapas descritas anteriormente, su capacidad de ser aplicadas a la estrategia de HD y su pertinencia en el caso que corresponda.

2.4.2.1 Planeación

Como es compartido, el estudio de Evaluación Ex post para la estrategia de Hospitalización Domiciliaria, no presenta una planificación sistemática y previa antes de su implementación, lo que impide el desarrollo y análisis de viabilidad para la aplicación en la determinación de la Línea Base.

2.4.2.2 Normativas y requerimiento de información

La revisión del marco normativo y la identificación de necesidades de información, nos permite contar con los siguientes antecedentes:

- Orientaciones Técnicas Hospitalización Domiciliaria año 2011 – Minsal.
- Metodología de Preparación, Evaluación y Priorización Proyectos de Atención Primaria del Sector Salud.
- Normas Instrucciones y Procedimientos Inversión Pública, Año 2013
- MINSAL, (2002) “Guía Metodológica para estudios de Preinversión Hospitalaria”
- Metodología de Evaluación Ex – Post Sector Salud Agosto 2013
- Glez MDD (coord). Hospitalización a domicilio. España: Hoechst Marion Roussel; 1998, en “La Hospitalización Domiciliaria: Antecedentes, Situación Actual y Perspectivas”. R. Minardi Mittre, M. Morales, A. Llopis, J. CothaFilho, E. Ramón Real, J.A. Dias Ricós. Revista Panamericana de Salud Pública 10(1). 2001.
- Bases de Licitación Evaluación Ex post Programa de Hospitalización Domiciliaria.

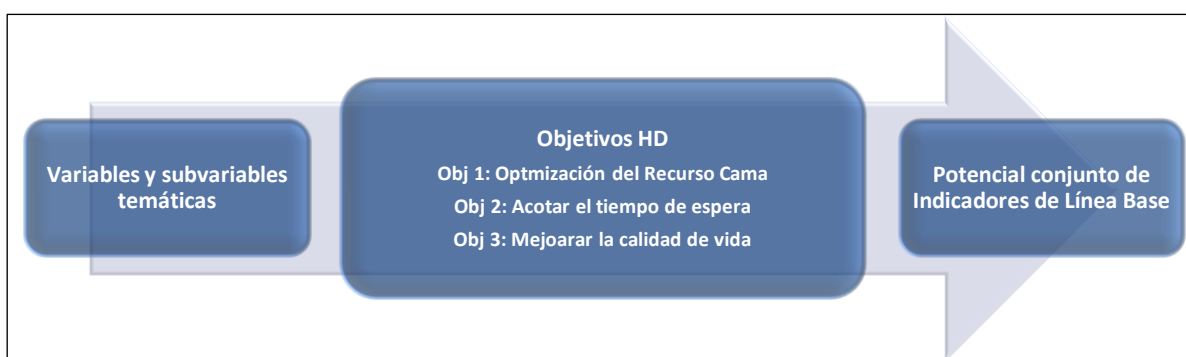
2.4.2.3 Diseño de estructura

La conceptualización de la Línea Base facilitará el evaluar y definir los tipos de indicadores requeridos, para el seguimiento y evaluación de cada uno los temas y subtemas establecidos. De allí su importancia, en esta etapa del proceso, debido a que permite enfocar esfuerzos en la consecución y diseño de información que responda a la estrategia de Hospitalización Domiciliaria.

Como se mencionara se hará uso de los antecedentes técnicos disponibles en el capítulo II de las Bases de licitación referidas a su capítulo 7 “Dimensiones a Evaluar.

Dentro de la propuesta de mejora de la metodología de evaluación ex post, se destaca la importancia de relacionar las variables temáticas con los objetivos de la estrategia de hospitalización en domicilio, mediante la siguiente relación de proceso.

Figura 2: Relación Variables Temáticas con los Objetivos de la Estrategia de HD



Fuente: GONGESA, elaboración propia.

El resultado de su ajuste, mediante la selección de variables factibles y pertinentes, exclusivas a la estrategia de Hospitalización Domiciliaria, resultaron ser las siguientes:

Tabla 5: Dimensiones y Variables Seleccionadas a Evaluar

Tipos de Evaluación	Dimensión	Variable	Subvariables	Relación con los Objetivos de HD	Factibilidad de Información
Corto Plazo (implementación del programa)	Costos	Costos del Programa	Servicios Clínicos	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Pero a nivel de total camas
			Servicios no Clínicos	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Equipamiento	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Otros		
	Plazos	Plazos del Programa	Programa	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Depende de la data disponible
			Ajuste a los plazos originales	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sin información
Mediano Plazo (operación del programa)	Magnitud	Cupos	Camas en Hospitalización en Domicilio (HD)	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Si
	Calidad	Calidad del Programa	Acceso y oportunidad de atención	Obj. N°3: Calidad de Vida	Sí
			Satisfacción del Usuario	Obj. N°3: Calidad de Vida	Sí
			Terapia	Obj. N°3: Calidad de Vida	Sí
			Otros		
	Modelo Gestión	Gestión Hospitales con y sin Programa	Población Beneficiaria Asignada (total y por establecimiento)	Obj. N°2: Acotar tiempo de Espera	Sí
			Dotación de Recursos Humanos	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Tasa de Egreso	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Promedio de Estada por Servicio Clínico	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Consultas de Especialidad	Sin relación	
			Consultas de Urgencia	Sin relación	
			Egresos Hospitalarios por Servicio	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Prescripciones y Recetas Médicas	Sin relación	
			Laboratorio e Imaginología	Sin relación	
			Compras al Extrasistema	Sin relación	
			Coberturas	Obj. N°2: Acotar tiempo de Espera	Sí
			Coberturas Efectivas	Obj. N°2: Acotar tiempo de Espera	Sí
			Referencia y Contrarreferencia	Obj. N°2: Acotar tiempo de Espera	Sí
			Número de Atenciones	Obj. N°2: Acotar tiempo de Espera	Sí
			Otros		
	Económicos	Costos operación y mantenimiento del programa	Servicios generales y de apoyo del programa	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Productos de farmacia y materiales quirúrgicos	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Dotación hospitalaria del programa	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Mantenimiento de equipos del programa	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Otros		
		Costos de Administración	Remuneraciones por estamento	Obj. N°1: Optimizar Recurso Cama	Sí
			Otros		
		Ingresos	Partidas Presupuestarias (PPV y PPI)	Sin relación	
			Otros		

Fuente: GONGESA, elaboración propia.

En conclusión, la validación de estas variables según áreas temáticas y su relación con los objetivos de la estrategia de HD, nos permitirá aproximarnos de mejor forma a la estructura de la Línea Base.

2.4.2.4 Selección de indicadores - documentación (fichas técnicas)

Como se mencionó en este paso se establece el conjunto de indicadores definitivos, para la línea base y la documentación de los mismos, conforme a una estructura de fichas técnicas previamente diseñadas y posteriormente se formulan lineamientos sobre la construcción y organización de las bases de datos que alimentaran los indicadores.

Los elementos que conforman el metadato se describen a continuación, según ficha técnica adaptada para el presente estudio:

Tabla 6: Ficha Técnica Propuesta

Nombre Indicador	Es expresión específica y precisa que identifica el indicador
Sigla	Abreviación que representa al indicador
Objetivo	Es el este campo se debe definir el propósito que se persigue con su medición, es decir, la naturaleza y finalidad del Indicador
Método de Medición	Conceptualización de cada uno de los términos utilizados para la construcción del Indicador y la explicación de la operación a realizar para su cuantificación
Unidad de Medida	Unidad con que se representa de mejor forma el Indicador; puede ser en Porcentajes, Días, Pesos, Horas Hombre, etc.
Fórmula	Relación matemática que explica la manera del cómo se obtendrá el valor del indicador
Variables	Determinación y breve descripción de cada de las variables asociadas a la fórmula de medición
Fuentes de Datos	Origen de la información esta podrá ser una entidad, sistema, bases de datos, páginas web, otros
Responsable	Referente a cargo de la recolección y análisis de la información, esta podrá ser en muchas casos compartida
Observaciones	Apunte de recomendaciones y notas útiles para su análisis

3 Establecimientos Seleccionados

Se han considerado los siguientes hospitales de la Región Metropolitana:

Tabla 7: Listado de Hospital a evaluar mediante Evaluación Ex post en HD

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

La siguiente es una breve caracterización de cada uno de los establecimientos:

3.1 Complejo Asistencial Sótero Del Río (CASR)

3.1.1 Antecedentes Generales

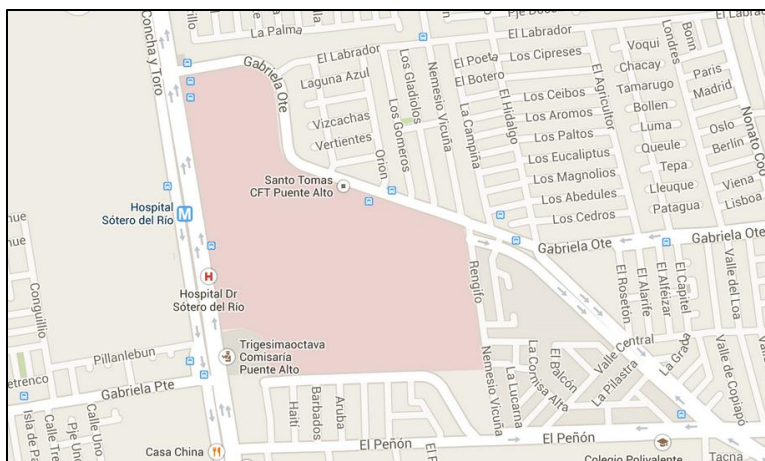
Hospital Base del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Tiene como área de influencia el sector suroriente de la capital, abarcando las comunas de Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Granja, La Pintana, San José de Maipo y Pirque; dos de estas comunas, Puente Alto y La Florida, se cuentan entre las más populosas del país.

La superficie comprometida alcanza a 5.596,3 km², gran parte de la cual es calificada como rural, ya que la comuna de San José de Maipo representa más del 88% de dicha superficie.

De acuerdo a la proyección censal del INE la población de todas las comunas del área de influencia alcanzaría a 1.609.551 habitantes, siendo un 67,4% beneficiario del Fondo Nacional de Salud.

Data del año 1938 y fue pensado como sanatorio para más tarde convertirse en un centro para el tratamiento de pacientes tuberculosos. Está emplazado en la comuna de Puente Alto en Avenida Concha y Toro N° 3459, cuyo acceso a público es facilitado por implementación de la obra corredor del Transantiago terminado en los últimos años y la Metro Estación Hospital Sótero del Río.

Figura 3: Mapa de ubicación Complejo Asistencial Sótero Del Río



Datos del mapa: www.google.cl/maps/preview

El Hospital está catalogado como Establecimiento de Mayor Complejidad de acuerdo al Departamento de Estadísticas en Salud DEIS. Para la **atención cerrada**, el complejo cuenta con una dotación de 778 camas, distribuidas en el complejo que incluye también el Hospital de Niños Josefina Martínez.

El índice ocupacional en el año 2013 fue de 92,2%, muy superior al promedio nacional de 78,5% sólo considerando establecimientos catalogados como de mayor complejidad según el DEIS. Estas camas se distribuyen en tres centros de responsabilidad²:

- **Subdirección de la Mujer** con 200 camas, distribuidas en ginecología, obstetricia, neonatología y pensionado. Los servicios médico-quirúrgicos se enfocan precisamente a las especialidades citadas. Adicionalmente, está disponible la derivación a estos servicios a través de la unidad de emergencia.
- **Subdirección del Niño** con 121 camas, distribuidas en pediatría, cirugía infantil, unidad de paciente crítico (Intensivo e Intermedio) y pensionado. Adicionalmente la hospitalización para pacientes oncológicos está disponible.
- **Subdirección del Adulto** con 458 camas, distribuidas en área médica, área quirúrgica, unidad de paciente crítico (intermedio e intensivo), unidad coronaria, y psiquiatría (corta y larga estadía). Las especialidades médico-quirúrgicas son de alta complejidad, pudiendo mencionar cirugía general, neurocirugía, traumatología, urología, oftalmología, otorrinolaringología, cardiología y cardiocirugía, maxilofacial, entre otros.

Por otra parte, la **atención ambulatoria** cuenta con una oferta amplia de especialidades médicas, tales como: Cardiología, Infectología, Oncohematología, Endocrinología, Broncopulmonar, Fisiatría, Salud Mental, Oncología Médica, Neurología, Diabetes, Unidad Cuidados Paliativos, Nefrología, Fisiatría.

De igual modo, el complejo cuenta con una amplia oferta de especialidades quirúrgicas como:

- Dermatología y Enfermedades Transmisión Sexual
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Cirugía Digestiva
- Cirugía Coloproctológica
- Cirugía Vascular
- Cirugía Plástica
- Cirugía Oncológica
- Urología
- Traumatología
- Cirugía Tórax y
- Cirugía Menor

Adicionalmente, las especialidades no médicas también están presentes, pudiendo encontrar atención kinesiológica, fonoaudiología, psicología, nutrición, entre otras.

El complejo cuenta también con una amplia oferta de unidades de apoyo como la Unidad de Emergencia y las asociadas a procedimientos de especialidades, como por ejemplo:

- Laboratorio Clínico

² <http://www.hospitalsoterodelrio.cl/>

- Anatomía patológica
- Radiología general y compleja
- Mamografía
- Resonancia Magnética
- Tomografía computarizada
- Imagen por ultrasonido
- Hemodinamia y procedimientos cardiovasculares
- Procedimientos cardiológicos como test de esfuerzo y ECG
- Procedimientos neurológicos como electroencefalografía y electromiografía
- Procedimientos oftalmológicos
- Procedimientos para otorrinolaringología
- Procedimientos broncopulmonares
- Medicina nuclear

Por último, para el apoyo transversal de la atención ambulatoria, cerrada y procedimientos, el complejo tiene una central de esterilización, farmacia, unidad alimentación para pacientes y funcionarios y lavandería por mencionar algunos.

Finalmente, las principales estadísticas del año 2013³ para algunas de las prestaciones finales son las siguientes:

- Egresos Hospitalarios: **26.580**
- Intervenciones quirúrgicas mayores: **25.431**
- Consultas médicas de especialidad: **309.348**
- Consultas médicas de urgencia: **220.387**
- Partos: **6.781**

3.1.2 Condición sin programa.

En el establecimiento se observaba permanentemente la necesidad de disponer de camas de hospitalización para la gran cantidad de pacientes que ingresados tanto por urgencias como por prestaciones electivas demandaban camas de hospitalización.

Con ese escenario, se revisaron las prácticas que permitían hacer más eficiente la gestión de egresos de pacientes y la ambulatorización de parte de las prestaciones realizada, implementación de prácticas de cuidados progresivos de enfermería, uso del Hospital de San José de Maipo como descarga en campaña de invierno y hospitalización domiciliaria visto como una estrategia comunitaria, entre otras.

Así, como iniciativa la Hospitalización Domiciliaria opera en el establecimiento desde 2007 aunque se considera como unidad de registro y producción desde enero de 2008. Es probablemente la iniciativa que con más fuerza se ha desarrollado en este ámbito, siendo frecuentemente citado por otros establecimientos como referencia del trabajo que se desea hacer y es, también, el establecimiento que dentro de la muestra presenta la mayor cantidad de cupos de pacientes hospitalizados en domicilio.

Por los problemas operativos del terremoto de febrero de 2010 el programa tomó nuevos bríos puesto que la condición del establecimiento exigía implementar camas adicionales a las que por diferentes condiciones habían quedado transitoriamente fuera de operación.

³

DEIS

Esto constituía un nuevo “escenario sin proyecto” puesto que hacía más y útil la implementación de la estrategia, incluso con un mayor número de pacientes y presentando un mayor nivel de complejidad en los cuidados profesionales que requería en domicilio.

Se resume entonces la situación sin proyecto en el Hospital en dos momentos diferentes pero con objetivos comunes que tienen priorizada en primer lugar la apertura de camas de hospitalización (en el fondo hacer crecer el tamaño virtual de establecimiento), aprovechando el resto de las bondades que iniciativas como éstas tienen sobre los pacientes y que son también comunes al resto de los establecimientos: menor exposición a infecciones intrahospitalarias, integración familiar, costes operacionales, etc.

3.1.3 Implementación del Programa.

En el establecimiento está constituida la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, que a la fecha se encuentra instalada fuera del edificio principal del hospital, en bloques modulares aislados pero con un adecuado estándar, suficiente para tener condiciones aceptables para la atención de pacientes y su grupo socio familiar, no obstante, como muchas iniciativas, partió en dependencias reducidas, muy insuficientes y precarias.

Tras los resultados que entregó la primera experiencia con pacientes hospitalizados en el hogar en la campaña de invierno de 2007, la dirección del Servicio de Salud y la Dirección del Establecimiento, optaron por abrirse a la modalidad de pacientes hospitalizados en domicilio, como una alternativa a la creación de camas disponibles que presentaba algunas ventajas respecto de la novedosa iniciativa de utilizar el Hospital de San José de Maipo como descarga de pacientes que durante la campaña de invierno de cada año, podían ser acompañados a demás por un miembro de su familia.

Tanto los criterios de aceptación de pacientes como la organización propia del trabajo han cambiado en el tiempo. Originalmente se ingresaban pacientes preferentemente de edad avanzada y con una patología principal que pudiese ser cuidada en domicilio y, de esa forma, se liberaba una cama de hospitalización.

El equipo humano se componía de sólo 22 horas semanales, 2 enfermeras, un técnico paramédico y media jornada de kinesiólogo para la atención de 11 pacientes que eran visitados con la colaboración de un móvil del Hospital.

A poco andar, el programa buscó su fortalecimiento con apoyo de las comunas dentro del área de influencia del establecimiento que estaba dado por el territorio de referencia del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente. Este fortalecimiento buscaba apoyo desde la contratación de horas de trabajo funcionario hasta aporte de materiales, insumos, equipos e instrumental por parte de los municipios.

Los motivos principales para mantener la estrategia y en el tiempo continuar con su desarrollo son:

- Enfrentar el déficit de camas que enfrenta continuamente el Hospital
- Abrir la cartera de servicios a pacientes de mayor complejidad que están en condiciones de ser derivados a hospitalización domiciliaria
- Realizar un manejo más eficiente de los recursos financieros del establecimiento

Desde los 11 paciente inicialmente considerados para el programa de atención domiciliaria en 2008 se ha evolucionado hasta casi 75 al final del año 2013 y se programa para 2014 llegar a un total de 120 pacientes, con una cartera más amplia, considerando pacientes adultos, pediátricos y del programa de la mujer que cumplan requisitos de ingreso al programa.

3.1.4 Relación con el Ministerio de Salud

El terremoto que en 2010 afectó Santiago, dañó gravemente el Hospital haciendo perder un número importante de camas que poco a poco comenzaron a entrar en operación o bien fueron sustituidas y complementadas por la red.

Ante ese escenario y dada la experiencia del hospital, se decide hacer más intensiva la estrategia de hospitalización domiciliaria en coordinación con lineamientos y primeros aportes directos de financiamiento desde el nivel central, perdiendo importancia el aporte y el rol de los municipios de referencia toda vez que tomaba cuerpo un programa centralizado.

Sin embargo la destinación de recursos y coordinaciones no puede darse sólo en el ámbito de las voluntades sino además deben seguir ejes conductores que en lo central son similares y que, en la experiencia de cada hospital que lo implemente, significará la diferenciación pero manteniendo la coordinación.

Así las cosas, no es sino hasta 2013 que se inicia el financiamiento formal vía el Programa de Prestaciones Valoradas a pesar que a 2014 aún no están totalmente definidos los documentos orientadores, las normas técnicas ni los protocolos, no obstante es un trabajo en el que se ha avanzado mucho y en el que además el establecimiento participa.

3.2 Hospital Padre Hurtado

3.2.1 Antecedentes Generales

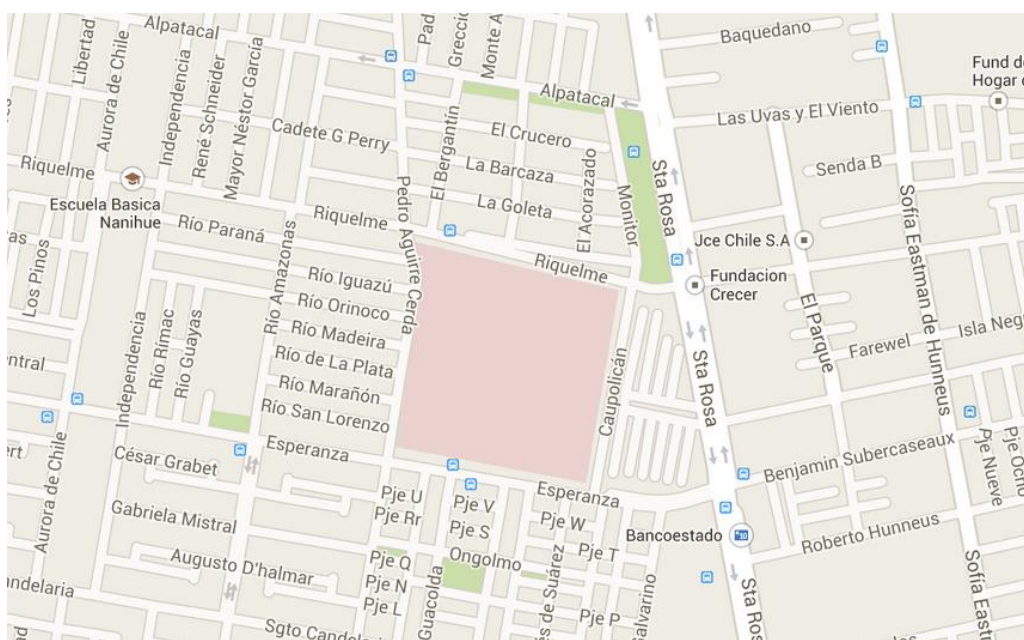
Establecimiento de salud de carácter experimental⁴ que forma parte de la Red Sur Oriente pero depende directamente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Deriva al Complejo Asistencial Sótero del Río en las especialidades que se han definido para la Red.

Su área de influencia comprende las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón, las que totalizan una población de 404.714 personas, siendo aproximadamente un 93% beneficiarios de FONASA⁵. La institución tiene como misión otorgar una atención de calidad a sus usuarios, a través de un modelo de gestión que permita responder adecuadamente a sus necesidades, con personal calificado y motivado.

El establecimiento, fue inaugurado el 9 de noviembre de 1998, está emplazado en la comuna de San Ramón en la calle Esperanza N° 2150, a la altura del Paradero 28 de Avenida Santa Rosa, en un terreno que hasta los años 70 era más bien rural, lo que cambio más tarde debido a las políticas gubernamentales para la utilización de los suelos, otorgándoles a los pobladores una serie de facilidades para hacerse de terrenos.

Debido al aumento de la población se pensó en un establecimiento que pudiese hacerse cargo de este fenómeno, surgiendo así el Hospital Padre Hurtado.

Figura 4: Mapa de ubicación Hospital Padre Hurtado⁶



Datos del mapa: www.google.cl/maps/preview

⁴ Establecimiento será un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto de los Servicios de Salud a que se refiere el decreto ley N°2.763, de 1979

⁵ Fondo Nacional de Salud (FONASA) Estadísticas Corporativas, Demografía

⁶ Map City

Gracias a las facultades legales que lo sustentan como establecimiento experimental, el Hospital Padre Hurtado está organizado en torno a una gerencia responsable de la administración, dotado con unidades de gestión clínica y de apoyo, en función del tipo de paciente:

- Unidad de la Mujer y el Recién Nacido
- Unidad del Niño
- Unidad del Adulto

Tienen una visión integral del paciente, independiente de si requiere atención de urgencia, ambulatoria o de hospitalización.

También existen las Unidades de Apoyo Clínico, como el Centro de Referencia en Salud que se encarga de la atención ambulatoria, Imaginología, Anatomía Patológica, Pabellón y Esterilización, Laboratorio y Banco de Sangre.

Al año 2013 el Hospital tiene una dotación de 376⁷ camas con un 86% de ocupación aproximadamente. Las camas están distribuidas⁸ en Adulto (192), Infantil (73) y Mujer (119), con una ocupación aproximada del 94%, 71% y 79% respectivamente.

Por otra parte, la **atención ambulatoria** corre cuenta por cuenta del Centro de Referencia en Salud, el que tiene una oferta amplia de especialidades, por el lado de las pediátricas se puede mencionar las siguientes: Pediatría, Cirugía, Urología, Broncopulmonar, Neurología, Psiquiatría, Otorrinolaringología, Ortopedia, Gastroenterología, Infectología, Oftalmología, Nutrición, Cardiología y Genética. En el caso de las especialidades de adultos se puede mencionar: Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna, Cardiología, Nefrología, Neurología, Broncopulmonar, Gastroenterología, Salud Mental, Cirugía, Urología, Otorrinolaringología, Traumatología, Oftalmología, Endocrinología y Reumatología.

El complejo cuenta también con una amplia oferta de unidades de apoyo como la unidad de emergencia, y las asociadas a procedimientos de especialidades, como por ejemplo:

⁷ Departamento de Estadísticas en Salud DEIS. Ministerio de Salud
⁸ Sitio web Hospital Padre Hurtado

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| ○ Laboratorio Clínico | ○ Procedimientos Cardiológicos |
| ○ Anatomía Patológica | ○ Procedimientos Otorrinolaringología |
| ○ Radiología General y Compleja | ○ Procedimientos Gastroenterología |
| ○ Mamografía | ○ Procedimientos Ginecológicos y |
| ○ Tomografía Computarizada | Obstétricos |
| ○ Imagen por Ultrasonido | ○ Procedimientos Traumatológicos. |
| ○ | |

El Hospital dispone de seis pabellones centrales y tres ambulatorios, además de cuatro en el Servicio de Urgencia de Obstetricia y Ginecología. Las principales estadísticas del año 2013⁹ para algunas de las prestaciones finales son las siguientes:

- Egresos Hospitalarios: **21.493**
- Intervenciones quirúrgicas mayores: **11.121**
- Consultas médicas de especialidad: **140.598**
- Consultas médicas de urgencia: **161.407**
- Partos: **5.329**

Por último, para el apoyo transversal de la atención ambulatoria, cerrada y procedimientos, el Hospital Padre Hurtado cuenta con una central de esterilización, farmacia, unidad alimentación para pacientes y funcionarios y lavandería por mencionar algunos.

3.2.2 Análisis de la información sin programa

Se observaba en el establecimiento la necesidad de gestionar de mejor forma los cuidados que se brindaban a pacientes hospitalizados vinculados a medicina interna puesto que, dentro de la Unidad de Gestión Clínica del Adulto, eran los que permitirían aumentar el número de cupos de hospitalización.

En vista de los resultados que se observaban en el Hospital Sótero del Río y las iniciativas que se observaban tanto en el Ministerio de Salud como en otros establecimientos de la red, se optó por iniciar el diseño de un programa para implementarlo en el establecimiento.

Se pensó antes que todo en pacientes demandantes de cuidados de Medicina Interna con la posibilidad de evaluar de pacientes quirúrgicos que requiriesen de tratamientos antibióticos, uso de insulina, curaciones, alimentación enteral otros.

Se esperaba derivar a pacientes a domicilio con el fin de acortar el período de hospitalización y entregar valor agregado en su proceso de recuperación.

3.2.3 Implementación del Programa.

Desde el inicio del programa se definió un número relativamente pequeño de cupos en la población de pacientes adultos hospitalizados en el establecimiento. El total de 10 cupos de referencia se han mantenido desde 2010 hasta la actualidad, teniendo la posibilidad de ser evaluado todos los años y, en cada ocasión, optando por mantener la dimensión y orientaciones de la estrategia.

Se señaló durante la entrevista que si bien los objetivos de liberar camas de hospitalización siempre son importantes, en realidad priman los criterios de reinserción familiar, el estrés psicológico que se puede

⁹ DEIS

evitar al sacar al paciente del ambiente hospitalario y la prevención de infecciones intrahospitalarias a las que se ve expuesto un paciente hospitalizado.

El paciente objetivo de la iniciativa fue cambiando lentamente en el tiempo pero es recién a partir de 2014 que se incorporarán cambios significativos porque, entre otros, se integrará la atención de pacientes adultas pero del programa de la mujer o con patología principal derivada de ginecología y/u obstetricia.

El equipo se constituyó con 1 Enfermera, 1 asistente Social, 2 Técnicos Paramédicos y una jornada de 44 horas semanales de médico pero sólo compartida lo que no significa visitas permanentes al paciente sino en general para el alta y evaluaciones intermedias dependiendo del caso.

No se cuenta con profesional kinesiólogo ni atención de terapia respiratoria en forma habitual por falta de equipamiento. El equipo de trabajo programa visitas a los domicilios de lunes a domingo, de 8:00 a 20:00 horas.

Ahora bien, previo a la implementación de este dispositivo no existe una línea base clara que permita comparar el resultado de la intervención con una situación “sin programa”.

Es complicado depurar la línea base, porque tanto los días de estada como la evolución de la condición de salud de los pacientes se ve modificada no sólo por estrategias como la hospitalización domiciliaria, sino además por modificaciones en las técnicas, tratamientos, cambios en el perfil epidemiológico de la población, etc.

Por otro lado, el criterio de incorporación de pacientes al programa no es totalmente estricto, ya que en forma eventual también se ingresan pacientes de larga estadía incluso para manejo de alimentación parenteral de larga estadía o la gestión de heridas UPP.

Hasta ahora, en el caso de pacientes con tratamiento antibiótico sólo se puede pensar en llevar a domicilio sólo las indicaciones de administración de una vez al día, ya que no existe posibilidad de hacer más de una visita diaria a domicilio, por ello los pacientes con indicación de administración de dos oportunidades diarias prácticamente no se integran al programa y con tres o más, definitivamente quedan en sala.

La idea se concibió desde la propia Dirección del establecimiento y la jefatura de la Unidad de Gestión Clínica del Adulto (UGCA) con recursos limitados y poca experiencia. Incluso quien entonces tenía la jefatura de la UGCA participaba de las visitas a domicilio.

A partir de final de 2012 e inicio de 2013 se comienza a considerar dentro del grupo objetivo a los pacientes provenientes de la Unidad de Urgencia del Hospital que hasta entonces no eran considerados por ser una experiencia naciente, con complejidad asociada que no hacía pensar necesariamente en paciente provenientes de consultas de urgencia, con un equipo humano que adquiriría experiencia con la práctica y porque existían holguras en los cupos del programa, porque no siempre se encontraban pacientes que cumplieran los requisitos de entrada a la iniciativa.

3.2.4 Otros antecedentes entregados

Dentro de los elementos que forman parte de la evaluación cualitativa previa del programa en el hospital, en la reunión se señaló que a pesar de aplicarse a barrios con altas tasas de riesgo social y denuncias de delitos de todo orden, no se puede señalar que existan barrios prohibidos o cerrados.

Existe tolerancia o respeto por los trabajadores que integran el programa y la labor que realizan.

Las condiciones de domicilio son evaluadas por una asistente social, en general todos los hogares cumplen las condiciones mínimo necesarias para la hospitalización o bien presentan condiciones adversas de sencilla corrección o mitigación.

Desde el punto de vista de la gestión del paciente hospitalizado, no se han observado reingresos de pacientes a sala con una tasas superior a lo que sucedería con pacientes hospitalizados en el establecimiento.

No se observa una condición de deterioro en la condición de salud de los pacientes producto de la estrategia de hospitalización domiciliaria.

El programa podría crecer en cobertura, patologías y cantidad de cupos pero eso iría de la mano con el crecimiento también de personal y equipamiento para administración de tratamiento y recuperación, en condiciones de salud de pacientes con diagnóstico de AVE, infarto al miocardio, postrados, etc.

3.2.5 Relación con el Ministerio de Salud

Hasta la fecha el programa funciona en forma autónoma, si bien coordinado por las directrices generales del MINSAL en materia de gestión del paciente hospitalizado, sin un compromiso de financiamiento dirigido centralmente.

Hospital base del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, el cual a su vez tiene como área de influencia el sector Oriente de la capital, abarcando las comunas de La Reina, Las Condes, Lo Barnechea, Macul, Ñuñoa, Peñalolén y Providencia. La superficie comprometida alcanza a 1.244,9 km², a pesar de lo cual gran parte de ella es rural, ya que la comuna de Lo Barnechea representa más del 82% de dicha superficie.

El Hospital del Salvador fue fundado el 7 de diciembre de 1871 y su construcción fue consecuencia de la preocupación del Estado por la excesiva mortalidad infantil y las epidemias de viruela y cólera que afectaban periódicamente al país. Se encuentra emplazado en los terrenos de un antiguo solar del Convento de la Merced, y en su construcción destaca la cúpula de una capilla. La fachada principal del Hospital, la capilla, edificios, pasillos y el parque interior fueron declarados Monumento Nacional en 1985.

El Hospital está catalogado como Establecimiento de Mayor Complejidad de acuerdo al Departamento de Estadísticas en Salud DEIS.

Informe Final

Para la **atención cerrada**, el complejo cuenta con una dotación de 404 camas aproximadamente. El índice ocupacional promedio en el año 2013 fue de 96%, muy superior al promedio nacional de 78,5% sólo considerando establecimientos catalogados como de mayor complejidad según el DEIS.

Cuenta con hospitalización para paciente crítico, 38 cupos en total, divididos en 14 cupos para intensivo y 24 para intermedio medicina y cirugía.

Para la actividad quirúrgica, el Hospital cuenta con un total de 17 pabellones, 5 de ellos para intervenciones oftalmológicas.

A través de los años se ha convertido en centro de referencia para diversos trasplantes, como de hígado, riñón, cornea y médula, totalizando 105 intervenciones¹² para el año 2012. Por otra parte, la **atención ambulatoria** cuenta con una oferta amplia de especialidades, tales como:

¹² Cuenta pública año 2012.

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| • Cirugía | • Reumatología, Hematología |
| • Cardiología | • Trasplantes |
| • Diabetes y Nutrición | • Otorrinolaringología |
| • Endocrinología | • Oftalmología |
| • Gastroenterología | • Urología |
| • Hematología | • Traumatología |
| • Infectología | • Psiquiatría |
| • Nefrología | • Neurología |
| • Oncología Médica | • Trauma Ocular |

Adicionalmente, las especialidades no médicas también están presentes, pudiendo encontrar atención kinesiológica, fonoaudiología, psicología, nutrición, entre otras.

El complejo cuenta también con una amplia oferta de unidades de apoyo como la Unidad de Emergencia, y las asociadas a procedimientos de especialidades, como por ejemplo:

- Laboratorio Clínico
- Anatomía patológica
- Radiología general y compleja
- Mamografía
- Imagen por ultrasonido
- Tomografía computada
- Hemodiálisis
- Unidad del dolor y cuidados paliativos
- Procedimientos cardiológicos como test de esfuerzo y ECG
- Procedimientos neurológicos como electroencefalografía y electromiografía
- Procedimientos oftalmológicos
- Procedimientos para otorrinolaringología
- Procedimientos broncopulmonares

Las principales estadísticas del año 2013¹³ para algunas de las prestaciones finales son las siguientes:

- Egresos Hospitalarios: **19.098**
- Intervenciones quirúrgicas mayores: **15.936**
- Consultas médicas de especialidad: **233.039**
- Consultas médicas de urgencia: **71.637**

Por último, para el apoyo transversal de la atención ambulatoria, cerrada y procedimientos, el complejo tiene una central de esterilización, farmacia, unidad alimentación para pacientes y funcionarios y lavandería por mencionar algunos.

3.3.2 Condición sin programa

Como en muchos establecimientos en centros urbanos importantes, con buenas conexiones viales y con densidad poblacional significativa (todos factores facilitadores de la visita en domicilio), en el Hospital la idea de implementar un sistema de hospitalización en domicilio se maneja hace muchos años.

¹³

DEIS

Como referencia el equipo comenta que a lo menos desde 2009 se buscaba financiamiento y recursos para su implementación, no obstante el inicio de la experiencia es reciente, apenas en 2013.

Antes del inicio de la estrategia en el Hospital se observaban pacientes con larga estadía, con indicaciones de tratamiento endovenoso, diferentes grados de autovalencia, con complicaciones por infección hospitalaria que se estimaba se podían minimizar si el paciente estaba en domicilio; y con una permanente presión asistencial por ingreso de pacientes (el sector oriente es el que presenta el promedio de edad mayor de todo el país).

Por otro lado, las expectativas por la normalización del complejo hospitalario postergan la inversión necesaria para aumentar el número de camas y/o mejorar las condiciones de hospitalización de las camas que ya están habilitadas.

En vista de eso, y teniendo como referencia la experiencia, entre otros del Hospital Sótero del Río, se plantean como ejes de inicio de la experiencia:

- Aumento de la disponibilidad de camas en el establecimiento producto de la expansión a los domicilios.
- Disminución de la tasa de infecciones intrahospitalarias que afectan a pacientes mayores y de larga estadía.

3.3.3 Implementación del Programa

Se inicia de esta forma la experiencia en el primer semestre de 2013 con la presentación de los proyectos necesarios, la difusión dentro y fuera del establecimiento y, desde septiembre de 2013, se inicia la estrategia en domicilio con pacientes de las comunas de Ñuñoa, Providencia y Las Condes.

Hasta el momento el Hospital cuenta con 7 cupos para hospitalización domiciliaria, mismos que se podrían incrementar pero persisten problemas de movilización puesto que, a pesar de la buena conexión vial que existe dentro del Servicio de Salud, las distancias son en algunos casos significativas y las condiciones viales en algunos horarios están saturadas como para afectar el desempeño del equipo a cargo de las visitas.

3.4 Hospital de Niños Luis Calvo Mackenna (HLCM)

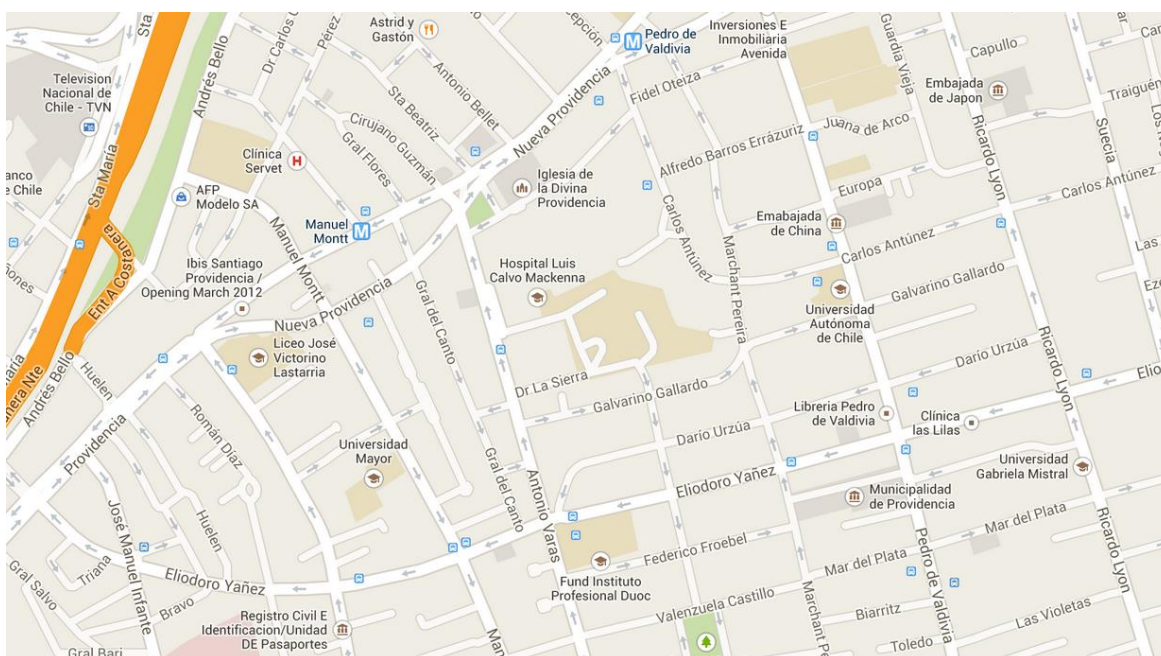
3.4.1 Antecedentes Generales

Fundado en 1942 aunque su gestación se originó varios años antes, cuando los doctores Luis Calvo Mackenna y Aníbal Ariztía, a partir de su sólida acción en la antigua Casa Nacional del Niño, consiguen el apoyo necesario para la construcción del Hospital.

Se convirtió el tercer hospital de la capital dedicado a los niños, tras el hospital ubicado en calle Matucana que posteriormente se convertiría en el Hospital Roberto del Río, y el Hospital de Niños Manuel Arriarán (hoy parte del Complejo Borja-Arriarán), luego se sumaría a la red infantil el Hospital Exequiel González Cortés.

Hoy el Hospital está emplazado en plena comuna de Providencia y se ha convertido en centro de referencia nacional para el diagnóstico y tratamiento de patologías infantiles, siendo actualmente un centro asistencial de alta complejidad.

Figura 6: Mapa de ubicación Hospital Luis Calvo Mackenna¹⁴



Datos del mapa: www.google.cl/maps/preview

La actividad cerrada¹⁵ está orientada a la patología broncopulmonar aguda y crónica, patología renal aguda y crónica, alteraciones metabólicas y nutricionales, patología neurológica, patología psiquiátrica y psicológica, patología oncológica (leucemia, linfoma y otras).

Sus 238¹⁶ camas están organizadas en función de las especialidades pediátricas (lactancia, segunda infancia, agudos), a la salud mental (psiquiatría), cirugía y paciente crítico. El año 2013 el índice ocupacional promedio fue del 79%.

¹⁴ Map City

¹⁵ Sitio web Hospital Luis Calvo Mackenna

En cuanto a los servicios ambulatorios¹⁷, el hospital ofrece una amplia cartera de prestaciones de especialidad para estudios broncopulmonares, tales como:

- Estudio vía respiratoria con fibrobroncoscopio rígido y flexible,
- Estudio de función pulmonar (Espirometría, test provocación ejercicios, etc.)
- Punción pleural
- Instalación de drenaje pleural
- Tratamientos relacionados con nefrología (Hemodiálisis y Peritoneodiálisis)
- Tratamientos y estudios relacionados Gastroenterología:
- Estudio de ph-metría esofágica de 24 horas
- Endoscopia digestiva alta
- Estudios Genéticos
- Estudios Neurológicos
- Estudios relacionados con Nutrición (Calorimetría indirecta)

En cuanto a los servicios quirúrgicos el Hospital ofrece una amplia cartera de prestaciones quirúrgicas de especialidad tales como:

- Cirugía cardiovascular con y sin circulación extracorpórea (CEC)
- Cirugía cráneo-facial y de tejidos blandos
- Cirugía de fisurados y malformaciones cráneo-faciales
- Cirugía de malformación ano rectal
- Cirugía de polo caudal
- Cirugía del Oído Medio
- Cirugía Endoscópica con y sin toma de biopsias
- Cirugía general de urgencia
- Cirugía oncológica
- Cirugía pacientes quemados
- Cirugía recién nacido patológico
- Cirugía urológica compleja
- Cirugía por vía aérea
- Implante de marcapasos
- Trasplante hepático y renal
- Cirugía traumatológica:
- Cirugía de columna vertebral
- Cirugía de salvataje de extremidades en osteosarcoma
- Cirugía de mano y neurografías

El Hospital cuenta también con una amplia oferta de unidades de apoyo como la unidad de emergencia, y las asociadas a procedimientos de especialidades, como por ejemplo:

- Laboratorio Clínico
- Anatomía patológica
- Radiología general y compleja
- Imagen por ultrasonido

¹⁶

DEIS

¹⁷

Sitio web Hospital Luis Calvo Mackenna

- Tomografía computada
- Hemodinamia
- Hemodiálisis
- Medicina física y rehabilitación
- Procedimientos cardiológicos
- Procedimientos neurológicos
- Procedimientos oftalmológicos
- Procedimientos para otorrinolaringología
- Procedimientos broncopulmonares

Las principales estadísticas del año 2013¹⁸ para algunas de las prestaciones finales son las siguientes:

- Egresos Hospitalarios: **10.912**
- Intervenciones quirúrgicas mayores: **6.393**
- Consultas médicas de especialidad: **89.632**
- Consultas médicas de urgencia: **62.052**

Por último, para el apoyo transversal de la atención ambulatoria, cerrada y procedimientos, el complejo tiene una central de esterilización, farmacia, unidad alimentación para pacientes y funcionarios y lavandería por mencionar algunos.

3.4.2 Condición sin programa.

Se conoció más acerca de la situación específica del Hospital tras ser recibidos en una reunión con la asistencia de 5 de los profesionales que integraban un equipo multidisciplinario vinculado desde los ámbitos de gestión superior del establecimiento hasta unidades jerárquicas importantes dentro de hospital relacionados con el programa.

- Luz Angélica Skoknic, Subdirectora de Gestión Clínica
- María Alicia Santos, Subdirectora de Gestión del Cuidado
- Susana Aros Rojas, Jefa Unidad GRD
- Beta Cassis, Enfermera Coordinadora, Programa de Reinserción Familiar
- Paula Olivares, Asistente Social Programa de Reinserción Familiar

La iniciativa en el establecimiento se inicia en 2008 con la experiencia en una única paciente de larga estadía que requería entre otras indicaciones, cubrir la atención de nutrición parenteral.

Hasta ese momento, todos los pacientes de larga estadía cumplían su proceso de hospitalización dentro del establecimiento y, lo que en términos generales se podría considerar adecuado, para el equipo clínico representaba una serie de problemas sobre la salud integral de los pacientes.

En primer lugar los pacientes pediátricos de larga estadía sufren un impacto en su proceso de desarrollo, no sólo por las limitantes propias de su condición de salud, sino además porque las condiciones de desarrollo social, cognitivo y físico dentro de un ambiente hospitalario no son las más adecuadas.

Por otro lado, en un establecimiento de salud siempre se corre el riesgo de adquirir enfermedades derivadas de eventos de IIH, por lo que su integración al hogar permite mitigar este factor condicionante del estado de salud.

¹⁸

DEIS

Finalmente, y en forma independiente del pronóstico, el equipo clínico tenía la inquietud de que los pacientes pediátricos tuvieran la oportunidad de convivir con elementos normales de su etapa de desarrollo (colegio, eventos sociales, rutinas diarias del hogar, et.), todas las veces que fuera posible y por el tiempo que se pudiese en cada ocasión.

Hay que señalar que algunos tipos de pacientes, por su condición de salud, corren riesgo de fallecimiento dentro o fuera del establecimiento por lo que, en el caso de empeorar su condición de salud o incluso de fallecer, se buscaba mantener en él y su entorno familiar, el mayor tiempo posible de convivencia propia de su edad.

Se configuraba entonces un escenario con pacientes permanentemente dentro del hospital, sometidos a vectores de enfermedad propios de un establecimiento, grupos familiares que para poder mantener contacto permanecían largas jornadas como visitas y resultados de integración precario de los pacientes pediátricos a las condiciones necesarias y particulares de su etapa de formación y desarrollo de herramientas sociales.

A diferencia de lo que sucede en la mayor parte de las iniciativas de hospitalización domiciliaria, la experiencia del Hospital se concentra en la condición de integración y reinserción familiar del paciente, siendo el objetivo de gestionar las camas disponibles una de las metas pero no la más importante.

3.4.3 Implementación del Programa.

En 2011 se presenta como proyecto de gestión de demanda al Ministerio de Desarrollo Social con la característica de pacientes de larga estadía que podían ser egresados para su cuidado hospitalario en domicilio antes del término de las indicaciones de su tratamiento.

Se inició sin que necesariamente se haya tenido a todo el equipo plenamente capacitado e integrado, tanto para dar respuesta a todos los posibles requerimientos de los pacientes como para comunicarse eficaz y eficientemente con el resto de la organización hospitalaria que podría ver la iniciativa como una estrategia entusiasta pero que no era capaz de resolver los problemas de hospitalización pediátrica que frecuentemente se presentan en sala.

El primer paciente que se derivó al programa es del año 2011 y siguió creciendo en adelante. De esta forma y desde 2012 se atiende un promedio de 12 cupos con diferentes necesidades de cuidados y de indicación médica, compartiendo todos, por la condición de pacientes pediátricos, altos niveles de dependencia de cuidados y prácticas de confort, de forma independiente de las indicaciones terapéuticas asociadas.

Desde 2014 queda definido un total de 16 cupos que serán considerados al establecimiento dentro del pago por programa de prestaciones valoradas. A marzo operan 9 de los cupos autorizados.

Con un cambio intermedio de modalidad de financiamiento, la experiencia del establecimiento ha pasado de un máximo de 30 cupos con financiamiento parcial para recursos humanos y aportes directos del establecimiento para insumos, materiales y otros, a un programa financiado como prestaciones valoradas y un total de 16 cupos para 2014.

Una característica de la implementación del programa en este establecimiento es la permanencia del equipo involucrado desde la concepción de la iniciativa, no obstante, presenta una importante precariedad en el tipo de contratación ya que no se ha constituido un equipo de trabajo que específicamente cubra las necesidades de atención de los pacientes hospitalizados en domicilio, sino que toma parte del tiempo dedicado a actividades propias, con contratos por la modalidad de

honorarios a suma alzada y diferencias respecto de las pautas o estándares sugeridos por el Ministerio de Salud para el programa.

El programa mantiene dentro de sus objetivos la integración y reinserción familiar del paciente pediátrico, no tiene especialidades definidas sino que la condición general del paciente, con pronóstico de larga estadía y condición de salud de riesgo controlado suficiente como para poder mantener la condición de salud del paciente en su domicilio.

Por las características propias de paciente pediátrico, se hace necesaria la capacitación de su entorno familiar y grupo de cuidado para mantener además las condiciones de cuidados de confort y asistencia que requiere esta cohorte de pacientes en forma independiente de su enfermedad base.

En el caso específico de este establecimiento, las eventuales carencias que se observan en la composición del equipo asistencial necesario para el programa y en forma especial para este el paciente, se compensa en parte con la adecuada coordinación observada con la red de atención primaria correspondiente al territorio de domicilio de los pacientes, la acogida observada en las familias y la adherencia a las indicaciones señaladas por el equipo profesional y el compromiso de los integrantes de los equipos de visita hospitalario que, dentro de todas las actividades de atención requeridas, realizan además permanente capacitación, contacto y contención de la familia o el grupo cuidador de los pacientes.

La condición de egreso de los pacientes no es única. Por el estado de salud que afecta a algunos de ellos, se está consciente que en ocasiones un deterioro importante de su salud vinculada a la patología basal llevará a un reingreso al hospital (pudiendo ser derivado a domicilio nuevamente si vuelve a cumplir las condiciones de candidato al programa) e incluso el fallecimiento en casos de condición de salud más delicada y crítica.

Por ello y dentro de las observaciones planteadas de forma general por el equipo de atención, destaca la importancia que tiene la conformación de un equipo profesional de atención integral que considere apoyo psicológico, clínico, de trabajo social, insumos e implementos.

En el hospital se ha observado un cambio notable y común a muchos establecimientos, de apertura del resto de la comunidad profesional a la posibilidad de hospitalización en domicilio, sin que prime la complejidad de indicaciones derivadas de la patología base, sino la alternativa de reinsertar pacientes de larga estadía a su núcleo familiar con la posibilidad de hacerlo partícipe, además, de llevar un estilo de vida lo más normal posible dentro de la condición de salud que los afecta (contacto con otros niños “sanos”, asistencia a colegio, relación con la familia, etc.

3.5 Hospital San Juan de Dios

3.5.1 Antecedentes Generales

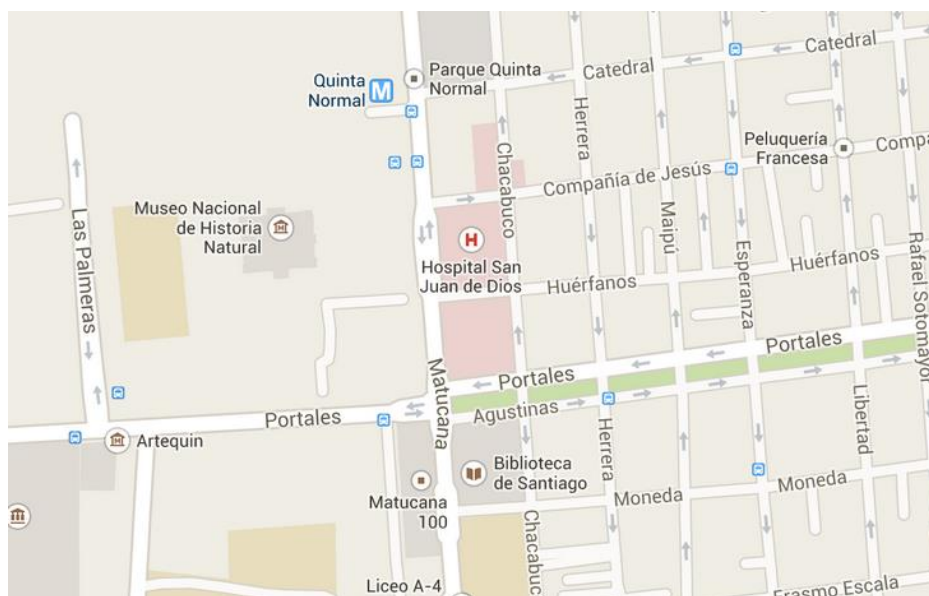
Hospital base del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Tiene como área de influencia el sector poniente de la capital, abarcando las comunas de Alhué, Cerro Navia, Curacaví, El Monte, Isla de Maipo, Lo Prado, María Pinto, Melipilla, Padre Hurtado, Peñaflo, Pudahuel, Quinta Normal, Renca, San Pedro y Talagante. La superficie cubierta alcanza a 5.356,6 km², gran parte de la cual es rural, como Melipilla, Alhué y Curacaví por nombrar algunas.

De acuerdo a la proyección Censal del INE la población de todas las comunas del área de influencia alcanzaría a 1.156.090¹⁹ habitantes, siendo un 85% aproximadamente beneficiario de FONASA.

Los orígenes del **Hospital San Juan de Dios**²⁰ se remontan a los tiempos de Pedro de Valdivia bajo el nombre de Hospital de Nuestra Señora del Socorro. Ubicado originalmente en la Alameda, al oriente de la iglesia San Francisco, adoptó su nombre actual por la orden hospitalaria de San Juan de Dios que estuvo a cargo de su administración desde 1617. La actual y característica torre abrió sus puertas a la comunidad el 1° de mayo de 1954. Posteriormente, en 202 se agregó el Centro Diagnóstico y Terapéutico (CDT), para albergar el centro de especialidades y unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico, una necesidad que se manifestó debido al crecimiento de la actividad hospitalaria.

Las actuales instalaciones se encuentran ubicadas frente a la Quinta Normal, rodeada de antiguos edificios y monumentos públicos. Tiene acceso directo al tren subterráneo gracias a la estación contigua y por la calle Matucana que corre contigua al complejo, circulan varias líneas de buses urbanos. A esta conectividad se suma la Estación Central de ferrocarriles y un terminal de buses.

Figura 7: Mapa de ubicación Hospital San Juan de Dios



Datos del mapa: www.google.cl/maps/preview

¹⁹ Fondo Nacional de Salud (FONASA) Estadísticas Corporativas, Demografía
²⁰ Sitio web Hospital San Juan de Dios

La atención ambulatoria para adultos e infantiles se brinda en CDT. Para la atención del adulto se pueden mencionar las siguientes especialidades²¹:

²¹ Sitio web Hospital San Juan de Dios

- Dermatología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Odontología
- Gastroenterología
- Medicina Física y Rehabilitación
- Neurología Adulto
- Medicina Interna
- Diálisis
- Quimioterapia
- Cardiología
- Endocrinología
- Urología
- Cirugía Vascular
- Cirugía Digestiva
- Ginecología
- Nefrología
- Infectología
- Bronco-pulmonar
- Hemato oncología

Por otra parte, para la atención infantil adulto se pueden mencionar las siguientes especialidades:

- Medicina Infantil Cardiología
- Bronco-pulmonar
- Endocrinología
- Pediatría
- Hemato oncología
- Cirugía
- Nefrología
- Genética
- Nutrición

Para la atención cerrada el Hospital cuenta con una dotación de 606 camas, las que en el año 2013 tuvieron una ocupación promedio de 87%. De que de acuerdo a la organización del Hospital²² pueden distribuirse en:

Paciente Crítico: • Unidad de Coronaria • Unidad de Cuidados Intensivos • Unidad Cuidados Intermedios Quirúrgicos • Unidad de Cuidados Intermedios	Médico-Quirúrgico: • Inmunodeprimidos • Medicina/Diabetes • Anestesia • Cirugía • Urología • Otorrinolaringología • Oftalmología
Pediatría: • Neonatología • Cirugía infantil • Pediatría	Atención de la Mujer: • Ginecología • Obstetricia • Patología Mamaria

Para el apoyo de la atención cerrada y ambulatoria, el Hospital cuenta también con una amplia oferta de unidades de apoyo como la unidad de emergencia, y las asociadas a procedimientos de especialidades, como por ejemplo:

- Laboratorio Clínico

²²

Sitio web Hospital San Juan de Dios

- Anatomía patológica
- Radiología general y compleja
- Imagen por ultrasonido
- Tomografía computada
- Hemodinamia
- Hemodiálisis
- Medicina física y rehabilitación
- Procedimientos cardiológicos
- Procedimientos neurológicos
- Procedimientos oftalmológicos
- Procedimientos para otorrinolaringología
- Procedimientos broncopulmonares

Las principales estadísticas del año 2013²³ para algunas de las prestaciones finales son las siguientes:

- Egresos Hospitalarios: **22.464**
- Intervenciones quirúrgicas mayores: **13.479**
- Consultas médicas de especialidad: **192.217**
- Consultas médicas de urgencia: **65.740**
- Partos: **3.857**

Por último, para el apoyo transversal de la atención ambulatoria, cerrada y procedimientos, el complejo tiene una central de esterilización, farmacia, unidad alimentación para pacientes y funcionarios y lavandería por mencionar algunos.

3.5.2 Condición sin Programa.

Antes de la puesta en marcha de la estrategia en el hospital se atendía a los pacientes de larga estada en las salas de hospitalización, expuestos a infecciones intrahospitalarias, innecesariamente alejados y desvinculados de su entorno familiar y con un coste de oportunidad alto por el uso de la cama en la atención de otro paciente.

En este sentido el escenario inicial tiene muchos puntos de coincidencia con el resto de establecimientos de alta complejidad que se están evaluado en la región metropolitana y también tuvo un punto crítico tras el terremoto de febrero de 2010 porque prácticamente salen de operación todas las camas del Hospital Félix Bulnes de la misma red asistencial, debiendo por un tiempo importante asumir la necesidad de camas que entonces se provocaba en la red hasta la implementación de áreas de hospitalización en el Hospital Metropolitano.

De esa situación y la experiencia observada con el equipo en el Hospital Sótero del Río surge la idea de implementar la Unidad en cuyo origen presentó pacientes que en su mayoría provenían directamente de la Unidad de Urgencia y cuya indicación de tratamiento de la patología principal podía ser estabilizada y resuelta por el equipo en domicilio, con un tutor responsable, pacientes adultos mayores.

²³

DEIS MINSAL

3.5.3 Implementación del Programa.

La experiencia en el hospital también es relativamente reciente y se remonta a octubre de 2010 cuando se inicia sólo con 6 cupos y al cierre de 2013 ya sumaba una treintena.

Desde esa época se tuvo como objetivo la gestión eficiente del recurso cama de hospitalización, el fomento del autocuidado, la descongestión de camas de larga estadía y la disminución de las infecciones intrahospitalarias a las que estaban expuestos de forma evitable los pacientes candidatos al programa.

En forma posterior desde el MINSAL se incorpora como objetivo adicional la disminución de los pacientes categorizados con D2 y D3 en las pautas de riesgo y dependencia.

3.6 El Hospital Barros Luco

3.6.1 Antecedentes Generales

Es el hospital base del Servicio de Salud Metropolitano Sur, el cual tiene como área de influencia el sector sur de la capital, abarcando las comunas de Pedro Aguirre Cerda, Buin, Calera de Tango, El Bosque, La Cisterna, Lo Espejo, Paine, San Bernardo, San Joaquín, San Miguel y una superficie de 1.180,7 km².

De acuerdo a la proyección Censal del INE, la población de todas las comunas del área de influencia alcanzaría a 1.051.290 habitantes²⁴, siendo cerca de un 88% beneficiario del Fondo Nacional de Salud.

La historia²⁵ del Hospital Barros Luco comienza en el año 1888, época de gran actividad política y cambios, cuando José Manuel Balmaceda era Presidente de Chile. Finalmente el Presidente Federico Errázuriz, impulsa el proyecto de su construcción, que se transforma en Ley el 15 de enero de 1901. La Junta de Beneficencia adquiere la Chacra el Mirador del Gallo, que comprendía lo que es hoy el Club Hípico de Santiago. Posteriormente, se consideró insuficiente el terreno para un Gran Hospital y la Junta lo vendió.

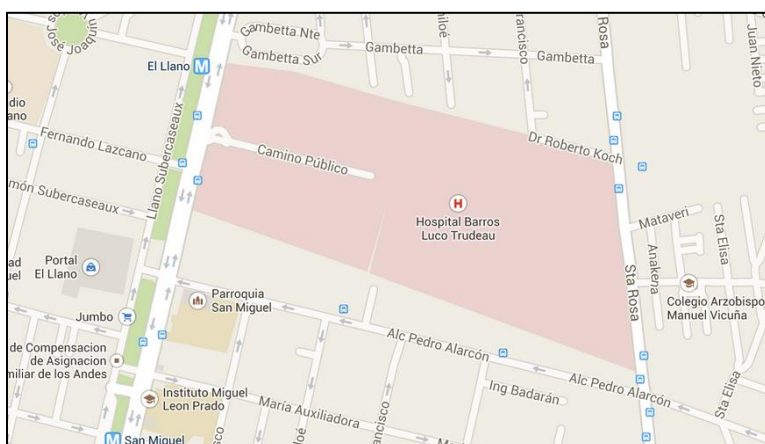
El proyecto quedó en espera hasta agosto de 1908, en que se recibe como donación de Doña Silvia Hurtado, una chacra conocida como La Cuadra, en el sector El Llano - Subercaseaux, en donde finalmente se decide construir el hospital bajo los planos del arquitecto alemán Frederick Ruppel.

La primera piedra fue colocada en septiembre 24 de 1911, en ceremonia encabezada por el Pdte. Ramón Barros Luco y bajo la bendición del Arzobispo de Santiago, Monseñor Juan Ignacio González Eyzaguirre.

Desde la inauguración del hospital se fueron edificando variados recintos como: Servicio de Maternidad (1925) que contaba con 30 camas, la Farmacia del Policlínico (1935), la Unidad de Urgencia (1936), el Hospital Trudeau para tuberculosos (1947), el Servicio de Kinesiología (1950), Banco de Sangre (1965), Policlínico Adosado de Especialidades (1966), Anatomía Patológica (1969) y Psiquiatría (1970) para, finalmente, agregar el Centro de Diagnóstico y Terapéutico (CDT), inaugurado en 2002 y reemplazó al PAE (Policlínico Adosado de Especialidades) trayendo tecnología y mayor espacio de atención al paciente.

²⁴ Fondo Nacional de Salud (FONASA) Estadísticas Corporativas, Demografía
²⁵ Sitio web Hospital Barros Luco

Figura 8: Mapa de ubicación Complejo Asistencial Barros Luco-Trudeau



Datos del mapa: www.google.cl/maps/preview

El CDT ofrece una serie de especialidades y procedimientos, entre las que se pueden nombrar las siguientes:

- Oncología
- Psiquiatría Infantil
- Diabetes – Hipertensión y Cardiovascular
- Reumatología
- Endocrinología
- Unidad de Alivio del dolor y cuidados paliativos
- Traumatología
- Neurología – Neurocirugía
- Hematología
- Psiquiatría Adulto
- Cardiología
- Gastroenterología
- Broncopulmonar
- Dermatología – UNACCESS
- Esclerosis Múltiple
- Infectología – Inmunología
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Urología – Nefrología
- Cirugía
- Centro de Enfermería Ambulatoria
- Unidad de Peritoneo de Diálisis
- Hemodiálisis
- Trasplante
- Unidad Hospital de Día (Psiquiatría):
- Centro de Especialidades Odontológicas
- Unidad de Patología Mamaria (UPM)
- Ginecología y Obstetricia – CARO

Para la atención cerrada cuenta con una dotación de 695 camas, cuyo índice ocupacional promedio en el año 2013 alcanzó más del 95%, un indicador muy alto. Estas camas están organizadas de la siguiente manera:

- Medicina Indiferenciada: 128 camas
- Cirugía Indiferenciada: 265
- Medicina Agudos: 23
- Cirugía Agudos: 22 camas
- Traumatología agudos: 6 camas
- Neonatología (cunas): 14 camas
- Obstetricia: 59 camas
- Psiquiatría Corta Estadía: 28 camas
- Unidad de emergencia: 12 camas
- Intensivo Neonatología: 12 camas
- Intensivo Adultos: 31 camas
- Intermedio Adultos: 43 camas
- Intermedio Neonatología: 24 camas
- Pensionado: 12 camas

Para el apoyo de la atención cerrada y ambulatoria, el Hospital cuenta también con una amplia oferta de unidades de apoyo como la unidad de emergencia, y las asociadas a procedimientos de especialidades, como por ejemplo:

- Laboratorio Clínico
- Anatomía patológica
- Radiología general y compleja
- Imagen por ultrasonido
- Tomografía computada
- Resonancia Magnética
- Hemodinamia
- Hemodiálisis
- Medicina física y rehabilitación
- Procedimientos cardiológicos
- Procedimientos neurológicos
- Procedimientos oftalmológicos
- Procedimientos para otorrinolaringología
- Procedimientos broncopulmonares
- Banco de sangre

Finalmente, las principales estadísticas del año 2013²⁶ para algunas de las prestaciones finales son las siguientes:

- Egresos Hospitalarios: **26.580**
- Intervenciones quirúrgicas mayores: **18.560**
- Consultas médicas de especialidad: **242.077**
- Consultas médicas de urgencia: **120.106**

- Partos: **4.728**

3.6.2 Condición sin Programa.

Se realiza la primera reunión con Directivos del hospital vinculados estrechamente al inicio, evolución y sostenimiento de la estrategia:

- Dr. Luis Leiva, Director del Hospital.
- Dr. Ernesto Perucca, Subdirector Médico Atención Cerrada
- E.U. Orietta Soto Troncoso, Encargada de Hospitalización Domiciliaria

Se repite la lógica de implementación del programa como una alternativa para poder implementar un mayor número de camas y la actual implementación surge como idea mixta entre las directrices que definía MINSAL en la materia y la inquietud propia del Hospital por mejorar la gestión de sus pacientes hospitalizados.

Convocó el interés y los esfuerzos desde la propia dirección del establecimiento, por lo que en lo que queda de la evaluación probablemente se le dé valor a este factor como factor crítico de éxito. Las personas que fueron convocadas a la estrategia desde un inicio aún siguen vinculadas a la misma.

Se optó por la estrategia como una vía complementaria a otros esfuerzos que se realizaban frente a relativa escases de camas de hospitalización que, a pesar del aumento de la complejidad propia de un establecimiento clínico docente, base de Servicio de Salud, seguía congelada.

3.6.3 Implementación del Programa.

La iniciativa formal documentada se remonta a finales de 2011 con la derivación del primer paciente a HD en septiembre de 2011 y, ya en 2012 y 2013, se puede hablar de un programa implementado y en régimen, con una cobertura que pasó a 4 pacientes y paulatinamente se acerca a la decena en el período 2013.

Los actuales planes de la Unidad apuntan como meta un total variable de entre 15 y 20 cupos, atendiendo incluso sábado y domingo con el pago de horas extraordinarias.

En el caso de este hospital la estrategia se concentra en la derivación a domicilio de pacientes que ingresan a la Unidad de Urgencias y que no tienen cupos de hospitalización dentro de las salas de los servicios clínicos.

Una fracción un poco menor pero igualmente significativa de pacientes provienen de las áreas de medicina, cirugía e incluso pacientes de traumatología cuyos cuidados y seguimiento se puede realizar con la iniciativa instalada en su domicilio.

En 2013 la Unidad de Hospitalización Domiciliaria cuenta con una enfermera, un médico con 22 horas semanales (pero con lagunas en el período de régimen porque no ha sido estable), un técnico paramédico a partir de 2012, kinesiólogo sólo de apoyo en campaña de invierno, sin secretaria y con movilización cubierta con compra de servicios a móviles particulares.

3.6.4 Relación con el Ministerio de Salud

Aproximadamente en 2012 se inicia una relación más formal del programa con el Ministerio de Salud para su financiamiento, seguimiento de pautas básicas, protocolos en los casos que exista y otros.

Nuevamente la relación formal con la línea de trabajo en Hospitalización Domiciliaria con MINSAL genera expectativas de mayores recursos que no siempre son posibles de obtener y, a pesar que hoy tienen personal con dedicación al trabajo de la Unidad, de todas formas queda la sensación de una mayor necesidad de horas de trabajo de enfermería, técnicos paramédicos, kinesiólogo, asistente social y apoyo de secretaría.

Los objetivos centrales siguen siendo los mismos desde el inicio y coinciden además en términos generales con los del resto de hospitales de la muestra, esto es: descongestionar camas, bajar los promedio días de estada y dar valor agregado a la recuperación del paciente, integrándolo a la familia y previniendo la exposición a infecciones intrahospitalarias.

El protocolo de ingreso está abierto a diferentes condiciones de salud que coinciden con necesidades de larga estadía, indicaciones y observaciones médicas que se pueden realizar en domicilio, existencia de una red de apoyo y tutor responsable.

Sin embargo, parte del back office tras esta estrategia muestra dispositivos e iniciativas que no logran apreciarse directamente en el trabajo con el paciente y es la ganancia que dentro de la organización hospitalaria genera la expectativa de poder gestionar la hospitalización de pacientes en forma responsable y adecuada en domicilio, abriendo así espacio para enfrentar los problemas de hospitalización en sala de nuevos pacientes que de otra forma tendrían una atención inadecuada e inoportuna.

Por otro lado, y esto se repite entre los establecimientos, la capacidad desarrollada de empatía y sintonía entre el equipo a cargo de las visitas y el grupo familiar que comparte el domicilio se constituye, junto al compromiso de la Dirección del establecimiento, en el principal factor de éxito del programa y de los resultados esperados en el manejo del paciente.

Se generan compromisos, educación y aprendizajes continuos en el entorno del paciente difíciles de cuantificar puesto que no son evaluados ex ante, pero llevan a resultados adecuados en el paciente y a esfuerzos fácilmente coordinables cuando, por la condición de salud del paciente, éste vuelve a ingresar al hospital por la misma patología u otra concomitante y es derivado a domicilio con una estrategia ya aprendida.

3.7 Hospital San Borja-Arriarán

3.7.1 Antecedentes Generales

Hospital base del Servicio de Salud Metropolitano Central, el cual tiene como área de influencia el sector centro poniente de la capital, abarcando las comunas de Santiago, Cerrillos, Estación Central y Maipú. La superficie cubierta alcanza a 190,5 km².

De acuerdo a la proyección Censal del INE la población de todas las comunas del área de influencia alcanzaría a 1.240.978 ²⁷ habitantes, siendo un 58% aproximadamente beneficiario de FONASA.

La historia ²⁸ del Hospital comienza con la fusión de dos grandes e históricos Hospitales como fueron el Hospital San Francisco de Borja y el Hospital Manuel Arriarán. El primero comenzó a funcionar el año 1772, en una gran casona emplazada en lo que hoy son las calles Alameda con Dieciocho. Dadas las necesidades sanitarias de la época se traslada en 1847 a Alameda entre Portugal y Av. Vicuña Mackenna. A mediados de los años 70, sus grandes terrenos son vendidos a privados y se inicia la construcción de un nuevo hospital en los terrenos del Hospital de Niños Manuel Arriarán que se había iniciado el año 1910, con una importante donación del filántropo Don Manuel Arriarán.

A inicios de 1976 el San Borja se traslada a un edificio inconcluso y es denominado, por las autoridades de la época como Hospital Paula Jaraquemada. El año 1990 pasa a llamarse Hospital Clínico San Borja Arriarán. El Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), se adosa al Hospital en el año 1998 para albergar las atenciones de especialidades policlínico de los pacientes.

El año 2002 que cambia nuevamente su nombre y se denomina Complejo de Salud San Borja Arriarán. El año 2011 retoma el nombre de Hospital Clínico San Borja Arriarán, con el fin de relevar la relación docente asistencial de este Centro de Salud.

Figura 9: Mapa de ubicación Hospital San Borja Arriarán²⁹



Datos del mapa: www.google.cl/maps/preview

²⁷ Fondo Nacional de Salud (FONASA) Estadísticas Corporativas, Demografía

²⁸ Sitio web Hospital San Borja

²⁹ Map City

El CDT ofrece una serie de especialidades y procedimientos, entre las que se pueden nombrar las siguientes: Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Oncología, Columna, Quemados Infantil, Pediatría, Neonatología, Cirugía Adultos e Infantil, Psiquiatría, Neuropsiquiatría, entre otras que ofrecen atención a la población infantil, maternal y adulta beneficiaria del sistema público de salud.

Para la atención cerrada cuenta con una dotación de 608 camas, cuyo índice ocupacional promedio en el año 2013 alcanzó casi 78%. Estas camas están organizadas de la siguiente manera:

- Medicina Indiferenciada: 122 camas
- Cirugía Indiferenciada: 84 camas
- Cirugía cardiovascular: 11 camas
- Cirugía infantil: 32 camas
- Pediatría indiferenciado: 85 camas
- Neonatología: 16 camas
- Obstetricia: 85 camas
- Ginecología: 35 camas
- Neuropsiquiatría infantil: 11 camas
- Psiquiatría corta estadía: 5 camas
- Unidad de emergencia: 12 camas
- Intensivo Neonatología: 10 camas
- Intensivo Adultos: 18 camas
- Intensivo Pediatría: 7 camas
- Intensivo Unidad Coronaria: 15 camas
- Intermedio Cirugía: 20 camas
- Intermedio Adultos: 43 camas
- Intermedio Pediatría: 10 camas
- Intermedio Neonatología: 17 camas
- Pensionado: 25 camas

Para el apoyo de la atención cerrada y ambulatoria, el Hospital cuenta también con una amplia oferta de unidades de apoyo como la unidad de emergencia, y las asociadas a procedimientos de especialidades, como por ejemplo:

- Laboratorio Clínico
- Anatomía patológica
- Radiología general y compleja
- Imagen por ultrasonido
- Tomografía computada
- Hemodinamia
- Hemodiálisis
- Medicina física y rehabilitación
- Procedimientos cardiológicos
- Procedimientos neurológicos
- Procedimientos oftalmológicos
- Procedimientos para otorrinolaringología
- Procedimientos broncopulmonares
- Banco de sangre

Finalmente, las principales estadísticas del año 2013³⁰ para algunas de las prestaciones finales son las siguientes:

- Intervenciones quirúrgicas mayores: **15.567**
- Consultas médicas de especialidad: **228.482**
- Consultas médicas de urgencia: **102.897**
- Partos: **5.413**

3.7.2 Condición sin programa.

En el establecimiento, al igual que en muchos otros, se habían detectado problemas de disponibilidad de camas para atención de pacientes y también problemas de seguridad clínica de pacientes que podían prevenirse con una menor exposición de los mismos a infecciones intrahospitalarias propias de los establecimientos, con un riesgo superior para los pacientes de larga estadía dentro del centro asistencial.

Previo a la experiencia se podían observar largas estadías, con índices ocupacionales cercanos al 90% con algunos casos de pacientes con tratamientos muy prolongados que ameritaban una reflexión respecto de la estrategia de hospitalización más adecuada.

Sin embargo y a pesar de la envergadura del establecimiento, no fue sino hasta 2012 que se inicia formalmente el intento por implementar la estrategia, con orientaciones desde MINSAL, visitas a otros centros asistenciales donde la estrategia estuviera funcionando, organizando internamente algunas dependencias operativas del establecimiento de forma más consistente con los resultados esperados, convocando voluntades y un equipo de trabajo.

3.7.3 Implementación del Programa.

En el Hospital la experiencia se desarrolla desde finales del año 2012 en adelante y en estos momentos se conduce desde el Departamento de Gestión de la Demanda que se constituye por:

- Admisión Cerrada de pacientes (excepto Pensionado)
- Agenda Médica
- Listas de Espera Quirúrgica
- Gestión de Camas en Red
- Hospitalización Domiciliaria

Desde su puesta en marcha y entrada en régimen en 2013 con un total estimado de 30 pacientes en promedio, se abrió la posibilidad de expandir la cantidad de camas efectivas del complejo enfocados en pacientes cuya patología principal se vinculaba a aplicación de tratamientos endovenosos y estancias prolongadas derivadas por ejemplo de infección de huesos, siempre que no tuvieran otra patología vinculada o bien con patologías secundarias que se pudiesen atender también en domicilio y que no afectaran el desarrollo del tratamiento por la patología principal.

Se espera entonces complementar con esta estrategia, el valor agregado que se le da al proceso de hospitalización de pacientes que obviamente busca aplicar un tratamiento a la condición de salud que afecta al paciente pero dentro de un marco de integración del paciente a la familia, la protección de

³⁰

ambientes de riesgo y la generación de estilos de vida adecuados en el entorno inmediato del paciente, entre otros.

En la actualidad cuenta con 2 técnicos paramédicos más 2 enfermeras, todos en jornada completa, más 22 horas médicas de atención clínica y 11 horas médicas dedicadas a la gestión de la Unidad.

Originalmente los candidatos al programa se representaban como un 40% proveniente de Medicina, un 40% de especialidades de cirugía y un 20% de pacientes de UPC pero que estaban utilizando camas críticas por una falta de coordinación de los egresos entre las diferentes unidades.

Ya en régimen la proporción de pacientes de cirugía ha aumentado hasta un 50% aproximadamente y los de otras unidades, incluyendo la UPC ha caído a cerca del 10%, ingresando en forma excepcional al programa a pacientes de otras áreas como Urología e Infectología.

Para el ingreso de los pacientes al programa se consideran algunas condiciones orientadoras:

- Pacientes con domicilio dentro del territorio del Servicio de Salud Metropolitano Central pero en el caso de la comuna de Maipú, evaluado puntualmente ya que los tiempos de traslado del equipo a la visita dificultan la atención de más pacientes en el día.
- Beneficiarios de FONASA y/o del PRAIS
- Condiciones socioeconómicas del domicilio evaluado por Asistente Social del Hospital y, por lo mismo, en casos excepcionales, se ha usado transitoriamente la figura de casa de acogida en parte de la estadía en hospitalización domiciliaria del paciente.
- Existencia de un Tutor capacitado
- Pacientes que en general presentan bajos niveles de riesgo – dependencia, patología aguda pero estable y en algunos casos, pacientes que se sabe no tienen pronóstico favorable podrían morir en domicilio.

La historia de intentos por llevar a domicilio la hospitalización no sería nueva en el Establecimiento, sin embargo no tuvo suficiente éxito y no logró perdurar por tanto, tras el inicio a final de 2012, se considera que recién en 2013 se puede hablar de una entrada en régimen de la actual estrategia, para lo que se tuvo como referencia la experiencia previa del Hospital Dr. Sótero del Río.

3.7.4 Relación con el Ministerio de Salud y otras vinculaciones institucionales

Al cierre de 2013 el programa sigue las orientaciones técnicas de la iniciativa desde el Ministerio de Salud, recibe financiamiento para su funcionamiento parcial pero de todas formas existen diferencias entre los recursos señalados por las orientaciones de MINSAL, los disponibles en el Establecimiento e incluso respecto de lo que el equipo mismo ve como una necesidad.

Así, si bien la conducción de iniciativas y estrategias desde MINSAL facilita parte del trabajo de implementación, también genera obligaciones y expectativas de logro en el equipo que no siempre son fáciles de materializar.

En específico el equipo siente que aún faltan labores de secretaría, la dedicación de asistente social, a lo menos media jornada de técnico paramédico y una enfermera más.

El reclutamiento médico es otro problema porque por los recursos disponibles para el ingreso de médicos a la estrategia, resulta casi imposible retenerlos y ello deriva en una alta rotación.

Por otro lado, se observa una adecuada coordinación e integración con el resto del establecimiento, servicios clínicos, agenda médica e incluso recursos humanos puesto que la implementación de turnos (7x12) se logra con el uso de horas extraordinarias del escaso personal con que se cuenta.

Dentro de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria queda la impresión que se tiene una adecuada relación con el MINSAL, con FONASA y con el resto del establecimiento, pero la posibilidad de recibir a pacientes más complejos y llevarlos a domicilio se complica cuando se observa una brecha de equipos y equipamiento para poder brindar la prestación (se capacitó personal el polisomnografía por ejemplo pero falta equipamiento).

Hoy, en el caso de pacientes más complejos, se acude a convenios complementarios de hospitalización domiciliaria con empresas privadas dedicadas al giro.

3.8 Resumen Caracterización Hospitales en Estudio.

A continuación, se incluye tabla con resumen 2013, con las principales estadísticas y características de los hospitales que pertenecen al estudio, de tal forma de tener una mirada transversal de los hospitales incluidos en la muestra, las principales estadísticas hospitalarias son las siguientes:

Tabla 8: Principales Indicadores Hospitalarios pertenecientes a la muestra en estudio.

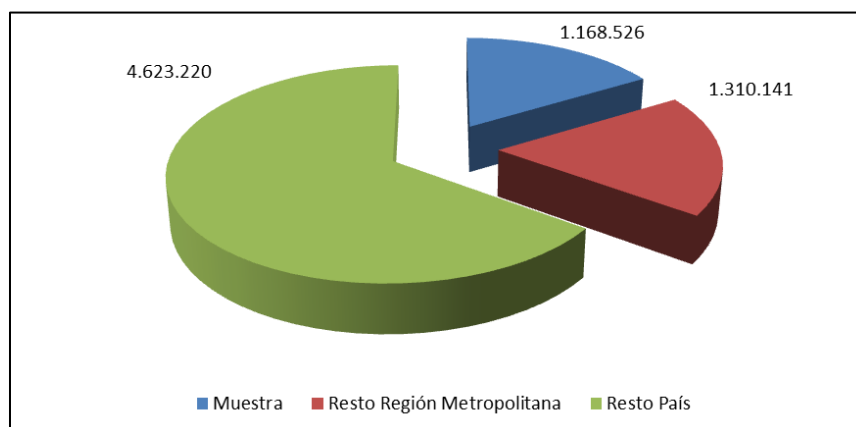
Indicadores Hospitalarios	Establecimientos						
	Luis Calvo Mackenna	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco Trudeau
Número de Camas	238	777	376	404	601	608	692
Días Cama Disponibles	68.900	297.053	135.282	146.722	200.755	213.270	253.934
Días Cama Ocupados	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
Numero de Egresos	10.912	46.779	21.493	19.098	22.464	26.789	26.580
Egresos 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 Días de Estada	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

Fuente Datos: DEIS / MINSAL.

La tabla muestra los principales indicadores hospitalarios que actualmente son registrados en las bases anuales de egresos, se utiliza el año 2013 como referencia para esta primera descripción general del volumen de atenciones ofertadas en el sistema de atención cerrada.

El análisis transversal para algunos de sus indicadores principales se observan en las siguientes graficas:

Figura 10: Días Cama Ocupados (DCO) en relación al Total País



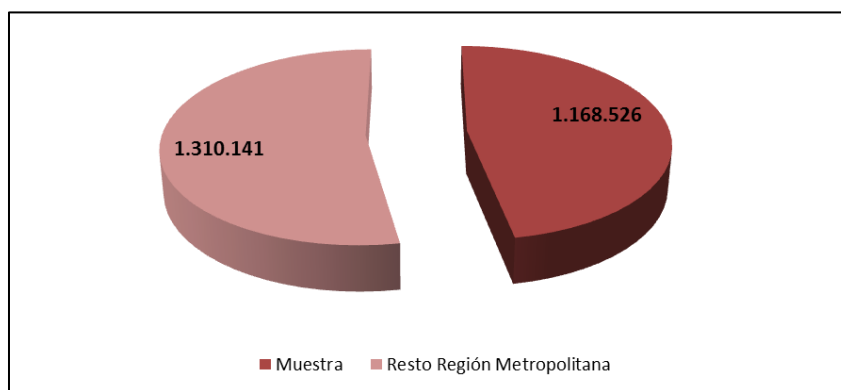
Fuente: CONGESA, elaboración propia.

De acuerdo a lo observado en la anterior gráfica, el total de días camas ocupados a nivel país es de 7.081.007 DCO al 2013, de los cuales la Región Metropolitana representa un 34% a nivel país equivalente a 2.413.717 DCO.

Respecto a los siete hospitales que pertenecen a la muestra en estudio de la región metropolitana se puede señalar, que estos en su conjunto suman un total de 1.168.526 de DCO, equivalentes a un 48,4%

de los DCO de la región metropolitana y a un 17% respecto al total país, siendo un adecuado subconjunto que representa la oferta de atención cerrada, según se muestra en la siguiente gráfica:

Figura 11: DCO de la Muestra en Relación al Resto de la Región



Fuente: CONGESA, elaboración propia.

En particular, la dotación de camas disponibles para cada establecimiento es diversa, concentradas en gran parte por los hospitales con mayor área de influencia, tales son los casos del Hospital Sótero del Río y Barros Luco, seguidos de los hospitales San Borja Arriaran y San Juan de Dios. Es importante señalar que el hospital Luis Calvo Mackenna deberá considerar un análisis en particular y separado del resto de establecimientos en la muestra debido, a que es un hospital solo para la atención de niños y de alta complejidad.

3.8.1 Estadística Hospitalaria de los Establecimientos Seleccionados, año 2013.

Independientemente de lo avanzado que este informe respecto a observaciones y estadísticas generales, es pertinente realizar la siguiente definición de indicadores hospitalarios para una mejor comprensión de los resultados que se espera concluir.

Definiciones específicas de indicadores hospitalarios.

- **Número de egresos diarios:** es la salida de un paciente de las unidades de hospitalización que ha ocupado una cama del hospital. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.
- **Número de días camas ocupadas:** es la permanencia de un paciente hospitalizado ocupando una cama de hospital, durante el período comprendido entre las 0 horas y las 24 horas del mismo día. El ingreso y egreso de un paciente en el mismo día debe ser considerado como día cama ocupado.
- **Promedio de días de estada:** Corresponde a la suma de los días que permanecieron hospitalizados los pacientes que egresaron del establecimiento durante un período determinado dividido por el número de egresos producidos en el mismo período.
- **Índice ocupacional:** es el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período, expresado en porcentaje.

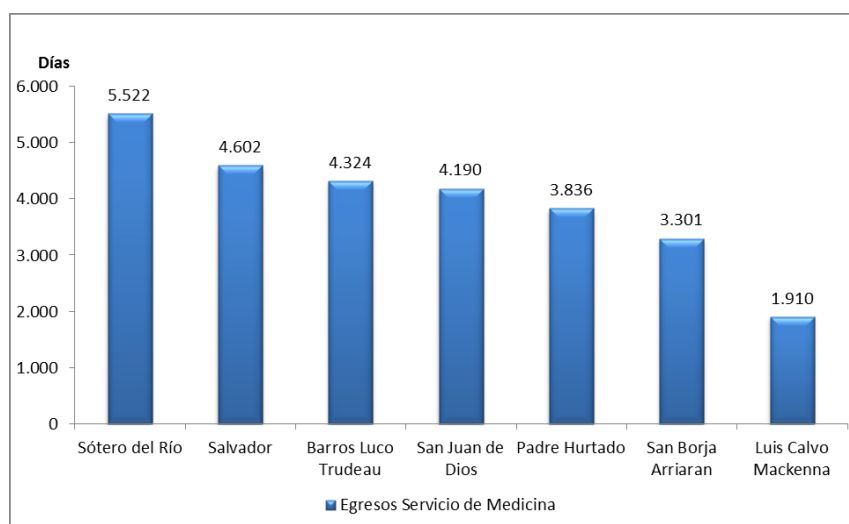
A continuación se presenta algunos de los resultados obtenidos para los servicios de Medicina y Cirugía producto que ambos servicios clínicos son los principales derivadores de pacientes al programa de hospitalización en domicilio, los indicadores principales a observar son los siguientes: Egresos, Índice

Ocupacional (IO) y Promedio de Días de Estada (PDE), permitiendo un mejor análisis de tipo transversal para los hospitales en estudio.

A) Egresos Servicios Clínicos

Servicio Clínico de Medicina: Como se aprecia en la siguiente gráfica los distintos Establecimientos Seleccionados se han ordenado de mayor a menos en cuanto a su cantidad de egresos registrados al año 2013, siendo el hospital Sótero del Río el que oferta una mayor cantidad equivalente al 20% del total de la muestra, seguido por el hospital del Salvador, Barros Luco y San Juan de Dios respectivamente.

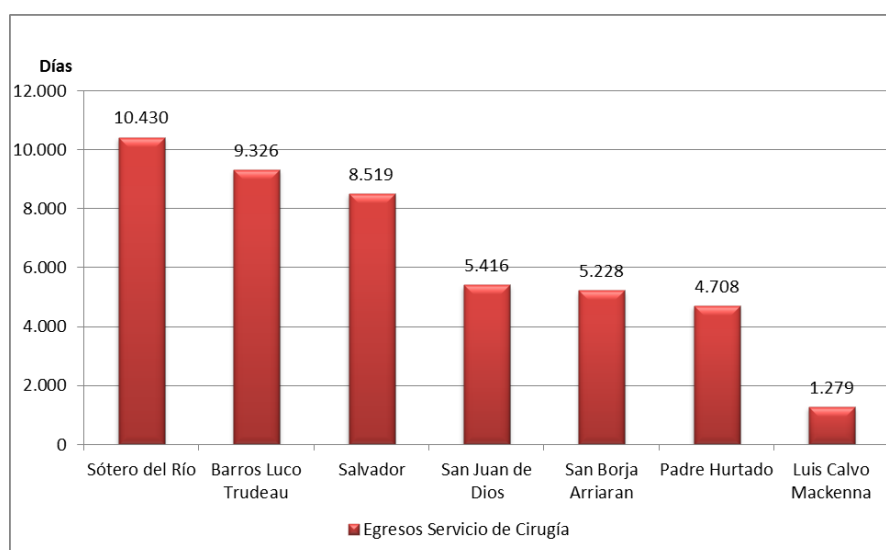
Figura 12: Total Egresos Servicio de Medicina año 2013



Fuente Datos: DEIS/MINSAL

Servicio Clínico de Cirugía: Para el Servicio de Cirugía, se observa que el hospital Sótero del Río sigue liderando la oferta en total de los establecimientos seleccionados, donde se observa un cambio en su participación, ya que en este caso el hospital Barros Luco supera al hospital del Salvador, en general entre estos tres establecimientos se concentra el 63% del total de egresos al año 2013, según la muestra de establecimientos en estudio.

Figura 13: Total Egresos Servicio de Cirugía año 2013

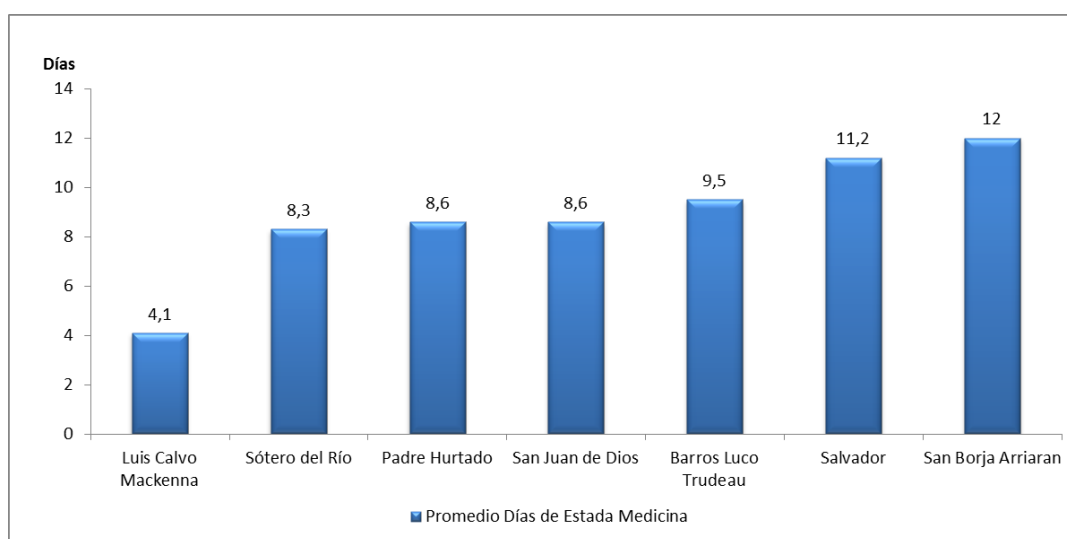


Fuente Datos: DEIS/MINSAL

B) Promedio Días de Estada (PDE)

Servicio Clínico de Medicina: De acuerdo a la gráfica ordenada de menor a mayor en cuanto al indicador PDE, se observa que el hospital San Borja Arriaran es el que presenta un promedio de días de estada mayor por egreso hospitalario, seguido del hospital Salvador y Barros Luco. Si bien es cierto, no basta con este indicador para emitir alguna conclusión de eficiencia y juicio al respecto ya que son diversos los factores y variables que están presente en el patrón de oferta del establecimiento, por lo menos podemos señalar que, el Hospital San Borja y el Salvador están por sobre un 30% de mayor permanencia promedio respecto a aquellos hospital que están en el mediana de la distribución, casos tales como los hospitales San Juan de Dios y Padre Hurtado. Habrá que profundizar si son hospitales con mayor presencia de campo académico, mayor diversidad de subespecialidades médicas y/o perfiles de pacientes muy variados, entre otras causas.

Figura 14: Promedio Días de Estada Servicio de Medicina año 2013

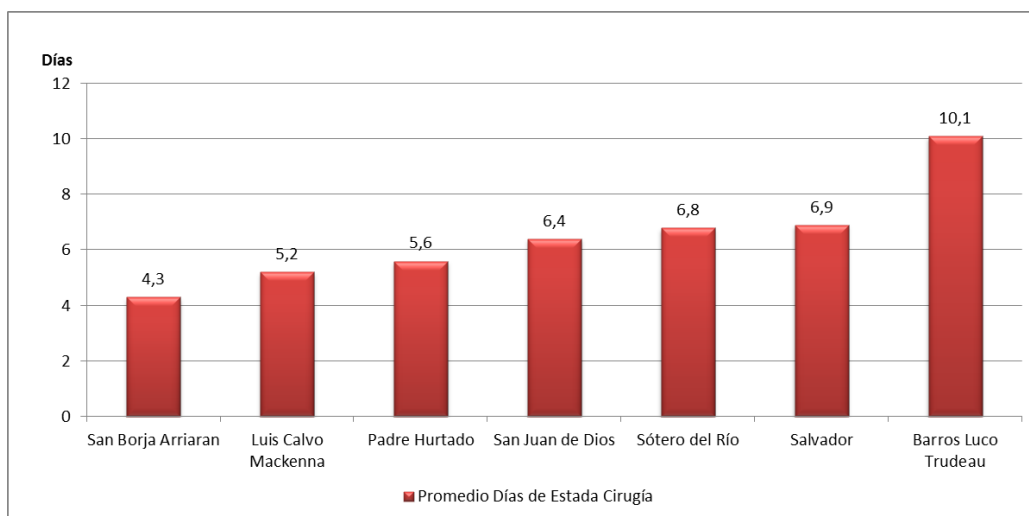


Fuente Datos: DEIS/MINSAL

Servicio Clínico de Cirugía: Respecto a los PDE en el servicio de cirugía se observa inmediatamente un cambio notable, ya que el hospital San Borja Arriaran pasa del último lugar que ocupaba en medicina al primer lugar para el servicio de cirugía, donde su PDE es de 4,3 días que equivale al 62% del promedio de días que tiene el hospital el Salvador, utilizando este establecimiento de comparación producto que conserva el mismo lugar observado en medicina. Por otro lado, el hospital Barros Luco pasa del quinto lugar en Medicina al primer último lugar en cirugía con PDE de 10,1.

En conclusión los hospitales que presentan un patrón estable entre los ambos servicios clínicos son los hospitales de; El Salvador, San Juan de Dios, Padre Hurtado y Luis Calvo Mackenna.

Figura 15: Promedio Días de Estada Servicio de Cirugía año 2013

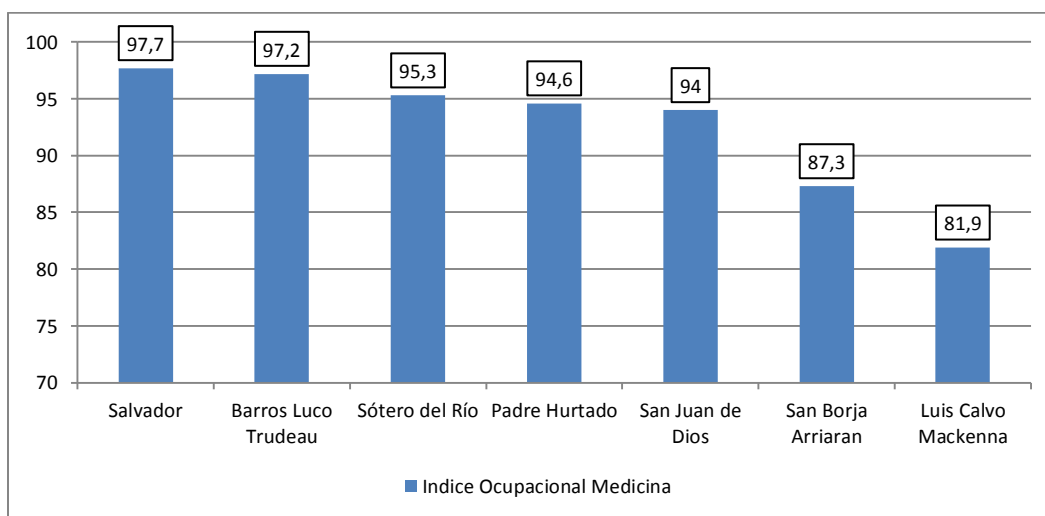


Fuente Datos: DEIS/MINSAL

C) Índice Ocupacional (I.O)

Servicio Clínico de Medicina: La Gráfica muestra a un hospital Salvador con un alto índice ocupacional próximo al máximo de producción con un 97,7%, muy relacionado con el alto promedio de días de estada señalado en las láminas anteriores, seguido del hospital Barros Luco con un 97,2% que de igual forma se relaciona con el 9,5 de promedio de días de estada, lo que si se podría concluir bajo un abanico de diversos supuestos que el 95,5 de Índice Ocupacional del hospital Sotero del Río se aproxima a la eficiencia deseada de su sistema productivo, producto que este servicio clínico a su vez presenta un bajo promedio de días de estada respecto al total de establecimientos en estudio.

Figura 16: Índice Ocupacional Servicio de Medicina año 2013



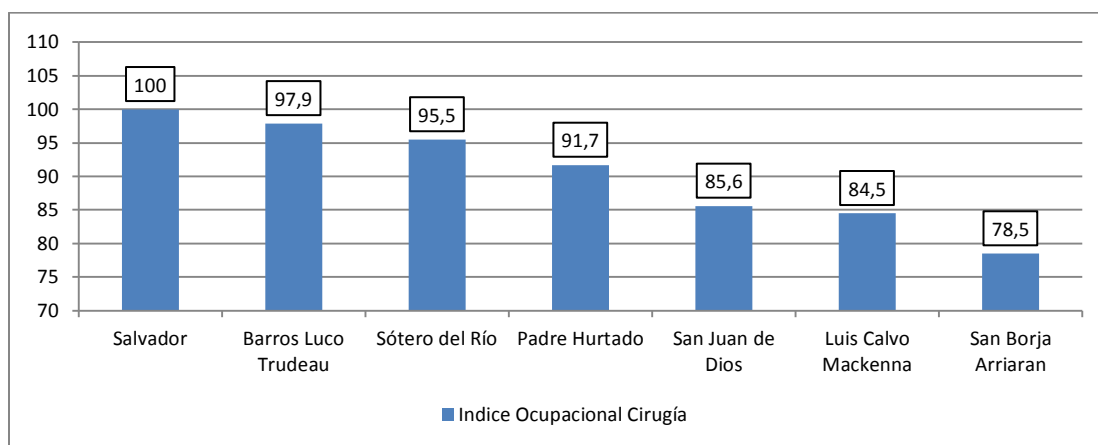
Fuente Datos: DEIS/MINSAL

Servicio Clínico de Cirugía: Si los datos levantados en el REM del año 2013 fuesen totalmente ciertos, lo que muestra la gráfica es que nuevamente el hospital Salvador tiene un alto índice ocupacional equivalente al máximo de producción de un 100%, recordando que el óptimo es de un 80% producto de

la necesidad de aseo, mantención y preparación de la cama entre un paciente y otro, a estos altos usos de la cama se le denomina generalmente como camas de tipo caliente.

Ahora bien, los hospitales del Salvador, Barros Luco, Sótero del Río y Padre Hurtado representan el grupo de hospitales con alto grado de uso de sus camas en el servicio de cirugía, siendo el Padre Hurtado y Sótero del Río los establecimientos que a su vez tienen un aceptable promedio de días de estada.

Figura 17: Índice Ocupacional Servicio de Cirugía Año 2013



Fuente Datos: DEIS/MINSAL

3.8.2 Resumen de la situación de los Establecimientos

El siguiente cuadro muestra un resumen de los principales problemas identificados en cada establecimiento y la relación con objetivos de Hospitalización Domiciliaria.

Tabla 9: Problemas identificados y la relación con objetivos de la HD

Hospital	Problemas Base Identificados	Relación con Objetivos de Hospitalización Domiciliaria - MINSAL
Luis Calvo Mackenna	- Integración familiar y social de los pacientes - Disponibilidad de camas de hospitalización	- Mejoramiento de la Calidad de Prestaciones - Optimización del recurso cama hospitalaria.
Dr. Sótero del Río	- Falta de camas de hospitalización - Integración de pacientes a la comunidad - Exposición a IIH	- Optimización del recurso cama hospitalaria. - Mejoramiento de la Calidad de Prestaciones
San Borja Arriarán	- Falta de camas de hospitalización - Exposición a IIH	- Optimización del recurso cama hospitalaria. - Mejoramiento de la Calidad de Prestaciones
Del Salvador	- Atochamiento Servicio Urgencias - Sobredemanda de camas institucionales - Estadías prolongadas	Optimización del recurso cama hospitalaria.
Barros Luco Trudeau	Falta de disponibilidad de camas	Optimización del recurso cama hospitalaria
San Juan de Dios	Falta de disponibilidad de camas y sobre hospitalización en urgencias	- Optimización del recurso cama hospitalaria. - Disminución de las Listas de Espera
Padre Alberto Hurtado	- Falta de camas de hospitalización. - Pacientes con necesidades clínicas que podían ser resueltas de forma alternativa	Optimización del recurso cama hospitalaria.

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

3.9 Estimación de los indicadores ex ante de la línea base sin programa.

De acuerdo a lo que señalan los distintos documentos sobre “Metodología de Evaluación Ex post”; el corto plazo, corresponde al primer tipo de resultados que debería generar un proyecto, al término de su etapa de ejecución (previo a la etapa de operación).

Dependiendo del tipo de proyecto, los posibles productos podrían ser obras de infraestructura, equipos, equipamiento, etc. Por lo anterior, los indicadores que midan los resultados serán propios de cada tipología de proyecto, ya que se relaciona con los indicadores de referencia de cada sector o tipología de iniciativa. Para el caso de proyectos, pueden ser: mt^2 construidos, km pavimentados u otros previstos como resultados en el proyecto recomendado.

Por otro lado, de acuerdo a la transcripción fiel del portal público del Ministerio de Desarrollo Social, se señala que la etapa de Evaluación Ex post de Corto Plazo se efectúa una vez finalizada la fase de ejecución de una iniciativa de inversión, analizando variables de costos, tiempo de ejecución y especificaciones técnicas (tamaño, producto, localización, etc.). En algunos casos se podrá estimar el cambio en la rentabilidad social de las iniciativas, atribuible sólo a la variación en los plazos reales, en los montos de la inversión y eventualmente en los costos de operación. Los indicadores que midan los resultados serán propios de cada proyecto, ya que se relaciona con los indicadores de referencia de cada sector o características de la iniciativa.

Es menester señalar que la presente evaluación Ex post de Hospitalización Domiciliaria, no obedece a los tipos de evaluación que tradicionalmente se han realizado en el Sector Salud, ya que, este tipo de iniciativa no se concentra en productos materiales tales como obras de infraestructura, equipos y equipamiento, menos aún la identificación y aplicación de su Línea Base, ya que como es sabido la estrategia de Hospitalización Domiciliaria no ha contado con la previa recomendación técnica favorable según el sistema nacional de inversiones (cada hospital ha experimentado alguna vez iniciativas parecidas levantadas en forma autónoma), lo que se ha transformado en un doble desafío en cuanto a la búsqueda de variables e indicadores en la situación Ex ante y Ex post.

Para cada establecimiento del área de estudio, según actividades de entrevistas y búsqueda de información, se pretende establecer la existencia de los elementos que permitan reconstruir la formulación del programa (estrategia) en su origen, específicamente para las variables temáticas de Costos, Plazos y Magnitud.

Como resultado del proceso de entrevista y búsqueda de información de distintas fuentes disponibles, se ha elaborado cuadro resumen que pretende objetivar el grado y calidad de información para cada uno de los establecimientos en estudio.

Tabla 10: Consolidado Disponibilidad de Información Hospital sin Estrategia

Hospital	Año Inicio	Fecha Hospital sin Programa	Disponibilidad Estadística (REM)	Plazo esperado de inicio	Costos esperados de Inicio	Años Vigente (a 2013)
L.C. Mackenna	2008	2007	Si	Sin inf.	Sin inf.	6
Sótero Del Río	2007	2006	Si	Sin inf.	Sin inf.	7
Padre Hurtado	2010	2009	Si	Sin inf.	Sin inf.	4
Salvador	2013	2012	Si	SI	Sin inf.	<1
San Juan de Dios	2010	2009	Si	Sin inf.	Sin inf.	4
San Borja A.	2013	2012	Si	Sin inf.	Sin inf.	1
Barros Luco – T.	2012	2011	Si	Sin inf.	Sin inf.	2

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

De acuerdo a los datos recogidos se concluye que el indicador magnitud, es la única variable que nos permitirá la construcción del indicador ex ante de la línea base sin programa, demostrando de esta forma que la implementación de la estrategia previo al año 2013, ha sido fruto de la necesidad imperiosa de resolver la falta de camas diarias para hospitalizar pacientes, salvo el caso puntual de los dos casos registrado en el inicio de la hospitalización en domicilio del hospital Luis Calvo Mackenna, que se concentra en la condición de integración y reinserción familiar del paciente, siendo el objetivo de gestionar las camas disponibles una de las metas, pero no la más importante.

Por otro lado, de acuerdo al cuadro resumen se observa que según la información recogida el hospital del Salvador es el único que dispone de información respecto al plazo planificado de implementación, cuya duración fue de 1 mes, más 1 mes adicional de puesta en marcha, lo que permite inferir, que para el caso particular del plazo necesario para la implementación, no representa en ningún caso una variable crítica para el éxito de la implementación de la estrategia, lo que si sucede, en algunos proyectos de Inversión en hospitales y CESFAM, donde la variable “plazo” es detalladamente estudiada en cuanto a su planificación previa a su materialización y posterior control de plazos durante su ejecución.

A continuación, se despliega el análisis del indicador “Producción” en las distintas subvariables que permiten obtener algunas conclusiones preliminares para la situación Sin Estrategia:

Tabla 11: Egresos Hospitalarios Sin Estrategia

Hospital	Año Previo de Implementación	N° Egresos Hospital	Egresos Pediatría	Egresos Medicina	Egresos Cirugía	Total Egresos Servicios Derivadores
L.C. Mackenna	2007	16.225	2.046			2.046
Sótero Del Río	2006	43.399		7.700	6.504	14.204
Padre Hurtado	2009	25.026		4.006	6.448	10.454
Salvador	2012	18.369		4.966	8.622	13.588
San Juan de Dios	2009	24.427		4.568	5.415	9.983
San Borja A.	2012	29.082		3.331	5.412	8.743
Barros Luco – T.	2011	28.377		4.570	10.965	15.535

Fuente Datos: DEIS/MINSAL.

Tabla 12: Días Camas Ocupados (DCO) Sin Estrategia

Hospital	Año Previo de Implementación	D.C.O.	D.C.O. Pediatría	D.C.O. Medicina	D.C.O. Cirugía
L.C. Mackenna	2007	61.921	14.400		
Sótero Del Río	2006	224.560		52.313	33.234
Padre Hurtado	2009	112.243		29.603	22.059
Salvador	2012	141.283		59.753	55.053
San Juan de Dios	2009	161.594		37.818	26.977
San Borja A.	2012	166.526		37.052	22.898
Barros Luco – T.	2011	240.126		42.719	89.765

Fuente Datos: DEIS/MINSAL.

Tabla 13: Promedio Días de Estada (PDE) Sin Estrategia

Hospital	Año Previo de Implementación	P.D.E.	P.D.E. Pediatría	P.D.E. Medicina	P.D.E. Cirugía
L.C. Mackenna	2007	3.70	7.15		
Sótero Del Río	2006	5.00		2.80	4.80
Padre Hurtado	2009	4.40		7.50	3.20
Salvador	2012	7.60		12.10	6.20
San Juan de Dios	2009	6.40		8.20	5.00
San Borja A.	2012	5.70		11.30	4.10
Barros Luco – T.	2011	8.20		9.20	8.10

Fuente Datos: DEIS/MINSAL.

Tabla 14: Índice Ocupacional (IO) Sin Estrategia

Hospital	Año Previo de Implementación	I.O.	I.O. Pediatría	I.O. Medicina	I.O. Cirugía
L.C. Mackenna	2007	82.70	88.30		
Sótero Del Río	2006	86.40		94.70	95.40
Padre Hurtado	2009	80.60		80.60	84.10
Salvador	2012	96.70		99.30	99.80
San Juan de Dios	2009	86.60		95.00	94.80
San Borja A.	2012	76.50		85.00	74.10
Barros Luco – T.	2011	96.10		98.30	97.80

Fuente Datos: DEIS/MINSAL.

4 Análisis de la implementación del programa de Hospitalización Domiciliaria

4.1 Definición de Cupos en Hospitalización Domiciliaria (HD)

Es el número de camas reales que el equipo de Hospitalización Domiciliaria puede atender en domicilio durante el día, sujeto principalmente a las restricciones de recurso humano y movilización, es el equivalente a la cama hospitalaria por lo cual se les puede aplicar el mismo procedimiento de censo diario y posterior estimación de indicadores relacionados.

Por ejemplo, el equipo de HD perteneciente al hospital del Salvador señala que pueden llegar a atender un máximo de 7 camas al día, algunos días ha variado esta cantidad, no por que no existan camas potenciales de ser atendidas en los diversos domicilios de su área de influencia, sino por limitantes en la capacidad de oferta, para este mismo caso, la unidad de HD del Salvador señala que tienen un PDE de 7 días, Índice Ocupacional del 100%, tiempo de traslado de 90 minutos en el día, tiempo máximo de visita de 45 minutos, y el perfil de pacientes por lo general es bajo riesgo y dependencia.

No se debe entender que cupo es disponibilidad inmediata para atención, sino más bien, es el equivalente al número máximo de camas en domicilio que el equipo humano con los recursos disponibles puede hacerse cargo en el día.

Por medio de las altas respectivas del programa se liberan cupos para los nuevos pacientes que son derivados desde el Servicio clínico de medicina, cirugía y desde la urgencia, por lo general, salvo en el caso del Hospital Luis calvo Mackenna en que los pacientes derivados al programa provienen desde los servicio de Segunda Infancia y Lactantes.

4.2 Oferta de Cupos y Aumento de Camas en la Red.

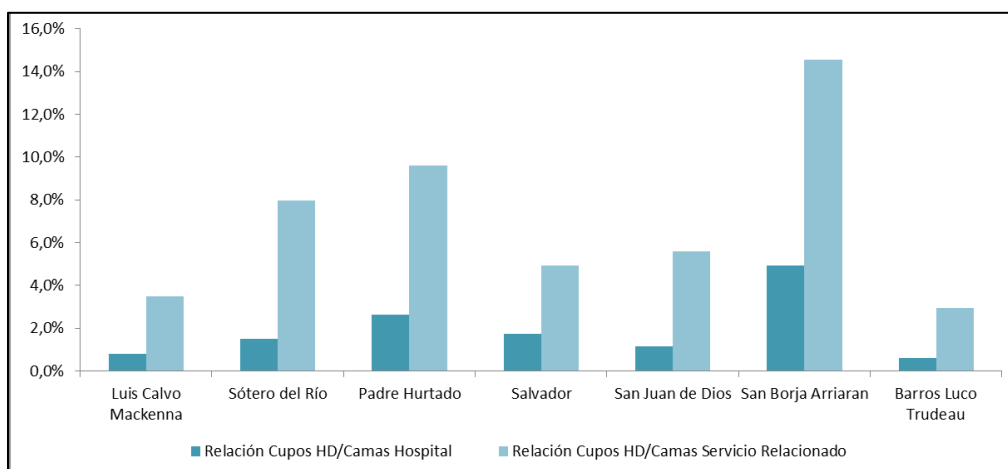
Tabla 15: Aumento de Camas producto de la Implementación de HD

Hospital	Fecha de Implementación	Cupos Iniciales	Camas Dotación Hospital	Origen más Representativo	Camas Dotación Servicio	Cupos / Camas Hospital	Cupos / Camas Servicio
L.C. Mackenna	2007	2	247	Lactantes y 2° Infancia	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	2012	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 %

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

De acuerdo a la fecha de implementación de la estrategia, se observa que tres de los siete hospitales tienen un periodo de operación menor a los 3 años, siendo el más reciente en su incorporación de HD el Hospital Salvador que solo opera desde el mes de Septiembre del 2013. Para el resto de establecimientos, es importante mencionar que no se ha estado exento de dificultades previo a su estado en régimen de operación, ya que si bien es cierto, algunos hospitales tienen data de implementación desde el 2007 y 2008, en el detalle de estas magnitudes se observa que tienen una participación muy dispar en comparación al total de cupos disponibles de hospitalización que tiene el hospital al agregar los cupos en domicilio, según se observa en la siguiente gráfica:

Figura 18: Relación Cupos HD / Cupos Hospital



Fuente: CONGESA, elaboración propia.

En el Anexo E, se presentan los resultados de la implementación del programa de Hospitalización Domiciliaria en el primer año de operación de la estrategia, en cuanto a los indicadores de oferta de camas hospitalarias.

5 Indicadores de Corto Plazo y Propuesta de Indicadores para el Mediano Plazo

Independientemente a la falta de información en la situación sin estrategia, a continuación se despliega cuadro resumen con los indicadores de corto plazo relacionados a la variable magnitud y la propuesta de indicadores del mediano plazo que son parte del siguiente informe, indicadores que recogen las distintas sugerencias realizadas por la contraparte técnica.

Tabla 16: Resumen Indicadores de Corto Plazo

Hospitales	Indicadores de Corto Plazo (Periodo de Implementación)			
	Glosa	Costos	Plazos	Cupos (magnitud)
Luis Calvo Mackenna	Planificado	S/información	S/información	2
	Ejecutado	S/información	S/información	2
	Indicador de Cumplimiento			100%
Sótero del Río	Planificado	S/información	S/información	S/información
	Ejecutado	S/información	S/información	11
	Indicador de Cumplimiento			
Padre Hurtado	Planificado	S/información	S/información	S/información
	Ejecutado	S/información	S/información	10
	Indicador de Cumplimiento			
Salvador	Planificado	S/información	S/información	7
	Ejecutado	S/información	S/información	7
	Indicador de Cumplimiento			100%
San Juan de Dios	Planificado	S/información	S/información	S/información
	Ejecutado	S/información	S/información	6
	Indicador de Cumplimiento			
San Borja Arriaran	Planificado	S/información	S/información	30
	Ejecutado	S/información	S/información	30
	Indicador de Cumplimiento			100%
Barros Luco Trudeau	Planificado	S/información	S/información	S/información
	Ejecutado	S/información	S/información	4
	Indicador de Cumplimiento			

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

De acuerdo a lo observado, es importante y necesario fortalecer las futuras implementaciones de programas de Hospitalización Domiciliaria bajo un formato establecido que permita la confección de los distintos indicadores que constituyen la Línea Base en el corto plazo.

La línea base podría ser utilizada para mejorar los niveles actuales de desempeño, ya que ofrece, la evidencia necesaria para que los encargados del proceso decisorio puedan; medir el comportamiento y el impacto de las políticas, programas y proyectos.

La propuesta metodológica que permita la construcción de la Línea Base, deberá desarrollar secuencialmente las siguientes fases:

- Conceptualización teórica de las etapas asociadas a la construcción de una Línea Base.
- Propuesta de etapas ajustadas de Línea Base para la evaluación ex post de la estrategia de HD.

Las futuras implementaciones del programa de HD se deberán trabajar desde el origen de las políticas, planes, programas y proyectos, cuyo objetivo principal consiste en orientar a los directivos y técnicos de la entidad sobre la importancia de la línea base de indicadores para el proceso de seguimiento y evaluación, así como definir su rol en el proceso. Una vez expuestos los argumentos, se deben concretar acuerdos con el fin de determinar el alcance de la línea base, las obligaciones de los actores responsables de su elaboración y los resultados esperados.

Una vez establecida la magnitud de las actividades, el alcance de la línea base y todos los aspectos concernientes a la planeación, el segundo paso conduce a una revisión del marco normativo y a la identificación de necesidades de información relacionadas con demandas externas y requerimientos para la toma de decisiones que permitan analizar la pertinencia de la construcción y estudio de los indicadores.

La tercera etapa consiste en estructurar la línea base conforme a las áreas temáticas que respondan al que hacer misional y a los documentos estratégicos de la entidad y normatividad. Este paso es fundamental ya que parte de una conceptualización que lleva a plantear objetivos y metas temáticamente bien definidas, que permitan abarcar los temas que se consideran de total relevancia.

Adicionalmente, la conceptualización de la línea base facilitará evaluar y definir los tipos de indicadores requeridos para hacer seguimiento y evaluación a cada uno los temas y subtemas establecidos. De allí la importancia de esta etapa del proceso, debido a que permite enfocar esfuerzos en la consecución y diseño de información que responda a cada uno de los sectores y no a información que no es significativa para la toma de decisiones en cada una de las áreas temáticas establecidas.

Tabla 17: Resumen Propuesta de Indicadores del Mediano Plazo

Indicadores de Mediano Plazo		
1	Dimensión	Modelo de Gestión
	Nombre	Cumplimiento IO Estándar
	Formula	IO ti / IO Estándar
2	Dimensión	Modelo de Gestión
	Nombre	Cumplimiento IO Estándar Medicina(M)
	Formula	IO Mti / IO Estándar M
3	Dimensión	Modelo de Gestión
	Nombre	Cumplimiento IO Estándar Cirugía(C)
	Formula	IO Cti / IO Estándar C
4	Dimensión	Modelo de Gestión
	Nombre	Cumplimiento PDE Estándar
	Formula	PDE Estándar / PDE ti
5	Dimensión	Modelo de Gestión
	Nombre	Cumplimiento PDE Estándar Medicina(M)
	Formula	PDE Estándar M / PDE Mti
6	Dimensión	Modelo de Gestión
	Nombre	Cumplimiento PDE Estándar Cirugía(C)
	Formula	PDE Estándar C / PDE Cti
7	Dimensión	Modelo de Gestión
	Nombre	Traspaso Días Camas Ocupados a HD
	Formula	DCO HD/(DCO HD + DCO H(M+C))
8	Dimensión	Modelo de Gestión
	Nombre	Relación Camas HD por Camas H en Medicina
	Formula	Camas HD/Camas H(M)
9	Dimensión	Económica
	Nombre	Relación Minutos Médico Disponible en HD por Cama en HD
	Formula	MMDD/ Camas HD
10	Dimensión	Económica
	Nombre	Relación Minutos Apoyo Clínico Disponible en HD por Cama en HD
	Formula	MACDD/ Camas HD
11	Dimensión	Económica
	Nombre	Diferencia Costo BI por DCO H respecto a Costo BI por DCO HD
	Formula	CBIH/DCOH - CBIHD/DCOHD

12	Dimensión	Económica
	Nombre	Diferencia Costo DCO H respecto al Costo DCO HD
	Formula	$CDCOH - CDCOHD$
13	Dimensión	Satisfacción Usuaría
	Nombre	Calidad de Atención
	Formula	$\text{Promedio}(f1, f2, f3, f4, f5, f6)$
14	Dimensión	Satisfacción Usuaría
	Nombre	Evaluación del Equipo
	Formula	$\text{Promedio}(p1, p2, p3, p4, p5, p6)$
15	Dimensión	Satisfacción Usuaría
	Nombre	Nivel de Integración Familiar
	Formula	$\text{Nivel de Satisfacción} / \text{Total de Casos} \times 100$

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

6 Validación de Variables e Indicadores de Mediano Plazo

La definición de variables e indicadores de mediano plazo, debe su origen en primer lugar a los antecedentes técnicos disponibles en el capítulo II de las Bases de licitación referidas a su capítulo 7 “Dimensiones a Evaluar”, seguido por la presentación de indicadores en el informe N°2 y su posterior proceso de validación en reuniones de trabajo y observaciones recibidas por la contraparte.

El resultado de su ajuste, mediante la selección de indicadores útiles y pertinentes, nos arroja las siguientes variables a medir en el mediano plazo:

Tabla 18: Dimensiones y Variables a Evaluar en el Mediano Plazo

Tipos de Evaluación	Dimensión	Variable	Subvariables	Factibilidad de Información
Mediano Plazo (Operación del Programa)	Usuario	Satisfacción Usuaria	Integración Familiar	Si
			Servicio de Hospitalización	Si
			Equipo de Profesionales	Si
			Recomendación del Servicio	Si
	Modelo de Gestión	Gestión Hospitalaria	N° de atenciones	Si
			Índice Ocupacional	Si
			Promedio de estada por servicio clínico Medicina	Si
			Promedio de estada por servicio clínico Cirugía	Si
			Días Camas Ocupados por Servicio Clínico	Si
			Días Camas Ocupados Estrategia de Hospitalización en Domicilio	Si
			Tiempo de Espera	S / I
	Económico	Costos operación y mantenimiento del programa	Dotación hospitalaria del programa	Parcial
			Productos de Bienes y Servicios (farmacia, materiales quirúrgicos, Otros)	Si
			Costos Día Cama	Parcial

6.1 Indicadores

6.1.1 Generación y Selección de Indicadores.

Al inicio del estudio se han propuesto cuatro dimensiones bajo las cuales se generaron los distintos Indicadores finalmente seleccionados, los que por su variada relevancia y complejidad en cuanto a su disponibilidad de información fue posible agruparlos de acuerdo a la siguiente clasificación:

- A. Dimensión desde el Modelo de Gestión
- B. Dimensión Económica
- C. Dimensión de Satisfacción Usuario

Para cada una de estas dimensiones se estableció el siguiente conjunto de Indicadores, que están relacionados con el modelo conceptual presentado en la metodología del estudio y los objetivos declarados de la estrategia de HD:

A. Dimensión Modelo de Gestión

Finalizado el proceso de generación de indicadores relacionados con las variables anteriormente descritas, fue posible seleccionar un total de 8 indicadores, cuyos nombres son los siguientes:

- Indicador N°1: Cumplimiento IO Estándar
- Indicador N°2: Cumplimiento IO Estándar Medicina(M)
- Indicador N°3: Cumplimiento IO Estándar Cirugía(C)
- Indicador N°4: Cumplimiento PDE Estándar
- Indicador N°5: Cumplimiento PDE Estándar Medicina(M)
- Indicador N°6: Cumplimiento PDE Estándar Cirugía(C)
- Indicador N°7: Traspaso Días Camas Ocupados a HD
- Indicador N°8: Relación Camas HD por Camas H en Medicina

B. Dimensión Económica

Para la determinación de los principales recursos y costos, que permitan aproximarnos a la medición y comparación de las magnitudes entre recursos hospitalarios y domiciliarios, se seleccionaron los indicadores N°9 al N°12, sometiéndose al posterior trabajo en terreno en cuanto al grado de información disponible para el análisis del grado de cumplimiento o viabilidad técnica.

Los Indicadores relacionados a la dimensión económica son los siguientes:

- Indicador N° 9: Relación Minutos Médico Disponible en HD por Cama en HD
- Indicador N° 10: Relación Minutos Apoyo Clínico Disponible en HD por Cama en HD
- Indicador N° 11: Diferencia Costo BI por DCO H respecto a Costo BI por DCO HD
- Indicador N° 12: Diferencia Costo DCO H(M+C) respecto al Costo DCO HD

C. Dimensión Satisfacción del Usuario

Por medio del diseño y posterior aplicación de la encuesta de satisfacción de usuarios a aplicar en los siete hospitales objeto del estudio, se han seleccionado aquellas subvariables que permitieron la configuración de los siguientes indicadores de mediano plazo:

- Indicador N° 13: Calidad de Atención
- Indicador N° 14: Evaluación del Equipo
- Indicador N° 15: Nivel de Integración Familiar

6.1.2 Caracterización de Indicadores del Mediano Plazo

Para estos efectos, se propone una sistematización de la información relevante para la construcción de estos indicadores por medio de fichas técnicas que se exponen en los anexos de este estudio, fichas que despliegan en un mayor detalle el resumen de los indicadores finales del mediano plazo:

Tabla 19: Caracterización de Indicadores Finales

N°	Indicador	Unidad de medida	Fórmula	Fuente
1	Cumplimiento índice ocupacional (IO) estándar	Razón	$\frac{\text{Índice ocupacional}_{it}}{\text{Índice ocupacional estándar}}$ <i>i= Hospital</i> <i>t= tiempo</i>	1. DEIS 2. Censos Hospitalarios
2	Cumplimiento índice ocupacional (IO) estándar Medicina (M)	Razón	$\frac{\text{Índice ocupacional Medicina}_{it}}{\text{Índice ocupacional estándar Medicina}}$ <i>i= Hospital</i> <i>t= tiempo</i>	1. DEIS 2. Censos Hospitalarios 3. Guía metodológica Estudios de Preinversión Hospitalaria (Guía EPH)
3	Cumplimiento índice ocupacional (IO) estándar cirugía (C)	Razón	$\frac{\text{Índice ocupacional Cirugía}_{it}}{\text{Índice ocupacional estándar Cirugía}}$ <i>i= Hospital</i> <i>t= tiempo</i>	1. DEIS 2. Censos Hospitalarios 3. Guía EPH
4	Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar	Porcentaje	$\frac{\text{Promedio días de estada estándar}}{\text{Promedio días de estada } it}$ <i>i= Hospital</i> <i>t= tiempo</i>	1. DEIS 2. Censos Hospitalarios 3. Guía EPH
5	Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar Medicina(M)	Porcentaje	$\frac{\text{Promedio días de estada estándar } M}{\text{Promedio días de estada } it \text{ } M}$ <i>i= Hospital</i> <i>t= tiempo</i> <i>M= Medicina</i>	1. DEIS 2. Censos Hospitalarios 3. Guía EPH
6	Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar Cirugía(C)	Porcentaje	$\frac{\text{Promedio días de estada estándar } C}{\text{Promedio días de estada } it \text{ } C}$ <i>i= Hospital</i> <i>t= tiempo</i> <i>C= Cirugía</i>	1. DEIS 2. Censos Hospitalarios 3. Guía EPH
7	Traspaso Días Camas Ocupados a Hospitalización Domiciliaria (HD)	Porcentaje	$\frac{DCO \text{ HD}}{DCO \text{ HD} + DCO \text{ H}(M + C)}$ <i>DCO HD= Días Camas Ocupados en el Domicilio</i> <i>DCO H(M+C)= Días Camas Ocupados en Medicina y Cirugía</i>	1. Cuadernos Equipo Hospitalización Domiciliaria (Cuadernos HD) 2. DEIS
8	Relación Camas HD por Camas Hospital en Medicina y Cirugía	Porcentaje	$\frac{\text{Camas HD}}{\text{Camas H}(M + C)}$ <i>Camas H(M+C)= Número de Camas en Medicina y Cirugía</i> <i>Camas HD= Total de Cupos en Domicilio</i>	1. Cuadernos HD 2. Registros Hospitalarios
9	Relación Minutos Médico Disponible en Domicilio por Cama en Domicilio	Minutos por cama	$\frac{MMDD}{\text{Camas HD}}$ <i>MMDD = Minutos de atención médica disponible en domicilio durante un año.</i> <i>Camas HD= Cupos en domicilio durante un año</i>	1. Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH) 2. Registros Hospitalarios
10	Relación Minutos Apoyo Clínico Disponible en Domicilio por Cama en Domicilio	Minutos por cama	$\frac{MACDD}{\text{Camas HD}}$ <i>MACDD = Minutos de atención apoyo clínico disponible en domicilio durante un año.</i> <i>Camas HD= Cupos en domicilio durante un año</i>	1. SIRH. 2. Registros Hospitalarios

N°	Indicador	Unidad de medida	Fórmula	Fuente
11	Diferencia entre el Costo de Bienes e Insumos por DCO en medicina, respecto a los Costos en Bienes e Insumos por DCO en Domicilio.	Pesos por cama	$(CBIM/DCOM - CBIHD/DCOHD)$ <i>CBIM = Total Anual de Costos en Bienes e Insumos consumidos en el Servicio de Medicina; DCOM= Total Anual de Días Camas Ocupados en el Servicio de Medicina.</i> <i>CBIHD = Total Anual de Costos en Bienes e Insumos consumidos en el domicilio;</i> <i>DCOHD= Total Anual de Días Camas Ocupados en el domicilio.</i>	1. SIGFE (Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado) 2. WINSIG (Sistema de Información Gerencial Hospitalarios - OPS) 3. Registro Hospitalarios.
12	Relación Costo Día Cama Ocupado en Medicina respecto al Costo Día Cama Ocupado en Domicilio	Razón	$\frac{CDCOM}{CDCOHD}$ <i>CDCOM= Costo Día Cama Ocupado en Medicina</i> <i>CDCOHD= Costo Día Cama Ocupado en Domicilio</i>	1. SIGFE 2. WINSIG 3. Registro Hospitalarios.
13	Calidad de Atención	Nota de 1 a 7	$Promedio(f1, f2, f3, f4, f5, f6)$ <i>f1= Recepción a la Unidad de HD (entrega de Información, orientación, etc.)</i> <i>f2= Tiempos de espera Ingreso Unidad HD</i> <i>f3= Atención Otorgada por la Unidad de HD</i> <i>f4= Acceso telefónico a Unidad de H.D</i> <i>f5= Información para el caso de emergencia</i> <i>f6= Información para el Alta</i>	1. Encuestas
14	Evaluación del Equipo	Nota de 1 a 7	$Promedio(p1, p2, p3, p4, p5)$ <i>p1= Disposición a solucionar problemas</i> <i>p2= Presentación personal</i> <i>p3= Rapidez de respuesta a consultas</i> <i>p4= Trato Recibido</i> <i>p5= Información entregada (indicaciones, cuidados, deberes y derechos)</i>	1. Encuestas
15	Nivel de Integración Familiar	Porcentaje	$\frac{Respuesta Favorable Consulta Encuesta}{Total de Casos}$ <i>Consulta Encuesta: "Siente que para la familia HD fue mejor que la hospitalización tradicional"</i>	1. Encuestas

7 Levantamiento de Información Mediano Plazo. Indicadores por Establecimiento.

En este capítulo se presenta el levantamiento de Información y elaboración de indicadores durante la operación del programa de acuerdo a la siguiente clasificación de agrupación de variables.

Tabla 20: Resumen Levantamiento grupo de Datos

N° Indicador	Sigla	Formula	Variables			
			V1	V2	V3	V4
Indicador N°1	CIO	IO Estándar - IO ti	IO e	IO ti		
Indicador N°2	CIOM	IO Estándar M - IO Mti	IO em	IO mti		
Indicador N°3	CIOC	IO Estándar C - IO Cti	IO ec	IO cti		
Indicador N°4	CPDE	PDE Estándar - PDE ti	PDE e	PDE ti		
Indicador N°5	CPDEM	PDE Estándar M - PDE Mti	PDE em	PDE mti		
Indicador N°6	CPDEC	PDE Estándar C - PDE Cti	PDE ec	PDE cti		
Indicador N°7	TDCO	DCO HD/(DCO HD + DCO H(M+C))			DCO H(M+C)	DCO HD
Indicador N°8	RC	Camas HD/Camas H(M + C)			Camas H(M+C)	Camas HD
Indicador N°9	RMMDD	MMDD/ Camas HD	MMDD			Camas HD
Indicador N°10	RMACDD	MACDD/ Camas HD	MACDD			Camas HD
Indicador N°11	DCBI	CBIH/DCOH - CBIHD/DCOHD	CBIH	CBIHD	DCO H(M+C)	DCO HD
Indicador N°12	DCDCO	CDCOH - CDCOHD	CDCOH	CDCOHD		
Indicador N°13	CA	Promedio(f1,f2,f3.f4.f5,f6)	Fn			
Indicador N°14	Eeq	Promedio(p1,p2, p3,p4,p5,p6))	Pn			
Indicador N°15	NIF	Promedio(R1.....Rn)	Rn			

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

En resumen, existen 25 variables que representan el conjunto de megadatos objeto del proceso de búsqueda de información. Como se observa, las variables que están en azul representan un subconjunto de variables donde su fuente secundaria de información está basada en los REM de cada hospital, que son informados oficialmente en el DEIS.

El subconjunto de variables de color naranja, son datos que deberían estar en las bases de datos de los sistemas de gestión de Recursos Humanos, denominados como SIRH, datos de índole financiero, datos donde su fuente secundaria está en el sistema gubernamental denominado SIGFE.

A partir de este dato global se deberá estimar el porcentaje correspondiente al consumo específico del total día camas del establecimiento, para ello se deberán estimar y proponer aproximaciones en el caso que en los establecimientos no exista un estudio detallado por centro de costo.

Para el resto de variables se deberá explorar otras fuentes de información, como; registros del equipo a cargo de la hospitalización domiciliaria, estadísticas no formales, datos entregados por los cuidadores o familiares, entre otros.

A continuación, se desarrolla el cálculo y análisis en base al año 2013 de los 15 indicadores finalmente obtenidos:

7.1 Indicador N°1: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar

Este primer indicador muestra el aprovechamiento del recurso cama durante el año 2013 en cada uno de los hospitales que pertenecen a la muestra en estudio. De acuerdo a la gráfica, el mayor valor al cual puede aspirar este indicador es de 1,25, donde el índice ocupacional es mayor a 100, es decir, el porcentaje de camas utilizadas en un periodo determinado es un 100%, lo que significaría que en ciertos

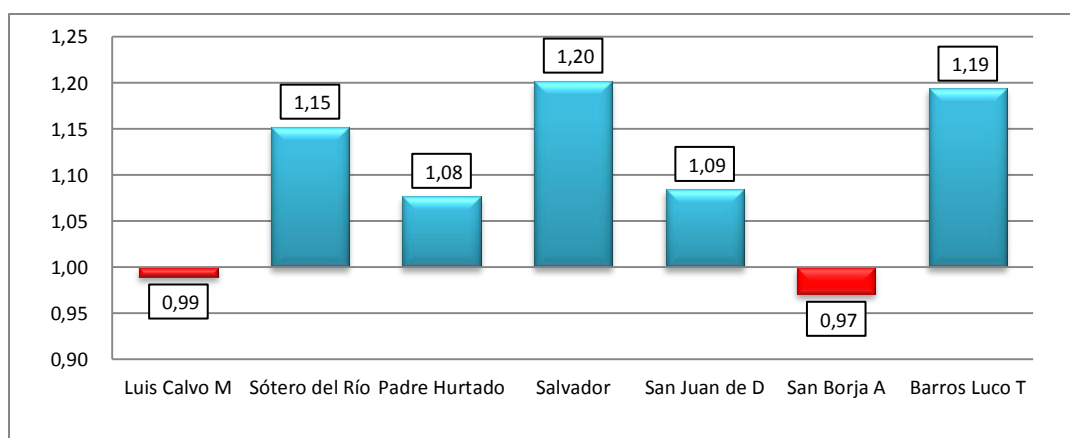
momentos se rechazaron pacientes producto de pleno uso del recurso cama. Próximo a esta situación corresponde a los hospitales de el Salvador y Barros Luco, si bien es cierto inicialmente se podría concluir que es positivo este escenario, no obedece a la calidad y eficiencia esperada en el uso de recursos para la atención de hospitalización, ya que se estaría en presencia de alta presión asistencial y aumentos de riesgos en la calidad de atención y probable presencia de riesgos de infecciones intrahospitalaria. Por tal razones, es que el sector ha estimado que el cumplimiento del 80% de ocupación de la dotación de camas instaladas es el índice o estándar a cumplir, con lo cual, para el resto de hospitales se observa un cumplimiento satisfactorio en el uso de camas en comparación al estándar deseado.

Tabla 21: Cumplimiento IO Estándar: IO ti / IO Estándar

Variables	Hospital						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja	Barros Luco T
Índice Ocupacional Referencial (IO Estándar)	80	80	80	80	80	80	80
Índice Ocupacional Hospital (IO ti)	79,2	92,2	86,2	96,2	86,8	77,7	95,5
Indicador N°1	0,99	1,15	1,08	1,20	1,09	0,97	1,19

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 19: Cumplimiento IO Estándar: IO ti / IO Estándar



7.2 Indicador N°2: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar Medicina (M)

La diferencia con el indicador N°1 corresponde a que la medición del aprovechamiento o uso del recurso cama durante el año 2013 está circunscrito solo al Servicio Clínico de Medicina, producto que esta apertura sería más representativa al quehacer de la función de atención en domicilio, siendo más pertinente la posible medición del aporte de las camas en domicilio sobre la descongestión de camas hospitalarias.

De acuerdo a la gráfica, todos los hospitales presentan un indicador por sobre el valor esperado; mayor a 1, como expresión que todos los hospitales en estudio hacen uso de la dotación de camas por sobre el estándar asignado al servicio clínico de medicina. El valor de referencia o estándar utilizado es un 80% como índice de ocupación, referencia con la cual se mide el grado de uso de camas hospitalarias y se

planifican las futuras inversiones Hospitalarias, según se señala en la Guía Metodológica de Estudios de Preinversión.

Por otro lado, la mayoría de los indicadores por establecimiento está bordeando el límite superior de uso de su dotación, lo que significaría que en ciertos momentos se podrían haber rechazado pacientes producto de pleno uso del recurso cama, siendo necesarias y justificadas las distintas alternativas que favorezcan el poder descongestionar la demanda de camas.

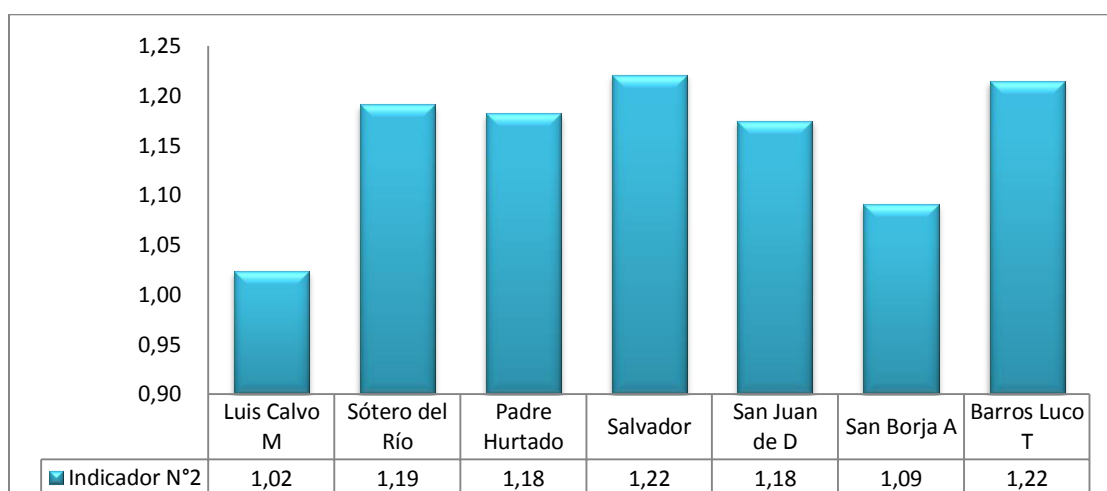
Tabla 22: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar Medicina (M): IO M ti / IO Estándar M

Variables	Servicio de Medicina						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
Índice Ocupacional Referencial	80	80	80	80	80	80	80
Índice Ocupacional Medicina	81,9	95,3	94,6	97,7	94	87,3	97,2
Indicador N°2	1,02	1,19	1,18	1,22	1,18	1,09	1,22

Nota: En el Hospital Luis Calvo Mackenna no presenta Servicio de Medicina, se considera el Servicio Clínico Lactantes.

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 20: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar Medicina (M): IO M ti / IO Estándar M



7.3 Indicador N°3: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar Cirugía (C)

De acuerdo a la gráfica, con excepción del Hospital San Borja Arriarán todos los hospitales presentan un indicador por sobre el valor esperado; mayor a 1, como expresión que todos los hospitales en estudio hacen uso de la dotación de camas por sobre el estándar asignado al servicio clínico de Cirugía. El valor de referencia o estándar utilizado es un 80% como índice de ocupación, referencia con el cual se mide el grado de uso de camas hospitalarias y se planifican las futuras inversiones Hospitalarias, según se señala en la Guía Metodológica de Estudios de Preinversión.

Dentro de los indicadores por establecimiento llama la atención que el hospital el Salvador presente un 100% de índice ocupacional según registros del DEIS (base de datos REM 2013), lo que implicaría que no existió ningún día del año en que hubiese una sola cama desocupada, no siendo el óptimo esperado y concluyendo que lo más seguro es que existió rechazo de paciente por falta de camas de tipo quirúrgicas.

De igual forma, se observa que los Hospitales Sótero del Río, Padre Hurtado y Barros Luco presentan un alto grado de uso de sus camas en cirugías, superior al estándar establecido, comprobando de esta forma la alta carga asistencial y congestión ante el recurso cama en el 2013 y últimos años de operación.

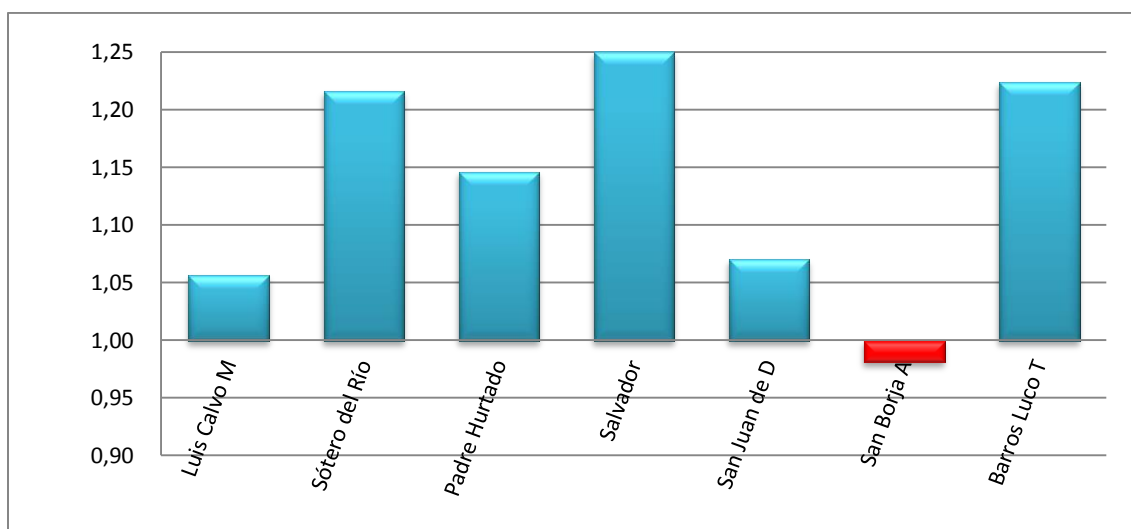
Tabla 23: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar en Cirugía: IO C ti / IO Estándar

Variables	Servicio de Cirugía						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
Índice Ocupacional Referencial	80	80	80	80	80	80	80
Índice Ocupacional Medicina	84,5	97,3	91,7	100	85,6	78,5	97,9
Indicador N°3	1,06	1,22	1,15	1,25	1,07	0,98	1,22

Nota: En el Hospital Luis Calvo Mackenna se considera el Servicio Clínico Segunda Infancia.

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 21: Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar en Cirugía: IO C ti / IO Estándar



7.4 Indicador N°4: Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar

El indicador N°4 mide para el hospital en general el cumplimiento del promedio de días de estada (PDE) observado versus el PDE estándar, previamente, podemos definir que el promedio días de estada corresponde al número de días de hospitalización que en promedio hace uso cada paciente en un periodo de tiempo dado, se considera el tiempo desde su ingreso hasta su egreso, este indicador es muy consistente y de mayor poder discriminatorio pues permite conocer la duración de la hospitalización y evaluar en qué medida la estadía de un paciente se prolonga más allá de lo habitual(estándar) o resulta muy corta como asegurar una eficaz atención.

De acuerdo a la gráfica el valor deseado es 1, lo que implica un total cumplimiento del promedio estándar, en los extremos se puede inferir que mayor valor al cual puede llegar este indicador es de 6,4 lo que significaría que en ciertos momentos se han hospitalizado pacientes solo por un día, y en el otro extremo se encontraría un indicador próximo a "0", caso que implicaría una hospitalización prolongada que en promedio estará por sobre los 2 meses. De esta forma, se observa que los hospitales que presentan un buen indicador respecto a la gestión de su promedio de días de estada corresponden a los hospitales Sótero del Río, Padre Hurtado, San Borja y Luis Calvo Mackenna, todos con una razón sobre 1,

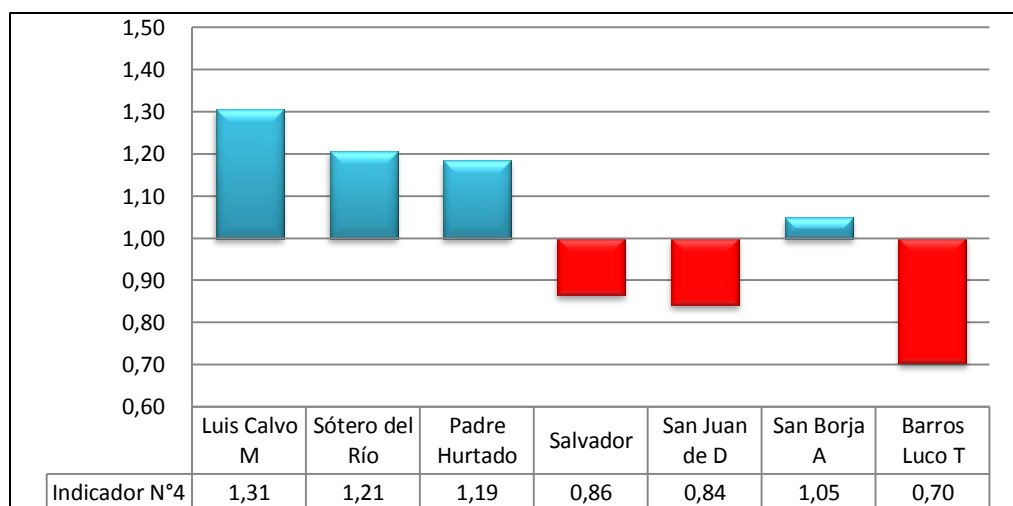
lo que implica que en promedio existe una adecuada gestión de la permanencia del paciente en el establecimiento, llamando la atención el bajo valor del indicador para los hospitales de El Salvador, San Juan de Dios y Barros Luco.

Tabla 24: Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar: PDE Estándar / PDE ti

Variables	Establecimientos						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
Promedio Días Estada Estándar (PDE Estándar)	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4	6,4
Promedio Días Estada Hospital (PDE ti)	4,9	5,3	5,4	7,4	7,6	6,1	9,1
Indicador N°4	1,31	1,21	1,19	0,86	0,84	1,05	0,70

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 22: Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar: PDE Estándar / PDE ti



7.5 Indicador N°5: Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar Medicina (M)

La diferencia con el indicador N°4 corresponde a que la medición de la permanencia promedio del total de pacientes durante el año 2013 está circunscrito solo al Servicio Clínico de Medicina, producto que esta apertura sería más representativa al quehacer de la función de atención en domicilio, siendo más pertinente la futura comparación con el recurso cama en domicilio.

De acuerdo a la gráfica, todos los hospitales presentan un indicador por debajo del valor esperado; mayor o igual a 1, como expresión que este grupo de hospitales hacen uso en promedio de una mayor cantidad de días para la hospitalización por sobre el estándar ideal en el servicio clínico de medicina. El valor de referencia o estándar utilizado es 8 días en promedio para la hospitalización, salvo para el hospital Luis Calvo Mackenna con un estándar de 5,1 días promedio, al ser de una naturaleza distinta al resto de establecimientos (Hospital de niños), referencia con el cual se mide la gestión esperada de camas hospitalarias y se planifican las futuras inversiones Hospitalarias, según se señala en la Guía Metodológica de Estudios de Preinversión.

Por otro lado, los hospitales Sótero del Río y Luis Calvo Mackenna son los únicos establecimientos que presentan un buen indicador en el promedio de días esperados de hospitalización, llamando la atención el alto promedio de días de estada observado en los hospitales de Salvador y San Borja Arriaran, cuya probable hipótesis que explique en parte este mayor tiempo sea producto que son establecimientos con

una marcada orientación de tipo académico y quizá por la probable hospitalización de pacientes más complejos, todo de índole deductivo con falta de estudio en profundidad para su comprobación.

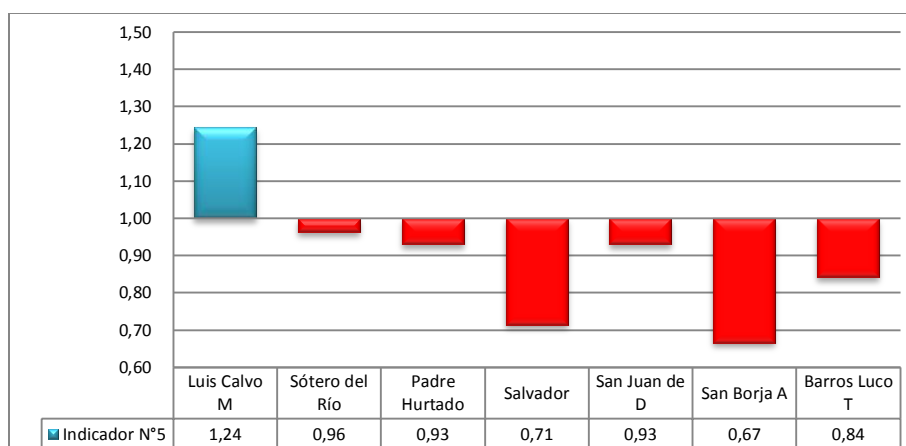
Tabla 25: Cumplimiento PDE Estándar en Medicina (PDE Estándar M / PDE M ti)

Variables	Establecimientos						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
Promedio Días Estada Estándar Medicina (PDE Estándar M)	5,1	8	8	8	8	8	8
Promedio Días Estada Medicina (PDE M ti)	4,1	8,3	8,6	11,2	8,6	12	9,5
Indicador N°5	1,24	0,96	0,93	0,71	0,93	0,67	0,84

Nota: En el Hospital Luis Calvo Mackenna no existe Medicina, se considera el Servicio Clínico Lactantes.

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 23: Cumplimiento PDE Estándar en Medicina (PDE Estándar M / PDE M ti)



7.6 Indicador N°6: Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar Cirugía (C)

El indicador N°6 corresponde a que la medición de la calidad de permanencia promedio del total de pacientes hospitalizados en Servicio Clínico de Cirugía durante el año 2013.

De acuerdo a la gráfica, casi todos los hospitales presentan un indicador por debajo del valor esperado; mayor o igual a 1, como expresión que este grupo de hospitales hacen un mayor uso de camas, en cuanto al promedio de días para hospitalización, por sobre el estándar ideal en el servicio clínico de cirugía. El valor de referencia o estándar utilizado es 5,8 días en promedio, salvo para el hospital Luis Calvo Mackenna con un estándar de 5,1 días promedio, al ser de una naturaleza distinta al resto de establecimientos (Hospital de niños), referencia con el cual se mide la gestión esperada de camas hospitalarias y se planifican las futuras inversiones Hospitalarias, según se señala en la Guía Metodológica de Estudios de Preinversión.

Por otro lado, llama la atención el bajo valor del indicador del hospital Barros Luco, que se aproxima a la mitad del rendimiento ideal esperado.

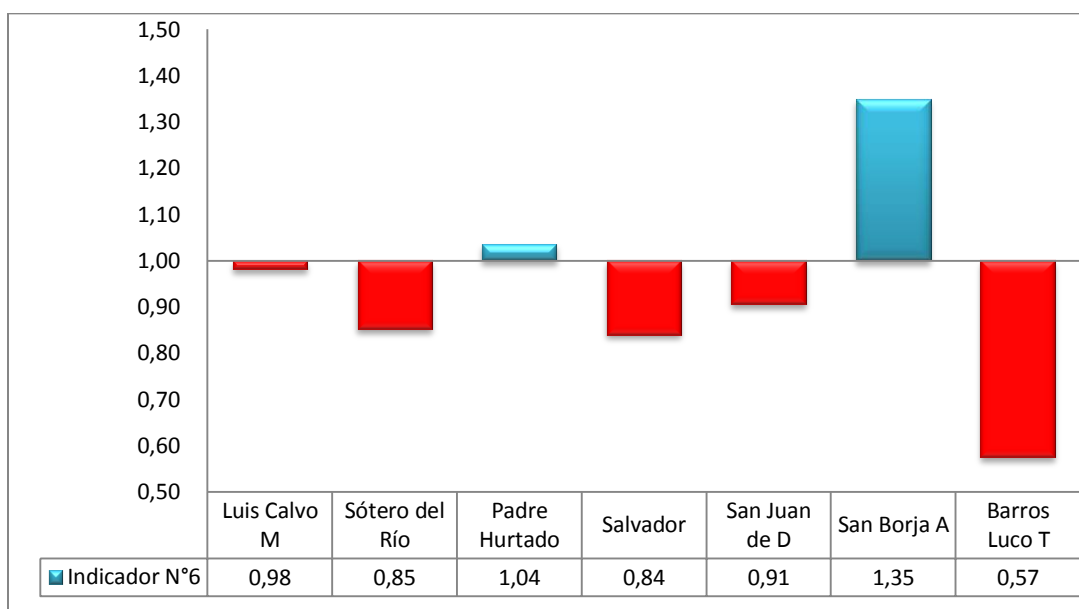
Tabla 26: Cumplimiento PDE Estándar en Cirugía: PDE Estándar C / PDE C ti

Variables	Servicio de Cirugía						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
Promedio Días Estada Estándar Cirugía (PDE Estándar C)	5,1	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8
Promedio Días Estada Cirugía (PDE C ti)	5,2	6,8	5,6	6,9	6,4	4,3	10,1
Indicador N°6	0,98	0,85	1,04	0,84	0,91	1,35	0,57

Nota: En el Hospital Luis Calvo Mackenna se considera el Servicio Clínico Segunda Infancia.

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 24: Cumplimiento Promedio PDE Estándar en Cirugía: PDE Estándar C / PDE C ti



7.7 Indicador N°7: Traspaso Días Camas Ocupados a Hospitalización Domiciliaria (HD)

El indicador N° 7 corresponde a que la medición de la transferencia de días camas ocupados (DCO) al sistema de Hospitalización Domiciliaria.

El resultado de este ejercicio es variado entre los establecimientos y va desde un estimado de 15,4% en el H. Sótero del Río hasta un discreto 1,3% en el H. El Salvador.

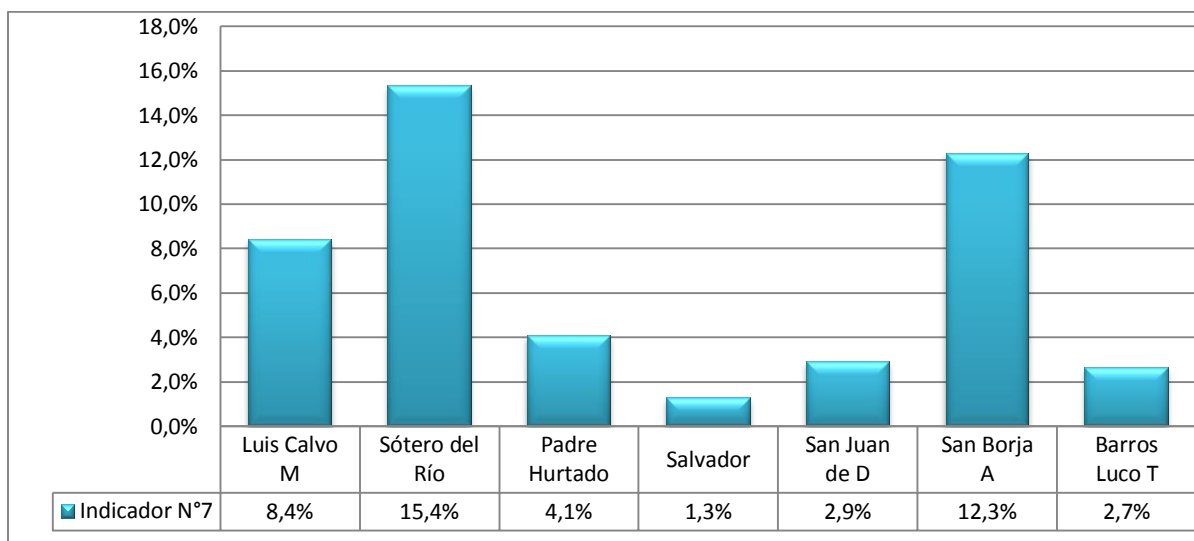
Tabla 27: Traspaso DCO a Hospitalización Domiciliaria (HD): $DCO_{HD} / (DCO_{HD} + DCO_{H^*}(M+C))$

Variables	Hospital						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
DCO HD (año 2013)	1.596	21.181	2.526	1.436	2.134	8.727	3.693
DCO MEDICINA (2013)	9.671	45.832	33.069	51.524	35.860	39.701	40.927
DCO CIRUGIA (2013)	7.689	70.903	26.167	58.661	34.933	22.494	94.327
Indicador N°7	8,4%	15,4%	4,1%	1,3%	2,9%	12,3%	2,7%

Nota: Para el Hospital Luis Calvo Mackenna se consideran los pacientes pertenecientes a Lactancia y Segunda Infancia.

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 25: Indicador Traspaso Días Camas Ocupados a Hospitalización Domiciliaria (HD)



Los hospitales que presentaron mayor porcentaje de traspaso de días cama ocupados a hospitalización domiciliaria fueron: El Sótero del Río, seguido por San Borja Arriarán y Luis Calvo Mackenna.

7.8 Indicador N°8: Camas Hospitalización Domiciliaria por Camas en Sala de Medicina y Cirugía

El indicador N°8 corresponde a la relación entre la cantidad de cupos disponibles en el sistema de HD y el total de camas de hospitalización en sala de hospitalización de Medicina y Cirugía.

El resultado es variado e indica la relación de magnitud entre la cantidad de cupos en el sistema de HD y la capacidad de hospitalización en el grupo médico-quirúrgico del establecimiento.

Si bien existen pacientes en el sistema de HD que corresponden a Pediatría, eventualmente pacientes Ginecológicas y de otros servicios clínicos de especialidades, el uso de este indicador en forma transversal en el conjunto de establecimientos de todas formas es útil puesto que la mayor cantidad de condiciones de salud atendidas responden a actividad de médicos-quirúrgico en general.

El indicador obviamente es sensible al tamaño absoluto del sistema instalado en el Hospital y es por esa razón que en el H. Sótero del Río aparece siendo tan importante.

La experiencia indica que la regla no es única, cada establecimiento responde a la propia naturaleza de diseño de su dispositivo de HD pero la reflexión no puede evitar concluir que en casos como los del H. Sótero del Río, la experiencia aumenta virtualmente en casi un 25% la capacidad de hospitalización intramuros del establecimiento.

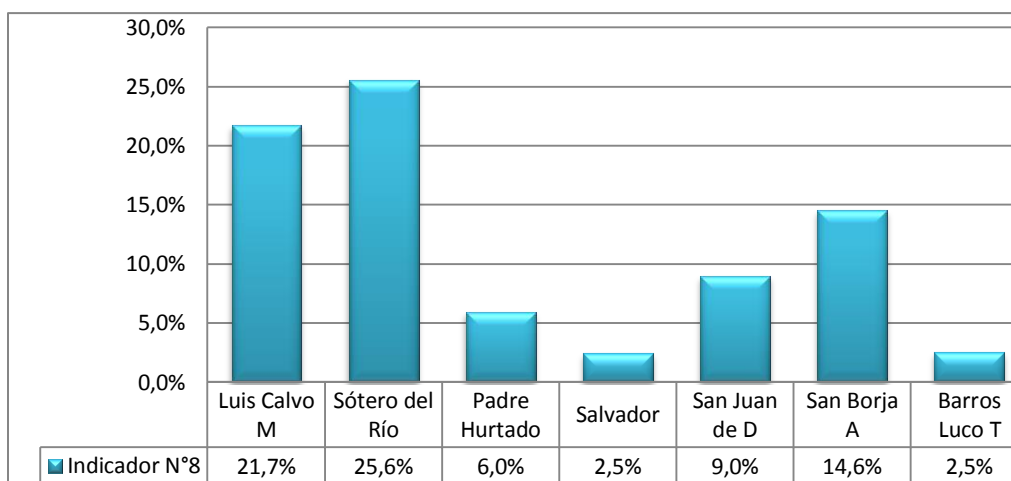
Tabla 28: Relación Camas HD por Camas H Medicina y Cirugía: Ind 8 = Camas HD/Camas H (M+C)

Variables	Hospital						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
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
Indicador N°8	21,7%	25,6%	6,0%	2,5%	9,0%	14,6%	2,5%

Nota: Para el Hospital Luis Calvo Mackenna se consideran los pacientes pertenecientes a Lactancia y Segunda Infancia.

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 26: Indicador Relación Camas HD por Camas H en Medicina y Cirugía



7.9 Indicador N°09: Relación Minutos Médico Disponible en Domicilio por Cama en Domicilio

El indicador N° 09 señala la relación de tiempo teóricamente dedicado a cada paciente por cada cama en el sistema de HD.

Los datos a continuación muestran una amplia variedad de valores encontrados en los establecimientos. Estas diferencias recogen todo el tiempo que, dentro de las horas contratadas en cada establecimiento, son dedicadas a la atención de pacientes en el sistema de HD.

Por ello quedan dentro de este total los tiempos de traslado, coordinación con los médicos tratantes en los servicios clínicos de origen y otros.

Es de esperarse que en los establecimientos con mayor dispersión de los pacientes en programa, los tiempos promedio sean mayores porque los desplazamientos son largos, lo que no asegura que la dedicación a cada paciente sea proporcionalmente mayor también.

Acá no hay una regla única, el resultado esperado depende mucho de la condición del paciente, el tipo de patología que está tratando, la presencia de patologías secundarias, su evolución en el tratamiento, factores de riesgo, etc.

Destaca la amplia diferencia entre resultados superiores a 40 e inferiores a 10 minutos.

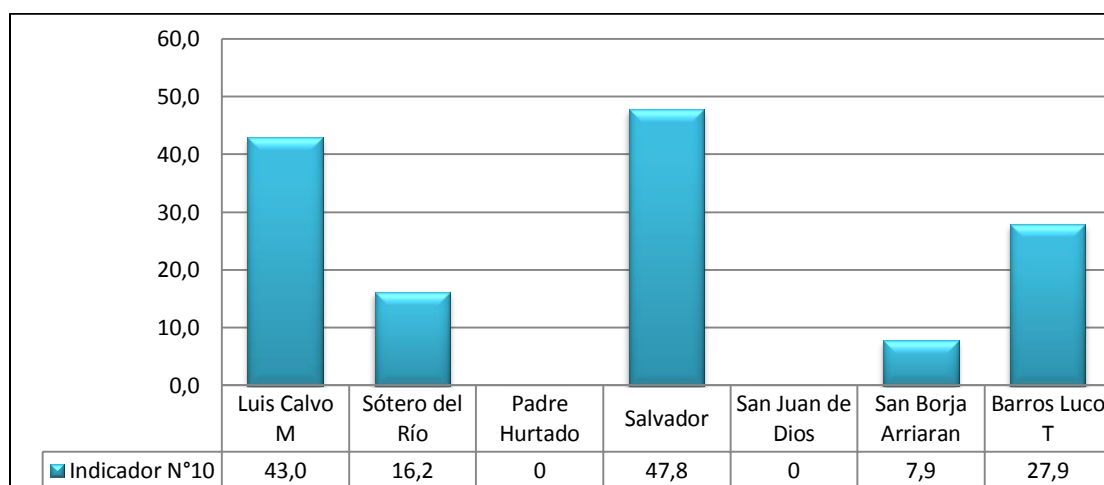
Tabla 29: Relación Minutos Médico Disponible en HD por Cama en HD: Ind 09 = MMDD/ Camas HD

Variables	Hospital						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
Minutos Médicos Disponibles en Domicilio	68.640	343.200	S/I	68.640	S/I	68.640	102.960
DCO HD	1.596	21.181	2.526	1.436	2.134	8.727	3.693
Indicador N°09	43,0	16,2	S/I	47,8	S/I	7,9	27,9

Nota: Para el Hospital Luis Calvo Mackenna se consideran los pacientes pertenecientes a Lactancia y Segunda Infancia.

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 27: Minutos Médico Disponible en Domicilio por Cama en HD: Ind 09 = MMDD/ Camas HD



7.10 Indicador N°10: Relación Minutos Apoyo Clínico Disponible en Domicilio por Cama en Domicilio.

Presenta el tiempo estimado disponible del equipo de colaboración médica por cada cama en domicilio.

Ya se ha señalado que es sensible al tipo de paciente, tiempos requeridos de traslado y otros, no obstante se pueden obtener los resultados que se observan más abajo.

No está desagregado por tipo de personas que integran este equipo de colaboración puesto que a su vez depende de la condición de salud y/o indicación de tratamiento en cada caso (enfermería, matronería, kinesiología, otros).

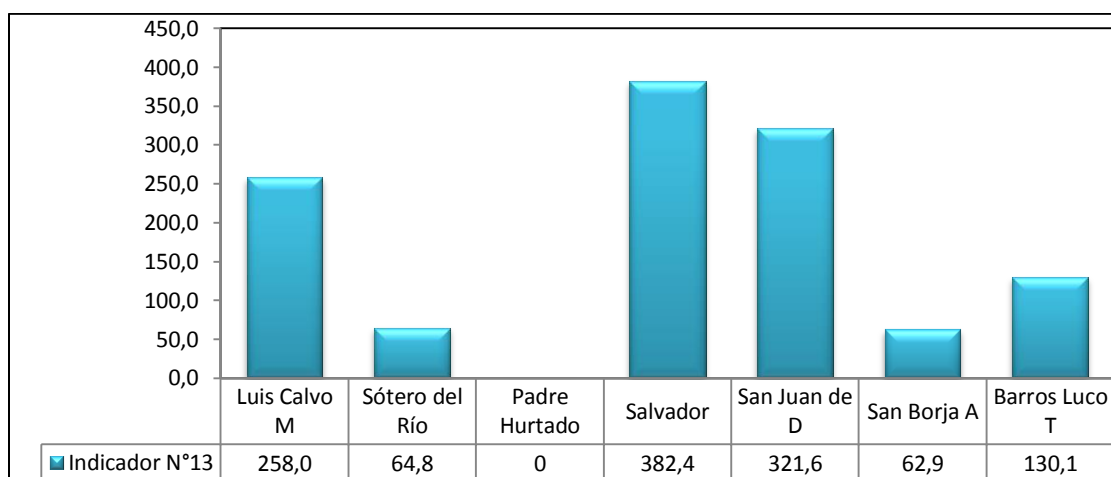
Tabla 30: Minutos Apoyo Clínico Disponible en HD por Cama en HD; Ind 10 = MACDD/ Camas HD

Variables	Hospital						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
Minutos Apoyo Clínico Disponibles Domicilio	411.840	1.372.800	S/I	549.120	686.400	549.120	480.480
DCO HD	1.596	21.181	2.526	1.436	2.134	8.727	3.693
Indicador N°10	258,0	64,8	S/I	382,4	321,6	62,9	130,1

Nota: Para el Hospital Luis Calvo Mackenna se consideran los pacientes pertenecientes a Lactancia y Segunda Infancia.

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 28: Minutos Apoyo Clínico Disponible en Domicilio por Cama en Domicilio



7.11 Indicador N°11: Diferencia Costos Bienes e Insumos DCO: Servicio de Medicina (H) v/s HD.

El objetivo de este indicador busca medir el incremento y/o reducción del costo en bienes e insumos (BI) consumidos por la hospitalización en domicilio respecto el costo en bienes e insumos consumidos por el Servicio Clínico de Medicina por día cama de hospitalización.

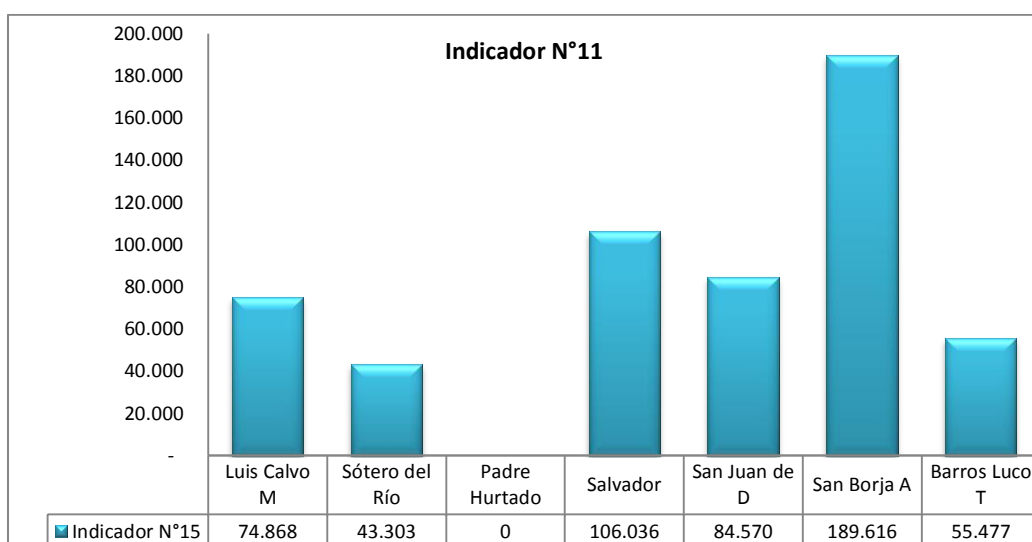
Como se observa, existe una gran variabilidad en los resultados del indicador, donde los hospitales Sótero del Río y Barros Luco presentan los valores más próximos entre ellos, pudiendo concluir preliminarmente que en promedio ambos hospitales reducen en \$ 49.390 el costo en Bienes e Insumos por día cama por efecto de la atención en domicilio, todo esto bajo el supuesto de igualdad de complejidad y consumo por parte de los pacientes en hospitalización. Esto se podría explicar porque en ambos establecimientos se observa una semejante estructura de costos en bienes e insumos por unidad de día en Hospitalización en Medicina (CBIH/DCOH) y que los costos en Bienes e Insumos en domicilio por día cama de Hospitalización (CBIHD/DCO HD) son cercanos a los \$ 5.400.- No obstante, esta es una aproximación en valor absoluto que obligaría a comparar carteras de servicios equivalentes para obtener conclusiones más valederas. Como se ha mencionado en la caracterización del hospital Luis Calvo Mackenna, este no puede ser comparado con el resto de establecimientos al ser el único hospital dentro de la muestra en estudio de origen pediátrico.

Tabla 31: Diferencia Costo BI por DCO HS respecto HD: Ind 11 = CBIH/DCOH - CBIHD/DCOHD

Variables	Hospital						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
Costos BI Servicio Medicina (M\$)	1.334.946	1.284.160	S/I	5.980.789	3.948.201	7.777.918	3.231.407
Costos BI en HD (M\$)	3.240	115.955	S/I	14.420	12.250	31.753	19.615
DCO Medicina	17.360	26.327	33.069	51.524	43.718	40.247	53.158
DCO HD	1.596	21.181	2.526	1.436	2.134	8.727	3.693
Indicador N°11	74.868	43.303	S/I	106.036	84.570	189.616	55.477

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 29: Diferencia Costo BI por DCO Medicina respecto a Costo BI por DCO HD



7.12 Indicador N°12: Diferencia Costo DCO H (Medicina) v/s HD.

Basado en la información de costos directos e indirectos en que incurren los servicios clínicos de medicina de cada establecimiento de la muestra, datos facilitados por el Ministerio de Salud a través del uso de información proveniente del sistema Winsig y la información de costos en Hospitalización en Domicilio informados por las distintas unidades y en ausencia de algunos de ellos por medio de la estimación del equipo consultor, se observa un beneficio importante en el funcionamiento de la HD, dado que en promedio el costo de HD es 7 veces más conveniente versus el costo de DCO de medicina.

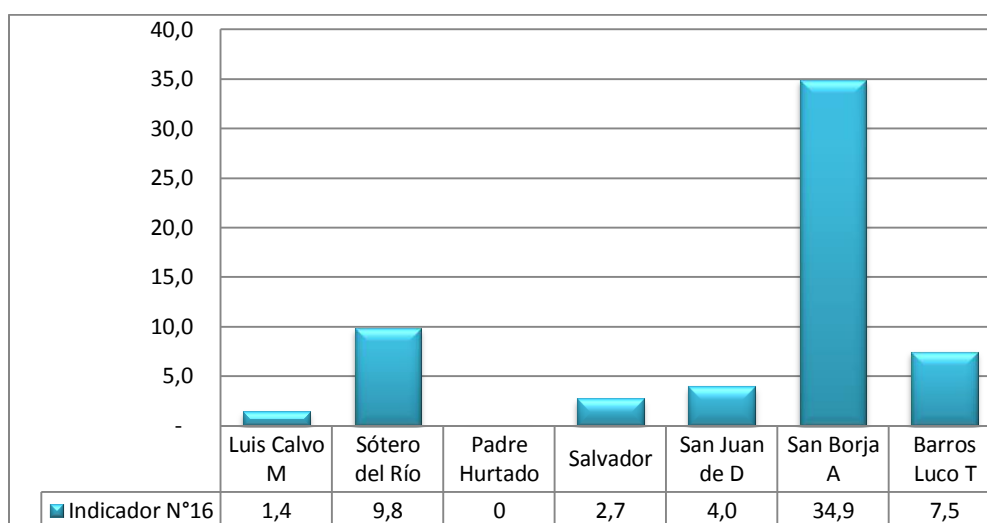
Ahora bien, se observa una alta variabilidad de la proporción de conveniencia económica, existiendo dos hospitales con las más altas evaluaciones; correspondientes a los hospital Sótero del Río y San Borja Arriarán cuya conveniencia está por sobre las 9 veces. Una de las cualidades en común, es que son los dos establecimientos con mayor volumen de hospitalización en domicilio, el Hospital Sótero del Río representa el 51% del total de hospitalización que suman los siete hospitales en estudio, por su lado el hospital San Borja Arriarán representa el 21% de hospitalizaciones, no obstante, este último establecimiento presenta una conveniencia por sobre los márgenes esperados y observados en otros estudios, por lo que cobra mayor validez el valor obtenido en el Hospital Sótero del Río, quien cuenta con una variedad de atributos de mayor confiabilidad, al contar con equipo de atención más completo, por ejemplo; equipo médico con presencia en domicilio según perfil de paciente y con un régimen de operación desde hace varios años, que inclusive lo han transformado en un referente a nivel Metropolitano y a nivel nacional.

Tabla 32: Diferencia Costo DCO H (M) respecto de HD; Ind 12 = CDCOM / CDCOHD

Variables	Hospital						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
Costo DCO Medicina	197.477	134.332	S/I	136.700	124.553	308.928	108.895
Costo DCO HD	136.641	13.670	S/I	50.208	31.492	8.847	14.573
Indicador N°12	1,4	9,8	S/I	2,7	4,0	34,9	7,5

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre la base de información DEIS

Figura 30: Diferencia Costo DCO H (M) respecto de HD; Ind 12 = CDCOM / CDCOHD



7.13 Indicador N°13: Calidad de Atención

El indicador N°13 corresponde a la medición de la calidad percibida por los usuarios que fueron dados de alta en los últimos dos meses, para ello se consultó y evaluaron los siguientes factores; Recepción en la Unidad de H.D, Tiempos de espera, Atención Otorgada por la Unidad de HD, Acceso telefónico a Unidad de H.D, Información para el caso de emergencia e Información recibida para el Alta.

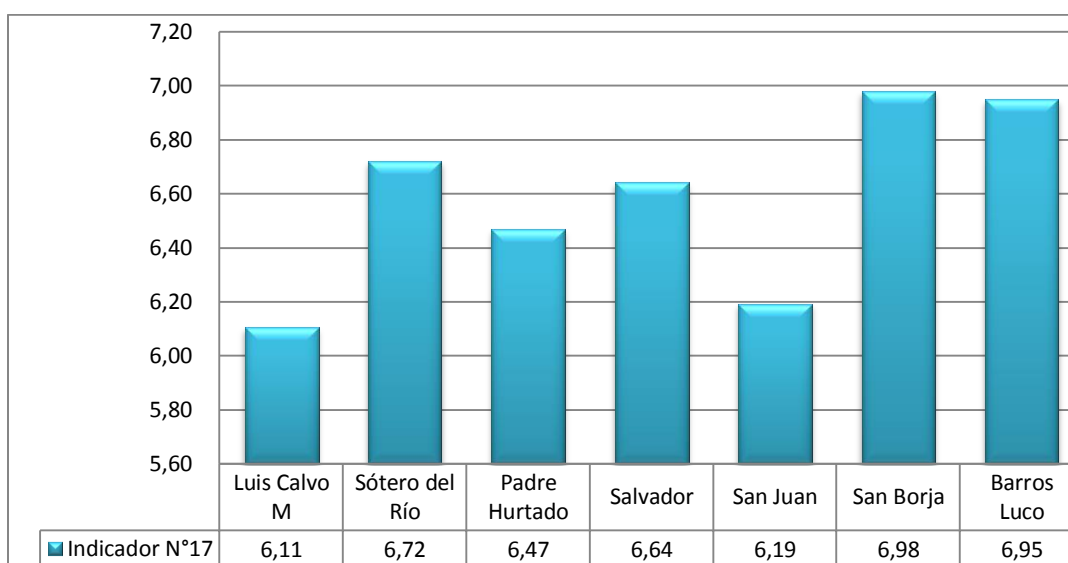
Como se observa todos los establecimientos son evaluados positivamente sobre nota 6, destacando la alta calificación en los hospitales de Salvador, San Borja y Barros Luco.

Tabla 33: Calidad de Atención; Ind 13 = Promedio (f1, f2, f3, f4, f5, f6)

Variables	Hospital						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
f1: Recepción a la Unidad de H.D	6,07	6,62	6,47	6,81	6,64	6,88	7,00
f2: Tiempos de espera	6,07	6,67	6,32	6,67	6,04	7,00	6,90
f3: Atención Otorgada por la Unidad de HD	6,07	6,73	6,58	6,57	6,79	7,00	7,00
f4: Acceso telefónico a Unidad de H.D	6,14	6,77	6,26	6,38	5,54	7,00	7,00
f5: Información para el caso de emergencia	6,14	6,79	6,58	6,71	6,13	7,00	6,85
f6: Información para el Alta	6,14	6,75	6,61	6,71	6,02	7,00	6,95
Indicador N°13	6,11	6,72	6,47	6,64	6,19	6,98	6,95

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Figura 31: Calidad de Atención; Ind 13 = Promedio (f1, f2, f3, f4, f5, f6)



7.14 Indicador N°14: Evaluación Equipo de Trabajo

El indicador busca la medición de la calidad del equipo de trabajo que acude y atiende en el domicilio, según la percepción de los usuarios que fueron dados de alta en los últimos dos meses, para ello se consultó y evaluó los siguientes factores; disposición a solucionar problemas, presentación personal, rapidez de respuesta a consultas, trato recibido e información entregada.

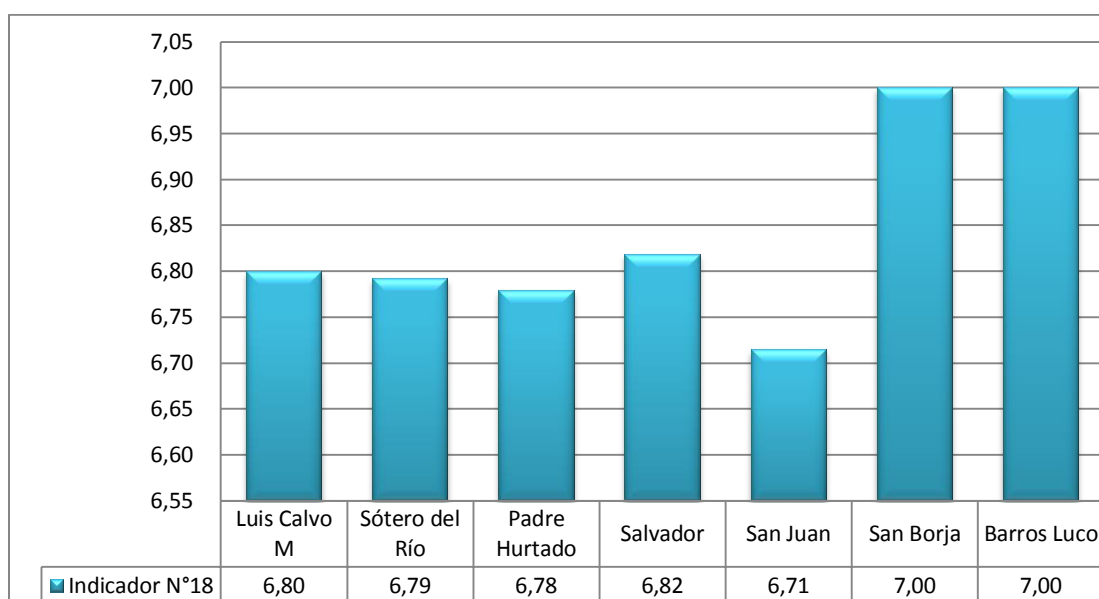
Como se observa, en todos los establecimientos los usuarios evalúan al equipo que trabaja en el programa de hospitalización en domicilio de manera muy positiva, con notas por sobre los 6,7 puntos, hecho que corrobora la evaluación y percepción que obtienen los mismos equipos locales a través de sus propios diseños de encuestas de satisfacción usuaria.

Tabla 34: Evaluación Equipo de Trabajo; Ind 14 = Promedio (p1, p2, p3, p4, p5, p6)

Variables	Hospital						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
p1: Disposición a solucionar problemas	6,79	6,79	6,63	6,81	6,55	7,00	7,00
p2: Presentación personal	6,86	6,84	6,95	6,86	6,87	7,00	7,00
p3: Rapidez de respuesta a consultas	6,79	6,74	6,68	6,86	6,72	7,00	7,00
p4: Trato Recibido	6,86	6,84	6,95	6,76	6,72	7,00	7,00
p5: Información entregada	6,71	6,75	6,68	6,81	6,70	7,00	7,00
Indicador N°18	6,80	6,79	6,78	6,82	6,71	7,00	7,00

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Figura 32: Evaluación Equipo de Trabajo; Ind 14 = Promedio (p1, p2, p3, p4, p5, p6)



7.15 Indicador N°15: Nivel de Integración Familiar

El indicador N°15, es relevante en cuanto a que ningún otro instrumento previo levanta esta información, eventualmente se considera un supuesto subyacente en que se supone un beneficio infinito para la familia y el paciente, al tener bajo su cuidado la recuperación y atención.

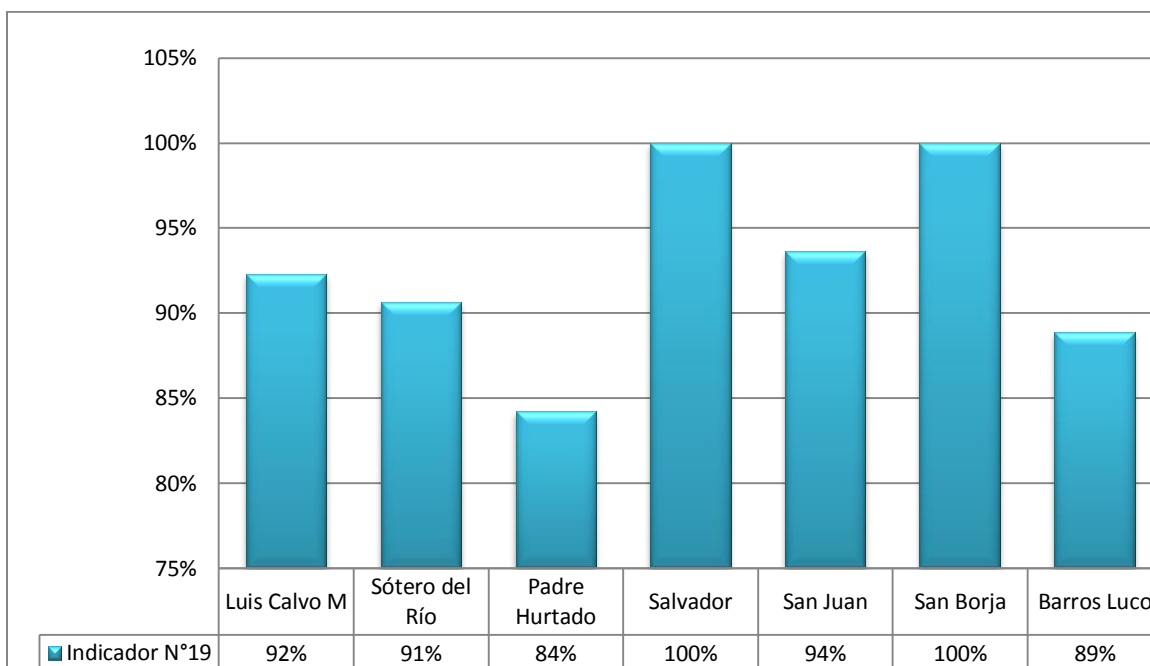
De acuerdo a las respuestas recogidas, en cuanto a que si para la familia la atención recibida en domicilio fue mejor que la hospitalización tradicional se observa que la mayoría evalúa esta variable por sobre el 80% de satisfacción, con notas sobresalientes para el hospital de Salvador y San Borja Arriarán.

Tabla 35: Integración Familiar; Ind 15 = Respuesta Favorables Nivel de Satisfacción / N° Casos x 100

Variables	Hospital						
	Luis Calvo M	Sótero del Río	Padre Hurtado	Salvador	San Juan de Dios	San Borja Arriaran	Barros Luco T
Respuesta Favorable Integración Familiar	12	97	16	21	44	8	16
Respuesta Desfavorable Integración Familiar	1	10	3	0	3	0	2
Indicador N°19	92%	91%	84%	100%	94%	100%	89%

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Figura 33: Integración Familiar; Ind 15 = Respuesta Favorable Nivel de Satisfacción / N° de Casos x 100



7.16 Resumen Relación de Indicadores e Incidencia en los Objetivos de HD por Hospital

Los resultados presentados a continuación, son producto del análisis de incidencia de los indicadores de Mediano Plazo (MP) y su relación con los objetivos de Hospitalización Domiciliaria enunciados en las Orientaciones Técnicas en Hospitalización Domiciliaria del Ministerio de Salud. Para estos efectos, se resumen los valores de los quince indicadores para cada uno de los hospitales en estudio y se establecen los distintos criterios con que se evaluara la incidencia de estos en los respectivos objetivos, criterios que son una primera aproximación metodológica y que podrían ser modificados en futuras evaluaciones, según nivel de pertinencia establecido.

Tabla 36: Relación de Indicadores e Incidencia en los Objetivos de HD

N° Ind.	Nombre	Relación Objetivo HD	Criterio Usado Incidencia	Luis Calvo M		Sótero del Río		Padre Hurtado		Salvador		San Juan de Dios		San Borja Arriarán		Barros Luco T	
				Mag	Incid	Mag	Incid	Mag	Incid	Mag	Incid	Mag	Incid	Mag	Incid	Mag	Incid
1	Cumplimiento IO Estándar	A	> 0,95	0,99	Si *	1,15	Si *	1,08	Si *	1,20	Si *	1,09	Si *	0,97	Si *	1,19	Si *
2	Cumplimiento IO Estándar Medicina	A	> 0,95	1,02	Si *	1,19	Si *	1,18	Si *	1,22	Si *	1,18	Si *	1,09	Si *	1,22	Si *
3	Cumplimiento IO Estándar Cirugía	A	> 0,95	1,06	Si *	1,22	Si *	1,15	Si *	1,25	Si *	1,07	Si *	0,98	Si *	1,22	Si *
4	Cumplimiento PDE Estándar	A	> 0,95	1,31	Si *	1,21	Si *	1,19	Si *	0,86	No	0,84	No	1,05	Si *	0,70	No
5	Cumplimiento PDE Estándar Medicina	A	> 0,95	1,24	Si *	0,96	Si *	0,93	No	0,71	No	0,93	No	0,67	No	0,84	No
6	Cumplimiento PDE Estándar Cirugía	A	> 0,95	0,98	Si *	0,85	No	1,04	Si *	0,84	No	0,91	No	1,35	Si *	0,57	No
7	Traspaso DCO a HD	A	> 2%	8,4%	Si	15,4%	Si	4,1%	Si	1,3%	No	2,9%	Si	12,3%	Si	2,7%	Si
8	Camas HD por Camas H en Medicina	A	> 2%	21,7%	Si	25,6%	Si	6,0%	Si	2,5%	Si	9,0%	Si	14,6%	Si	2,5%	Si
9	Minutos Médico Disponible en Cama HD	B	≥ 15	43	Si	16	Si	S/I		48	Si	S/I		8	No	28	Si
10	Minutos Apoyo Clínico Disponible en Cama HD	B	≥ 60	258	Si	65	Si	S/I		382	Si	322	Si	63	Si	130	Si
11	Diferencia Costo BI por DCO HS v/s HD	A	> \$33.089	74.868	Si	43.303	Si	S/I		106.036	Si	84.570	Si	189.616	Si	55.477	Si
12	Relación Costo DCO HS v/s HD	A	> 1	1,4	Si	9,8	Si	S/I		2,7	Si	4,0	Si	34,9	Si	7,5	Si
13	Calidad de Atención	B	> 6	6,11	Si	6,72	Si	6,47	Si	6,64	Si	6,19	Si	6,98	Si	6,95	Si
14	Evaluación del Equipo	B	> 6	6,80	Si	6,79	Si	6,78	Si	6,82	Si	6,71	Si	7,00	Si	7,00	Si
15	Nivel de Integración Familiar	B	> 90%	92%	Si	91%	Si	84%	No	100%	Si	94%	Si	100%	Si	89%	Si

A: Optimización del recurso cama hospitalaria; B: Mejoramiento de la Calidad de Prestaciones

Nota: (*) Incide, sin poder aislar el aporte de HD

Fuente: CONGESA, elaboración propia

Como se observa, son diez los Indicadores relacionados al objetivo de “Optimización del Recurso Cama Hospitalaria”, destacando entre ellos; el indicador denominado “Traspaso Días Camas Ocupados a HD” y el Indicador “Relación Costo DCO H respecto al Costo DCO HD”, producto que evidencia el aumento de oferta de camas por medio de la estrategia y la conveniencia económica respectivamente, por otro lado, no es viable separar o aislar el potencial efecto de la estrategia en la optimización del recurso cama, según los indicadores que relacionan los parámetros tradicionales de estadística hospitalaria; índice ocupacional y promedio de días de estada, que se expresan en los objetivos N°1 al N°6.

Respecto a los indicadores que se relacionan con el objetivo “Mejoramiento de la Calidad de Prestaciones”, de acuerdo a los resultados de la encuesta de satisfacción usuaria permitió la evaluación de tres de ellos, destacando la alta calificación obtenida en todos los hospitales respecto los indicadores de Evaluación del Equipo de Trabajo y Nivel de Integración Familiar, que se logra por medio de esta alternativa de atención.

Por último, para el tercer objetivo principal declarado en el estudio “Acotar el tiempo de espera”, por falta de registros no fue posible construir y relacionar algún tipo de indicador pertinente.

8 Validación y Modalidad de Encuesta Satisfacción Usuaría

8.1 Definición de los Campos de la Encuesta

Dentro de la evaluación realizada para la Hospitalización Ex Post de Pacientes, se consideró el levantamiento de información de satisfacción usuaria a partir de encuestas aplicadas a los hospitales seleccionados, para aquellos pacientes dados de alta, con el propósito de recoger la opinión durante todo el proceso de atención.

Selección de la Muestra:

La selección de la muestra se determinó en base a algunos criterios como la temporalidad, en este aspecto se determinó utilizar la población dada de alta de HD entre los meses de abril y mayo del año 2014. De esta población de usuarios se determinó llamar a la totalidad estimando un número de usuarios que respondiera la encuesta, entendiendo que no todos respondieran la encuesta. El número final de encuestas necesarias determinadas como mínimo para inferir sobre los datos, se determinó en base a un número total que proporcionara con un nivel de confiabilidad del 95 % con un error estimado del total de la muestra no superior al 5%, el cual para alcanzó a priori 199 encuestas. Sin embargo el número de encuestados superó este valor gracias a la disposición de los usuarios por contestar. Cabe consignar que para el caso de usuarios que no contestaron, no fue necesario reemplazarlos, en tanto el tamaño de la muestra obtenida cumplió las restricciones definidas a priori.

La encuesta se realizó vía telefónica a una población de pacientes egresados de HD entre los meses de abril y mayo de 2014. Se solicitó a los establecimientos una base de datos de pacientes egresados del programa de reciente data, indicando especial cuidado de que el listado a facilitar no incluyera pacientes fallecidos (por lo incómodo que resultaba abordar vía telefónica a familiares afectados por la pérdida). No obstante, durante el proceso de encuesta ocurrieron varios casos en que el paciente sí había fallecido, explicación que tiene fundamento en cuanto a que en muchos casos, al tratarse de pacientes de avanzada edad y con multipatología era probable esta ocurrencia. De todas formas los familiares en la mayoría de casos quisieron realizar la encuesta como agradecimiento a esta modalidad de atención recibida.

El total de contactos potenciales y los efectivamente realizados para el conjunto de establecimientos se resume en la siguiente tabla:

Tabla 37: Resumen de contactos potenciales y realizados por establecimiento

Hospital	N: Pacientes de Alta Reciente	n: Pacientes que Responden	% Pacientes que Responden	% Pacientes que NO Responden	Error de Muestreo (95% Confiabilidad)
Luis Calvo Mackenna	31	14	45%	55%	19,7%
Sótero del Río	192	107	44%	56%	6,3%
Padre Hurtado	39	19	51%	49%	16,3%
Salvador	21	21	0%	100%	0,0%
San Juan de Dios	91	47	48%	52%	10,0%
San Borja Arriaran	10	8	20%	80%	16,3%
Barros Luco Trudeau	29	20	31%	69%	12,4%
Total Muestra	413	236	43%	57%	4,2%

Fuente: CONGESA, elaboración propia

$$\text{Error de Estimación} = 0.98 * \sqrt{(N - n) / (N * n - n)}; \text{ para poblaciones finitas.}$$

Donde:

N: *Tamaño de la Población*

n: *Tamaño Muestra*

La razón de las diferencias de magnitud entre el número de entrevistados por cada establecimiento tiene que ver con las diferencias ya comentadas entre el número de cupos de pacientes hospitalizados en domicilio que tiene cada hospital en el presente año.

El instrumento que se aplicó considera una forma, un orden y una relación entre preguntas abiertas y cerradas que en términos generales abordaba para cada aplicación, entre otros, los siguientes elementos:

Caracterización de quien responde:

- *Paciente*
- *Familiar*

Relación de parentesco en el caso de ser familiar:

- *Padre / Madre*
- *Hijo(a)s*
- *Hermano(a)s*
- *Tío(a)s / Primo(a)s*
- *No es familiar (amigo(a))*

Número de integrantes del grupo familiar:

Antecedentes de hospitalización anterior del paciente:

- *Si, en modalidad tradicional*
- *Si, en modalidad domiciliaria*
- *No*

Calificación de los siguientes elementos (desde excelente hasta pésimo)

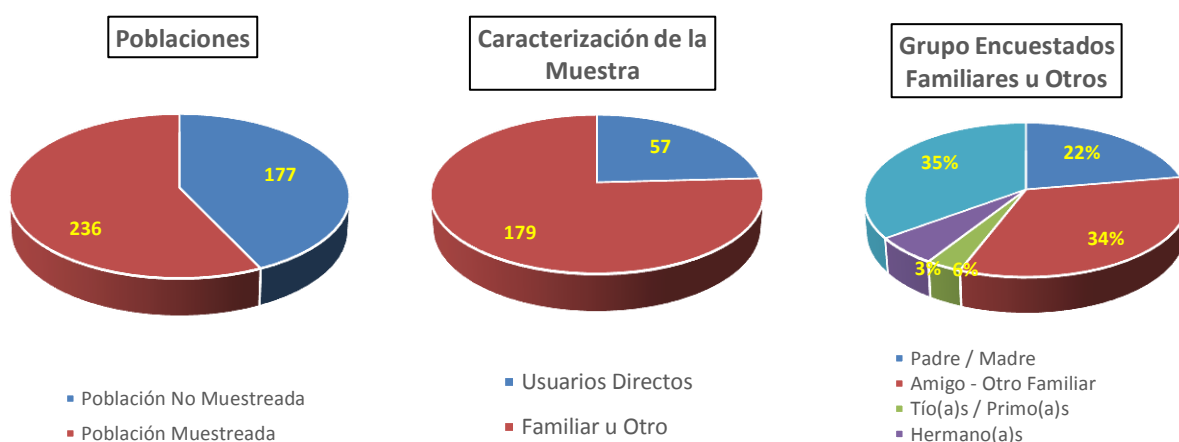
- *Admisión y servicio de Hospitalización*
 - Recepción a la Unidad de H.D (Información, orientación, etc.)
 - Tiempos de espera
 - Atención Otorgada por la Unidad de HD
 - Acceso telefónico a Unidad de H.D
 - Información para el caso de emergencia
 - Información para el Alta
- *Evaluación del Equipo Profesional y Técnico*
 - Disposición a solucionar problemas
 - Presentación personal
 - Rapidez de respuesta a consultas
 - Trato Recibido
 - Información entregada (indicaciones, cuidados, deberes)
 - Comentarios positivos sobre algún profesional o técnico:
 - Comentarios negativos sobre algún profesional o técnico:
- *Evaluación General*

El ejercicio de aplicación consideró llamadas en horario hábil haciendo referencia a la condición de paciente atendido bajo la modalidad domiciliaria, con un máximo de tres intentos por cada número telefónico de referencia.

Por las condiciones propias de confidencialidad a la que tienen derecho los pacientes, se aplicaron listados sólo con el número de teléfono registrado como contacto, sin información de nombre de los pacientes, diagnóstico efectivo (por lo mismo, puede ser diferente del diagnóstico respondido en la encuesta) ni condición de salud al egreso o alta del paciente.

La aplicación del conjunto de preguntas tuvo en la práctica un tiempo mínimo de 6 minutos y un máximo de 23, dependiendo de la cantidad de información que manejaba la persona entrevistada.

Figura 34: Caracterización de la Muestra:



8.2 Instrumento a aplicar

La batería específica de preguntas y alternativas que manejó cada encuestador es:

Identificación del Encuestado:					
Encuestado (¿Quién contesta la encuesta?):	Pacte (1)	Familiar (2)			
Sí es familiar especificar grado de parentesco:	Padre / Madre	Hijo(a)s	Hermano(a)	Tío(a)s / Primo(a)s	No es familiar
N° integrantes del grupo familiar en el domicilio					

¿Ha estado hospitalizado anteriormente? (Antecedentes de Hospitalización Anterior)	Sí	Tradicional
	No	HD

	7 Excelente	6 Bueno	5 Suficiente	4 Normal	3 Deficiente	2 Malo	1 Pésimo	Observaciones
ADMISION Y SERVICIO DE HOSPITALIZACION								
Recepción a la Unidad de H.D (entrega de Información, orientación)								
Tiempos de espera								
Atención Otorgada por la Unidad de HD								
Acceso telefónico a Unidad de H.D								
Información para el caso de emergencia								
Información para el Alta								
EVALUACION DEL Equipo Profesional y Técnico								
Disposición a solucionar problemas								
Presentación personal								
Rapidez de respuesta a consultas								
Trato Recibido								
Información entregada (indicaciones, cuidados, deberes y derechos)								
Destaca algún profesional o técnico positivamente (¿por qué?):								
Destaca algún profesional o técnico negativamente (¿por qué?):								

	7 Excelente	6 Bueno	5 Suficiente	4 Normal	3 Deficiente	2 Malo	1 Pésimo	Observaciones
¿Qué nota la pondría a la Unidad de HD?								
¿Volvería a atenderse en H.D?	SÍ							
	NO							
¿Por qué?	.							
	.							
Señale sí la familia a tenido gastos adicionales que hacer y en qué?	.							
	.							
	.							
Siente que para la familia HD fue mejor que la hospitalización tradicional	SÍ							
	NO							
¿Recomendaría la Unidad de HD?	SÍ							
	NO							

OTROS COMENTARIOS	.
	.

Fuente: Elaboración propia.

Luego, de los resultados obtenidos se puede realizar el siguiente análisis:

9 Aplicación y Resultados Encuesta Satisfacción Usuaría

9.1 Aspectos Generales de Encuesta

La siguiente es la presentación de los principales resultados obtenidos tras la aplicación de la encuesta señalada en la sección anterior.

Se entiende que, por las características de implementación del Programa de Hospitalización Domiciliaria en cada establecimiento, el error de muestreo para el total de la muestra determina que con un nivel de confiabilidad del 95%, el error de la encuesta alcanza el 4,2%, lo que se encuentra dentro de los rangos aceptables en este tipo de estudios.

Por otro lado, en el caso de establecimientos como el Complejo Asistencial Sótero Del Río, el número de cupos con los que trabaja es tan alto, que a pesar de no poder establecerse contacto con todos los pacientes, el total de encuestas aplicadas sí lo hace representativo.

Por ello se optó por tratar la aplicación del instrumento como si se investigase una misma población, con calificación relativamente homogénea para ser entrevistado (paciente recientemente egresado de HD) porque independientemente de la diversidad causas y criterios que lo llevaron a ser paciente del sistema de HD, el resultado es que cumplió la indicación en domicilio, fue visitado por integrantes del equipo clínico, evolucionó y tuvo un resultado en términos de su condición de salud.

Fue posible entonces observar una situación general, en teoría suficientemente representativa de la experiencia de Hospitalización Domiciliaria, no obstante, como se ha comentado en el transcurso de esta consultoría, la experiencia efectiva de la iniciativa en cada establecimiento de salud es tan variada, que las conclusiones generales y/o comparaciones directa deben hacerse con cuidado y los resultados deben tomarse con la misma precaución.

9.2 Resultados de la Encuesta de Satisfacción Usuaría

9.2.1 Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna

Los resultados del establecimiento se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 38: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HLCM

N° Encuestas	14	Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Varianza
Encuestado	Paciente	0	0,0%	n.c.	n.c.
	Familiar u otro	14	100,0%	n.c.	n.c.
Familiar	Padre / Madre	13	92,9%	n.c.	n.c.
	Hijo(a)s	1	7,1%	n.c.	n.c.
	Hermano(a)s	0	0,0%	n.c.	n.c.
	Tío(a)s / Primo(a)s	0	0,0%	n.c.	n.c.
	Amigo – Otro Familiar	0	0,0%	n.c.	n.c.
N° integrantes grupo familiar domicilio (N°)		n.c.	n.c.	3,93	1,21
Hospitalizado antes	SI	Tradicional	13	n.c.	n.c.
		HD	0	n.c.	n.c.
	NO		1	n.c.	n.c.
Recepción a la Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,14	2,55
Tiempos de espera		n.c.	n.c.	6,14	2,55
Atención Otorgada por la Unidad de HD		n.c.	n.c.	6,14	2,55
Acceso telefónico a Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,14	2,55
Información para el caso de emergencia		n.c.	n.c.	6,14	2,55
Información para el Alta		n.c.	n.c.	6,14	2,55
Disposición a solucionar problemas		n.c.	n.c.	6,86	0,12
Presentación personal		n.c.	n.c.	6,86	0,12
Rapidez de respuesta a consultas		n.c.	n.c.	6,86	0,12
Trato Recibido		n.c.	n.c.	6,86	0,12
Información entregada		n.c.	n.c.	6,86	0,12
Destaca algún profesional o técnico positivamente:		6	n.c.	n.c.	n.c.
Destaca algún profesional o técnico negativamente:		13	n.c.	n.c.	n.c.
¿Qué nota la pondría a la Unidad de HD?		n.c.	n.c.	6,14	2,41
¿Volvería a atenderse en H.D?	SÍ	13	92,9%	n.c.	n.c.
	NO	1	7,1%	n.c.	n.c.
Señale sí la familia ha tenido gastos adicionales	SÍ	3	21,4%	n.c.	n.c.
	NO	11	78,6%	n.c.	n.c.
Siente que para la familia HD fue mejor que la HT	SÍ	12	85,7%	n.c.	n.c.
	NO	1	7,1%	n.c.	n.c.
¿Recomendaría la Unidad de HD?	SÍ	13	92,9%	n.c.	n.c.
	NO	1	7,1%	n.c.	n.c.

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Nota: n.c. = no corresponde

El bajo número de pacientes que se logró entrevistar se explica en parte porque este establecimiento tiene un número relativamente pequeño de cupos, pero además los pacientes tienen una estadía más prolongada que los del resto de los establecimientos.

El resultado esperado entonces para un período de evaluación de dos meses (abril y mayo de 2014) es un número reducido de potenciales encuestados (31) y aún menor de encuestados efectivos (14).

Todos los entrevistados son familiares del paciente, lo que responde también al perfil propio de los pacientes pediátricos usuarios del establecimiento.

Gran número de pacientes dentro de la estrategia que, a pesar de haber sido hospitalizados con anterioridad, no habían sido usuarios de un sistema de Hospitalización Domiciliaria.

Los resultados de las diferentes evaluaciones solicitadas a los usuarios muestran una alta nota asignada a diferentes atributos de calidad percibida de la atención, así como una satisfacción tanto para recomendar como para repetir ellos mismos la experiencia de hospitalización domiciliaria.

Un dato que no aparece en la tabla resumen pero está en el detalle del registro de levantamiento de este establecimiento, indica que una de las personas que respondió, identificado como uno de los padres del paciente, valora muy mal (con nota 1,0) varios de los elementos de calidad (que explica la varianza observada) y en específico identifica y valora negativamente su experiencia con uno de los integrantes del equipo.

A pesar de ser un dato atípico, se optó por mantener dentro de las respuestas validadas porque representa la evaluación que hace una persona consciente de la pregunta y la respuesta que entrega.

El resto de las evaluaciones es muy similar entre sí, coincidiendo en que, como usuarios de la estrategia, han quedado altamente satisfechos.

9.2.2 Hospital Sótero del Río

Los resultados del establecimiento se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 39: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - CASR

N° Encuestas	107	Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Varianza
Encuestado	Paciente	27	25,2%	n.c.	n.c.
	Familiar u otro	80	74,8%	n.c.	n.c.
Familiar	Padre / Madre	12	11,2%	n.c.	n.c.
	Hijo(a)s	29	27,1%	n.c.	n.c.
	Hermano(a)s	2	1,9%	n.c.	n.c.
	Tío(a)s / Primo(a)s	1	0,9%	n.c.	n.c.
	Amigo – Otro Familiar	36	33,6%	n.c.	n.c.
N° integrantes grupo familiar domicilio (N°)		n.c.	n.c.	3,93	3,40
Hospitalizado antes	SI	Tradicional	91	n.c.	n.c.
		HD	18	n.c.	n.c.
	NO		13	n.c.	n.c.
Recepción a la Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,62	1,02
Tiempos de espera		n.c.	n.c.	6,67	0,84
Atención Otorgada por la Unidad de HD		n.c.	n.c.	6,73	0,72
Acceso telefónico a Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,77	0,57
Información para el caso de emergencia		n.c.	n.c.	6,79	0,56
Información para el Alta		n.c.	n.c.	6,75	0,87
Disposición a solucionar problemas		n.c.	n.c.	6,79	0,83
Presentación personal		n.c.	n.c.	6,84	0,61
Rapidez de respuesta a consultas		n.c.	n.c.	6,74	1,05
Trato Recibido		n.c.	n.c.	6,84	0,63
Información entregada		n.c.	n.c.	6,75	1,14
Destaca algún profesional o técnico positivamente:		69	n.c.	n.c.	n.c.
Destaca algún profesional o técnico negativamente:		94	n.c.	n.c.	n.c.
¿Qué nota la pondría a la Unidad de HD?		n.c.	n.c.	6,70	0,83
¿Volvería a atenderse en H.D?	SÍ	102	95,3%	n.c.	n.c.
	NO	5	4,7%	n.c.	n.c.
Señale sí la familia ha tenido gastos adicionales	SÍ	9	8,4%	n.c.	n.c.
	NO	98	91,6%	n.c.	n.c.
Siente que para la familia HD fue mejor que la HT	SÍ	97	90,7%	n.c.	n.c.
	NO	10	9,3%	n.c.	n.c.
¿Recomendaría la Unidad de HD?	SÍ	103	96,3%	n.c.	n.c.
	NO	4	3,7%	n.c.	n.c.

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Nota: n.c. = no corresponde

La alta cantidad de ocasiones en que se pudo aplicar el instrumento de encuesta a pesar de corresponder egresos recientes, se debe a la gran cantidad de cupos del establecimiento y a la dinámica en el tratamiento de pacientes.

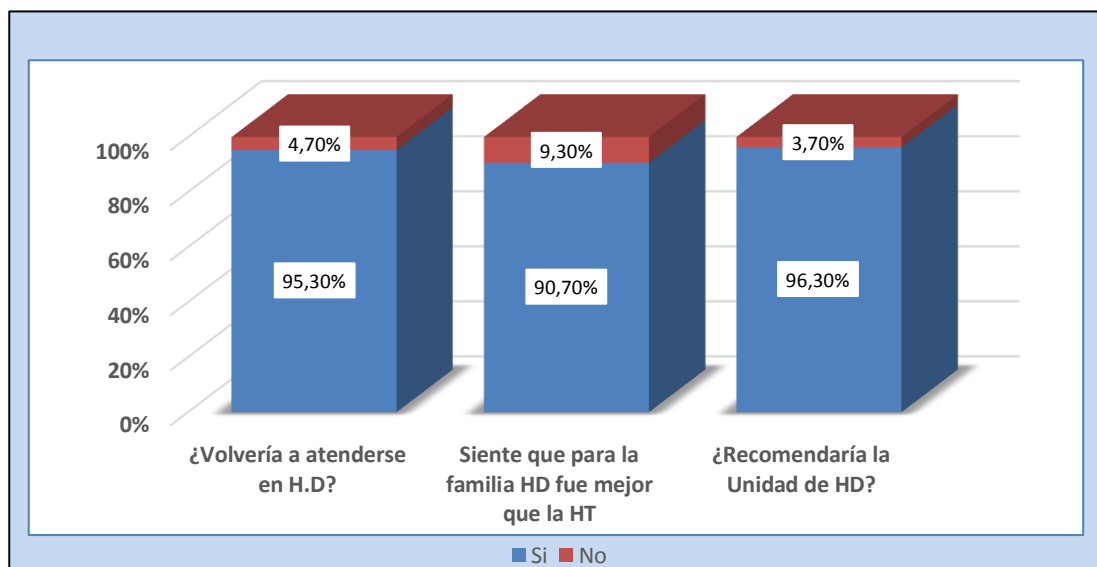
Claramente por el volumen en este caso se reemplaza a un establecimiento completo de mediano tamaño.

Cerca de un 25 de los entrevistados son propios pacientes ya egresados, mientras que en el resto de los entrevistados, destaca que las respuestas sean aportadas por hijos (27.1%) y “Amigo – Otro Familiar” 33.6%.

La cifra no sólo permite dar sentido a que es un establecimiento de adultos sino además las condiciones de atención del adulto de la zona de Santiago y del adulto objeto de la política de hospitalización domiciliaria del Complejo, ya que en un 33% de los casos, la persona que colaboró con el paciente no es hijo ni padre, sino otro pariente o bien un amigo (en muchos hogares de la zona trabajan todos los adultos del domicilio por lo que en ocasiones son incluso los amigos los que están familiarizados o bien colaboran directamente en el proceso de hospitalización).

La nota de aprobación y los porcentajes de buena valoración en el establecimiento son notables.

Figura 35: Aprobación y Recomendación Observada – CASR



Fuente: Elaboración propia. HD: Hospitalización Domiciliaria, HT: Hospitalización Tradicional

9.2.3 Hospital Padre Alberto Hurtado

En el Hospital la experiencia es menos abundante que en Sótero del Río. Se logró entrevistar sólo a 19 pacientes de reciente egreso, y eso es no sólo porque el número de cupos es menor sino además el porcentaje de cupos efectivamente utilizados también es menor ya que no siempre se da con el perfil de paciente candidato para incluir en este programa. Ello principalmente porque el hospital no ha continuado avanzando en la complejidad de atención que puede entregar a domicilio. El cuadro resumen del levantamiento de encuestas es:

Tabla 40: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HPAH

N° Encuestas	19	Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Varianza
Encuestado	Paciente	4	21,1%	n.c.	n.c.
	Familiar u otro	15	78,9%	n.c.	n.c.
Familiar	Padre / Madre	1	5,3%	n.c.	n.c.
	Hijo(a)s	6	31,6%	n.c.	n.c.
	Hermano(a)s	0	0,0%	n.c.	n.c.
	Tío(a)s / Primo(a)s	1	5,3%	n.c.	n.c.
	Amigo – Otro Familiar	5	26,3%	n.c.	n.c.
N° integrantes grupo familiar domicilio (N°)		n.c.	n.c.	5,40	2,91
Hospitalizado antes	SI	Tradicional	17	n.c.	n.c.
		HD	0	n.c.	n.c.
	NO		2	n.c.	n.c.
Recepción a la Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,47	1,93
Tiempos de espera		n.c.	n.c.	6,32	2,43
Atención Otorgada por la Unidad de HD		n.c.	n.c.	6,58	1,82
Acceso telefónico a Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,26	2,83
Información para el caso de emergencia		n.c.	n.c.	6,58	0,88
Información para el Alta		n.c.	n.c.	6,61	1,35
Disposición a solucionar problemas		n.c.	n.c.	6,63	0,86
Presentación personal		n.c.	n.c.	6,95	0,05
Rapidez de respuesta a consultas		n.c.	n.c.	6,68	0,85
Trato Recibido		n.c.	n.c.	6,95	0,05
Información entregada		n.c.	n.c.	6,68	0,85
Destaca algún profesional o técnico positivamente:		5	n.c.	n.c.	n.c.
Destaca algún profesional o técnico negativamente:		19	n.c.	n.c.	n.c.
¿Qué nota la pondría a la Unidad de HD?		n.c.	n.c.	6,63	0,65
¿Volvería a atenderse en H.D?	SÍ	17	89,5%	n.c.	n.c.
	NO	2	10,5%	n.c.	n.c.
Señale sí la familia ha tenido gastos adicionales	SÍ	7	36,8%	n.c.	n.c.
	NO	12	63,2%	n.c.	n.c.
Siente que para la familia HD fue mejor que la HT	SÍ	16	84,2%	n.c.	n.c.
	NO	3	15,8%	n.c.	n.c.
¿Recomendaría la Unidad de HD?	SÍ	18	94,7%	n.c.	n.c.
	NO	1	5,3%	n.c.	n.c.

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

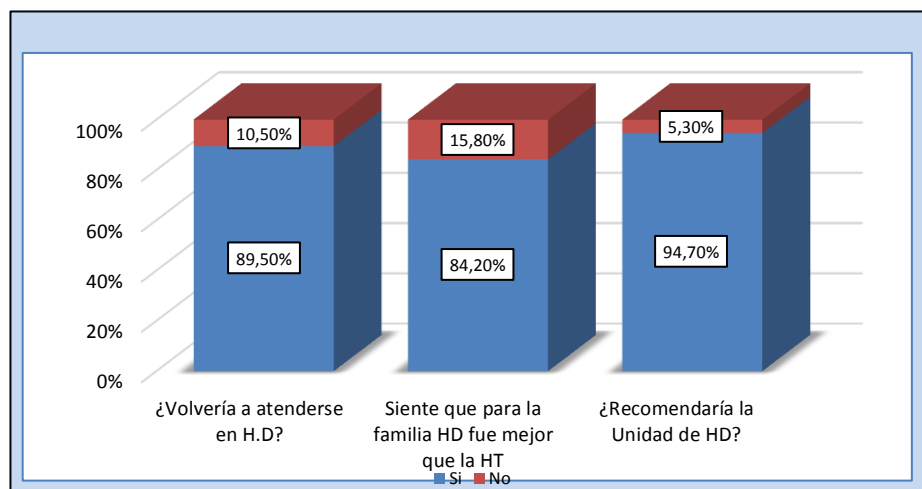
Nota: n.c. = no corresponde

Coincide con el resto de las experiencias nuevas en que la mayor parte de los pacientes entrevistados no muestran experiencia anterior en hospitalización domiciliaria

Los porcentajes de aprobación y buena valoración también son altos aunque nuevamente la varianza observada en este caso, responde a que uno de los entrevistados valoró mal los atributos consultados,

coincidiendo además con un pariente de un paciente que falleció. Destaca en todo caso el hecho que ningún encuestado destaca negativamente a profesional o técnico alguno.

Figura 36: Aprobación y Recomendación Observada – HPAH



Fuente: Elaboración propia. **HD:** Hospitalización Domiciliaria, **HT:** Hospitalización Tradicional

9.2.4 Hospital Salvador

En este establecimiento se pudo realizar el total de entrevistas planificadas con un nulo porcentaje de pérdida.

Tabla 41: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HS

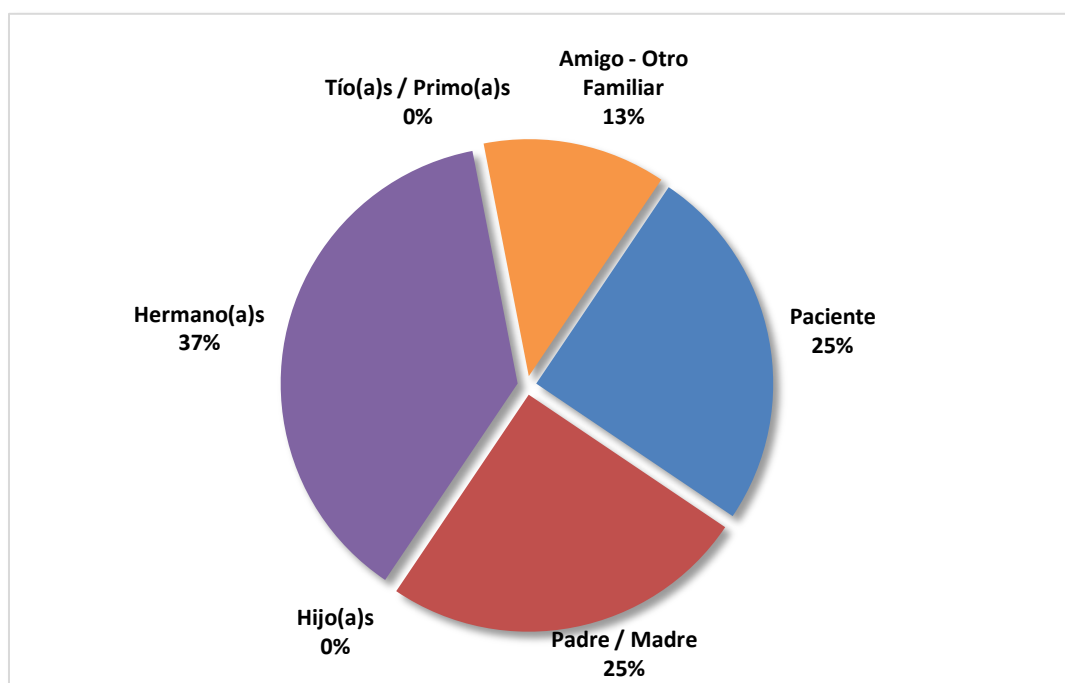
N° Encuestas	21	Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Varianza
Encuestado	Paciente	6	28,6%	n.c.	n.c.
	Familiar u otro	15	71,4%	n.c.	n.c.
Familiar	Padre / Madre	0	0,0%	n.c.	n.c.
	Hijo(a)s	9	42,9%	n.c.	n.c.
	Hermano(a)s	3	14,3%	n.c.	n.c.
	Tío(a)s / Primo(a)s	0	0,0%	n.c.	n.c.
	Amigo – Otro Familiar	3	14,3%	n.c.	n.c.
N° integrantes grupo familiar domicilio (N°)		n.c.	n.c.	3,25	1,89
Hospitalizado antes	SI	Tradicional	18	n.c.	n.c.
		HD	0	n.c.	n.c.
	NO		3	n.c.	n.c.
Recepción a la Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,81	0,25
Tiempos de espera		n.c.	n.c.	6,67	0,51
Atención Otorgada por la Unidad de HD		n.c.	n.c.	6,57	0,63
Acceso telefónico a Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,38	2,05
Información para el caso de emergencia		n.c.	n.c.	6,71	0,78
Información para el Alta		n.c.	n.c.	6,71	0,78
Disposición a solucionar problemas		n.c.	n.c.	6,81	0,15
Presentación personal		n.c.	n.c.	6,86	0,12
Rapidez de respuesta a consultas		n.c.	n.c.	6,86	0,12
Trato Recibido		n.c.	n.c.	6,76	0,28
Información entregada		n.c.	n.c.	6,81	0,25
Destaca algún profesional o técnico positivamente:		9	n.c.	n.c.	n.c.
Destaca algún profesional o técnico negativamente:		0	n.c.	n.c.	n.c.
¿Qué nota la pondría a la Unidad de HD?		n.c.	n.c.	6,71	0,39
¿Volvería a atenderse en H.D?	SÍ	20	95,2%	n.c.	n.c.
	NO	1	4,8%	n.c.	n.c.
Señale sí la familia ha tenido gastos adicionales	SÍ	6	28,6%	n.c.	n.c.
	NO	15	71,4%	n.c.	n.c.
Siente que para la familia HD fue mejor que la HT	SÍ	21	100,0%	n.c.	n.c.
	NO	0	0,0%	n.c.	n.c.
¿Recomendaría la Unidad de HD?	SÍ	21	100,0%	n.c.	n.c.
	NO	0	0,0%	n.c.	n.c.

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Nota: n.c. = no corresponde

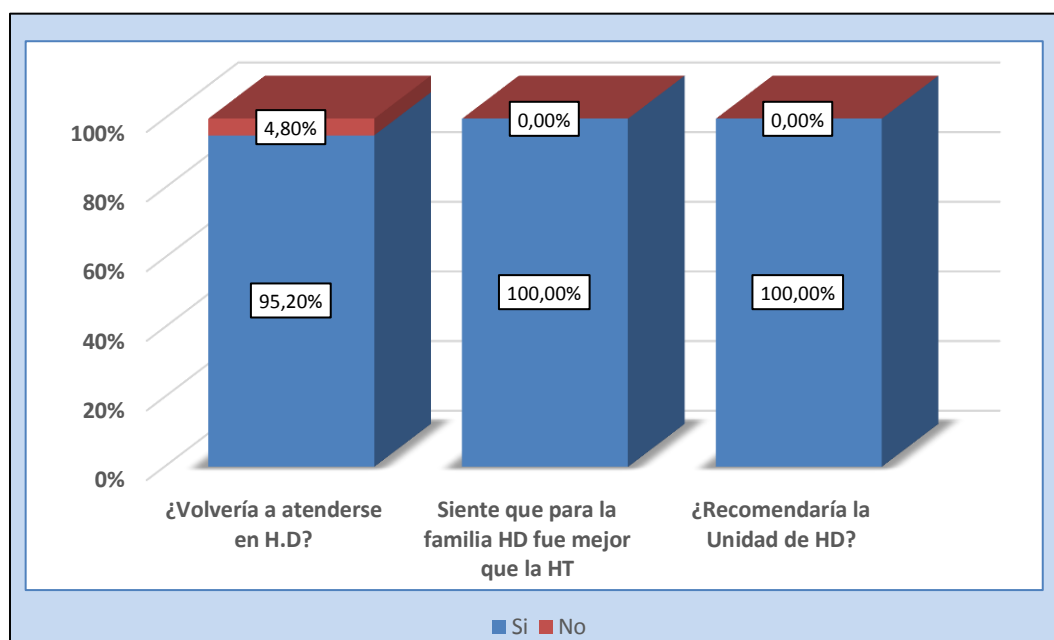
La apreciación de las cifras globales nuevamente muestra una buena percepción por parte de los usuarios, altos niveles de aprobación de los atributos de calidad del programa y llamativos porcentajes de recomendación de la Unidad de Atención Domiciliaria. Sin embargo, producto de la reciente implementación de esta modalidad de atención (septiembre 2013) y los relativamente pocos cupos de atención, las cifras que aparecen se deben tomar como tendencias pero no como cifras absolutas totalmente validadas en una situación de mayor producción.

Figura 37: Usuarios Encuestados



Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Figura 38: Aprobación y Recomendación Observada - HS



Fuente: Elaboración propia. **HD:** Hospitalización Domiciliaria, **HT:** Hospitalización Tradicional

9.2.5 Hospital San Juan de Dios

Para este establecimiento se hizo posible el levantamiento de 47 encuestas, opinión que fue recogida en aproximadamente en un tercio por parte de los usuarios de la estrategia de Hospitalización Domiciliaria.

Tabla 42: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HSJD

N° Encuestas	47	Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Varianza
Encuestado (¿Quién contesta la encuesta?)	Paciente	14	29,8%	n.c.	n.c.
	Familiar u otro	33	70,2%	n.c.	n.c.
Familiar	Padre / Madre	10	21,3%	n.c.	n.c.
	Hijo(a)s	8	17,0%	n.c.	n.c.
	Hermano(a)s	3	6,4%	n.c.	n.c.
	Tío(a)s / Primo(a)s	1	2,1%	n.c.	n.c.
	Amigo – Otro Familiar	12	25,5%	n.c.	n.c.
N° integrantes grupo familiar domicilio (N°)		n.c.	n.c.	4,51	0,00
Hospitalizado antes	SI	Tradicional	35	n.c.	n.c.
		HD	2	n.c.	n.c.
	NO		11	n.c.	n.c.
Recepción a la Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,64	0,49
Tiempos de espera		n.c.	n.c.	6,04	1,79
Atención Otorgada por la Unidad de HD		n.c.	n.c.	6,79	0,38
Acceso telefónico a Unidad de H.D		n.c.	n.c.	5,54	5,03
Información para el caso de emergencia		n.c.	n.c.	6,13	1,60
Información para el Alta		n.c.	n.c.	6,02	2,02
Disposición a solucionar problemas		n.c.	n.c.	6,55	1,57
Presentación personal		n.c.	n.c.	6,87	0,15
Rapidez de respuesta a consultas		n.c.	n.c.	6,72	0,41
Trato Recibido		n.c.	n.c.	6,72	0,63
Información entregada		n.c.	n.c.	6,70	0,63
Destaca algún profesional o técnico positivamente:		6	n.c.	n.c.	n.c.
Destaca algún profesional o técnico negativamente:		41	n.c.	n.c.	n.c.
¿Qué nota la pondría a la Unidad de HD?		n.c.	n.c.	6,74	0,74
¿Volvería a atenderse en H.D?	SÍ	46	97,9%	n.c.	n.c.
	NO	0	0,0%	n.c.	n.c.
Señale sí la familia ha tenido gastos adicionales	SÍ	8	17,0%	n.c.	n.c.
	NO	39	83,0%	n.c.	n.c.
Siente que para la familia HD fue mejor que la HT	SÍ	44	93,6%	n.c.	n.c.
	NO	3	6,4%	n.c.	n.c.
¿Recomendaría la Unidad de HD?	SÍ	45	95,7%	n.c.	n.c.
	NO	2	4,3%	n.c.	n.c.

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Nota: n.c. = no corresponde

Se observó nuevamente una alta valoración de diferentes atributos de calidad consultados, pero llama la atención la relativa mala evaluación que se asigna al acceso telefónico consultado.

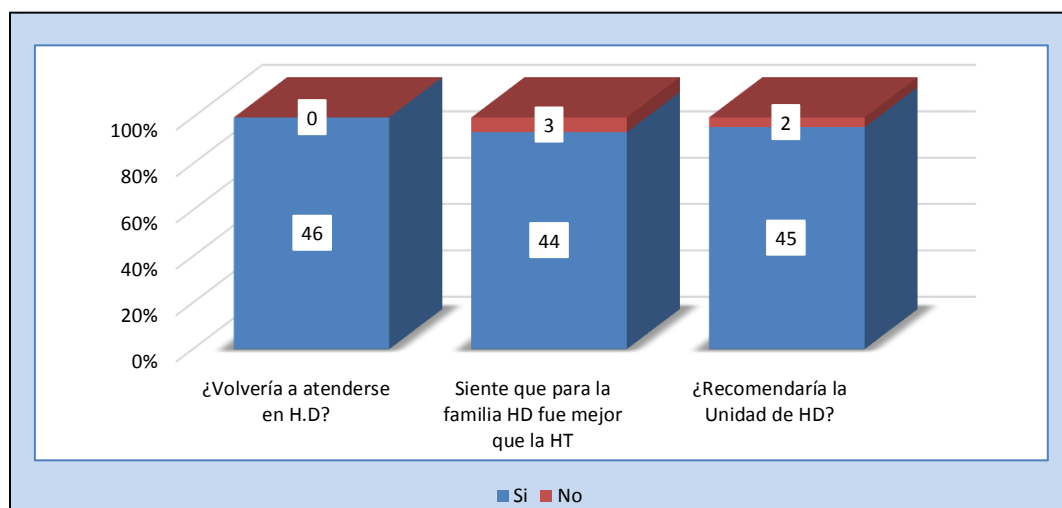
Efectivamente, al mirar el registro de datos aparece en ocasiones mal evaluado, así como también la “Información para el Alta”, y los “Tiempos de Espera”.

Es claro que como valoración de una escala 1 a 7, los promedios observados son buenos o muy buenos, pero eso es a nivel de cifras promedio puesto que la varianza observada es significativa, por la mala evaluación que hacen algunos de los encuestados para este grupo de atributos de calidad consultados. Sin embargo, tienen que ver con prácticas de la gestión que trascienden a Hospitalización Domiciliaria y quizá sea una falla general del establecimiento y no necesariamente atribuible a la estrategia de HD.

Tabla 43: Valoración de los Usuarios – Tablas de Frecuencia

Tiempos de espera	Nota Asignada	Acceso telefónico a Unidad	Nota Asignada	Información para el Alta	Nota Asignada
1	0	1	7	1	1
2	2	2	1	2	0
3	2	3	0	3	2
4	1	4	5	4	5
5	6	5	1	5	4
6	12	6	3	6	8
7	24	7	29	7	26
Total Datos	47	Total Datos	46	Total Datos	46
Promedio	6,04	Promedio	5,54	Promedio	6,02

Figura 39: Aprobación y Recomendación Observada - HSJD



Fuente: Elaboración propia. **HD**: Hospitalización Domiciliaria, **HT**: Hospitalización Tradicional

9.2.6 Hospital San Borja Arriarán

Por lo nuevo de la experiencia, la escasa información que pudo facilitar el establecimiento (sólo para 10 contactos no obstante el sistema está diseñado para la atención simultánea de unos 30 pacientes), la dificultad para levantar información de los potenciales contactos y la baja muestra de respuestas; el resultado de la encuesta en el Hospital San Borja Arriarán arrojó un total de 8 encuestas respondidas que, en forma preliminar muestra una tendencia coincidente con de los demás establecimiento.

Tabla 44: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HSBA

N° Encuestas	8	Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Varianza
Encuestado (¿Quién contesta la encuesta?)	Paciente	3	37,5%	n.c.	n.c.
	Familiar u otro	5	62,5%	n.c.	n.c.
Familiar	Padre / Madre	1	12,5%	n.c.	n.c.
	Hijo(a)s	2	25,0%	n.c.	n.c.
	Hermano(a)s	1	12,5%	n.c.	n.c.
	Tío(a)s / Primo(a)s	0	0,0%	n.c.	n.c.
	Amigo – Otro Familiar	1	12,5%	n.c.	n.c.
N° integrantes grupo familiar domicilio (N°)		n.c.	n.c.	3,57	0,00
Hospitalizado antes	SI	Tradicional	8	n.c.	n.c.
		HD	0	n.c.	n.c.
	NO		0	n.c.	n.c.
Recepción a la Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,88	0,11
Tiempos de espera		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Atención Otorgada por la Unidad de HD		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Acceso telefónico a Unidad de H.D		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Información para el caso de emergencia		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Información para el Alta		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Disposición a solucionar problemas		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Presentación personal		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Rapidez de respuesta a consultas		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Trato Recibido		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Información entregada		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Destaca algún profesional o técnico positivamente:		4	n.c.	n.c.	n.c.
Destaca algún profesional o técnico negativamente:		8	n.c.	n.c.	n.c.
¿Qué nota la pondría a la Unidad de HD?		n.c.	n.c.	7,00	0,00
¿Volvería a atenderse en H.D?	SÍ	8	100,0%	n.c.	n.c.
	NO	0	0,0%	n.c.	n.c.
Señale sí la familia ha tenido gastos adicionales	SÍ	0	0,0%	n.c.	n.c.
	NO	8	100,0%	n.c.	n.c.
Siente que para la familia HD fue mejor que la HT	SÍ	8	100,0%	n.c.	n.c.
	NO	0	0,0%	n.c.	n.c.
¿Recomendaría la Unidad de HD?	SÍ	8	100,0%	n.c.	n.c.
	NO	0	0,0%	n.c.	n.c.

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Nota: n.c. = no corresponde

Sin embargo, entendiendo que el bajo número de respuestas dentro del total posible de pacientes de la muestra no es representativo, no se harán análisis más profundos ni comentarios sobre la situación de este establecimiento.

9.2.7 Hospital Barros Luco Trudeau

El resultado de aplicación de encuestas nuevamente resultó en un relativo bajo número de usuarios pesquisados.

El resumen de los registros señala:

Tabla 45: Resultados encuesta de satisfacción usuaria - HBLT

N° Encuestas	20	Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Varianza
Encuestado (¿Quién contesta la encuesta?)	Paciente	3	15,0%	n.c.	n.c.
	Familiar u otro	17	85,0%	n.c.	n.c.
Familiar	Padre / Madre	3	15,0%	n.c.	n.c.
	Hijo(a)s	9	45,0%	n.c.	n.c.
	Hermano(a)s	0	0,0%	n.c.	n.c.
	Tío(a)s / Primo(a)s	1	5,0%	n.c.	n.c.
	Amigo – Otro Familiar	4	20,0%	n.c.	n.c.
N° integrantes grupo familiar domicilio (N°)		n.c.	n.c.	3,95	0,00
Hospitalizado antes	SI	Tradicional	19	n.c.	n.c.
		HD	0	n.c.	n.c.
	NO		1	n.c.	n.c.
Recepción a la Unidad de H.D		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Tiempos de espera		n.c.	n.c.	6,90	0,19
Atención Otorgada por la Unidad de HD		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Acceso telefónico a Unidad de H.D		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Información para el caso de emergencia		n.c.	n.c.	6,85	0,13
Información para el Alta		n.c.	n.c.	6,95	0,05
Disposición a solucionar problemas		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Presentación personal		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Rapidez de respuesta a consultas		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Trato Recibido		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Información entregada		n.c.	n.c.	7,00	0,00
Destaca algún profesional o técnico positivamente:		6	n.c.	n.c.	n.c.
Destaca algún profesional o técnico negativamente:		19	n.c.	n.c.	n.c.
¿Qué nota la pondría a la Unidad de HD?		n.c.	n.c.	6,80	0,00
¿Volvería a atenderse en H.D?	SÍ	19	95,0%	n.c.	n.c.
	NO	1	5,0%	n.c.	n.c.
Señale sí la familia ha tenido gastos adicionales	SÍ	10	50,0%	n.c.	n.c.
	NO	10	50,0%	n.c.	n.c.
Siente que para la familia HD fue mejor que la HT	SÍ	16	80,0%	n.c.	n.c.
	NO	2	10,0%	n.c.	n.c.
¿Recomendaría la Unidad de HD?	SÍ	19	95,0%	n.c.	n.c.
	NO	1	5,0%	n.c.	n.c.

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Nota: n.c. = no corresponde

Se observa una tendencia de valoración similar a la de otros establecimientos sin embargo.

No obstante el pequeño número de personas entrevistadas y que respondieron la encuesta (20 registros) hemos decidido conservarla y darle importancia puesto que presenta una particularidad que no parece debe ser considerada.

Frente a la pregunta de si la familia ha tenido que realizar gastos adicionales con ocasión de ingresar al paciente en la modalidad de Hospitalización Domiciliaria, la mitad de los entrevistados respondió que sí tuvo que incurrir en gastos que le parecieron significativos (que presumiblemente no hubiera tenido en el caso de la hospitalización tradicional).

9.2.8 Conjunto de Establecimientos

La revisión de resultados siguientes se entiende hecha sobre el acumulado de datos levantados en los diferentes establecimientos, con las diferentes formas de operación, por equipos humanos diferentes los que expresan también diferencias de recursos, temores y entusiasmos, más allá de lo que digan o sugieran los documentos de orientaciones ministeriales sobre la materia.

La acumulación y tabulación de todos los datos no responde a la evaluación de un establecimiento, un sistema ni mucho menos puede ser extrapolado para alguno de los establecimientos dado que, tan sólo por un tema de tamaño y magnitud de la estrategia en cada establecimiento, la cantidad de datos que aporta cada unidad a este conglomerado es diferente y no necesariamente ajustada a proporciones.

Sin embargo, como se han observado tendencias similares en encuestas realizadas por los mismos establecimientos, la consolidación y revisión de los promedios globales da la oportunidad también de observar tendencias generales de grupos de usuarios diferentes sobre un programa que ha intentado ser integrador y uniforme. La tabla siguiente resume la información con todas las 236 encuestas:

Tabla 46: Resultados encuesta de satisfacción usuaria – Conjunto de Establecimientos

N° Encuestas	236	Frecuencia	Porcentaje	Promedio	Varianza
Encuestado (¿Quién contesta la encuesta?)	Paciente	57	24,2%	n.c.	n.c.
	Familiar u otro	179	75,8%	n.c.	n.c.
Familiar	Padre / Madre	40	16,9%	n.c.	n.c.
	Hijo(a)s	64	27,1%	n.c.	n.c.
	Hermano(a)s	9	3,8%	n.c.	n.c.
	Tío(a)s / Primo(a)s	4	1,7%	n.c.	n.c.
	Amigo – Otro Familiar	51	21,6%	n.c.	n.c.
N° integrantes grupo familiar domicilio (N°)		n.c.	n.c.	4,07	3,66
Hospitalizado antes	SI	Tradicional	198	n.c.	n.c.
		HD	20	n.c.	n.c.
	NO		31	n.c.	n.c.
Recepción a la Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,64	0,93
Tiempos de espera		n.c.	n.c.	6,52	1,23
Atención Otorgada por la Unidad de HD		n.c.	n.c.	7,01	21,64
Acceso telefónico a Unidad de H.D		n.c.	n.c.	6,44	2,06
Información para el caso de emergencia		n.c.	n.c.	6,61	0,96
Información para el Alta		n.c.	n.c.	6,58	1,23
Disposición a solucionar problemas		n.c.	n.c.	6,76	0,80
Presentación personal		n.c.	n.c.	6,88	0,33
Rapidez de respuesta a consultas		n.c.	n.c.	6,78	0,65
Trato Recibido		n.c.	n.c.	6,84	0,45
Información entregada		n.c.	n.c.	6,78	0,75
Destaca algún profesional o técnico positivamente:		96	n.c.	n.c.	n.c.
Destaca algún profesional o técnico negativamente:		194	n.c.	n.c.	n.c.
¿Qué nota la pondría a la Unidad de HD?		n.c.	n.c.	6,69	0,00
¿Volvería a atenderse en H.D?	SÍ	225	95,3%	n.c.	n.c.
	NO	10	4,2%	n.c.	n.c.
Señale sí la familia ha tenido gastos adicionales	SÍ	43	18,2%	n.c.	n.c.
	NO	193	81,8%	n.c.	n.c.
Siente que para la familia HD fue mejor que la HT	SÍ	214	90,7%	n.c.	n.c.
	NO	19	8,1%	n.c.	n.c.
¿Recomendaría la Unidad de HD?	SÍ	227	96,2%	n.c.	n.c.
	NO	9	3,8%	n.c.	n.c.

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Nota: n.c. = no corresponde

Se observa que poco menos de una cuarta parte de las encuestas levantadas fueron respondidas por pacientes y el resto por su grupo relacionado con el domicilio y/o proceso de hospitalización (se dan casos de cuidadores tutores que no necesariamente comparten el domicilio en forma habitual).

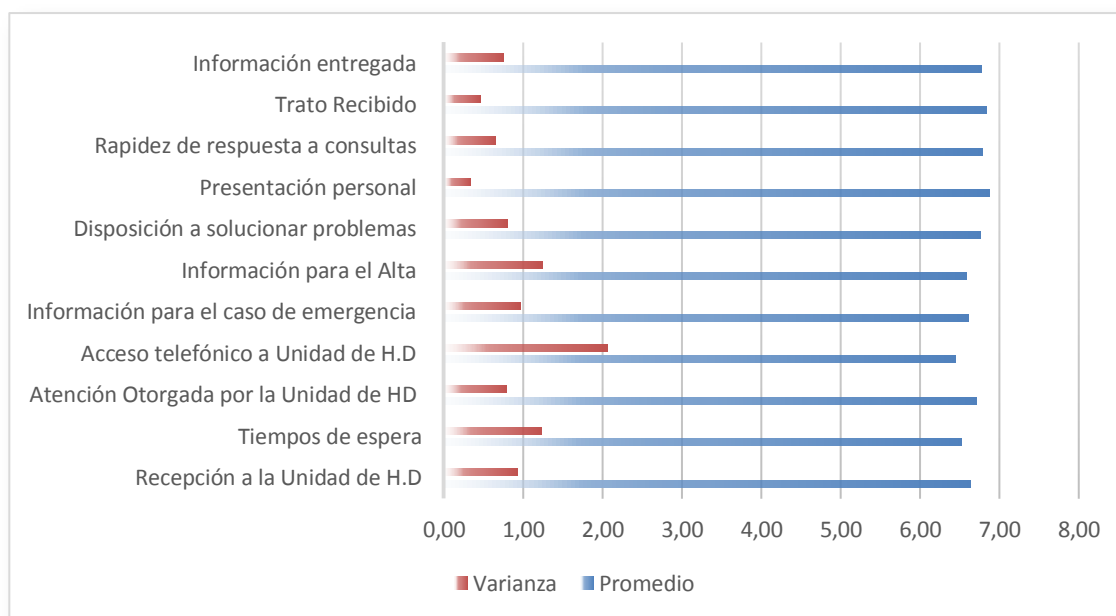
Del total de 236 encuestados, sólo 20 (8%) declaran haber tenido con anterioridad hospitalización bajo la modalidad domiciliaria, no obstante más del 90% declara haber sido hospitalizado alguna vez.

El promedio de integrantes por domicilio es de 4.07 personas, no obstante la varianza es alta (el número máximo de habitantes de un domicilio se dio en el Hospital Barros Luco Trudeau con 12 personas y un paciente diagnosticado con Neumonía).

La valoración que se observa respecto de los atributos de calidad de la prestación es alta y en el agregado la varianza es poca, no obstante los casos especiales que se señalaron en el análisis de las cifras de cada uno de los establecimientos.

Gráficamente resulta:

Figura 40: Valoración de Atributos de Calidad en Atención al Usuario



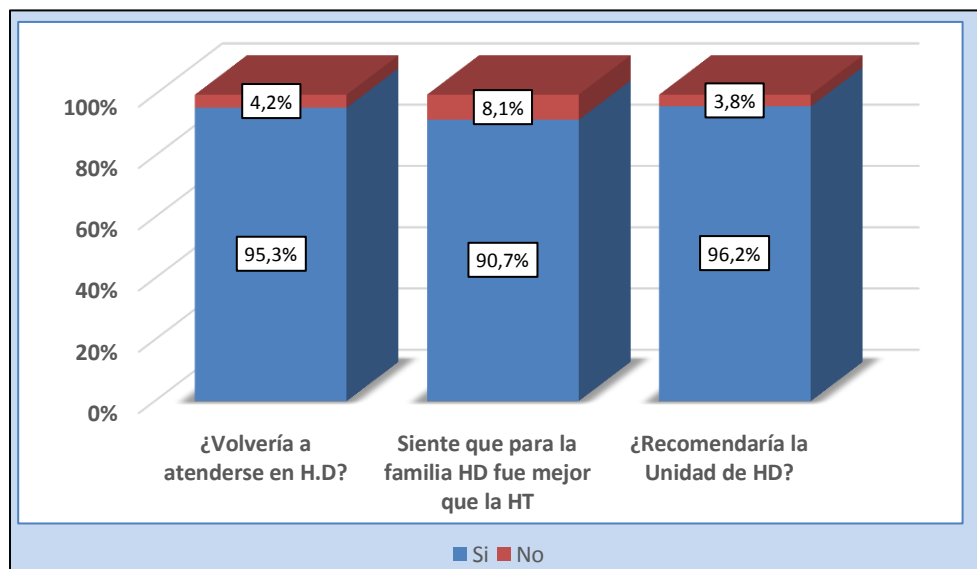
Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Por otro lado, aparecen 194 respuestas frente a la valoración negativa de alguno de los funcionarios pero la respuesta en ese caso fue “NO”, esto es, frente a la pregunta de si identificaban a alguna persona con valoración negativa, la respuesta es clara y breve, no identifican negativamente a personas del equipo de salud no destacan a profesional o técnico alguno en forma negativa.

Esto es, 194 de los encuestados responden con satisfacción este punto mientras que, en el caso de la valoración positiva de alguno de los miembros del equipo de trabajo, 96 responden “Todos”. Esto es, conformidad con todos los miembros del equipo para 96 de los encuestados (más allá que en los demás casos se reparte la mención a médicos, enfermeras, kinesiólogos y técnicos, principalmente).

Finalmente, respecto de las cifras de aprobación y recomendación observada, la consolidación de los datos muestra:

Figura 41: Aprobación y Recomendación Observada



10 Propuesta de Mejora - Modelo de Gestión

Propuestas de Mejoramiento a la Ejecución de la estrategia de Hospitalización Domiciliaria:

En el contexto del Estudio de Evaluación Ex post de Hospitales con Hospitalización Domiciliaria, lo que dice relación con aspectos referidos al objetivo específico n° 4, se ha podido abordar gracias a los resultados de la segunda etapa de trabajo de campo, donde se desarrollaron entrevistas a los equipos de profesionales integrantes de las unidades de Hospitalización Domiciliaria.

Gracias a esto fue posible rescatar por medio de la experiencia de los distintos equipos información muy valiosa para poder determinar propuestas de mejora a los modelos de gestión aplicados, así como la identificación de indicadores de eficiencia y de buenas prácticas, en el contexto de un hospital con programa de hospitalización domiciliaria.

En este punto se realizaron consultas que abarcaban diferentes tópicos de las formas de gestionar de los Hospitales con Programas de HD y que se han querido delimitar en las prácticas que se planificaron que han resultado útiles y pertinentes, y cuales se han mantenido, y las que han debido dejarse por algún motivo, y las que han emergido con la experiencia y que no se programaron inicialmente.

Una forma de expresar globalmente el contexto encontrado es a través del siguiente cuadro resumen que expresa en términos generales las fortalezas y debilidades de cada Hospital expresadas por los equipos entrevistados:

Tabla 47: Cuadro Fortalezas y Debilidades

Establecimiento	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Hospital Del Salvador	• Se ha avanzado en el apoyo de tratamientos de neumonías por medio de la disponibilidad de oxígeno en domicilio. • Trabajo en terreno con presencia permanente de Médico y Asistente Social • Inserción de la familia en el cuidado del paciente a diferencia de la modalidad de hospital amigo • Reconocimiento de la unidad de HD dentro de la estructura hospitalaria • Implementación y operación del programa mediante previa planificación y aseguramiento de su financiamiento • Aplicación de Fast Track con el servicio de Urgencia y resto de servicios clínicos • Buena identificación de funcionarios y pacientes con la estrategia de HD • Externalización de Movilización.	○ Pendiente mejora en el registro de información para disponer de manera oportuna y en detalle de todos los gastos por paciente y gestionar los distintos recursos del programa. ○ Falta mejora continua en la los criterios de ingreso – egreso del programa ○ Respecto a los recursos disponibles; falta un móvil más lo que permitirá optimizar el recurso humano y por ende la cantidad de pacientes potencialmente a atender. Esto podría potenciar el rescate de pacientes atendidos por ley de urgencia, producto que posterior a su estabilización se podría incorporar al programa impactando positivamente en los costos de hospitalización

Establecimiento	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Hospital San Juan de Dios	• Alto compromiso del equipo de HD, más allá de su rol, incluso gestionando insumos con otras áreas y disponiendo de recursos propios en algunas ocasiones • Muy buena Opinión de los usuarios encuestados • Alta orientación a la educación del paciente y familia • Apoyo Universidad de Chile que financia la movilización • Buena coordinación para la atención de pacientes el fin de semana	○ Poca planificación por falta de tiempo al tener personal insuficiente ○ Falta de análisis estadístico ○ Poco tiempo para el análisis epidemiológico ○ Falta de horas médicas exclusivas al programa con visita a domicilio ○ Alta dada por equipo de enfermería y Kinesiólogo. Falta mejorar proceso asistencial por falta de médico en el equipo. ○ Escaso recurso disponible para la operación, los insumos están totalmente restringidos, con un presupuesto anual que no supera los M\$ 2.600.- ○ Mayor coordinación con unidades relacionadas dentro o fuera del hospital, y dentro o fuera de la red asistencial ○ La unidad de HD hoy depende del CR de Atención Cerrada y hace 3 meses pertenecía al CR de Atención Ambulatoria, falta mayor reconocimiento dentro del proceso de hospitalización. ○ Hoy solo se ve como un apoyo y respiro al servicio de urgencia en altos periodos de demanda.
Hospital Barros Luco Trudeau	• HD depende de la subdirección médica del hospital. • Logran muy buena opinión de los usuarios en cuanto al compromiso de la Enfermera Jefe • Logro del reconocimiento por parte de los familiares de la labor del equipo • Alta productividad en función de los recursos disponibles, al comparar equipos similares	○ Falta optimizar la gestión intrahospitalaria con los servicios clínicos ○ Optimizar la comunicación con la red APS ○ Potenciar una mayor cantidad de recurso y factores productivos del programa, porque no se da abasto ○ Potenciar el origen de los pacientes desde los servicios clínicos y no desde la urgencia, logrando mayor validación de la unidad y sincronización de los procesos clínicos ○ Mejorar la gestión de los PDE de los Servicios y categorización de pacientes ○ Presencia de un médico permanente dentro del equipo que sea interlocutor con los servicios clínicos y con presencia en el domicilio

Establecimiento	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Hospital Luis Calvo Mackenna	- Desde los resultados de la encuesta de satisfacción usuaria realizada por el programa al alta, se destaca la disminución de nivel del estrés del cuidador, la integración familiar a su comunidad y sensación de bienestar, protección, seguridad, capacitación y empoderamiento por parte de los tutores. - Seguimiento continuo y apoyo profesional. - Conexión con las redes disponibles de apoyo. - 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.	- Mejoramiento de condiciones laborales de honorario a contrato indefinido, evitando así la rotación de profesionales que afecte funcionamiento del programa. - Incorporación de profesionales de áreas complementarias (Fonoaudiólogo y Nutricionista) y aumento de dotación de horas de acuerdo a demanda del programa (Psicóloga). - Contar con Centro de Costo perteneciente al programa, para mejorar uso de recursos asignados. - Disponer de espacio físico adecuado para atención directa del paciente por parte del equipo, frente a necesidades y/o contingencias durante su visita al hospital.
Hospital San Borja Arriarán	- Capacitación de nuestros técnicos en realización de curaciones avanzadas, para optimizar el recurso y poder abarcar más curaciones. - Socializar nuestro funcionamiento a los centros de responsabilidad del hospital, para que ellos nos deriven más pacientes. - Exender recetas desde farmacia por 30 días, para así mantener el tratamiento de las patologías crónicas luego del alta hasta continuar sus controles en sistema primario.	- Contar con kinesiología a domicilio y poder administrar tratamientos EV y IM cada 8 horas (con más horas de técnicos y enfermería). Debido a su ausencia se limitada la posibilidad de tratar un número importante de pacientes que no requieren la infraestructura. Con esto mismo se aumentarían los cupos que disponemos en el servicio. - Sobre la oferta de cupos que disponemos en nuestra unidad, hasta ahora hemos dado abasto suficiente, pero esto debido a una gran cantidad de horas extra que se están teniendo que efectuar (40 horas extras al mes aproximado por cada enfermera o TENS) - Se debe tener mayor contacto con consultorio para poder realizar derivaciones adecuadas a pacientes y saber que ellos están recibiendo el tratamiento indicado por especialistas. - Otro recurso relevante sería la implementación de un grupo orientado a la población pediátrica, ya que no nos hemos podido hacer cargo de ese tipo de paciente por no contar con personal capacitado.
Hospital Padre Hurtado	- Coordinación con equipos de APS y Municipios. - Coordinación con los diferentes Servicios Clínicos del Hospital - Creación de un sistema de comunicación entre todos los integrantes de la Unidad HD (Whatsapp grupal) - Adquisición de celulares por equipos de terreno	- Deficiencias en el registro de consumo de insumos, en el alta personalizada a domicilio, registros de actividad por falta de tiempo y personal. - Cupos restringidos, sólo aumentan en Campaña de Invierno - Restricción en cupos de pacientes que necesitan oxigenoterapia. - Infraestructura deficiente para el programa HD: oficina, bodega, etc.

Fuente: CONGESA, elaboración propia

Cabe destacar que en el caso del Hospital Sótero del Río, el equipo entrevistado desplegó más bien un decálogo de buenas prácticas que debiese tener cualquier unidad de Hospitalización Domiciliaria, en términos de un “deber ser”, más que desde la propia experiencia, y que se resume detalladamente en el cuadro resumen de buenas prácticas. Consultados los equipos sobre las tareas y actividades³¹ definidas en el proceso de planificación/implementación de la Hospitalización Domiciliaria, que se correspondían con prácticas que han debido dejarse de lado por no presentar los resultados esperados, se les consultó por ¿Cuál o cuáles prácticas dentro del programa debieran o han debido ser abandonadas porque no entregan o entregaron resultados esperados? Ningún establecimiento evidenció tareas o actividades que tuviesen que haber abandonado por no ser consistentes o presentar otros resultados y no los esperados, lo que refleja una buena aproximación inicial a la actividad domiciliaria, exceptuando el Hospital Padre Hurtado, que debido a falta de personal y tiempo debió dejar de hacer actividades como registros de insumos diarios o procesos de altas domiciliarias más integrales.

Dentro de las mismas tareas y/o actividades definidas en Hospitalización Domiciliaria, se les pregunto por ¿Cuál o cuáles han sido abandonadas o insuficientemente abordadas a pesar de lo cual parece relevante retomar y potenciar? En este punto las principales ideas expresadas por 4 hospitales dicen relación con poca planificación por falta de tiempo al tener personal insuficiente, falta de análisis estadístico o poco tiempo para el análisis epidemiológico. También se sumaron la falta de horas médicas exclusivas al programa con visita a domicilio, alta muchas veces dada solo por equipo de enfermería o kinesiología³².

Es decir, se presentaron tareas y/o actividades que dicen relación con las falencias en procesos que en definitiva reflejan la necesidad sentida de RR.HH. principalmente en el ámbito médico y analítico.

Finalmente un aspecto que fue materia de consulta, dice relación con las actividades mencionadas y sobre las cuales se interrogó por: ¿Qué elementos nuevos u otros observados y adaptados a la situación del establecimiento podrían incorporarse para mejorar los resultados de la iniciativa de Hospitalización Domiciliaria en el establecimiento? y ¿Por qué?

En este punto se presentaron ejemplos de manera de ilustrar mejor este aspecto, como “mejora en los procesos asistenciales”, “mejora en el uso de recursos asignados / disponibles”, “mejora en el registro de información”, “aumento de los cupos de pacientes”, “modificación de los criterios de ingreso – egreso del programa”, “coordinación con unidades relacionadas dentro o fuera del hospital, y dentro o fuera de la red asistencial”, “ubicación jerárquica y funcional de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria dentro de la organización del Hospital”, “recursos autorizados pero que están entregados a otras unidades o bien no han sido entregados”, etc.

Es relevante considerar que este ítem fue siempre contestado sobre la base de la experiencia acumulada por todos los equipos, donde se relevaron elementos en dos grandes áreas: Proceso Asistencial y Gestión de Recursos.

En el ámbito de proceso asistencial, se mencionaron elementos como: Incremento de la complejidad del paciente que ingresa al programa, mejora continua en la los criterios de ingreso – egreso del programa, “mejorar proceso asistencial con la presencia de más recurso humano” (específicamente médico), mayor coordinación y comunicación con unidades relacionadas dentro o fuera del hospital, es decir

³¹ Por ejemplo número de familiares capacitados, definición de criterios de ingreso, tipos de diagnóstico, registro estadístico de actividades, registro de uso de insumos, capacitación comunitaria, número de visitas por tipo de profesional, dotación de personal y recursos de acuerdo a lineamientos o sugerencias del MINSAL, etc.

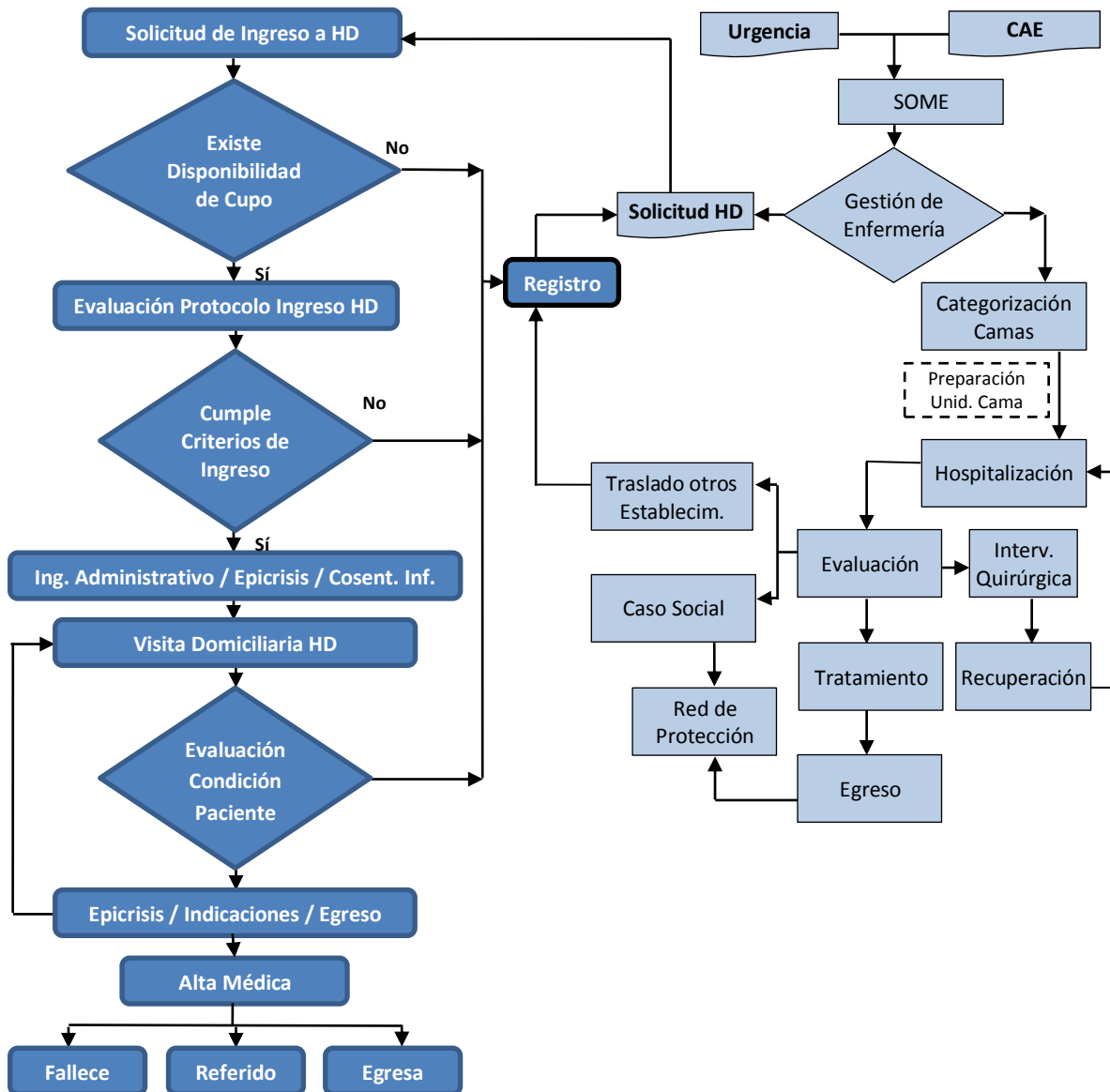
³² Hospital San Juan de Dios.

optimizar la comunicación con la Red Asistencial, (APS por ejemplo es relevante). Esto último se puede expresar por lo dicho en uno de los establecimientos en cuanto a “potenciar el origen de los pacientes desde los servicios clínicos y no desde la urgencia, logrando mayor validación de la unidad y sincronización de los procesos clínicos”.

En este ámbito la idea de mejorar el promedio de días de estada PDE) de los Servicios con una adecuada categorización de pacientes, debiese ser complementario con la mejora del proceso asistencial integral.

Una forma de graficar un proceso asistencial ha sido bajo la lógica de diagrama de flujos o flujograma, que en este caso se puede ejemplificar genéricamente de acuerdo al flujo que debiese tener el proceso, el que puede variar entre establecimiento. A modo de sugerencia se incorpora un registro posterior a la solicitud de hospitalización domiciliaria, como una forma de dimensionar la demanda existente de este tipo de prestaciones, entendiendo que en la actualidad no es posible hacerlo con exactitud, ante una falta de registro de aquellas solicitudes rechazadas:

Figura 42: Flujograma Proceso de Hospitalización en Domicilio



Por otra parte, en el ámbito de la gestión de los recursos propiamente tal aparecen tópicos que dicen relación con la dependencia de la unidad, por ejemplo: Dependencia de atención cerrada o abierta determina una orientación, como por ejemplo en el nivel de reconocimiento dentro de los procesos del Hospital, esto se traduce en el desafío de pasar a ser una unidad más relevante que no “solo se vea como un apoyo y respiro al servicio de urgencia en altos periodos de demanda”, sino que se considere en tiempos fuera de campaña de invierno. En conclusión se propone mejorar la gestión en la disponibilidad de mayor recurso humano fijo durante todo el año y sin variaciones estacionales.

Otra idea expresada es la de gestionar los recursos de mejor manera optimizando su uso, el desarrollo de cuentas pertinentes, con mayor disponibilidad de insumos y presupuesto, que se expresa en las ideas comentadas por los equipos como: “mejora en el registro de información para disponer de una cuenta corriente³³ por paciente y gestionar los distintos recursos del programa”, a esto se suma que dependiendo de la realidad hospitalaria puede haber restricción de insumos, con presupuestos restringidos, temas que según se expresa se superan con una “mayor cantidad de recurso y factores productivos del programa, para dar abasto”

Esto se corresponde con la experiencia desde el mundo privado donde la experiencia de manejo por ejemplo bajo el marco de una cuenta corriente permite una eficiencia de la gestión mayor con lógica de optimizar costos y adecuado uso de insumos. Si a esto le sumamos el potencial que tiene desarrollarse como Centro de Costos autónomo, releva con mayor certeza un éxito en la gestión.

.

33

La Cuenta Corriente del paciente es el registro del total de materiales, insumos, prestaciones y prescripciones entregadas a pacientes durante su hospitalización.

11 Modelo de Costo Beneficio en Hospitalización Domiciliaria (HD)

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 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 del dispositivo. Muchos de estos elementos 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. Esto se agudiza, aún más, en el entendido que la implementación de una herramienta de gestión como la asignación de gastos por centro de costos o centros de responsabilidad, servicio o unidad (Winsig), aún no logra establecerse de manera estandarizada en los establecimientos, quedando a criterio de los digitadores o de los servicios de contabilidad y finanzas, determinar la impugnación de los gastos a un determinado centro, unidad, servicio o dispositivo, lo que trae consigo un enorme sesgo, entre establecimientos, dada las diferencias de criterios en cuanto a la imputación de los gastos y a los métodos utilizados para ello.

11.1 Estudios Anteriores.

Antes de realizar el análisis de costo beneficio, se desarrolla una revisión de los escasos antecedentes existentes que indagaron en esta materia y actividad, obteniéndose como resultado, una búsqueda con solo un resultado de tipo oficial suministrado por el Ministerio de Salud.

En el año 2013, se desarrolla el “Estudio de Impacto Económico y Buenas Prácticas del Servicio de Hospitalización Domiciliaria del Hospital las Higueras” (Documento elaborado por el Departamento de Estudios de la División de Gestión Financiera del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Gobierno de Chile). Este establecimiento corresponde a un Hospital de Alta Complejidad, en donde la unidad de Hospitalización Domiciliaria, tiene una data de operación de 3 años y a partir del año 2013 maneja los ingresos de las prestaciones por PPV. En él se señala que los usuarios acceden al programa, según la demanda existente. El estudio se extrapola en base a una muestra de 4 meses, para el total del año 2013, con un universo estimado de 978 hospitalizaciones básicas, 726 hospitalizaciones intermedias y 438 hospitalizaciones complejas. En sus conclusiones señala 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. Se mencionan ahorros anuales de \$701.078.220 versus la alternativa de compra de camas al extra-sistema y de \$207.709.218, para la alternativa de la hospitalización institucional. En este estudio no se contempla el beneficio de descongestionar camas institucionales para atender a un próximo paciente. En este estudio los gastos se determinan en base a un desglose de los grandes ítems: recursos humanos, vehículo, combustible, insumos médicos y clínicos. El análisis de comparación con otras alternativas se realiza en base al arancel FONASA y al valor de día cama en el extra sistema. El equipo de trabajo, está conformado por un médico, una enfermera, un kinesiólogo, un técnico paramédico y un chofer, todos con 44 horas semanales. Con estos recursos y para una muestra de 2142 usuarios, se obtuvo un costo por Día Cama de Hospitalización Domiciliaria (DCHD) que alcanzó un valor de \$29.075.

Basado en estudios de esta índole se desarrolló un método de análisis de costos, que permita determinar el costo estimado del dispositivo, el cual será comparado con un costo de un servicio un hospitalario comparable.

11.2 Análisis de Información.

Para obtener un análisis con mayor detalle, se caracterizan los establecimientos (seis hospitales de adulto y uno de niños), a través de una descripción de los principales indicadores hospitalarios de los establecimientos y los servicios de cirugía y medicina, siendo este último el mayor usuario interno del dispositivo de HD.

Metodológicamente a los indicadores se agregó el valor promedio y un promedio ponderado, el cual se obtiene al multiplicar el peso específico de los DCO (correspondiente al aporte de DCO del establecimiento al total de DCO de todos los establecimientos), respecto al total, en porcentaje, el cálculo, de este promedio, permite ajustar las variaciones, en tanto el establecimiento con mayor peso en cuanto a su producción, aporta mayor peso al promedio.

Detalle: Promedio Ponderado = $\sum_i^0 DCO_i \times PESO\ DCO(\%)$

Donde: $PESO\ DCO(\%) = \frac{DCO_i}{\sum_i^0 DCO}$

DCO = Días Cama Ocupado

i = Establecimiento

Como se observa en la tabla siguiente, el Hospital Luis Calvo Mackenna no presenta información respecto a la producción del dispositivo de hospitalización domiciliaria, producto que este establecimiento presenta una orientación distinta al resto, en cuanto a su cartera de servicios principalmente con un enfoque en el grupo infantil, se decide descartarlo del análisis de costos hospitalización domiciliaria (HD). Del resto de establecimientos se tiene que el establecimiento con mayor producción es el Sotero del Río, con 21.181 DCO y por tanto, es quien más aporta al promedio ponderado. El universo de la muestra, presenta diferencias considerables entre hospitales en todos los indicadores, principalmente en el caso de Días cama de HD, PDE y Camas, lo que complejiza aún más el análisis. Las diferencias pueden observarse en la tabla.

Tabla 48: Resumen Promedio Ponderado de Principales Indicadores Hospitalarios

Indicador	Variables	LCM	HSDR	HPH	Salvador	HSJDD	HSBA	HBLT	Prom.	Prom. Pond.
IO (%)	Hospital	79,2	92,2	86,2	96,2	86,8	77,7	95,5	87,4	88,8
	Medicina	81,9	95,3	94,6	97,7	94	87,3	97,2	92,4	93,7
	Cirugía	84,5	97,3	91,7	100	85,6	78,5	97,9	90,5	92,3
PDE	Hospital	4,9	5,3	5,4	7,4	7,6	6,1	9,1	6,4	6,0
	Medicina	4,1	8,3	8,6	11,2	8,6	12	9,5	8,5	9,4
	Cirugía	5,2	6,8	5,6	6,9	6,4	4,3	10,1	6,3	6,5
DCO (año 2013)	HD	0	21.181	2.526	1.436	2.134	8.727	3.693	4.173	13.891
	MEDICINA	0	45.832	33.069	51.524	35.860	39.701	40.927	40.707	42.885
	CIRUGIA	0	70.903	26.167	58.661	34.933	22.494	94.327	44.783	57.216
Camas	HD	12	90	10	7	20	30	10	17,2	57,5
	MEDICINA	39	131	84	132	104	122	128	98,8	124,3
	CIRUGIA	30	221	84	153	119	84	265	112,3	178,3
Peso %/DCO		0%	53%	6%	4%	5%	22%	9%	-	-

Nota: Hospital Luis Calvo Mackenna corresponde a los servicio de lactantes y segunda Infancia respectivamente.

Fuente: CONGESA, elaboración propia sobre información DEIS / MINSAL.

Basado en los antecedentes anteriores y de acuerdo a un criterio metodológico, fundado principalmente en la falta de información y la búsqueda de parámetros comparables entre establecimientos, se decidió retirar del análisis de determinación de costos a los establecimientos Padre Hurtado.

11.3 Aproximaciones a Indicadores de Eficiencia

En este ítem, cabe mencionar como desde las propias orientaciones técnicas en Hospitalización Domiciliaria del Ministerio de Salud se recomiendan una serie de objetivos, requisitos y características presentes en la implementación de un programa de este tipo. Es en este contexto que se consideran relevantes los mismos planteados en el documento ministerial como indicadores de eficiencia³⁴.

Es así, que se consultó sobre sí en la experiencia se ha logrado la Optimización del Recurso Cama, la gran mayoría de los equipos plantea que así ha sido efectivamente, esto porque su orientación ha sido apoyar mayoritariamente a los Servicios de Urgencia ofreciendo oferta de camas a pacientes que la requieren directamente sin necesidad de pasar por un Servicio Clínico.

Siguiendo con la idea expresada desde el MINSAL sobre si se han acortado los tiempo de espera de personas pendientes de ingreso hospitalario, según los profesionales que laboran en los programas de HD es muy difícil obtener claridad objetiva de esto, dado que su medición es compleja y se dificulta con la gran demanda a la que se ven sometidos los Servicios de Urgencia. “El fenómeno que se observaba antes de pacientes hospitalizados en sillas de ruedas podría haber sido un buen indicador”, que claramente en la actualidad no se condice con la orientación de trato al usuario que la política sanitaria dicta.

Finalmente en relación a la capacidad de medir tiempo de espera promedio por cama hospitalaria para diagnóstico relevante del año en régimen y del anterior, no fue posible levantar información por inexistencia de datos, sólo en algunos casos se considera el registro de número de pacientes que esperan más de 12 horas por cama, pero que es propio de la gestión de Urgencia y no considera el impacto del programa HD, dado que no hay un antes y después.

Por otra parte desde los equipos emergieron ámbitos que se pueden considerar relevantes como ejemplo de indicadores de eficiencia:

- Definiciones de criterios de ingreso y egreso objetivos que permitan un mejoramiento del proceso asistencial.
- En relación a recursos disponibles; aumentar el recurso transporte con manejo de móviles que permitan optimizar la carga de trabajo del recurso humano y por ende la cantidad de pacientes potencialmente a atender.
- Gestionar una mejor coordinación con el manejo y rescate de pacientes atendidos por ley de urgencia, producto que posterior a su estabilización se podría incorporar al programa impactando positivamente en los costos de hospitalización, es decir, visualizar el programa como una medida de eficiencia de los costos que se van al sector privado.

34

Optimizar recurso cama, disminuir tiempos de espera y mejorar calidad de vida y confort de las personas enfermas y su entorno familiar.

11.4 Indicadores de Eficiencia en la Planificación de la Operación

La búsqueda de mejoras en los procedimientos que apunten a la gestión de los recursos tanto humanos como materiales, deben basarse en la toma de decisiones objetiva a través de la incorporación de herramientas de decisión básicas de optimización de los recursos. Basado en esto, y considerando que la prestación se desarrolla en su mayoría en el domicilio de los usuarios, todas las actividades que no generan valor a este resultado deben minimizarse y gestionarse, optimizando los recursos en base a variables medibles, conocidas por todos los actores y estandarizadas, de manera de establecer un lenguaje y conocimiento común acorde.

Por ejemplo establecer una matriz de prioridades que permita establecer objetivamente la oportunidad de la atención domiciliaria, y que esta decisión este influenciada por un programa de traslados de desplazamiento y requerimientos de recursos humanos y de equipamiento, óptimo a través de cualquier herramienta de optimización como un SOLVER. A través de esta herramienta se puede establecer la ruta optima de visitas diarias, el número de vehículos y de recursos, en base a una optimización basada en la demanda de usuarios, la distancia al domicilio, la urgencia y otras variables que deseen ser incluidas, de manera de obtener el mayor número de visitas y la mayor utilización de los recursos.

La construcción y utilización de ranking de priorización, de visitas permitiría también optimizar y definir a priori las visitas diarias y precisar con mayor certeza la necesidad de atención, en cuanto a la oportunidad. Es así como desde la clásica “administración en salud” se pueden definir rendimientos acordes con criterios de calidad.

Estos nacen de la lógica que consiste en medir la habilidad de un individuo para efectuar una determinada tarea. El uso del término “rendimiento” tiene por objeto evidenciar el comportamiento integral de un trabajador de la salud en su tarea concreta, con inclusión de su forma de organización, su retención y uso de conocimientos especializados, así como de sus actitudes y de sus interacciones con otras personas. En definitiva lo que se considera como la gama de conocimientos, habilidades y aptitudes llevadas a la práctica y que se desarrollan en un tiempo y entorno acotado.

La idea de otorgar criterios a estos rendimientos, nace en Salud como eje para optimizar los recursos y permitir una mejor relación de productividad.

En el caso de las prestaciones ambulatorias o cerradas se han establecido estándares para atención de pacientes, en diferentes niveles, como por ejemplo, número de atenciones por hora o de visitas, o uso de pabellón, etc., esto extrapolado a la experiencia de HD implica no solo la atención directa de pacientes sino la programación de tiempos de traslado y de coordinación, además de las tareas de administración que habitualmente se consideran.

Por lo anterior que con más detalle adelante se presentará una aproximación a este rendimiento esperado, pero que como fórmula inicial debe considerar en términos estrictos jornadas de trabajo ad-hoc, con actividades definidas, tiempos máximos y acordes a perfiles de pacientes, como ejemplo se presenta una propuesta base genérica, sin considerar eventuales labores de turno permanente en domicilios, sólo visitas y atenciones:

Tabla 49: Estimación de Rendimiento Genérico del RR.HH. en HD por jornada diaria de trabajo

Actividad	Rendimiento Estimado Horas Médico	Rendimiento Estimado Horas E.U.	Rendimiento Estimado Horas Kinesiólogo	Rendimiento Estimado Horas TENS
Coordinación / Administración	1-2	1-2	1-2	1-2
Atención Usuario	0,5 hrs. x pacte.	0,25 / 0,5 hrs. x pacte.	0,5 / 0,75 hrs. x pacte.	0,25 / 0,75 hrs. x pacte.

Traslado	0,5 ida y regreso	0,5 ida y regreso	0,5 ida y regreso	0,5 ida y regreso
Colación	1	1	1	1
Rango de pactes. potenciales de atender	6 – 8	8 - 12	6 - 8	8 – 12

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Los beneficios de contar con una herramienta de información, que proporcione una planificación óptima de visitas, acarrea consigo una serie de efectos positivos, tendientes a mejorar el proceso y obtener mayores rendimientos, por el solo hecho de permitir una planificación de las actividades, y la necesidad de recursos tanto humanos como de movilización.

Solo el establecimiento de un proceso claro de visitas, permite planificar anticipadamente las actividades y generar una optimización de los tiempos de traslados y operacionales, provocando un aumento de la oferta de estas prestaciones.

La utilización de Sistema de Posicionamiento Global (GPS), que permita la optimización de los desplazamientos, resulta evidente y necesaria.

En resumen toda mejora en el proceso de hospitalización domiciliaria, que permita Planificar la operación, incrementara la productividad y el desempeño del dispositivo, con todos los beneficios que ello implica para los usuarios, en cuanto a aumentar la capacidad de atención.

11.4.1 Costos Día Cama Hospitalización Domiciliaria (DCHD).

En base a la información, proporcionada se tiene los costos de hospitalización domiciliaria, según establecimiento, a valores año 2013. Cabe consignar, que las fuertes variaciones hacen pensar que los datos provienen de imputaciones de gastos muy distintas, por tanto no todos los establecimientos consideran los mismos ítems para costear el día cama. A modo de acercarnos a los reales costos que implica el servicio de Hospitalización Domiciliaria, se procedió a desarrollar un método de estimación.

Este método determina el costo de día cama, en base a los costos de insumos quirúrgicos, químicos y de medicamentos en base a un día cama ocupado del servicio de medicina del Hospital Sotero del Río, el cual arroja la mayor producción de hospitalización domiciliaria, y el costo de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento de un dispositivo de Hospitalización domiciliaria, detallado en la tabla Estimación Costo Esperado del RRHH. Esta estimación permitiría la comparación de servicios similares, con las siguientes características:

Tabla 50: Costos Día Cama Hospitalización en Domicilio (Costo DCO HD)

Servicio	Salvador	Sótero	Barros Luco	San Juan	San Borja	H. Las Higuera	Promedio Ponderado	Método
\$/Día HD (A)	50.208	13.670	14.573	31.492	8.847	29.075	25.372	33.089

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Este método combina la información de los costos de insumos quirúrgicos, químicos y de medicamentos en base a un DCO del servicio de medicina del Hospital Sotero del Río, el cual arroja la mayor producción de HD., y el cálculo de los recursos humanos mínimos necesarios para el funcionamiento de un dispositivo de Hospitalización domiciliaria que permitiría utilizarse para la comparación de servicios similares, con las siguientes características:

Para el análisis se consideraron como unidades comparables el día cama ocupado en un servicio de medicina (DCO M) versus un día de hospitalización en domicilio (DCO HD), entendiendo la definición y objetivo de este dispositivo en su esencia.

Respecto a la definición del número de usuarios visitados diariamente, por un equipo de HD, esta se realizó en base a los siguientes rendimientos:

Tabla 51: Estimación de Rendimiento Esperado del RRHH que trabaja en HD

Actividad	Rendimiento Estimado Horas	n	Total Horas Día
Coordinación	0,5	2	1
Atención Usuario	0,25	14	3,5
Traslado	0,25	14	3,5
Colación	0,5	1	0,5
Total Jornada Laboral			8,5

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

En base a esta tabla se tiene que el número estimado de usuarios visitados, en base a un rendimiento de 0.25 horas la visita y de 0.25 horas el traslado por usuario, alcanza los 14.

A su vez se determinaron y costearon los requerimientos de recurso humano para la prestación Día Cama Hospitalización Domiciliaria, la cual se muestra a continuación, un mayor detalle se muestra en los Anexo.

Tabla 52: Estimación Costo Esperado del RRHH que trabaja en HD

Recursos Humanos	Remuneración ** Mensual Promedio	\$/Día. ***	Costo Día Cama HD
Medico	1.880.730	94.037	6.717
Enfermera	1.337.608	66.880	4.777
Kinesiólogo	1.337.608	66.880	4.777
Asistente Social*	1.337.609	66.880	1.194
TENS	582.002	29.100	2.079
Administrativo*	582.002	29.100	520
Jefe HD*	1.337.608	66.880	1.194
Sub total RRHH			21.258

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

* : Costo Día Determinado en Base a una capacidad de Gestión de 64 usuarios.

** : Dato Obtenido de Escala de Remuneraciones Sector Público Salud. Vigente a noviembre de 2013.

*** : Dato Obtenido en Base a 20 días Laborales Mes.

*** : Costo obtenido en Base a Columna de N° Pacientes.

En base a estos antecedentes se determinó el costo según método, del Día Cama de Hospitalización Domiciliaria, al año 2013, el cual alcanzó a los \$ 33.089.

Cabe consignar que el valor estimado, es ligeramente superior al determinado en el estudio del Hospital de Higuera, lo que atribuimos a que en su estudio, se puede haber subestimado los requerimientos en el cálculo del recurso humano, específicamente a la no consideración de una jefatura y un administrativo.

Tabla 53: Estimación Costos Día Cama en Domicilio

Costos Directos	
Recursos Humanos	Costo Día HD (\$)
Medico	6.717
Enfermera	4.777
Kinesiólogo	4.777
Asistente Social	1.194
TENS	2.079
Administrativo	520
Jefe HD	1.194
Subtotal	21.258
Bienes Insumos	
Productos Químicos	293
Medicamentos	6.756
Mat. y Útiles Quirúrgicos	1.982
Subtotal	9.031
Costos Indirectos	
Arriendo Vehículo/Chofer	2.679
Servicios Básicos	107
Mat. Oficina	14
Subtotal	2.799
Total Costo Día HD	33.089

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Productos Químicos: Costo según DCO Servicio cirugía Sotero

Medicamentos: Costo según DCO Servicio cirugía Sotero

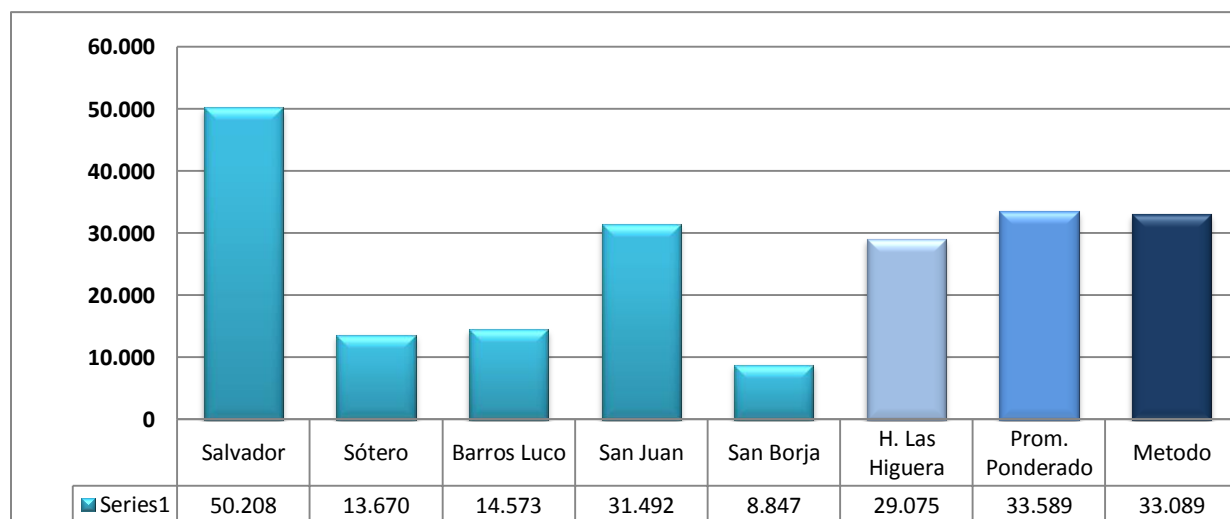
Mat. y útiles Quirúrgicos: Costo Servicio de Cirugía San Borja

Servicios Básicos: Costo Según Servicio de Medicina Sotero

Mat. Oficina: Costo Según Servicio de Medicina Sotero

Vehículo: En base a un Arriendo de 750.000 con chofer por 20 días

Figura 43: Costos DCO HD Según Establecimiento, Ponderado y Método



Como anteriormente se señaló, los costos informados por establecimientos son muy desiguales, tendiéndose a un máximo de 50.208 y a un mínimo de 8.847, para el Hospital Salvador y Hospital San

Borja respectivamente. Estas variaciones, pueden darse, principalmente debido a la característica de la variedad en la prestación, en cuanto a que en la unidad de hospitalización en domicilio del hospital San Borja presenta por un factor escalar de producción un alto volumen de prestaciones, con un requerimiento de recursos humanos, en razón que puede no estar considerada en la totalidad de las visitas el recurso médico o kinesiólogo, lo cual tendería a disminuir sustancialmente los costos, caso contrario resuelta ser el Hospital del Salvador que está en fase de ajustes de producción por el corto plazo de operación (agosto 2013), al presentar el mayor estándar de horas de atención por paciente, como por ejemplo; visita del médico a cada paciente durante todos los días. Esta definición, escapa del alcance de un análisis económico, sino más bien, obedece a una redefinición de los reales requerimientos de un día cama de HD.

11.4.2 Costos DCO Servicio de Medicina.

A partir de la información recopilada en cuanto a los gastos de los establecimientos según servicios, se determinó utilizar como referente de comparación el servicio de medicina, como el que mejor representa una prestación similar a la HD, considerando el objetivo del dispositivo de Hospitalización domiciliaria, el tipo de paciente según riesgo y dependencia que aborda y dado que es este servicio quien de manera natural, resulta ser el mayor usuario de HD.

Los costos se determinan según, Servicio y egreso, con el objeto de transformar los costos en unidades comparables

Los gastos fueron definidos como directos (Recurso humanos y Bienes e Insumos) y los indirectos (Apoyo clínico y Diagnóstico), así se tuvo lo siguiente:

Costos Servicio

Del total de costos, se tienen que el principal ítem lo conforman los costos directos que alcanzan el 70% del total y de estos los gastos de bienes e insumos corresponden a la mayor proporción, con un 68%. Estos costos son solo referenciales, en tanto, no es posible compararlos entre establecimientos, dado que todos presentan modelos de implementación que varían, en cuanto al recurso humano, móviles, tipo de paciente y modelo de gestión y si a esto agregamos la desagregación y detalle de imputaciones a los gastos, la situación se complejiza aún más, por cuanto a este nivel no son comparables, si no solo son referenciales.

Tabla 54: Costos Totales Servicio Clínico de Medicina

Costos	Salvador	Sótero	Barros Luco	San Juan	San Borja	P. Ponderado	Porcentaje
Directos	1.817.439.068	2.793.508.979	3.543.656.040	1.843.973.176	10.409.113.896	5.526.197.028	70%
RRHH	1.062.535.334	2.252.411.819	2.557.254.453	1.497.016.443	1.745.123.996	1.792.912.101	32%
BI	754.903.734	541.097.160	986.401.587	346.956.733	8.663.989.900	3.733.284.927	68%
Indirectos	3.445.853.516	743.062.549	2.245.005.615	3.601.244.635	2.024.314.024	2.419.019.808	30%
Total	5.263.292.584	3.536.571.528	5.788.661.655	5.445.217.811	12.433.427.920	7.945.216.836	100%

Fuente Datos: Información Winsig proporcionada por Minsal.

Costos Día Cama Ocupado Servicio de Medicina

Como se señaló anteriormente y a modo de estandarizar y hacer comparables los costos entre establecimientos, se obtuvo un valor promedio ponderado en base a la trazadora de día cama ocupado, para el conjunto de establecimientos evaluados, lo que arrojó un valor de \$151.028/DCO, como costo promedio ponderado.

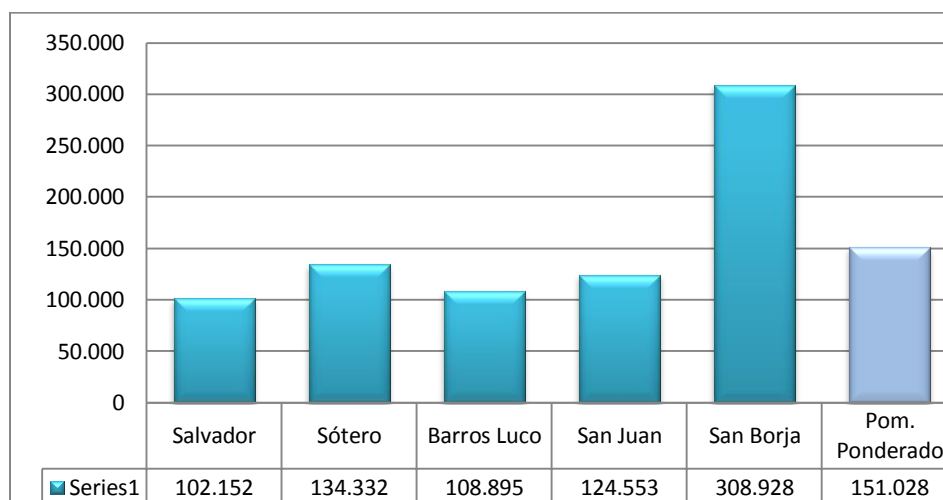
Tabla 55: Costo Promedio Ponderado del Día Cama Servicio de Medicina

Servicio Medicina	Salvador	Sótero	Barros Luco	San Juan	San Borja	Prom Ponderado
DCO	51.524	26.327	53.158	43.718	40.247	45.144
Costos Directos	35.274	106.108	66.663	42.179	258.631	94.931
RRHH	20.622	85.555	48.107	34.243	43.360	42.397
BI	14.651	20.553	18.556	7.936	215.270	52.534
Costos Indirectos	66.879	28.224	42.233	82.374	50.297	56.097
Total Costos	102.152	134.332	108.895	124.553	308.928	151.028

Fuente Datos: Información Winsig proporcionada por Minsal.

Es posible apreciar que los costos de DCO, para el servicio de medicina, alcanzan su valor más alto para el caso del Hospital San Borja y el costo menor lo arroja el Salvador.

Figura 44: Costos DCO Según Establecimiento



11.4.3 Beneficios Económicos HD.

El beneficio económico que producen los dispositivos de HD, surge por la diferencia de costos diarios que se genera ante la situación de tener un paciente en HD versus su hospitalización en el establecimiento. En otros términos lo que el establecimiento se ahorra al transferir la hospitalización del paciente a su domicilio, dado que este costo es más bajo versus el costo de hospitalización en el establecimiento.

Basado en la determinación de costos, se tiene un beneficio sustancial en el funcionamiento de la HD, dado que 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 y de 5 veces para el costo según el método utilizado.

Cabe consignar que las diferencias de costos tanto en costos directos como indirectos, que producen el ahorro, se pueden atribuir a la inexistencia de costos fijos en el caso de la HD, entendiendo que la atención se inicia con la visita y termina con la visita, en su mayoría, en tanto la permanencia de pacientes intramuros determina la utilización de costos fijos como turnos de atención clínica, de apoyo diagnóstico y médica de manera permanente. Es necesario señalar que esta prestación, en el tenor de una recuperación más rápida y la disposición de los pacientes por estar en sus hogares y con sus familiares, traspasa costos al cuidador responsable, en lo que dice relación a una infraestructura y la atención personalizada que recibe en el hogar. A continuación se detalla el ahorro, diario, mensual y anual, en base al costo de Día Cama de Hospitalización Domiciliaria estimado en este estudio. Al considerar el costo de HD obtenido por el método y un costo de DCO del Servicio de medicina Promedio Ponderado, se tiene un ahorro de \$M 396.277 y \$M 422.205 respectivamente, por concepto de beneficios obtenidos, al liberar camas del servicio de medicina.

Tabla 56: Estimación de Rendimiento Esperado del RRHH que trabaja en HD

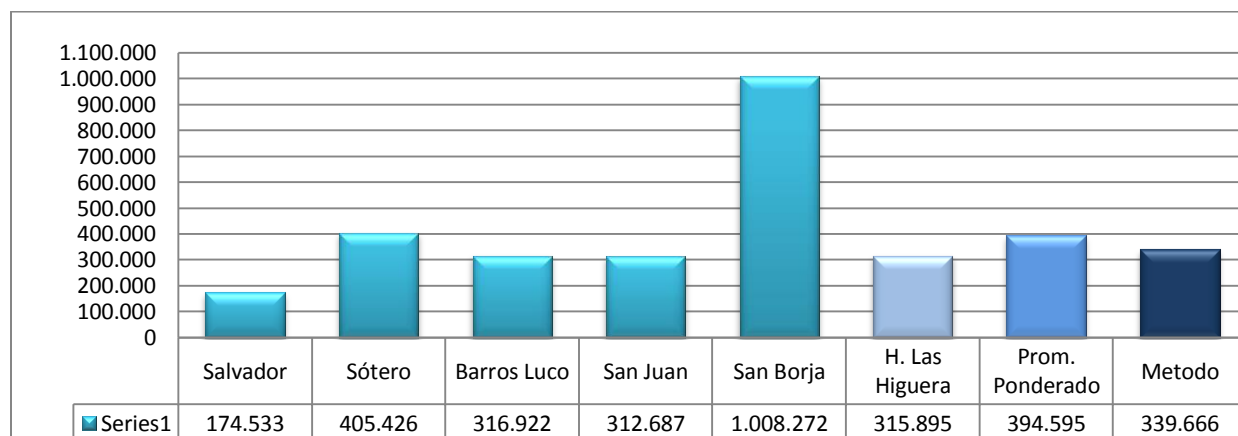
Servicio	Salvador	Sótero	Barros Luco	San Juan	San Borja	H. Las Higuera	Promedio Ponderado	Método
\$/Día HD (A)	50.208	13.670	14.573	31.492	8.847	29.075	25.372	33.089
\$/DCO Serv. Med. (B)	102.152	134.332	108.895	124.553	308.928	123.091	151.028	151.028
B/A							6	5
Beneficio								
\$/Día HD	51.944	120.662	94.322	93.062	300.081	94.016	125.656	117.940
Día *	727.220	1.689.275	1.320.507	1.302.864	4.201.135	1.316.227	1.759.189	1.651.156
Mes (\$M)*	14.544	33.785	26.410	26.057	84.023	26.325	35.184	33.023
Año (\$M)*	174.533	405.426	316.922	312.687	1.008.272	315.895	422.205	396.277

*: Valores estimados en base a una producción diaria de 14 Días Cama HD.

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Los establecimientos con mayores ahorros, corresponden al San Borja y Sotero del Río, sin embargo, debe reflexionarse en este sentido, dado que el San Borja muestra los costos más altos de DCO del servicio de medicina, por tanto, un ahorro superior al obtenido con el promedio ponderado, debiese ser analizado puesto que se estaría produciendo una situación no deseable, entendiendo que un mayor ahorro es directamente proporcional a un mayor costo de día cama del servicio de medicina, lo que podría interpretarse como un servicio ineficiente, respecto al resto de establecimientos evaluados.

Figura 45: Ahorro Anual por DCO de HD por Establecimiento y Promedio Ponderado



El ahorro obtenido a través del método, puede ser un indicador en cuanto al rango en el cual debe moverse el ahorro.

11.4.4 Análisis Financiero.

Dado que FONASA, establece un pago por Hospitalización Domiciliaria podemos establecer un flujo de ingresos y gastos, de manera de determinar la sustentabilidad financiera de la unidad de Hospitalización Domiciliaria. Al analizar los resultados, sobre la base del método de costeo ponderado, con una atención diaria de 14 pacientes, distribuidos en: 3 pacientes complejos, 5 agudos y 6 básicos, según se muestra en el cuadro., se tiene que existe un flujo positivo, lo que permite establecer que los copagos permitirían solventar los costos en razón de los ingresos FONASA, para este ejercicio. Ahora bien, si se incorpora la reducción de gastos, producto de la atención en domicilio, se genera una sustentabilidad financiera que alcanza a un beneficio diario de \$1.678.224/día, al compararlo con el costo del DCO del servicio de medicina, promedio ponderado.

Tabla 57: Ahorros Esperados Mediante Hospitalización en Domicilio (HD)

Ítem	\$/Q	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
Ejercicio con Ingreso por Ahorro DCO			
Ítem	\$/Q	Pacientes	Total
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
Ahorro Hospitalario	\$ 117.940	14,00	\$ 1.651.156
Total Ingresos			\$ 2.141.466
Costos			
Total Costos HD	\$ 33.089	14,00	\$ 463.241
Flujo			\$ 1.678.224

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Dado los flujos obtenidos en los ejercicios anteriores y sus proporciones, cabe consignar que más que una prestación a entregar como parte de una cartera de prestaciones, este dispositivo debe evaluarse como una herramienta de gestión, capaz de aumentar la cobertura de un establecimiento y la disminución de los costos de DCO producida por la atención domiciliaria. Hay que mencionar, que en este ejercicio no se consideraron los costos sociales, ni menos lo que se producen por parte del cuidador, en cuanto a la infraestructura y horas de atención, tampoco son evaluados los beneficios producidos en la recuperación y confort del paciente por el solo hecho de estar en su domicilio o el de un familiar.

11.4.5 Alternativa de Externalización Servicio.

Hoy en día existen servicios privados, que proveen la prestación de hospitalización domiciliaria, como la empresa Mediplus Home Care y Med One, esta última el año 2013, presta servicios al hospital San José, a un Costo de \$69.029, aproximadamente por visita. Es posible inferir que la compra de este servicio por parte de un establecimiento, no presenta diferencia respecto al otorgado por un servicio institucional de HD, dado que en la compra de este tipo de prestaciones se hace imposible realizar a priori una diferenciación o categorización de pacientes, solo se podría realizar posteriormente, por tanto es factible asumir que no existe diferencia en la prestación y por tanto es una alternativa viable de comparación.

Hay que hacer notar, que debe considerarse una valorización económica de los requerimientos de gestión necesarios, para la utilización de una alternativa privada. Puesto que desde el punto de vista de la coordinación y gestión, resulta clave establecer sistemas de control eficiente y de coordinación, capaces de evitar la disociación en la atención del paciente y lograr una eficiente comunicación entre los equipos clínicos de HD y el establecimiento de manera de asegurar la continuidad de la atención.

En términos generales la oferta privada es menos conveniente que los dispositivos institucionales. Siendo aproximadamente un 48% más cara que los valores de HD institucional.

12 Identificación de Buenas Prácticas

En este ámbito se orientó la búsqueda de información sobre la base del juicio de cada entrevistado y lo que ellos podían calificar como buenas prácticas, complementado con los elementos observados en terreno para los hospitales de la muestra, en el sector público fuera de la muestra, en el sector privado y los hallazgos resultantes de la revisión documental por parte del equipo consultor.

La importancia de identificar y ordenar conceptualmente lo que se entiende como buenas prácticas, es porque parte de ellas son fácilmente replicables tanto en las iniciativas ya implementadas como en las que puedan ponerse en marcha a futuro.

Sin embargo no se puede olvidar que el énfasis o la profundidad con que puedan ser replicadas en otros establecimientos, dependerá de la situación particular de cada uno de los establecimientos en que se pretende replicar.

La realidad es que, como siempre, se requiere un proceso de análisis y una posterior estrategia de adaptación de buenas prácticas en los casos que parezcan pertinentes en determinado establecimiento.

Tabla 58: Identificación de Buenas Prácticas por Establecimiento

Establecimiento	Buenas Prácticas
Hospital Del Salvador	○ Disponibilidad de insumos de apoyo clínico: ejemplo oxígeno en domicilio. ○ Disponibilidad de profesionales en terreno: Médico y Asistente Social ○ Inserción de la familia en el cuidado del paciente ○ Implementación y operación del programa con adecuada planificación ○ Disponibilidad de comunicación y flujos expeditos con servicios clínicos intrahospital ○ Buena identificación de funcionarios y pacientes con la estrategia de HD ○ Externalización de Movilización.
Hospital San Juan de Dios	○ Cultivo permanente de alto compromiso del equipo de HD. ○ Apoyo de otras instituciones vinculadas (ej. Universidad de Chile que financia la movilización) ○ Coordinaciones intrahospitalarias para brindar atención 24/7 (fines de semana)
Hospital Barros Luco Trudeau	○ Dependencia en niveles más altos (SDM Hospital) ○ Cultivo permanente del compromiso del equipo HD
Hospital Luis Calvo Mackenna	○ 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
Hospital San Borja Arriarán	○ Capacitación del equipo técnico y profesional en diferentes áreas clínicas ○ Comunicación interna de la experiencia con el resto del Hospital ○ Gestión de recetas eficiente
Hospital Padre Hurtado	○ Coordinación con equipos de APS y Municipios ○ Coordinación interna y empoderamiento con los diferentes Servicios Clínicos del Hospital ○ Sistema de comunicación entre todos los integrantes de la Unidad HD (WhatsApp grupal) ○ Adquisición de celulares por equipos de terreno

Hospital Sótero del Río	○ Trabajo de adaptación continua y permanente a las necesidades del Hospital, su cartera de servicios y los problemas que enfrentan cada día. ○ Unidades con suficiente autonomía para decidir qué hacer y cómo hacerlo, no existe la receta mágica de todos iguales. ○ Dentro de la ubicación jerárquica, idealmente dependencia directamente de la Dirección, no depender de un Servicio Ej.: Medicina, Urgencias, se corre el riesgo de monopolizar a la Unidad. ○ Las Unidades de HD deben poder decidir de acuerdo a las necesidades del Hospital y no de los Servicios.
-------------------------	--

Fuente: CONGESA, elaboración propia

Finalmente las buenas prácticas en los programas de HD, se han agrupado por área de gestión:

Áreas	Glosa
Disponibilidad de recursos y optimización de su uso	• En este punto se ha ido avanzando en el apoyo de HD con otros servicios a modo de expansión como por ejemplo, disponibilidad de oxígeno en domicilio. Por otra parte también se visualiza la oportunidad de contar en algunos hospitales con presencia permanente de Médico y Asistente Social, y más en terreno, como una práctica muy relevante. Ha sido muy provechoso desarrollar la operación del programa con más planificación y aseguramiento de los recursos financieros para gestionar. • Es destacable el ejercicio de liderazgo llevado a cabo por los equipos, que a pesar de las falencias para su desempeño (renta, recursos, presupuestos, seguridad, etc.) la gran mayoría de ellos relevo el alto compromiso del equipo de HD, más allá de su rol, incluso gestionando insumos con otras áreas y disponiendo de recursos propios en algunas ocasiones, con una alta identificación por el programa. • En algunos casos se ha considerado positiva la externalización de movilización, como por ejemplo el apoyo de la Universidad de Chile que la financia y la eventual complementariedad pública privada en este y otros aspectos.
Adecuación del Modelo de Atención, con una orientación más integral	• En este punto es muy relevante la inserción de la familia en el cuidado del paciente a diferencia de la modalidad del hospital amigo, lo que se condice con la buena opinión de los usuarios que han sido encuestados, esto permite una alta orientación a la educación del paciente y la familia.
Integración de Procesos Asistenciales, en el contexto de la Gestión Hospitalaria global	• Reconocimiento de la unidad de HD dentro de la estructura hospitalaria, aplicación de “Fast Track” con el servicio de Urgencia y resto de servicios clínicos, que el Programa de HD dependa en algunos casos de la subdirección médica del hospital, ha sido ventajoso.

En términos globales lo que se puede aprender de un programa de este tipo va más allá de lo puramente clínico y que la evidencia válida, sino que implica el desarrollo de un modelo de atención cuya gestión optimiza recursos y desarrolla actividades más pertinentes para los usuarios y pacientes, consolidando una relación costo-efectividad relevante porque se gestiona la atención bajo una economía de escala.

13 Mejoría de estándares para Establecimientos con Hospitalización Domiciliaria.

Junto con la entrega final de los documentos a la presente consultoría, en esta sección se abordan aspectos que permitan mejorar la formulación y evaluación de proyectos hospitalarios que incluyan, de manera formal, la hospitalización domiciliaria como una herramienta adicional de gestión inserta en los establecimientos de salud y la comunidad.

Para ello, y de acuerdo a lo indicado en las bases de licitación y los productos esperados para el Informe Final, los aspectos a considerar son:

- Parámetros relevantes que afectan la metodología de formulación y evaluación de proyectos de hospitales
- Aspectos que afectan la Normativa de Inversión Pública
- Aspectos que permitan mejorar los estándares del sector

13.1 Aspectos y parámetros relevantes que afectan la metodología de formulación y evaluación de proyectos de hospitales.

La identificación de las potenciales propuestas que afecten positivamente la actual guía metodológica para la formulación y evaluación para proyectos hospitalarios disponible en el portal del Ministerio de Desarrollo Social, requiere obligadamente la presentación resumida de los principales apartados que se relacionan con la estimación de camas hospitalarias, como elemento clave que se relaciona directamente con el impacto esperado de la implementación de la estrategia de Hospitalización Domiciliaria (HD).

La metodología existente se estructura en cuatro partes, la primera de ellas se relaciona con la descripción de la oferta de camas y egresos, posteriormente se explica la forma en que se generan los coeficientes técnicos que dan origen a los distintos estadígrafos que relacionan la oferta histórica con la población objetivo de cada uno de los grupos programáticos de los distintos servicios clínicos de hospitalización.

La tercera parte de la metodología se refiere a la estimación o proyección de la demanda de egresos que se estima a partir de la selección de coeficiente técnico más representativo del servicio clínico que se multiplica por la población proyectada para el horizonte del proyecto, cuyo producto resulta ser la demanda esperada de egresos. Por último, por medio del guarismo que considera la optimización de los promedios de días, demanda esperada de egresos e índice ocupacional estándar, se obtiene el número de camas requeridas en el proyecto.

A continuación, se describe la metodología para cada una de las etapas descritas anteriormente, seguida del posterior desarrollo de las propuestas que afectan la guía metodológica.

13.1.1 Oferta Camas y Egresos Hospitalarios

La metodología señala la caracterización de la oferta por medio de la confección de planillas con la siguiente información solicitada clasificada por servicio clínico y programa (adulto, Infantil y mujer):

- Camas de dotación
- Camas en trabajo
- Egresos hospitalarios
- Días cama ocupados

○ Índice ocupacional

Los indicadores intermedios como índice ocupacional, promedio de días de estada, rotación de camas y otros deben ser calculados a partir de esta información, que dentro de las estadísticas hospitalarias constituyen los datos base que registra el sistema.

Tabla 59: Oferta de Camas de Dotación, Egresos Hospitalarios, D.C.O. e I.O.

Servicios Clínicos	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8
Cirugía Adulto								
Cirugía Infantil								
Derivación Médico – Quirúrgico								
Geriatría								
Ginecología								
Indiferenciado								
Medicina								
Medicina Física								
.....								
.....								
.....								

- Neonatología debe ser considerado en forma independiente de Pediatría, diferenciándose dentro de él, Intensivo, Intermedio y Básico (Mínimo)
- Se deben considerar por separado las UCI Adulto e Infantil (en el caso que se encuentren diferenciadas)
- Se debe clasificar en forma diferenciada las Unidades de Tratamiento Intermedio, para ser analizadas en forma separada de las de Unidades de Cuidados Intensivos
- Se debe considerar por separado las camas de Psiquiatría Agudos de Psiquiatría Crónicos (Hospitalizaciones Prolongadas)

Los egresos relevantes para el cálculo de los coeficientes técnicos observados consideran la permanencia de los pacientes en cada servicio o unidad clínica, es decir, los días cama observados y permanencia de un paciente en cada servicio del hospital. Lo anterior, tiene especial importancia en el caso de las unidades de paciente crítico (UCI y UTI), en las cuales se debe considerar el egreso de la unidad (derivado a domicilio, trasladado a servicio o fallecido) o por defecto el ingreso a dicha unidad.

Por último, la metodología plantea que para aquellos casos en los cuales existen camas hospitalarias en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH), se debe estudiar el perfil de los diagnósticos de los egresos asociados a dichas camas, que permita clasificarlos por especialidad o servicio clínico existente o proyectado del hospital.

13.1.1.1 Propuesta Según Consultoría

Se propone incorporar el registro de oferta correspondiente a la estrategia de Hospitalización Domiciliaria, bajo la consideración de un servicio clínico más dentro de la estadística de atención cerrada, según la siguiente clasificación:

Tabla 60: Oferta de camas de dotación, egresos hospitalarios y días cama ocupados

Servicios Clínicos	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8
Cirugía Adulto								
Cirugía Infantil								
Derivación Médico – Quirúrgico								
Medicina								
Medicina Física								
.....								
.....								
Hospitalización Domiciliaria								

Siguiendo lo que señala la metodología en su componente de modelo de gestión, al analizar el perfil de egresos es posible observar que ellos están mayoritariamente asociados a la atención de urgencia para tratar a personas que dado su compromiso vital, o dolor no puede ser manejado en domicilio.

Por otra parte, es posible observar un esfuerzo sostenido de descenso en la duración de las hospitalizaciones lo que se asocia a un perfeccionamiento de los procesos diagnóstico terapéuticos que se llevan a cabo en el hospital. Una distinción a lo que señala la metodología se observa que no todas las atenciones entregadas en la unidad de urgencia son vitales, la mayor parte suelen ser consultas de bajo riesgo dependencia y solo parte de ellas es derivada a los servicios clínicos de hospitalización.

En función de lo indicado es que se propone establecer un protocolo específico que garantice que el origen en el ingreso al programa de HD, no sea directamente desde el servicio de urgencia tal como sucede hoy (entre el 60% y 70%), a futuro se propone que **todo paciente que es ingresado a HD sea derivado desde algún servicio clínico de hospitalización** por los consiguientes beneficios de coordinación integral del recurso cama y gestión de la atención de la condición de salud de los pacientes.

Las razones que parecen evidentes pero que en el frenesí del trabajo diario o el exceso de entusiasmo se dejan un poco de lado, es que la hospitalización formalmente se realiza en los Servicios Clínicos y están vinculados a casi la totalidad de unidades de apoyo diagnóstico terapéuticas.

Sin considerar las unidades de paciente crítico constituidas por las Unidades de Intensivo e Intermedio, los pacientes hospitalizados en los servicios clínicos aguardan mayoritariamente la evolución de sus patologías. Desde un punto de vista de los servicios de apoyo, los pacientes en estos servicios son intensivos en los cuidados de enfermería.

En una parte importante de los casos los médicos evalúan la condición y la evolución del paciente una vez por día y el resto del tiempo están acompañados por personal técnico y profesional de enfermería, de ahí el cuestionamiento de separar los servicios según especialidades médicas, ya que paradójicamente los pacientes debieran ser organizados de acuerdo al nivel de los cuidados de enfermería que requieren.

De aquí proviene el concepto de los cuidados progresivos del paciente que tiene lo señalado anteriormente como una premisa básica.

Dentro del modelo de análisis propuesto, el objetivo es velar por la continuidad de atención de estos modelos, buscando optimizar los recursos del conjunto de ellos.

De acuerdo a los resultados del presente estudio de evaluación ex post, se considera que la primera aproximación sea desde una mirada de la “Gestión del Cuidado”, que es similar al desarrollo que la Hospitalización Domiciliaria ha tenido internacionalmente, donde la gestión de enfermería se ha construido como el núcleo de la atención/hospitalización domiciliaria.

Posteriormente, en el informe se profundizaran algunos estándares a proponer de acuerdo a la información recogida en las distintas entrevistas realizadas a los hospitales que forman parte del estudio, como resumen se señala que las principales patologías manejadas hasta el momento por las unidades de HD son: Neumonía adquirida en la comunidad (NAC), Infección del Aparato Nefrourológico (ITU/PNA) y la Trombosis Venosa Profunda.

Si bien el orden varía entre hospitales dependiendo por ejemplo de polos de especialización, no es fortuito que se agrupen como patologías, ya que tienen un manejo estandarizado y definido de una evolución conocida y finita, a lo cual el tipo de prestaciones terapéuticas y de cuidado asociadas a su manejo se articula perfectamente con las definiciones hasta ahora mostradas.

Para aquellos casos en que se desarrolle un estudio de preinversión bajo la actual metodología y no se disponga en la cartera de servicios del establecimiento la oferta de Hospitalización en Domicilio, se deberá realizar un análisis de perfil de egresos que clasifique las principales patologías bajo los grupos anteriormente indicados como la primera oferta a implementar en HD. Posteriormente se deberá seguir avanzando a otros grupos de patologías de mayor complejidad en concordancia a la eficiencia esperada en el reemplazo de recursos hospitalarios y en sintonía con la optimización de categorización de pacientes bajo el enfoque de riesgo dependencia.

Estas propuestas indudablemente repercutirán en parte sobre el modelo de gestión de los futuros establecimientos, que impactaran en los recursos operacionales y bajarán la tensión permanente en los recursos de inversión asociados al recurso cama de hospitalización.

13.1.2 Coeficientes Técnicos

La metodología considera la estimación de la demanda actual y proyectada de prestaciones y recursos, es decir considera la producción como demanda satisfecha y aquella que no lo ha hecho como demanda no satisfecha (DNS), donde la **demanda = producción + rechazos**.

Junto a lo anterior, la demanda permite determinar el dimensionamiento de los recursos humanos, infraestructura y equipamiento necesario para el establecimiento hospitalario.

Para estimar la demanda que enfrenta el establecimiento hospitalario, se considera el cálculo de tasas o coeficientes técnicos, las prestaciones finales más la demanda no satisfecha, respecto de la población usuaria y la relación entre prestaciones intermedias más demanda no satisfecha y finales, considerando la distinción entre atención abierta y cerrada.

Por último, se debe mencionar el criterio de selección del coeficiente técnico de proyección y la herramienta estadística utilizada (mediana, máximo, mínimo, percentil x%, entre otros), a partir de los coeficientes técnicos calculados, se selecciona el coeficiente que represente en mejor medida la demanda de atenciones. Los criterios básicos para seleccionar los coeficientes técnicos de proyección se describen a continuación:

- En base a los coeficientes técnicos, se deben construir gráficas y/o estimaciones estadísticas que muestren la tendencia de las series de tiempo
- Para aquellas prestaciones de baja frecuencia se deben sumar (agrupar) al tipo o especialidad madre para no distorsionar el análisis
- Construir tablas y gráficos resúmenes que muestren los 5 coeficientes técnicos: mínimo, mediana, percentil 75, máximo y seleccionado para proyectar demanda, identificando en cada caso el denominador utilizado, es decir, la población objetivo o la prestación final para prestaciones finales o intermedias respectivamente.

13.1.2.1 Propuesta Según Consultoría

Se propone en caso de ausencia de oferta de HD en el hospital en el estudio, considerar estándares observados en hospitales con data suficiente mayor a 3 años de registro en cuanto a egresos y promedio días de estada (PDE), como alternativa válida se deberá considerar el análisis de indicadores internacionales en cuanto al porcentaje de pacientes de baja a mediana complejidad atendidos bajo esta modalidad, para la primera fase de implementación del programa.

La siguiente tabla representa la tasa de egreso por cada servicio clínico incluida la HD, entendiendo como tasa, la razón entre el número de egresos y la población objetivo según área de influencia, por lo general la población corresponderá a la población usuaria de atención cerrada y en casos excepcionales donde no exista oferta de tipo privada en el territorio de estudio, se deberá considerar la población total INE.

Tabla 61: Tasa de Egresos

Servicios Clínicos	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8
Cirugía Adulto								
Cirugía Infantil								
Derivación Médico – Quirúrgico								
Medicina								
Medicina Física								
.....								
.....								
Hospitalización Domiciliaria								

13.1.3 Demanda de Prestaciones de Salud

De manera resumida la metodología considera la producción como demanda satisfecha y aquella que no lo ha hecho como demanda no satisfecha (DNS), donde la demanda = producción + rechazos. Junto a lo anterior, la demanda permite determinar el dimensionamiento de los recursos humanos, financieros, infraestructura y equipamiento necesario para el establecimiento.

Para estimar la demanda que enfrenta el establecimiento, se considera el cálculo de tasas o coeficientes técnicos, las prestaciones finales más la demanda no satisfecha, respecto de la población usuaria y la relación entre prestaciones intermedias más demanda no satisfecha y finales.

Luego del cálculo de los coeficientes o tasas de atencionalidad para cada periodo de estudio, se establece un criterio de selección del coeficiente técnico de proyección y la herramienta estadística utilizada (mediana, máximo, mínimo, percentil x%, entre otros), a partir de los coeficientes técnicos calculados, se selecciona el coeficiente que represente en mejor medida la demanda de atenciones.

Las relaciones a utilizar para la estimación de la demanda de egresos es la siguiente:

Ecuaciones

Coeficiente Técnico (CTS)= 1000 x Producción de Egresos + Demanda No Satisfecha/ Población Objetivo

Demanda año i = CTS x Población Objetivo año de Proyección x 1000

Para la estimación de la demanda de egresos se considera la elección del mejor estimador o coeficiente técnico construido según las series históricas de las tasas de egresos por Servicio Clínico o Unidades del hospital, preparando un listado de su elección según muestra la siguiente tabla:

Tabla 62: Coeficientes Técnicos Seleccionados de Egresos Hospitalarios

Servicios Clínicos	Coeficiente Seleccionado	Criterio de Selección
Cirugía Adulto		
Cirugía Infantil		
Medicina		
Medicina Física		
.....		
.....		
.....		

Tomando en cuenta la selección del coeficiente técnico más representativo, es que se multiplica este valor por la población usuaria de atención cerrada (PUAC) en los instantes o años 1 y 10 del proyecto, según muestra la siguiente tabla, para cada uno de los servicios clínicos:

Tabla 63: Estimación de la Demanda de Egresos Hospitalarios

Servicios Clínicos	Coeficiente Seleccionado (A)	PUAC Año 1/1000 (B)	Demanda Año 1 (C = A * B)	PUAC Año 10/1000 (D)	Demanda Año 10 (E = A * D)
Cirugía Adulto					
Cirugía Infantil					
Medicina					
Medicina Física					
.....					
.....					

13.1.3.1 Propuesta Según Consultoría

Se propone identificar de forma explícita y considerar a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria como un servicio clínico más en la oferta de atención cerrada, con el mismo grado de dedicación, análisis y detalle que es estudiado cada servicio de hospitalización.

Por otro lado, durante el desarrollo del presente estudio, se evidenció falta de registro de información para la construcción de indicadores que conforman la línea base de la estrategia, por ello se sugiere que tanto el coeficiente de proyección utilizado en el marco de la Metodología de Preinversión Hospitalaria como la demanda estimada, sean suficientemente documentados como parte de los indicadores principales de la Línea Base de antecedentes previo a la construcción del futuro hospital, permitiendo de esta forma facilitar las futuras evaluaciones de tipo Ex post.

13.1.4 Demanda de Recursos Físicos

Dentro de la secuencia metodológica, la última fase consiste en la estimación del número de camas necesarias por Servicio Clínico. Para ello se considera la optimización de las mismas a través de los promedios de días de estada e índices ocupacionales recomendados.

El promedio de Días de estada (PDE) refleja el tiempo promedio en que los pacientes permanecen hospitalizados en los Servicios Clínicos, siendo función de la eficacia técnica para manejar los casos y el perfil de morbilidad de los pacientes.

De acuerdo a la información disponible, la metodología señala que según lo observado en el último tiempo se debería avanzar hacia una disminución constante de este indicador, lo que principalmente está asociado a una mayor eficacia en el manejo intrahospitalario de los pacientes. Este fenómeno se ha observado en forma previa a la modificación del sistema de financiamiento FAP por PAD-PPP, que eventualmente puede representar un estímulo para acortar las hospitalizaciones. Como referencia, las disminuciones de los PDE para el período 1989-1995 en los hospitales de Alta Complejidad de la Región Metropolitana son las siguientes:

- Medicina: 17,0%
- Obstetricia: 9,6%
- Pediatría: 51,3%
- Cirugía Adulto: 28,1%
- Cirugía Infantil: 32,0%

Estos fenómenos se han repetido en todo el país, por lo que es pertinente ajustar este indicador al momento de efectuar las proyecciones.

Considerando los antecedentes del estudio de oferta, respecto de los (PDE), el equipo del Departamento Desarrollo de la Red Asistencial – MINSAL construyó una tabla que contiene los PDE máximos sugeridos para utilizar en proyectos de mediana y alta complejidad.

Para determinar su valor, se emplearon registros observados a partir de la base de egresos 1999, estudios existentes (Normalización del Hospital de Copiapó), información de nivel nacional para 1995 y series históricas.

Tabla 64: Promedio de días de estada (PDE)

SERVICIOS CLINICOS	Promedio Días de Estada (PDE)
Cirugía	5.8
Cirugía Infantil	3.6
Ginecología	3.5
Medicina	8.0
Neonatología	5.4
Neurocirugía	10.6
Obstetricia	3.4
Oftalmología	3.4
Oncología	6.5
Otorrinolaringología	3.0
Pediatría	5.1
Pensionado	2.5
Psiquiatría	12.1
Traumatología	7.5
UCI Adulto	5.5
UCI Indiferenciado	5.5
UCI Infantil	4.1
UCI Neonatológica	7.7
Urología	6.8

Fuente: Elaboración propia, Departamento Desarrollo de la Red Asistencial - MINSAL

Para el cálculo de los Días Cama demandados al horizonte del proyecto se debe seleccionar el PDE menor que resulte de la comparación entre los valores referenciales y lo observado localmente.

Tabla 65: Demanda de camas y estimación de días cama ocupados por servicio clínico

Servicios Clínicos	Demanda egresos		Promedio Días Estada	Demanda camas		DCO	
	Año 1	Año 10		Año 1	Año 10	Año 1	Año 10
	A	B		$D=A*C/(IO*365)$	$E=B*C/(IO*365)$	$F=A*C$	$G=B*C$
Cirugía Adulto							
Cirugía Infantil							
Derivación Médico Quirúrgico							
Geriatría							
Ginecología							
Indiferenciado							
Medicina							
Medicina Física							
.....							
.....							

Fuente: Elaboración propia – Departamento Desarrollo de la Red Asistencial MINSAL

• Índice Ocupacional

De acuerdo a lo que señala la actual guía metodológica de estudios de preinversión para hospitales se definen los siguientes índices ocupacionales óptimos para el dimensionamiento de camas, según niveles de complejidad.

- Servicios Clínicos Alta - Mediana Complejidad: 80%
- Unidades de Paciente Crítico (intensivos/Intermedios): 80%
- Servicios Clínicos Baja Complejidad: 75%

• Demanda de Camas Hospitalarias

En base a la demanda de egresos, el menor PDE entre el observado y el recomendado por el Minsal y el índice ocupacional óptimo (IO) se determina la demanda de camas hospitalarias, de acuerdo a la siguiente ecuación:

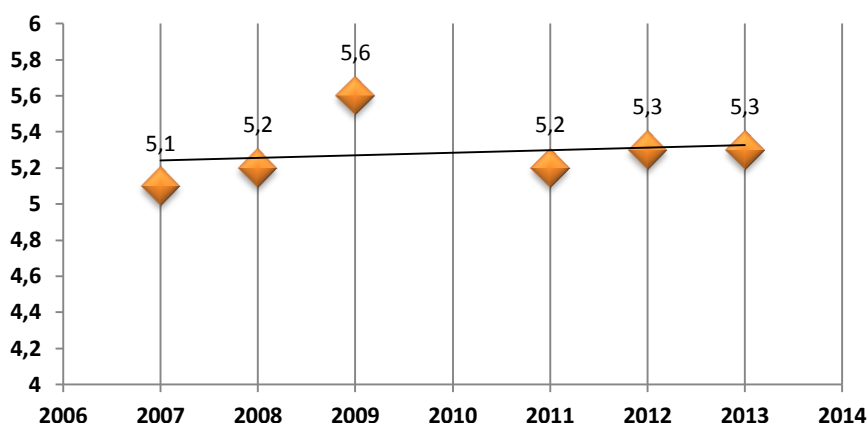
$$Demanda\ Camas = (Demanda\ Egresos \times PDE) / (365 \times IO)$$

13.1.4.1 Propuesta Según Consultoría

El recurso cama que se calcula es sensible a las variaciones que se registren en la demanda de egresos y promedio de días de estada, ya que el índice ocupacional no tendrá mayor margen de dispersión a los valores señalados para hospitales de mediana y alta complejidad, por lo cual reviste el mayor interés el poder analizar con mayor detalle y actualización de los (PDE) estimados por el MINSAL años atrás, ya que para su valor está relacionado a la base de egresos del año 1999, junto a la Normalización del Hospital de Copiapó, información de nivel nacional para 1995 y series históricas. Todos estos antecedentes deberán ser actualizados sin juicio previo de si son aún elevados o están en los límites de eficiencia.

Si bien es cierto, se podría tener la premisa que los PDE deberían ir hacia la baja por la mayor tecnología y eficiencia en los procesos de hospitalización, esto no se ha reflejado en los últimos años para los hospitales de la muestra, según se observa en la siguiente gráfica los PDE del Hospital Sótero del Río:

Figura 46: Promedio de Días de Estada observados, Hospital Dr. Sótero del Río



Los factores que potencialmente inciden en 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, por lo tanto, se deberá considerar el límite inferior a exigir como promedio de días de estada y la planificación en la gradualidad de implementación de HD en el conjunto de camas que serán parte de la oferta futura del hospital.

13.1.5 Estimaciones del Impacto de la Estrategia HD en la Cartera de Inversiones

Frente a las interrogantes sugeridas en el caso de optimizar y establecer estándares de HD, seguido de la implementación de una política que garantice el fortalecimiento a lo largo del país de la estrategia de HD, surgen las siguientes preguntas ¿Cuántos pacientes más podrían ser atendidos en un Hospital? ¿Cómo la estrategia podría impactar sobre la capacidad de la oferta de camas y/o sobre la demanda de Inversión en infraestructura y equipamiento?

En consecuencia, según los desafíos señalados, fue posible estimar de manera agregada el impacto de la estrategia en la cartera de inversiones a nivel hospitalario, bajo algunos supuestos bases para medir el potencial ahorro o postergación parcial de las inversiones relacionadas.

La estimación de Inversión optimizada, se construye a partir de los datos extraídos de los establecimientos en estudio (relación camas HD/camas Hospital=4,92% y supuesto que el resto de hospitales aún no tiene en ejecución la estrategia) y estándares de inversión que el sector salud utiliza en sus evaluaciones, tales como; superficie por cama = 120 m²; costo construcción= 50 uf/m²; costo equipamiento = 15% del costo de construcción y valor UF fecha 07/10/14 \$23.637,37.

De esta forma, es posible realizar la siguiente estimación del potencial impacto en las inversiones de recursos de infraestructura y equipamiento producto de la implementación de la estrategia de HD en el resto de Hospitales, bajo tres escenarios esperados. El escenario conservador se basa en la actual

participación de camas HD sobre el total de dotación de camas en los hospitales en estudio, equivalente al 4,92%, cuyo ahorro esperado sería de M\$ 171.072.490, ahora bien, bajo un escenario pesimista que consistiría en reducir a la mitad de la participación de camas HD, se estimaría un ahorro de M\$ 85.536.245, para finalmente bajo un escenario optimista el cual consideraría un incremento del 30% por sobre la participación actual de HD en los hospitales en estudio, se estima un ahorro potencial de M\$ 222.533.320.

Tabla 66: Estimación Impacto en las futuras inversiones

Parámetros	Hospitales en Estudio	Estimación impacto resto de Hospitales a nivel país		
		Escenario pesimista (2,46% de las camas en HD)	Escenario conservador (4,9% de las camas en HD)	Escenario optimista (6,4% de las camas en HD)
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

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

13.2 Aspectos que afectan la Normativa de Inversión Pública.

La normativa aplicada actualmente a los proyectos de inversión hospitalaria se compone, entre otros, por los siguientes instrumentos:

- *Oficio Circular N° 33 de 2009, Ministerio de Hacienda, Actualiza instrucciones Oficio Circular N° 36 de 2007.*
- *Oficio Circular N° 36 de 2007, Ministerio de Hacienda, Instrucciones específicas sobre materias de inversión.*
- *Oficio Circular N° 10 de 2013, Ministerio de Hacienda, Actualiza instrucciones Oficio Circular N° 36 de 2007 y N°33 de 2009.*
- *Normas, Instrucciones y Procedimientos de Inversión Pública, NIP, Ministerio de Desarrollo Social.*
- *Decreto Ley N° 1.263 de 1975, Orgánico de Administración Financiera del Estado.*

Es importante referirse sobre cómo la propuesta de la Consultora podría verse afectado por la Normativa Vigente y cómo, a su vez, la implementación formal y en régimen de modalidades de Hospitalización Domiciliaria podrían afectar la normativa de inversión pública.

La incorporación de la modalidad de HD a proyectos nuevos como un elemento de la cartera de servicios o su puesta en marcha en establecimientos ya en operaciones se hace desde la óptica de “Proyectos” señalados en el Sistema Nacional de Inversiones.

Las definiciones de cada uno señalan:

Proyectos (Subtítulo 31.02): Corresponde a los gastos por concepto de estudios preinversionales de prefactibilidad, factibilidad y diseño, destinados a generar información que sirva para decidir y llevar a cabo la ejecución futura de proyectos. Asimismo, considera los gastos de inversión que realizan los organismos del sector público, para inicio de ejecución de obras y/o la continuación de las obras iniciadas en años anteriores, con el fin de incrementar, mantener o mejorar la producción.

Programas: (Subtítulo 31.03): Son los gastos por concepto de iniciativas de inversión destinadas a incrementar, mantener o recuperar la capacidad de generación de beneficios de un recurso humano o físico, y que no correspondan a aquellos inherentes a la Institución que formula el programa.

Por otro lado, ya sea en proyectos nuevos o en establecimientos en operaciones, requieren de decisiones de inversión en infraestructura, equipamiento y personal que, de acuerdo a la cartera de servicios vigente en cada caso, deben ser preparados, evaluados y eventualmente autorizados con las mismas condiciones normativas y sus restricciones vigentes a la fecha.

La forma en que se propone se integre la modalidad de HD a los establecimientos de salud no afectaría entonces la normativa central relacionada con la inversión pública puesto que como un producto más relacionado con la cartera de servicios, considera las eventuales necesidades de infraestructura, recursos humanos, equipamiento, insumos, fármacos y vehículos.

Quedan sin embargo algunos temas pendientes que deben ser resueltos pero que no afectan la normativa de inversión y dicen relación con la operación.

Es un 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.

13.3 Factores que afectan y mejoran los estándares de Hospitalización Domiciliaria

Para el desarrollo de este punto es pertinente tener claridad sobre el desarrollo desde una perspectiva técnica que han tenido los programas de Hospitalización Domiciliaria y como estos se han visto influidos por sus propios contextos.

13.3.1 Diagnóstico de Situación Actual de Cartera de Servicios y Perfil Clínico de Usuarios de Hospitalización Domiciliaria

En el contexto del Estudio de Evaluación Ex Post de Hospitales con Hospitalización Domiciliaria, un insumo relevante para el análisis a desarrollar dice relación con el perfil clínico de los pacientes sobre el que están trabajando las diferentes unidades o servicios clínicos.

La experiencia observada a lo largo de esta consultoría muestra programas implementados para una amplia variedad de patologías, con pacientes de diversa edad, diferentes requerimientos médicos y quirúrgicos, diferente pronóstico y esperanza de vida, diferente condición socioeconómica, de composición del núcleo familiar y otras.

De esta forma, las diferencias respecto del perfil clínico de los pacientes, permite ver también un perfil o una condición de patología manejable en HD según el objetivo que se persiga y, una aproximación realista a una cartera de servicios pertinente para un programa de estas características.

Recordemos que una Cartera de Servicios se define como el conjunto de productos asistenciales que un determinado establecimiento o institución pone a disposición de los usuarios. Estos productos consideran desde prestaciones genéricas como consultas médicas, camas de hospitalización, exámenes clínicos; hasta productos específicos como determinados exámenes clínicos, determinado tipo de

intervención quirúrgica o día de hospitalización, vinculado a condiciones propias de la patología que corresponda enfrentar, tal como la patología o condición de salud predominante en el paciente, la edad y otros.

Lo relevante de la identificación de estos servicios, es que permite caracterizar al establecimiento, mostrando el nivel de atención y resolución que tiene.

Para elaborar una cartera de servicios se requiere una adecuada revisión y clasificación de los procesos que se desarrollan en el establecimiento, servicio clínico o unidad. Estos procesos clínico-asistenciales se descomponen habitualmente en dos niveles: procesos intermedios y procesos finales.

Por proceso final se entiende al resultante último del proceso productivo al interior del establecimiento, servicio clínico o unidad. Generalmente bajo el concepto de proceso final se incluyen los *egresos hospitalarios*, las *consultas de nivel primario*, las *consultas de especialidad* y las *consultas de urgencia*.

Para el presente análisis se ha desarrollado en base a la información entregada por los equipos de Hospitalización Domiciliaria una línea similar de análisis siguiendo la lógica de producto final (asociado a egreso de HD, en base a diagnóstico clínico) y su relación con prestaciones determinadas.

Si bien el Ministerio de Salud está desarrollando un marco técnico para la Hospitalización Domiciliaria que implica una aproximación a lo que se ha mencionado, dentro de los propios hospitales estudiados, los equipos de trabajo ya se han encontrado definiciones preliminares a modo de “cartera de servicios”.

Se tiene en primer lugar lo que desde una perspectiva de enfermería o de cuidados se ha planteado como grupo de prestaciones pertinentes de acuerdo a niveles de complejidad, entendiéndolos más que de una lógica de especialización médica, bajo una mirada de demanda o requerimientos de prestaciones definidas para el paciente, vale decir, que mientras más servicios necesite la persona más compleja es la atención, independiente que la propia prestación en sí sea de mayor o menor especialización técnica.

En definitiva se vincula la complejidad con la “cantidad” de cuidados a otorgar. Un ejemplo de esto es lo que a categorización de días cama de HD se ha realizado por el sector:

Tabla 67: Categorización de Día Cama Hospitalización Domiciliaria Integral

Día Cama Hospitalización Integral Domiciliaria Básica:	Día Cama Hospitalización Integral Domiciliaria Intermedia:	Día Cama Hospitalización Integral Domiciliaria Compleja:
Usuario puede presentar una o más de las siguientes características: a) Paciente estable con necesidad de solicitud de Rayos X, Ecografía, TAC (con y sin medio de contraste) o exámenes de laboratorio, que no requiere ingreso hospitalario. b) Paciente con indicación de atención kinésica no diaria: KNT Motora o Respiratoria. c) Paciente que requiere curación simple (plana, laceraciones menores, seromas, flictenas, etc.) d) Paciente que requiere curación de Úlcera por Presión (UPP) grado 1 o 2 (uso de apósitos adhesivos transparentes, películas protectoras,	a) Paciente con toma de muestras del siguiente tipo: punciones arteriales y que demande al menos 2 visitas semanales. b) Paciente con indicación de tratamiento endovenoso c/24 hrs. c) Paciente con indicación de atención kinésica 2 veces al día. d) Paciente con Sonda Nasogástrica. e) Paciente con curación avanzada no infectada. f) Paciente con patología neuropsiquiátrica con control médico al menos 2 veces a la semana. g) Paciente usuario de	a) Paciente con los siguientes dispositivos invasivos: Traqueostomía (TQT), Gastrostomía, Cistostomía, Catéter Venoso Central (CVN), Drenaje Pleural, Sonda Nasoyeyunal. b) Paciente con indicación de tratamiento endovenoso c/ 12 hrs. c) Paciente con Úlcera por Presión (UPP) infectada, cualquier grado o grado 4, fuera de alcance quirúrgico y/o que requiere curación diaria. d) Paciente que requiere

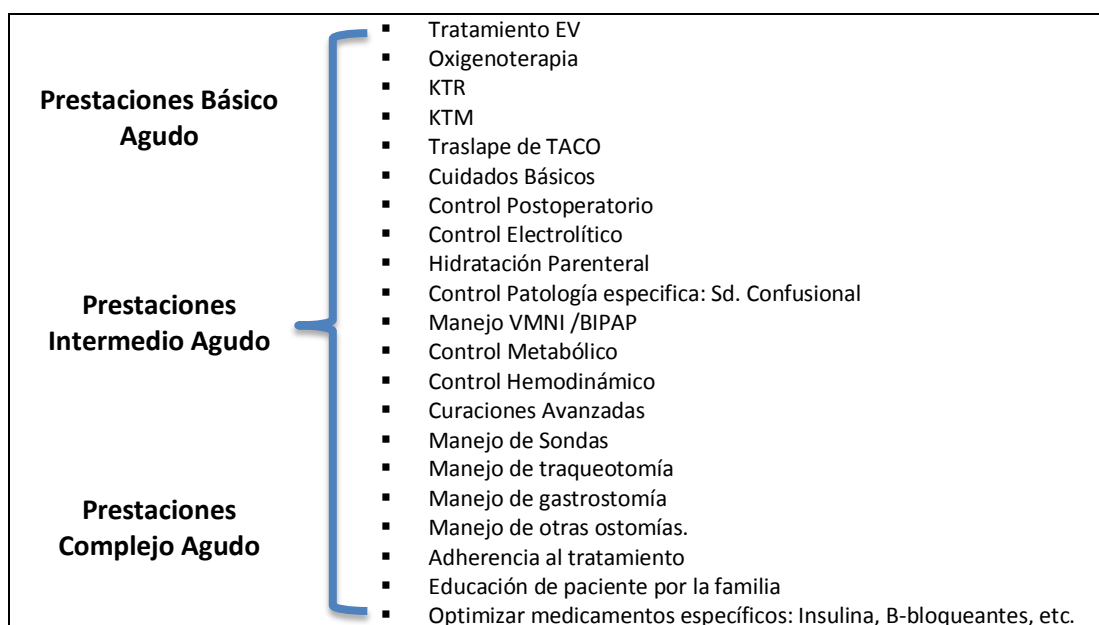
etc.)	oxigenoterapia en una primera etapa de adaptación y regulación.	evaluación diaria por algún integrante del equipo.
e) Paciente con indicación de seguimiento pre – post quirúrgico.		

Fuente: Elaboración propia en base a material entregado por Unidad de Hospitalización Domiciliaria H. San Juan de Dios.

Esta clasificación es complementaria a las definiciones que otros establecimientos han hecho de diferente manera a las prestaciones que otorgan. Por ejemplo el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río plantea prestaciones de menor a mayor complejidad según lógica PPV³⁵, pero que es similar a la expuesta.

En este sentido la construcción de niveles de complejidad tiene su base en lo desarrollado por el Ministerio de Salud para diferenciar las mencionadas PPV. Para ello recurre a delimitar 3 niveles de severidad clínica de los pacientes y considerar el costo real del hospital. Esta severidad clínica está dada por los denominados Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD), metodología que reduce la casuística médica e identifica el potencial consumo relativo de recursos entre grupos de pacientes que tienen similar condición clínica. En el caso de lo que se trabaja en los hospitales, el costo se gestiona mediante un sistema de información de costeo denominado WINSIG. Esto permite diferenciar el costo entre hospitales y por la diversidad clínica que tienen los pacientes en una determinada prestación³⁶:

Categorización de Prestaciones, Unidad de HD, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río



Fuente: Elaboración propia en base a material elaborado por Unidad de Hospitalización Domiciliaria CASR.

³⁵ En el sector Salud es FONASA la institución que asigna recursos a los Servicios de Salud, que a su vez los redistribuyen a los hospitales públicos mediante dos vías principales de financiamiento sectorial. Una de ellas es el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV).

³⁶ Serie Gestión n° 144. Centro de Gestión (CEGES), Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile. "Asignación de recursos a hospitales. ¿Cómo promover la mejora de servicios y la eficiencia?", Oscar Barros, Ismael Aguilera. 2013. <http://www.dii.uchile.cl/~ceges/>

Como se visualiza este listado de prestaciones tiene un correlato homogéneo con lo que otros hospitales han venido desarrollando.

Es relevante considerar que la primera aproximación sea desde una mirada de la “Gestión del Cuidado”, que es similar al desarrollo que la Hospitalización Domiciliaria ha tenido internacionalmente, donde la gestión de enfermería se ha constituido en el núcleo o centro de la atención/hospitalización domiciliaria.

Posteriormente la literatura ha presentado un segundo impulso pero ahora desde la lógica médica propiamente tal, donde el manejo domiciliario se ha ligado al diagnóstico clínico, esto se ve avalado por como los procesos asistenciales en los sistemas sanitarios han sufrido una estandarización bajo el marco de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), claro ejemplo de ello es el GES desarrollado en el país.

De igual manera, el avance en las tecnologías de apoyo y en la adecuación de equipos e insumos a condiciones cada vez más versátiles, ha permitido que el mundo médico frente a un diagnóstico definido, la conducta tanto de indicaciones médicas, como de cuidados de enfermería sea protocolizada, lo que disminuye la incertidumbre y permite gestionar las prestaciones en forma estandarizada, donde el domicilio se transforma en una opción a la hospitalización clásica.

Si consideramos lo anterior como marco de análisis, el siguiente paso debería ser poder ligar las prestaciones a diagnósticos específicos, lo que en definitiva confirma la lógica que las unidades de hospitalización domiciliarias del sector público han venido desarrollando.

Para apoyar esto se ha querido describir complementariamente el marco de patologías que configuran el perfil diagnóstico, lo que en definitiva refleja lo que han venido desarrollando las diferentes unidades de HD participantes de este estudio.

Dada la mayor experiencia de la unidad del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y que su rango de manejo es más amplio que el de sus pares, es que no era pertinente explicitarlo en el conjunto de los otros hospitales, además que se considera que de por sí ya se ajusta cabalmente a lo que se presenta a continuación:

Tabla 68: Principales patologías atendidas en modalidad HD, Hospitales Seleccionados, 2013-2014

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

Fuente: Elaboración propia en base a material entregado por unidades de HD (se deja fuera del análisis a la unidad del Hospital Calvo Mackenna por ser de una orientación diferente denominada Programa de Reinserción Familiar y al Hospital San Borja por no contar con los datos)

Glosario: NAC=Neumonía adquirida en la comunidad, ITU= Infección del Tracto Urinario, PNA= Pielonefritis Aguda, TVP= Trombosis Venosa Profunda.

Como se puede colegir de la información entregada, las principales patologías manejadas hasta el momento por las unidades de HD son: Neumonía adquirida en la comunidad (NAC), Infección del Aparato Nefrourológico (ITU/PNA) y la Trombosis Venosa Profunda.

Si bien el orden varía entre hospitales dependiendo por ejemplo de polos de especialización no es fortuito que se agrupen como patologías, ya que tienen un manejo estandarizado y definido de una evolución conocida y finita, frente a lo que el tipo de prestaciones terapéuticas y de cuidado asociadas a su manejo se articula perfectamente con las definiciones hasta ahora mostradas.

Finalmente con este escenario se reafirma la opción de orientar estándares que apoyen el desarrollo futuro de la Hospitalización Domiciliaria, estándares que se nutren de dos ámbitos principales, lo técnico y lo social.

Es así que en la experiencia del mundo privado la hospitalización domiciliaria ha generado una diversidad muy amplia de servicios, que apoyándose de la tecnología y de modelos de gestión del cuidado adecuados a perfiles de pacientes de diferente complejidad (desde implementar verdaderas UCI en domicilio, hasta sólo cuidadoras para el aseo y confort), permite visualizar un desarrollo hacia el domicilio como lugar de prestación de servicios sanitarios privilegiado, sin restricciones, exceptuándose el área quirúrgica compleja.

Todo lo anterior lleva a la medicina y a los sistemas de salud a considerar seriamente el desarrollo de habilidades y experticia de índole psicosocial por sobre la técnica, para expresar toda la potencialidad de la hospitalización domiciliaria como una verdadera alternativa a los cuidados intraestablecimientos de salud.

13.3.2 Identificación de aspectos que afecten y mejoren los estándares de HD

Para visualizar los aspectos que sean importantes para el desarrollo de la experiencia de Hospitalización Domiciliaria, se han considerado los siguientes ámbitos que emergen del análisis previo:

13.3.2.1 Aspectos Técnicos

En este punto es adecuado visualizar una lógica de construcción de Procesos Asistenciales que sea pertinente con las definiciones de la Medicina basada en la Evidencia y que se ajuste a los servicios entregados y definidos en cartera.

Es así que considerando elementos como requisitos que pueden optimizar el estándar de HD, se tiene la presencia de protocolos y aplicación de indicadores que bajo el marco de la Calidad y Seguridad del Paciente, pueden brindar una atención adecuada.

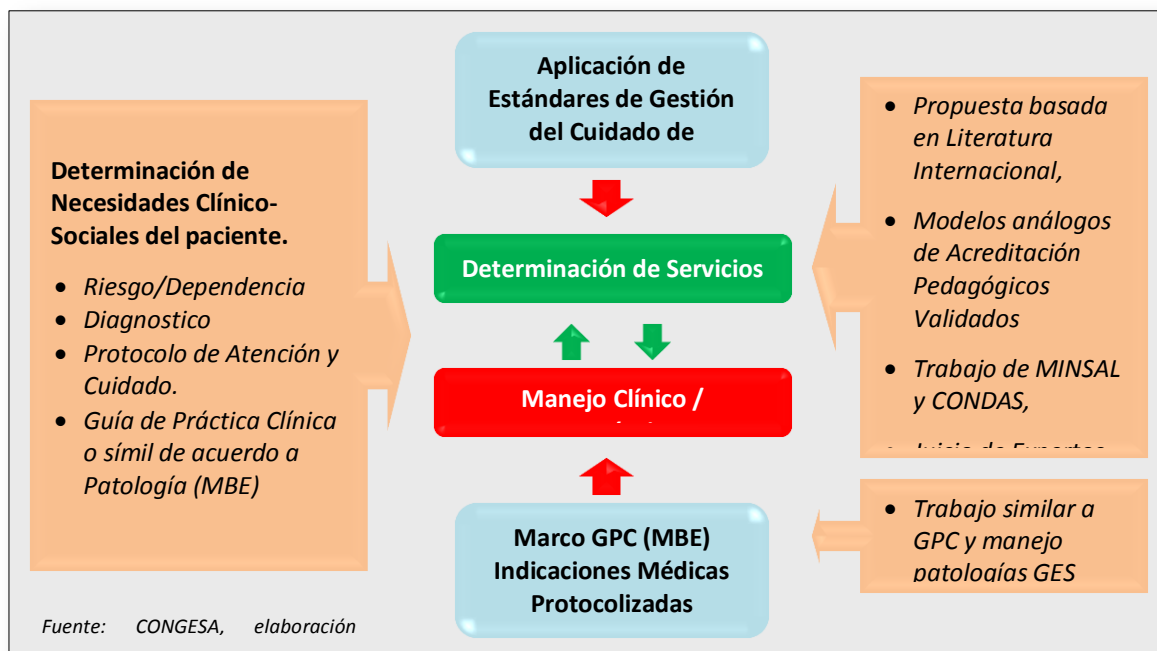
La presencia de este tipo de estándares objetivables bajo la idea de Pautas de Cotejo (símil acreditación) permitiría el desarrollo homogéneo y comparable de las unidades, independiente de su contexto.

Por otra parte, siguiendo con la raíz profunda de HD en la Enfermería, la idea de requisitos análogos a criterios de “riesgo-dependencia” se hace pertinente para la generación de condiciones que den cuenta de un proceso asistencial de calidad. Como en este caso hay factores que ciertamente se escapan obviamente al control institucional (porque la atención se brinda en los domicilios de los pacientes o sus familias), nace la idea de generar una pauta amplia que dé cuenta de requisitos básicos tanto físicos como sociales que aseguren una HD pertinente y exitosa.

En esta idea se hace imperioso el trabajo transdisciplinario, donde lo propiamente sanitario y lo social convergen para dar un grado de seguridad de la decisión tomada de manejo en domicilio.

En el siguiente esquema se consideran los ejes técnicos a abordar:

Figura 47: Lógica de Construcción de un Plan de Cuidados



Estos ejes son el **médico** de la indicación y la terapia basada en la evidencia y el de la **enfermería** en su lógica de construcción de plan de cuidados (tipo NANDA³⁷), los que a su vez se complementan con el **eje social** que articula una mirada sistémica desde lo familiar a las redes comunitarias.

13.3.2.2 Aspectos de Gestión

En este punto el presente estudio permitió identificar elementos que desde lo realizado en HD se pueden abordar en conjunto con la gestión de hospital. Estos elementos dicen relación con la lógica de Programación de Recursos, de manera de optimizar la Cartera de Servicios en relación al perfil poblacional/epidemiológico y en base a las demandas asistenciales.

Esta programación identificada permite gestionar recursos de una manera más flexible y con base a una cartera de servicios optimizada en sus costos, dado que son dados en domicilio.

Por otra parte, el impacto en la gestión de camas es un elemento primordial a la hora de definir el desarrollo de HD pero requiere de elementos de base con indicadores pertinentes que den cuenta de esta optimización del uso del recurso cama. Como elemento emergente del presente estudio se materializa el desafío de poder como sector ir construyendo estos indicadores.

Considerando esto las siguientes propuestas constituyen el aporte que el equipo consultor releva:

37

<http://www.nanda.org/>

- Definición de indicadores que apoyen el desarrollo de las unidades HD:
 - N° de protocolos validados y existentes para HD.
 - Indicadores de uso de cama por Servicios Clínicos con protocolos de manejo validados para HD.
 - Proporción de listas de espera formalizadas y validadas en relación a ingresos a HD.
 - Rescate de pacientes desde el sector privado (ley de urgencia)
- Orientación a optimizar el recurso cama desde los Servicios Clínicos con camas propiamente tal, por sobre la lógica actual que preponderantemente apoya a los Servicios de Urgencia.
- Construcción de protocolos y guías que permitan dar un marco de “acreditación” de HD bajo la lógica de Calidad y Seguridad del Paciente, por ejemplo con patologías trazadoras y GPC avalada por la experiencia internacional.

14 Conclusiones Finales

Considerando lo desarrollado en el presente estudio, se relevan a modo de conclusiones varias ideas fuerza que a juicio del equipo consultor son los elementos claves para potenciar este tipo de iniciativas y por ende también la forma de evaluar los progresos que se vayan alcanzando.

14.1 Desde la Dimensión del Usuario

De acuerdo a los resultados de la encuesta diseñada exclusivamente para el estudio, nos arrojó 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, siendo aconsejable esta modalidad de atención.

14.2 Desde la Dimensión de Recursos

De acuerdo a los objetivos declarados por parte de los distintos equipos de HD en los siete hospitales en estudio y que se relaciona con uno de los tres principales objetivos señalado en las Orientaciones Técnicas en Hospitalización Domiciliaria del Ministerio de Salud que declara 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 de HD en la descongestión de camas intrahospitalarias y su conveniencia económica para el grupo el grupo de prestaciones de baja y mediana complejidad.

Sin lugar a duda, un constante crecimiento de nuevas unidades de HD en la mayoría de establecimientos hospitalarios, permitirá una mejor planificación de recursos operacionales asociados a los servicios clínicos y la potencial reducción de recursos de inversión de camas hospitalarias.

14.3 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.

También se hace imperioso sumar la experiencia HD 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. Esto se puede traducir en construcción de guías que permitan dar un marco de “acreditación” de HD bajo la lógica de Calidad y Seguridad del Paciente, por ejemplo con patologías trazadoras y GPC avalada por la experiencia internacional.

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 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 se clave.

Por ejemplo indicadores del uso de camas por servicios clínicos de hospitales con protocolos de manejo validados para HD, proporción de listas de espera formalizadas y validadas en relación a ingresos a HD y servicios clínicos, rescate de pacientes desde el sector privado (ley de urgencia), etc.

Cabe recordar de la misma manera que la orientación debe ser siempre optimizar el recurso cama desde los Servicios Clínicos con camas propiamente tal, por sobre la lógica actual que preponderantemente apoya a los Servicios de Urgencia.

14.4 Desde los aspectos que afectan la Normativa de Inversión Pública

Según lo señalado en el informe respecto a cómo la modalidad de atención mediante hospitalización domiciliaria (HD), no afectaría la normativa central relacionada con la inversión pública puesto que como 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.

Es un 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.

14.5 Desde los aspectos que afectan la Guía Metodológica

De acuerdo al análisis exhaustivo de la actual guía metodológica para el dimensionamiento de los futuros hospitales, 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. Además, de acuerdo a las experiencias recogidas durante el desarrollo del presente estudio, donde se evidenció la falta de registros para la construcción de indicadores que conforman la línea base de la estrategia, se sugiere que el coeficiente de proyección finalmente utilizado y la demanda estimada deberán ser suficientemente documentados, como parte de los indicadores principales de la línea base previo a la construcción del futuro hospital, permitiendo de esta forma, facilitar las futuras evaluaciones de tipo Expost.

Los factores que potencialmente inciden en 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, por lo tanto, se deberá considerar el límite inferior a exigir como promedio de días de estada y la planificación en la gradualidad de implementación de HD en el conjunto de camas que serán parte de la oferta futura del hospital.

15 Bibliografía

- Ministerio de Salud, Estadísticas de Salud varios años, DEIS.
- ILPES (1997), *Guía Metodológica para la Evaluación Ex Post de Proyectos*, Dirección de Proyectos y Programación de Inversiones.
- CEPAL, *Serie Manuales N° 37, Evaluación social de inversiones públicas: enfoques alternativos y su aplicabilidad para Latinoamérica*, Eduardo Contreras,
- CEPAL, *Serie Manuales N° 41, Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza*, Hugo Navarro.
- Lara González, *LA EVALUACIÓN EX-POST O DE IMPACTO. Un reto para la gestión de proyectos de la Cooperación Internacional al Desarrollo*, Cuadernos de Trabajo de Hegoa, Número 29, Septiembre 2000.
- MIDEPLAN, División de Planificación, Estudios e Inversiones, Departamento de Estudios, *Metodología de Evaluación Ex – Post Sector Salud*.
- Cooperación Austríaca para el Desarrollo, *Guía de referencia para las evaluaciones de proyectos y programas* (2009).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia, DANE (2012), *Línea Base de Indicadores, Estrategia para el Fortalecimiento Estadístico Territorial*.
- *Orientaciones Técnicas Hospitalización Domiciliaria año 2011 – Minsal*.
- *Metodología de Preparación, Evaluación y Priorización Proyectos de Atención Primaria del Sector Salud*.
- *Normas Instrucciones y Procedimientos Inversión Pública, Año 2013*
- MINSAL, (2002) “*Guía Metodológica para estudios de Preinversión Hospitalaria*”
- Glez MDD (coord). *Hospitalización a domicilio*. España: Hoechst Marion Roussel; 1998, en “*La Hospitalización Domiciliaria: Antecedentes, Situación Actual y Perspectivas*”. R. Minardi Mittre, M. Morales, A. Llopis, J. CothaFilho, E. Ramón Real, J.A. Dias Ricós. *Revista Panamericana de Salud Pública* 10(1). 2001.
- *Bases de Licitación Evaluación Ex Post Programa de Hospitalización Domiciliaria*.
- Fondo Nacional de Salud (FONASA) *Estadísticas Corporativas, Demografía*
- Sitio web Hospital San Borja; Sótero del Río, San Juan de Dios, Padre Hurtado; Luis Calvo Mackenna, Salvador y Barros Luco T.
- <http://www.nanda.org/>
- Serie Gestión n° 144. Centro de Gestión (CEGES), Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile. “*Asignación de recursos a hospitales. ¿Cómo promover la mejora de servicios y la eficiencia?*”, Oscar Barros, Ismael Aguilera. 2013. <http://www.dii.uchile.cl/~ceges>

16 Anexos

A. Formulario Primera Entrevista

A.1 Inicio del Programa

Sección dedicada a revisar antecedentes generales de inicio de los programas, referido también a iniciativas previas a la puesta en marcha institucionalizada y formal de programas de hospitalización domiciliaria.

1. ¿Desde cuándo existen experiencias destacables de hospitalización domiciliaria en el establecimiento? (año o mes como referencia general)	
2. ¿Cuántas o qué personas estaban familiarizadas con la implementación desde el inicio?	
3. ¿Se tuvo como referencia la experiencia exitosa de implementación en otro lugar?, ¿cuál o cuáles?	
4. ¿Cuáles son o fueron los tres principales problemas que se pretendía resolver total o parcialmente con la hospitalización domiciliaria?	
5. Las personas que participaron en la fase inicial de implementación ¿trabajan aún en el establecimiento o están vinculadas al programa?	
6. ¿Desde qué fecha se encuentra coordinado con la iniciativa de hospitalización domiciliaria de MINSAL?, ¿Se envía regularmente información a través del REM?, ¿Desde qué fecha?	
7. ¿Cuándo comenzó formalmente el sistema de Hospitalización Domiciliaria en el Establecimiento?	
8. Qué especialidades médicas formaban parte del inicio de la experiencia de hospitalización domiciliaria? (si corresponde)	
9. ¿Qué condiciones debían cumplir originalmente los pacientes? (condición de salud, edad, especialidad, autovalencia, condiciones de vivienda, de cuidadores, etc.)	

A.2 Programa Implementado

Preguntas referidas a la fase de régimen de implementación del programa (Corte Diciembre 2013:

10. ¿Qué objetivos persigue actualmente el programa de Hospitalización Domiciliaria en este establecimiento?		
11. ¿Qué especialidades médicas forman parte actualmente del sistema de hospitalización domiciliaria?	Especialidad (o Servicio clínico de origen)	Número de cupos
12. ¿Cuáles requisitos generales deben cumplir actualmente los pacientes candidatos a hospitalización domiciliaria? (Condición de salud, edad, especialidad, autovalencia, condiciones de vivienda, de cuidadores, etc.)		
13. Explique brevemente qué elementos clave debería comprender un paciente y su entorno al ofrecer integrarlo a un programa de		

hospitalización domiciliaria.	
14. Explique brevemente qué elementos clave debería comprender un médico, un profesional o un técnico que esté postulando a un puesto de trabajo en hospitalización domiciliaria.	
15. ¿Existe equipamiento adecuado y suficiente para lograr los objetivos señalados en el programa?, ¿Qué sobra o qué falta?	
16. ¿Existe personal adecuado para lograr los objetivos señalados en el programa?, ¿Quiénes sobran o quiénes faltan?	
17. ¿Existe la coordinación operativa y funcional adecuada en la red para lograr los objetivos del programa?, ¿Qué sobra o qué falta?	
18. ¿Qué bondades y dificultades se han observado en la implementación del programa? (reingresos de pacientes, rechazos de candidatos, condición de salud, otros).	
19. ¿Se observan cambios en las condiciones de hospitalización en las unidades clínicas de hospitalización? (d.c.o., p.d.e., cargas de trabajo, categoría de riesgo dependencia, costos, otros).	
20. Qué ventajas y desventajas se observan en el entorno familiar de pacientes incorporados al sistema de hospitalización domiciliaria? (Laborales, familiares, socioeconómicos, habitabilidad, otros.)	
21. Otros elementos que no hayan sido abordados y que resulten importantes de comentar	

A.3 Indicadores de Corto Plazo

Glosa	Situación		
	Programada	Observada Año Inicio	Observada Actual
Presupuesto definido para el programa			
Supuestos de ventajas financieras			
Cupos de atención			
Días promedio de hospitalización de pacientes en el programa			
Días promedio de hospitalización de sala en el Hospital.			
Costos promedio de hospitalización			
Frecuencia de atención y apoyo técnico a domicilio			
Cantidad y tipo de equipamiento dispuesto en cada hogar			
Personas disponibles			

para el programa (horas hombre semanales, mensuales o anuales).			
Plazo de implementación del programa?			
Movilización necesaria para los equipos			
Horas de trabajo vinculado al cuidador o el entorno familiar			

B. Anexo Formulario Segunda Entrevista

Sección dedicada a levantar la información relacionada a la producción, además de la información relacionada a las magnitudes de recursos y costos para cada hospital en estudio.

Datos Requeridos	AÑO 2012	AÑO 2013
Cupos o camas en HD		
Promedio de Días de Estada HD		
Días Camas en HD		
Día Cama Hospitalización Básica		
Día Cama Hospitalización Intermedia		
Día Cama Hospitalización Compleja		
Pacientes Atendidos		
Días de Espera por Cama en Medicina (alternativa día espera en Urgencia)		
Costos Bienes e Insumos consumidos en HD		
Costos Bienes e Insumos consumidos en el Servicio Clínico de Medicina		
Costos Bienes e Insumos consumidos en el Servicio Clínico de Cirugía		
N° Vehículos		
Gasto en Movilización (si es parte de la Dotación incluir gasto en Chofer, combustible y mantención)		
Gasto en Movilización Externalizada		
Gasto en Arriendo Oficina y Bodegas		
Costos Día Cama en HD		
Costos Día Cama en Medicina		

Sección dedicada a levantar la información relacionada las horas de trabajo con que cuenta la unidad de Hospitalización en Domicilio y los servicios clínicos de medicina y cirugía.

Recurso Humano que trabaja en Hospitalización Domiciliaria HD (Hrs. Semana)

Tipo RRHH	Horas Semanales	Horas Adm.	Horas Traslado
Médico			
Enfermera			
Kinesióloga			
Técnico			
Asistente Social			

Recurso Humano que trabaja en el Servicio Clínico de Medicina

Médicos

Médicos	Hrs. Semana
Jefe Servicio	
Médicos Hospitalistas	
Médicos Hospitalistas (Docencia)	
Total Horas Médicas (sin Jefe Servicio)	0

Personal de Enfermería Atención Directa (cargos equivalentes a 44 horas)

Personal de Enfermería	Cargos Día	Cargos en Turno	Total Cargos
Enfermeras/os			0
T. Paramédicos			0
Auxiliares			0

Otros Profesionales (cargos equivalentes a 44 horas)

Profesionales	Cargos
Kinesiólogos	
Asistente Social	

Recurso Humano que trabaja en el Servicio Clínico de Cirugía

Médicos

Médicos	Hrs. Semana
Jefe Servicio	
Médicos Hospitalistas	
Médicos Hospitalistas (Docencia)	
Total Horas Médicas (sin Jefe Servicio)	0

Personal de Enfermería Atención Directa (cargos equivalentes a 44 horas)

Personal de Enfermería	Cargos Día	Cargos en Turno	Total Cargos
Enfermeras/os			0
T. Paramédicos			0
Auxiliares			0

Otros Profesionales (cargos equivalentes a 44 horas)

Profesionales	Cargos
Kinesiólogos	
Asistente Social	

Comentarios Libres Adicionales

C. Anexo Ficha Técnica y Despliegue de Indicadores

Parte de las propuestas de indicadores y formatos de presentación han sido expuestos en los distintos informes previos, a partir de los cuales se procede a realizar el perfeccionamiento y selección definitiva de la documentación de los mismos. Para estos efectos, se propone una sistematización de la información relevante para la construcción de estos indicadores por medio de la siguiente ficha técnica:

Ficha Técnica:

Nombre Indicador	Es expresión específica y precisa que identifica el indicador
Sigla	Abreviación que representa al indicador
Objetivo del Indicador	Es el este campo se debe definir el propósito que se persigue con su medición, es decir, la naturaleza y finalidad del Indicador
Método de Medición	Conceptualización de cada término utilizado para la construcción del Indicador y la explicación de la operación a realizar para su cuantificación
Unidad de Medida	Unidad con que se representa de mejor forma el Indicador; puede ser en Porcentajes , Días, Pesos, Horas Hombre, etc.
Fórmula	Relación matemática que explica la manera del cómo se obtendrá el valor del indicador
Variables	Determinación y breve descripción de las variables asociadas a la fórmula de medición
Fuentes de Datos	Origen de la información esta podrá ser una entidad, sistema, bases de datos, páginas web, otros
Responsable	Referente a cargo de la recolección y análisis de la información, esta podrá ser en muchas casos compartida
Observaciones	Apunte de recomendaciones y notas útiles para su análisis

A continuación, se presenta el despliegue de los 20 indicadores seleccionados bajo el formato establecido en la ficha técnica mencionada:

Indicador N° 1

Nombre Indicador	Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar
Sigla	CIO
Objetivo	Este indicador mide el grado de ocupación de la dotación de camas totales del hospital en comparación a su ideal o estándar.
Método de Medición	Corresponde al cociente entre el Índice Ocupacional para el periodo t que se realiza la medición y el Índice Ocupacional Estándar.
Unidad de Medida	Razón
Fórmula	$IO_{it} / IO_{\text{Estándar}}$
Variables	IO Estándar = Índice Ocupacional Estándar o de referencia IO ti = Índice Ocupacional ³⁸ del Hospital i medido en t (t = Año de medición de la variable, i = Hospital al cual se refiere la medición)
Fuentes de Datos	DEIS (Departamento de Estadística e Información en Salud), Censos Hospitalarios.
Responsable	Consultora
Observaciones	Es un indicador agregado del total de servicios clínicos del establecimiento.

38

Índice Ocupacional: Promedio de camas efectivamente ocupadas en un período determinado.

Indicador N° 2

Nombre Indicador	Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar Medicina(M)
Sigla	CIOM
Objetivo	Este indicador mide el grado de ocupación de la dotación de camas pertenecientes al Servicio de Medicina en comparación a su ideal o estándar.
Método de Medición	Corresponde al cociente entre el Índice Ocupacional del Servicio Clínico de Medicina en el año t y el Índice Ocupacional Estándar.
Unidad de Medida	Razón
Fórmula	$IO\ M\ ti / IO\ Estándar\ M$
Variables	IO Estándar M= Índice Ocupacional Estándar para el Servicio de Medicina IO M ti = Índice Ocupacional del Servicio de Medicina ³⁹ perteneciente al Hospital i medido en t (t = Año de medición, i = Hospital al cual se refiere la medición)
Fuentes de Datos	DEIS(Departamento de Estadística e Información en Salud), Censos Hospitalarios, Guía Metodológica Estudios de Preinversión Hospitalaria
Responsable	Consultora
Observaciones	El estándar utilizado es asociado solo al servicio clínico de medicina

Indicador N° 3

Nombre Indicador	Cumplimiento Índice Ocupacional (IO) Estándar Cirugía(C)
Sigla	CIOC
Objetivo	Este indicador mide el grado de ocupación de la dotación de camas pertenecientes al Servicio de Cirugía en comparación a su ideal o estándar.
Método de Medición	Corresponde al cociente entre el Índice Ocupacional del Servicio Clínico de Cirugía en el año t y el Índice Ocupacional Estándar.
Unidad de Medida	Razón
Fórmula	$IO\ C\ ti / IO\ Estándar\ C$
Variables	IO Estándar C = Índice Ocupacional Estándar para el Servicio de Cirugía IO C ti = Índice Ocupacional del Servicio de Cirugía ⁴⁰ perteneciente al Hospital i medido en t. t = Año de medición i = Hospital al cual se refiere la medición
Fuentes de Datos	DEIS(Departamento de Estadística e Información en Salud), Censos Hospitalarios, Guía Metodológica Estudios de Preinversión Hospitalaria
Responsable	Consultora
Observaciones	El estándar utilizado es asociado solo al servicio clínico de cirugía

³⁹ Índice Ocupacional del Servicio de Medicina medido como el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente en Medicina durante un año.

⁴⁰ Índice Ocupacional del Servicio de Cirugía medido como el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente en Cirugía durante un año.

Indicador N° 4

Nombre Indicador	Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar
Sigla	CPDE
Objetivo	Medir de manera general, para el total de servicios clínicos del establecimiento en estudio, el comportamiento del promedio de días de estada de hospitalización en comparación a un ideal o estándar.
Método de Medición	Corresponde al cociente entre el Promedio de Días de Estada Estándar y el Promedio de Días de Estada del Hospital en el periodo t de la medición.
Unidad de Medida	Porcentaje
Fórmula	$PDE\ Est\acute{a}ndar / PDE\ t_i$
Variables	PDE Estándar = Promedio Días de Estada estándar o de referencia PDE t_i = Promedio Días de Estada ⁴¹ del Hospital i medido en t (t = Año de medición; i = Hospital al cual se refiere la medición)
Fuentes de Datos	DEIS(Departamento de Estadística e Información en Salud), Censos Hospitalarios, Guía Metodológica Estudios de Preinversión Hospitalaria
Responsable	Consultora
Observaciones	Es un indicador agregado del total de servicios clínicos del establecimiento.

Indicador N° 5

Nombre Indicador	Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar Medicina(M)
Sigla	CPDEM
Objetivo	Medir en el servicio clínico de medicina del establecimiento en estudio, el comportamiento del promedio de días de estada de hospitalización en comparación a un ideal o estándar específico a medicina.
Método de Medición	Cociente entre el Promedio de Días de Estada Estándar y el Promedio de Días de Estada del Servicio de Medicina en el periodo t de la medición.
Unidad de Medida	Porcentaje
Fórmula	$PDE\ Est\acute{a}ndar\ M / PDE\ t_i\ M$
Variables	PDE Estándar M = Promedio Días de Estada estándar para Medicina PDE $t_i\ M$ = Promedio Días de Estada Hospital i medido en t, para el Servicio Clínico de Medicina. (t = Año de medición, i = Hospital al cual se refiere la medición)
Fuentes de Datos	DEIS (Departamento de Estadística e Información en Salud), Censos Hospitalarios, Guía Metodológica Estudios de Preinversión Hospitalaria
Responsable	Consultora
Observaciones	El estándar a utilizar es asociado solo a medicina

⁴¹ El promedio días de estada (PDE): Promedio de días de hospitalización de cada paciente al momento de su egreso.

Indicador N° 6

Nombre Indicador	Cumplimiento Promedio Días de Estada (PDE) Estándar Cirugía(C)
Sigla	CPDEC
Objetivo	Medir en el servicio clínico de cirugía del establecimiento en estudio, el comportamiento del promedio de días de estada de hospitalización en comparación a un ideal o estándar específico a cirugía.
Método de Medición	Corresponde al cociente entre el Promedio de Días de Estada Estándar y el Promedio de Días de Estada del Servicio de Cirugía en el periodo t de la medición.
Unidad de Medida	Porcentaje
Fórmula	$PDE \text{ Estándar } C / PDE \text{ ti } C$
Variables	$PDE \text{ Estándar } C = \text{Promedio Días de Estada estándar para Cirugía}$ ⁴² $PDE \text{ ti } C = \text{Promedio Días de Estada Hospital } i \text{ medido en año } t, \text{ para el Servicio Clínico de Cirugía.}$ (t = Año de medición, i = Hospital al cual se refiere la medición)
Fuentes de Datos	DEIS(Departamento de Estadística e Información en Salud), Censos Hospitalarios, Guía Metodológica Estudios de Preinversión Hospitalaria
Responsable	Consultora
Observaciones	El estándar a utilizar es asociado solo a cirugía

Indicador N° 7

Nombre Indicador	Traspaso Días Camas Ocupados a Hospitalización Domiciliaria (HD)
Sigla	TDCO
Objetivo	Medir el porcentaje de traspaso de días camas hospitalarios hacia la hospitalización en domicilio.
Método de Medición	Corresponde al cociente entre el total de días camas ocupados en domicilio dividido por el total de días camas ocupados en Medicina, Cirugía y en domicilio, para el periodo de un año.
Unidad de Medida	Porcentaje
Fórmula	$DCO \text{ HD} / (DCO \text{ HD} + DCO \text{ H(M+C)})$
Variables	$DCO \text{ H(M+C)} = \text{Corresponde al total anual de Días Camas Ocupados en los servicios clínicos de Medicina y Cirugía}$ $DCO \text{ HD} = \text{Corresponde al total anual de Días Camas Ocupados en el Domicilio}$
Fuentes de Datos	Cuadernos Equipo Hospitalización Domiciliaria de Hospital y DEIS(Departamento de Estadística e Información en Salud)
Responsable	Consultora - Equipo HD
Observaciones	No obstante, los diversos estudios señalan que la gran gama de pacientes candidatos a ser ingresados al programa de HD son de tipo Médicos, es que de todas formas se incluye en el denominador la cantidad de días camas ocupados en el servicio de cirugía, por lo cual, este indicador resultará ser de orden conservador en cuanto a su contribución en el traspaso de días camas.

⁴² El promedio días de estada (PDE), corresponde al número de días de hospitalización que en promedio hace uso cada paciente en un periodo de tiempo dado. Se considera el tiempo desde su ingreso hasta su egreso desde cirugía.

Indicador N° 8

Nombre Indicador	Relación Camas HD por Camas Hospital en Medicina y Cirugía
Sigla	RC
Objetivo	Cuantificar el porcentaje de camas o cupos en domicilio por número de camas hospitalarias
Método de Medición	Corresponde al total de camas en domicilio dividido por el total de Medicina y Cirugía.
Unidad de Medida	Porcentaje
Fórmula	Camas HD/Camas H(M + C)
Variables	Camas H(M+C)= Corresponde al total de Camas de los servicios clínicos de Medicina y Cirugía Camas HD= Corresponde al total de Cupos o Camas en el Domicilio que es capaz de atender el equipo de salud.
Fuentes de Datos	Cuadernos Equipo Hospitalización Domiciliaria de Hospital, Registro Hospitalarios
Responsable	Consultora - Equipo HD
Observaciones	Se debe ponderar a nivel general el manejo del paciente en domicilio para concluir si el servicio de cirugía es pertinente de incorporar

Indicador N° 9

Nombre Indicador	Relación Minutos Médico Disponible en Domicilio por Cama en Domicilio
Sigla	RMMDD
Objetivo	Medir la relación existente entre la cantidad total de minutos de atención médica en el domicilio contratados en un año por el total de camas en domicilio, con este indicador será posible a futuro construir una serie histórica que refleje la evolución de los minutos de atención por unidad de cama y realizar un proceso de comparación
Método de Medición	Corresponde a la división entre el total de minutos de médicos disponibles anualmente en domicilio por la cantidad anual de camas en domicilio
Unidad de Medida	Minutos por cama
Fórmula	MMDD/ Camas HD
Variables	MMDD = Minutos de atención médica disponible en domicilio durante un año. Camas HD= Número de camas o cupos en domicilio durante un año
Fuentes de Datos	Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH), Registro Hospitalarios
Responsable	Consultora - Equipo HD
Observaciones	Durante la etapa de obtención de información se deberá analizar viabilidad de construcción de este indicador, producto de la histórica dificultad de obtención de rendimientos y disponibilidad de estudios de carga de trabajo.

Indicador N° 10

Nombre Indicador	Relación Minutos Apoyo Clínico Disponible en Domicilio por Cama en Domicilio
Sigla	RMACDD
Objetivo	Medir la relación existente entre la cantidad total de minutos de atención del equipo de apoyo clínico en el domicilio contratados en un año por el total de camas en domicilio durante el mismo año, con este indicador será posible a futuro construir una serie histórica que refleje la evolución de los minutos de atención por unidad de cama y realizar un proceso de comparación.
Método de Medición	Corresponde a la división entre el total de minutos del equipo de apoyo clínico disponibles anualmente en domicilio por la cantidad anual de camas en domicilio
Unidad de Medida	Minutos por cama
Fórmula	MACDD/ Camas HD
Variables	MACDD = Minutos anuales del equipo de apoyo clínico disponible en domicilio Camas HD= Número de camas o cupos en domicilio durante el año
Fuentes de Datos	Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH), Registro Hospitalarios
Responsable	Consultora - Equipo HD
Observaciones	El tiempo de atención del equipo de apoyo clínico solo se podría obtener por el total de tiempo dedicado a labores clínicas directas y no clínicas

Indicador N° 11

Nombre Indicador	Diferencia Costo BI por DCO H respecto a Costo BI por DCO HD
Sigla	DCBI
Objetivo	Medir el incremento/reducción del costo diario en bienes e insumos consumidos por la hospitalización en domicilio respecto el costo en bienes e insumos consumidos por el hospital (Servicio Clínico de Medicina)
Método de Medición	Diferencia entre las relaciones de gastos por concepto de Bienes e Insumos por el total de Días Camas Ocupados ocurridos en el hospital y domicilio
Unidad de Medida	\$/día
Fórmula	$CBIH/DCOH - CBIHD/DCOHD$
Variables	CBIH = Total Anual de Costos en Bienes e Insumos consumidos en el Servicio de Medicina; DCOH= Total Anual de Días Camas Ocupados en el Servicio de Medicina. Nota: Para este caso medicina será representativo del Hospital (H=M). CBIHD = Total Anual de Costos en Bienes e Insumos consumidos en el domicilio; DCOHD= Total Anual de Días Camas Ocupados en el domicilio.
Fuentes de Datos	SIGFE (Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado), WINSIG (Sistema de información gerencial el cual fue desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud - OPS), registro Hospitalarios.
Responsable	Consultora - Hospital –MINSAL
Observaciones	De acuerdo a la demostración e inferencias realizadas en el presente informe, se concluye que el servicio clínico representativo del perfil de pacientes candidatos a ingresar en el programa de HD, son mayoritariamente de origen desde el Servicio de Medicina, siendo este el referente a comparar.

Indicador N° 12

Nombre Indicador	Relación Costo DCO H respecto al Costo DCO HD
Sigla	DCDCO
Objetivo	Medir el incremento/reducción del costo día cama hospitalización en domicilio respecto al costo día cama hospital (Servicio Clínico de Medicina)
Método de Medición	Cociente entre los costos del DCO en el hospital y los costos del DCO en domicilio.
Unidad de Medida	\$/día
Fórmula	$CDCOM / CDCOHD$
Variables	CDCOM= Costo Día Cama Ocupado en Medicina, su estimación es a partir de las bases de datos del sistema WINSIG, correspondiente a cada hospital en estudio, en donde se obtienen los gastos de tipo Directos (Total remuneraciones y Bienes a Insumos) e indirectos (gastos de todo lo que se necesita indirectamente, para la buena realización de la prestación, incluye gastos de administración, servicios generales, apoyo diagnóstico y terapéutico, entre otros). CDCOHD= Costo Día Cama Ocupado por hospitalización en domicilio, su estimación será a partir de la valorización del recurso humano y bienes e insumos que se consumen para la atención en domicilio, en aquellos casos, que no exista costeo, se buscaran situaciones comparables en cuanto a su valorización y homologación.
Fuentes de Datos	SIGFE (Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado), WINSIG (Sistema de información gerencial el cual fue desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud - OPS), registro Hospitalarios.
Responsable	Consultora - Hospital –MINSAL
Observaciones	De acuerdo a la demostración e inferencias realizadas en el presente informe, se concluye que el servicio clínico representativo del perfil de pacientes candidatos a ingresar en el programa de HD, tienen su origen desde el Servicio de Medicina, por lo tanto, este será el patrón a comparar.

Indicador N° 13

Nombre Indicador	Calidad de Atención
Sigla	CA
Objetivo	Medir la calidad de atención de todo el proceso de hospitalización en domicilio desde la dimensión de satisfacción usuaria
Método de	Promedio de todos los factores asociados a la Admisión y Servicios de Hospitalización

Medición	
Unidad de Medida	Nota de 1 a 7
Fórmula	Promedio(f1,f2,f3.f4.f5,f6)
Variables	f1= Recepción a la Unidad de H.D (entrega de Información, orientación, etc.) f2= Tiempos de espera f3= Atención Otorgada por la Unidad de HD f4= Acceso telefónico a Unidad de H.D f5= Información para el caso de emergencia f6= Información para el Alta
Fuentes de Datos	Encuesta
Responsable	Consultora
Observaciones	Dependerá del acceso al listado de pacientes dados de alta en los últimos dos meses

Indicador N° 14

Nombre Indicador	Evaluación del Equipo
Sigla	Eeq
Objetivo	Medir la calidad de atención del Equipo Profesional y Técnico
Método de Medición	Promedio de todos los factores asociados a la evaluación del equipo que integra HD
Unidad de Medida	Nota de 1 a 7
Fórmula	Promedio(p1,p2, p3,p4,p5)
Variables	p1= Disposición a solucionar problemas p2= Presentación personal p3= Rapidez de respuesta a consultas p4= Trato Recibido p5= Información entregada (indicaciones, cuidados, deberes y derechos)
Fuentes de Datos	Encuesta
Responsable	Consultora
Observaciones	Dependerá del acceso al listado de pacientes dados de alta en los últimos dos meses

Indicador N° 15

Nombre Indicador	Nivel de Integración Familiar
Sigla	NIF
Objetivo	Medir la integración familiar en los resultados obtenidos en el cuidado del paciente en domicilio
Método de Medición	Una vez realizada la consulta específica en la encuesta de Satisfacción Usaria se contarán los casos de respuestas favorables para cada establecimiento.
Unidad de Medida	Porcentaje
Fórmula	Respuesta Favorable Consulta Encuesta / Total de Casos x 100%
Variables	Consulta Encuesta; “Siente que para la familia HD fue mejor que la hospitalización tradicional”
Fuentes de Datos	Encuesta
Responsable	Consultora
Observaciones	Dependerá del acceso al listado de pacientes dados de alta en los últimos dos meses

D. Anexo detalle de costos según Establecimientos.

Costos Directos (M\$)	H. Salvador		H. Sotero		H. Barros Luco		H. San Juan		H. San Borja	
	H. Medicina Adultos	H. Cirugía Gral Adultos	H. Medicina Adultos	H. Cirugía Gral Adultos	H. Medicina Adultos	H. Cirugía Gral Adultos	H. Medicina Adultos	H. Cirugía Gral Adultos	H. Medicina Adultos	H. Cirugía Gral Adultos
Remuneraciones Fijas	1.000.414	538.116	1.661.531	2.208.071	2.033.690	1.395.820	1.271.266	436.963	1.262.900	940.386
Otras Remuneraciones	0	0	55.246	149.042	5.194	1.730	62.047	24.823	184.207	151.146
Horas Extras	0	0	59.453	140.989	289.155	219.107	13.417	14.071	48.489	46.249
Asignación de Turno	0	0	47.521	131.569	126.066	116.199	383	933	63.097	85.815
Bonif. Comp. Asig. Turn	8.942	10.917	11.625	49.817	24.339	20.148	0	0	4.844	9.900
Honorarios	0	0	391.389	374.771	72.369	24.865	140.387	48.046	170.403	0
Asig. Fun. Críticas	0	0	25.482	50.745	0	0	0	0	0	0
Asig. Responsabilidad	4.846	2.984	165	624	6.442	13.647	0	0	11.183	6.378
Sup. y Reemplazos	48.333	28.428	0	0	0	0	9.515	9.645	0	0
Total Remuneraciones	1.062.535	580.445	2.252.412	3.105.628	2.557.255	1.791.516	1.497.015	534.481	1.745.123	1.239.874
Prod. Químicos	0	0	12.136	11.616	8.078	11.528	0	0	954.968	103.469
Prod. Farmacéuticos	753.888	454.627	263.090	267.891	1.612	544	3.299	4.920	6.876.232	376.229
Mat. y Útiles Quirúrg.	0	0	96.303	166.196	470.466	111.713	131.263	145.225	455.772	54.604
Alimentos y Bebidas	0	0	0	0	42	0	0	0	241.808	140.225
Textiles Vest. Y Calzad	0	0	0	0	0	0	6.039	6.786	0	0
Com. Lubricantes	0	0	783	231	0	0	0	0	19.038	6.495
Mat. de Oficina e Imp	216	0	5.155	9.507	7.474	6.901	0	0	78.130	7.332
Mat. Útiles Aseo	3	0	2.586	3.322	25.270	22.653	26.523	27.881	9.561	2.769
Serv. Básicos	0	0	26.394	33.420	109.974	51.115	0	0	6.542	1.895
Mant. y Reparaciones	797	797	27.387	51.566	339	1.732	0	0	4.126	10.091
Servicios Generales	0	0	39.352	68.702	218.150	122.553	0	0	15.911	4.608
CC.SS. Serv. GES Prest.	0	0	0	0	135.826	21.932	0	0	1.902	497.739
Otras Comp. Servicios	0	0	67.910	328.083	9.171	225	179.834	700.893	0	0
Total Bienes y Servicios	754.904	455.424	541.096	940.534	986.402	350.896	346.958	885.705	8.663.990	1.205.456
Total Costos Directos	1.817.439	1.035.869	2.793.508	4.046.162	3.543.657	2.142.412	1.843.973	1.420.186	10.409.113	2.445.330

Costos Directos (M\$)	H. Medicina Adultos	H. Cirugía General Adultos	H. Medicina Adultos	H. Cirugía General Adultos	H. Medicina Adultos	H. Cirugía General Adultos	H. Medicina Adultos	H. Cirugía General Adultos	H. Medicina Adultos	H. Cirugía General Adultos
UCI Adultos	778.131	1.129.364	0	0	473.972	43.404	1.614.141	40.994	1.345.124	1.101.618
UTI Medicina	844.403	290.743	0	6.051.941	0	0	0	0	0	0
UCI Coronaria	0	0	0	0	1.126.905	14.195	95.605	19.983	1.511.088	31.977
UTI Cardiología	0	0	0	1.394.200	0	0	0	0	0	0
UCI Pediatría	0	0	0	0	0	0	0	0	54.174	0
UTI Cirugía	157.498	462.949	0	0	0	0	0	0	0	0
UTI Indiferenciada	0	0	0	0	2.629.240	856.478	0	0	0	0
UCI Indiferenciado	0	0	0	0	0	0	65.350	347.286	0	0
Hospitalización Indiferenciada	1.759.778	1.444.656	0	0	0	0	0	0	0	0
UTI Medicina	0	0	0	0	0	0	2.776.148	37.895	0	0
UTI Cirugía	0	0	0	0	0	0	344.121	2.315.565	0	0
UTI Cardiología	0	0	0	0	0	0	1.097.729	466.596	0	0
H.Extraordinaria en Emergencias	0	0	0	0	2.110.370	1.519.224	0	0	0	0
Pabellón Quirúrgico	0	1.420.864	171.790	1.400.133	211.428	1.026.989	0	898.824	0	2.589.156
Pabellón Oftalmología	0	110.042	0	0	0	0	0	0	0	0
Laboratorio Clínico	260.987	108.062	117.889	99.700	250.166	76.244	159.246	78.136	672.052	82.331
Lab. de Coagulación	3.081	502	0	0	0	0	0	0	0	0
Imagenología	150.052	71.348	11.181	10.591	65.461	39.145	40.712	28.281	131.408	49.604
Tomografía Axial Computarizada	0	0	0	0	0	0	5.730	5.456	0	0
Anatomía Patológica	11.253	160.656	1.322	106.292	5.254	39.200	27.071	180.241	8.916	58.529
Laboratorio de Hematología	67.755	2.813	0	0	0	0	0	0	0	0
Laboratorio de Microbiología	73.433	11.167	0	0	0	0	8.579	3.618	0	0
Laboratorio de Reumatología	14.943	3.658	0	0	0	0	0	0	0	0
Proced de Kinesioterapia	0	0	0	0	32.290	34.434	0	0	0	0
Medicina Física y Rehabilitación	149.613	65.979	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicina Nuclear	0	0	0	0	0	0	5.269	598	0	0
Otros Procedimientos	0	0	0	0	0	0	0	0	21.799	4.632
Banco Sangre	62.055	13.643	23.873	92.554	68.920	74.082	34.445	59.431	157.878	28.617
Unidad Renal	21.277	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Terapias Oncológicas	332.219	10.646	0	0	0	0	0	0	0	0
Endoscopia	6.606	4.335	0	0	0	0	0	0	0	0
Alimentación	52.466	29.904	157.469	287.270	294.664	238.352	129.624	165.950	364.152	209.028
Esterilización	1.105	32.907	1.443	47.558	15.346	34.726	5.837	14.718	94.303	78.322
Lavandería y Ropería	0	0	0	0	0	0	23.444	16.970	43.009	23.737
Farmacia	133.135	174.601	18.797	34.138	795.907	683.340	1.418.723	1.453.477	103.412	58.028
Servicios Generales	101.810	91.687	0	0	0	0	0	0	205.864	169.325
Movilización	20.116	6.853	0	0	0	0	0	0	0	0
Servicio Social	0	0	0	0	84.558	35.469	22.268	7.859	0	0
Gestión de Cuidados al Paciente	0	0	0	0	0	0	1.554.988	2.256.045	0	0
Mantenimiento	4.788	4.788	51.926	84.212	5.003	5.718	0	0	221.521	140.260
Abastecimiento	0	0	14.570	21.103	11.350	6.862	8.222	6.332	0	0
Administración	0	0	172.802	250.289	404.657	244.646	157.087	120.985	1.798.469	422.500
Total Costos Indirectos	5.006.504	5.652.167	743.062	9.879.981	8.585.491	4.972.508	9.594.339	8.525.240	6.733.169	5.047.664

Fuente: CONGESA. Elaboración a partir de información de MINSAL.

E. Anexo Indicadores de Preliminares de Producción de Hospitalización en la Situación con Estrategia

A través de la información obtenida en los respectivos REM y desde el proceso de entrevistas con cada equipo a cargo de la estrategia dentro de los hospitales, es posible presentar las distintas variables trazadoras, que describen el proceso de hospitalización en el escenario con estrategia.

A continuación, se despliega el análisis de los principales parámetros de Producción en las distintas subvariables que permiten obtener algunas conclusiones preliminares para la situación con Estrategia.

E.1 Egresos hospitalarios con estrategia

Una de las variables más representativas de la función de hospitalización, se relaciona con el número de egresos de pacientes que fueron atendidos en la situación con proyecto o año1 de la estrategia, estos resultados se muestran a continuación:

Tabla 69: Egresos Hospitalarios en la Situación Con Estrategia (Año 1)

Hospital	Año Implementación	Egresos Hospitalarios	Egresos Pediatría	Egresos Medicina	Egresos Cirugía
L.C. Mackenna	2007	16.267	1.915		
Sótero Del Río	2006	46.217		5.750	9.459
Padre Hurtado	2009	S/I		S/I	S/I
Salvador	2012	19.098		4.602	8.519
San Juan de Dios	2009	S/I		S/I	S/I
San Borja A.	2012	26.789		3.301	5.228
Barros Luco – T.	2011	27.394		4.315	9.980

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Fue necesaria una subclasificación del total de egresos hospitalarios, según los servicios clínicos derivadores al programa de HD, permitiendo acotar el universo en el cual la estrategia espera contribuir.

De esta forma, es posible construir el primer indicador de la dimensión de Producción, según muestra la siguiente tabla:

Tabla 70: Diferencia Número de Egresos Año 1 de Operación

Hospital	Egresos Servicios Derivadores S/E	Egresos Servicios Derivadores C/E	Egresos HD	Indicadores de Producción	
				Diferencia Natural Egresos (C/E) - Egresos (S/E)	Diferencia Ampliada (Egresos (C/E)+Egresos HD) - Egresos (S/E)
L.C. Mackenna	2.046	1.915	114	-131	-17
Sótero Del Río	14.204	15.209	677	1.005	1.682
Padre Hurtado	10.454	0	0		
Salvador	13.588	13.121	302	-467	-165
San Juan de Dios	9.983	0	0		
San Borja A.	8.743	8.529	1.440	-214	1.226
Barros Luco – T.	15.535	14.295	166	-1.240	-1.074

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

De acuerdo a la tabla anterior, la primera y segunda columna se relaciona con la cantidad de egresos de aquellos servicios clínicos que son derivadores hacia la hospitalización en domicilio, en la situación sin y

con estrategia respectivamente, la tercera columna representa la información del total de egresos que son ofertados en el domicilio, de esta forma nos permite la configuración de los indicadores que son producto de la diferencia entre egresos de la situación con estrategia menos la cuantía de egresos en la situación sin estrategia, a esta diferencia la denominamos como “Diferencia Natural de Egresos”, por otro lado, al considerar la nueva oferta de hospitalización en domicilio como parte de la capacidad productiva del establecimiento, fue posible medir el efecto de los egresos en la situación con estrategia incluida la nueva oferta en domicilio y por ende su diferencia con el número de egresos en la situación sin estrategia, denominando a este indicador como “Diferencia ampliada de Egresos”.

E.2 Días Camas Ocupados (DCO) con estrategia

La segunda variable más representativa del proceso de hospitalización se relaciona con el número de días camas ocupado (DCO), cuyos resultados para la situación con proyecto se muestra a continuación:

Tabla 71: Días Camas Ocupados (DCO) en la Situación Con Estrategia (Año 1)

Hospital	Año Implementación	D.C.O. Hospital	D.C.O. Pediatría	D.C.O. Medicina	D.C.O. Cirugía
L.C. Mackenna	2008	58.747	13.202		
Sótero Del Río	2007	244.913		38.530	61.697
Padre Hurtado	2010	S/I		S/I	S/I
Salvador	2013	141.185		51.916	58.908
San Juan de Dios	2010	S/I		S/I	S/I
San Borja A.	2013	165.688		40.247	23.035
Barros Luco – T.	2012	244.322		41.991	91.234

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Bajo la misma lógica anterior, se presentan los resultados que permitieron la obtención de los indicadores de Días Camas Ocupados (DCO) en la situación sin y con estrategia.

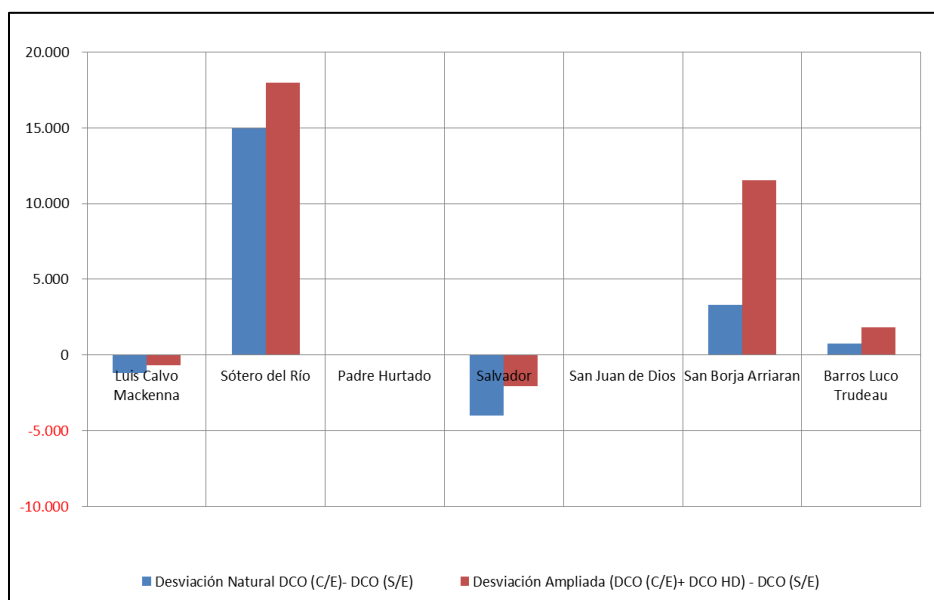
Tabla 72: Indicador Desviación Número de Días Camas Ocupados (DCO)

Hospital	DCO Servicios Derivadores S/E	DCO Servicios Derivadores C/E	DCO HD	Diferencia Natural DCO (C/E) - DCO (S/E)	Diferencia Ampliada (DCO (C/E)+DCO HD)-DCO (S/E)
L.C. Mackenna	14.400	13.202	548	-.1.198	-651
Sótero Del Río	85.547	100.497	3.011	14.950	17.961
Padre Hurtado	51.662	0	0		
Salvador	114.806	110.824	1.916	-3.982	-2.066
San Juan de Dios	64.795	0	0		
San Borja A.	59.950	63.282	8.213	3.332	11.545
Barros Luco – T.	132.484	133.225	1.095	741	1.836

Fuente: CONGESA, elaboración propia.

Como, se observa en los indicadores relacionados al Día Cama Ocupado para la mayoría de establecimientos las principales diferencias no se pueden atribuir a la estrategia de HD, no obstante, en los casos del Hospital Sótero del Río y San Borja Arriaran se aprecia la contribución de la estrategia de HD en el total de la oferta del establecimiento, según muestra la siguiente gráfica:

Figura 48: Diferencia Indicador DCO Año Inicio de la Estrategia



La interpretación del gráfico anterior debe ser entendida como el simple incremento de oferta de DCO por la incorporación de la estrategia de HD, por ejemplo; en el hospital Sótero del Río la barra en color azul representa la diferencia entre los DCO ofertados en la situación con estrategia, menos los DCO ofertados en el hospital en el instante previo a la implementación de la estrategia ($100.497 - 85.547 = 14.950$), ahora bien, la barra marrón vendría a representar la diferencia entre; los DCO ofertados al interior del hospital más la oferta de camas abiertas en domicilio en la situación con estrategia, menos los DCO ofertados en el hospital en el instante previo a la implementación de la estrategia ($103.508 - 85.547 = 17.950$), diferencia ampliada que representa un incremento del 16.8% como aporte de la implementación de la estrategia. En conclusión este análisis cruzado solo pretende buscar posibles cambios en la composición de oferta de camas hospitalarias producto de la implementación de la estrategia.

E.3 Indicador PDE en Comparación a Estándares Observados.

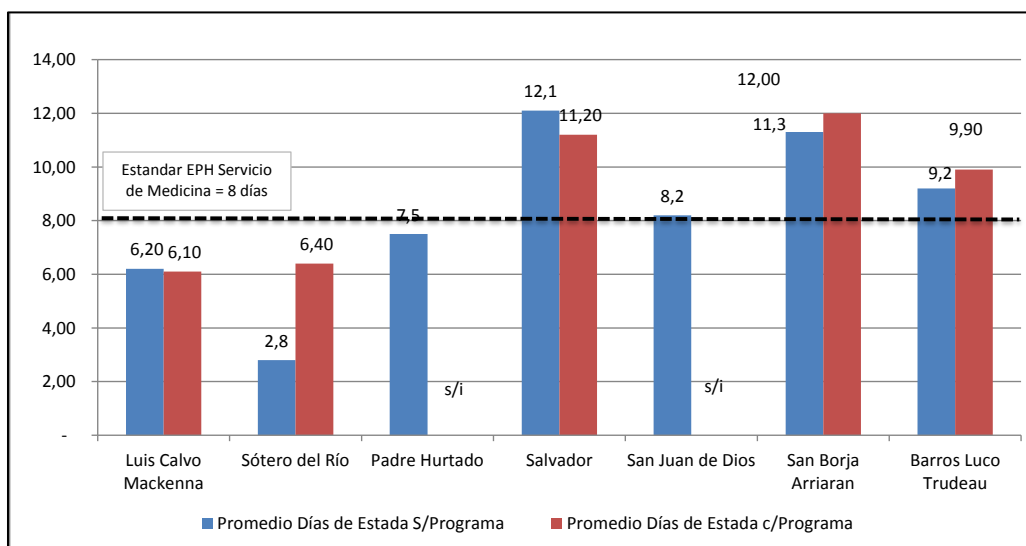
A continuación se presenta un análisis del comportamiento de los PDE en la situación sin y con estrategia, comparando este indicador hospitalario con el Gold Estándar señalado en la Guía de Estudios de Preinversión Hospitalaria. En dicha guía en su tabla N° 266, se indican algunos PDE estándares deseables de alcanzar, para la selección del menor valor para realizar la proyección de las nuevas camas, para ello la metodología señala que se debe elegir entre el valor observado en la oferta de cada establecimiento y el valor estándar, induciendo de esta forma favorablemente en la gestión de los futuros hospitales en la etapa ex ante.

A continuación, se presenta el resultado del comparador PDE en los Establecimientos seleccionados con el estándar utilizado en la etapa Ex Antes de los distintos proyectos de preinversión.

E.3.1 Servicio de Medicina

El PDE estándar a utilizar para el servicio de medicina será de 8 días promedio de acuerdo a lo que señalada la guía para estudios de preinversión, tal como se observa en la siguiente gráfica:

Figura 49: ODE Servicio de Medicina sin y con Programa v/s Estándar EPH



Ambas barras presentan equivalencias entre las situación sin y con estrategia, en relación a la comparación con la línea que representa el PDE estándar de 8 días, que quiere decir, que para cada vector (Sin, Con) en el servicio de medicina existe una misma correlación, se refiere a que; los hospitales Luis Calvo Mackenna y Sótero del Río se observa que están por debajo del estándar deseado, siendo los únicos establecimientos que estarían bajo un régimen de eficiencia, en el supuesto de dejar constante el resto de factores que inciden en la gestión del recurso cama.

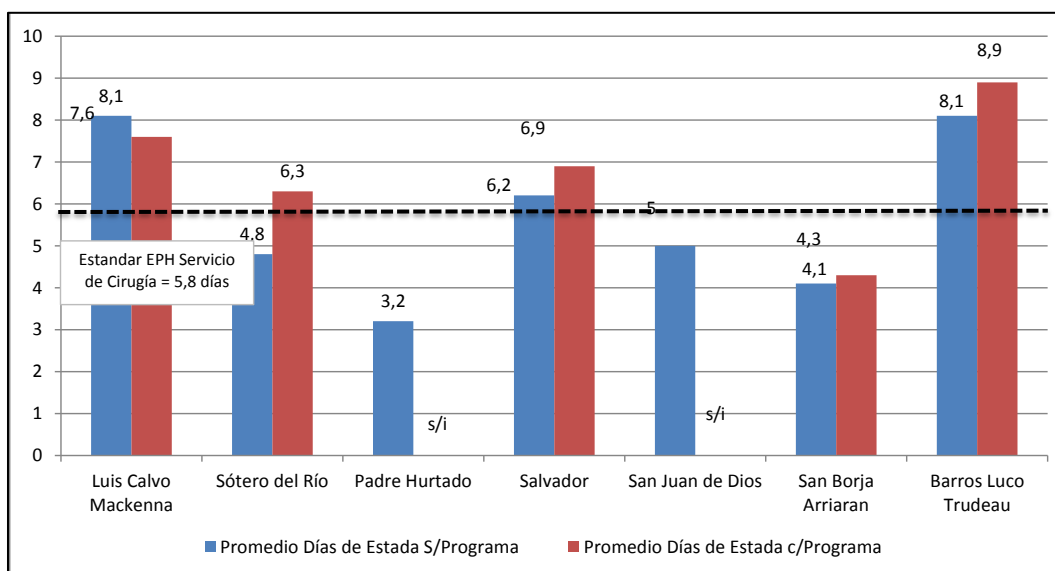
Para los casos de; hospital San Borja Arriaran y Barros Luco, no se observa un cambio favorable producto de la implementación de la estrategia, incluso tienden a incrementar levemente su promedio de estadía, sin olvidar que ambos establecimientos están por sobre el estándar deseado.

E.3.2 Servicio de Cirugía

Para el servicio de Cirugía, según señala la guía para estudios de preinversión hospitalaria (Ex ante) el estándar del PDE es de 5,8 para hospitales de mediana y alta complejidad, en su efecto, al comparar los distintos comportamientos en los hospitales de la muestra se observa que los hospitales Sótero del Río, Salvador, San Juan de Dios y San Borja Arriaran están próximo al estándar, siendo el más destacable dentro de este subgrupo el hospital San Borja Arriarán que presenta el vector(sin, con) por debajo del estándar para el servicio de cirugía.

Por otro lado el hospital Barros Luco Trudeau, se dispara en relación al común de la muestra, inclusive su valor aumenta levemente con la implementación de la estrategia, según se muestra en la siguiente gráfica.

Figura 50: PDE Servicio de Cirugía sin y con Programa v/s Estándar EPH



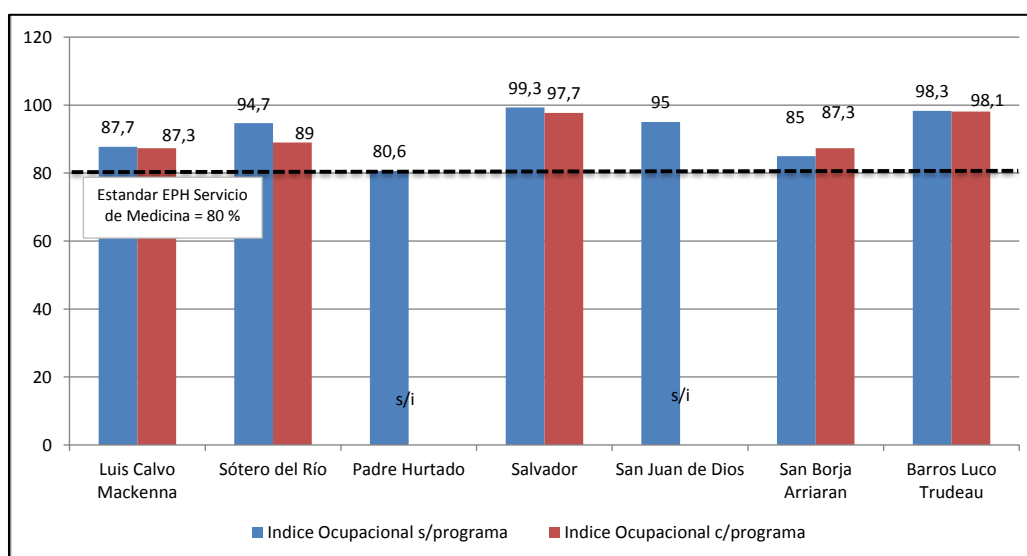
E.4 Indicador I.O en Comparación a Estándares Observados.

La variación del Índice Ocupacional en la situación sin y con estrategia, de igual forma será comparada con el Gold Estándar señalado en la Guía de Estudios de Preinversión Hospitalaria, guía que propone como un valor óptimo de uso del recurso cama no crítica en un 80%, en sintonía y concordancia con los índices de ocupación que el MINSAL idealmente espera para toda su red de atención.

E.4.1 Servicio de Medicina

Para el servicio de medicina se observa que para todos los establecimientos que disponen de información completa en el vector (sin, con) estrategia, estaríamos en presencia de un sobrecumplimiento en comparación al estándar indicado de un 80%, lo que daría sustento a uno de los principales objetivos que deseaba resolver la estrategia de hospitalización en domicilio, consistente en la necesidad urgente de descongestionar la presión asistencial en cuanto al recurso cama, no obstante, el escenario esperado podría haber sido el de reducir el IO, hecho que no es de fácil estimación al no poder aislar el efecto de la estrategia de HD en el total de la oferta de atención de tipo cerrada.

Figura 51: I.O. Servicio de Medicina sin y con Programa v/s Estándar EPH



E.4.2 Servicio de Cirugía

El variación observada en el servicio de cirugía, entre la situación sin y con estrategia al ser comparada con el estándar del 80%, nos señala de acuerdo a la gráfica que la mayoría de los hospitales está por sobre este estándar, con excepción del hospital San Borja Arriaran, que aún dispone de una brecha de eficiencia a mejorar.

Figura 52: I.O. Servicio de sin y con Programa v/s Estándar EPH

