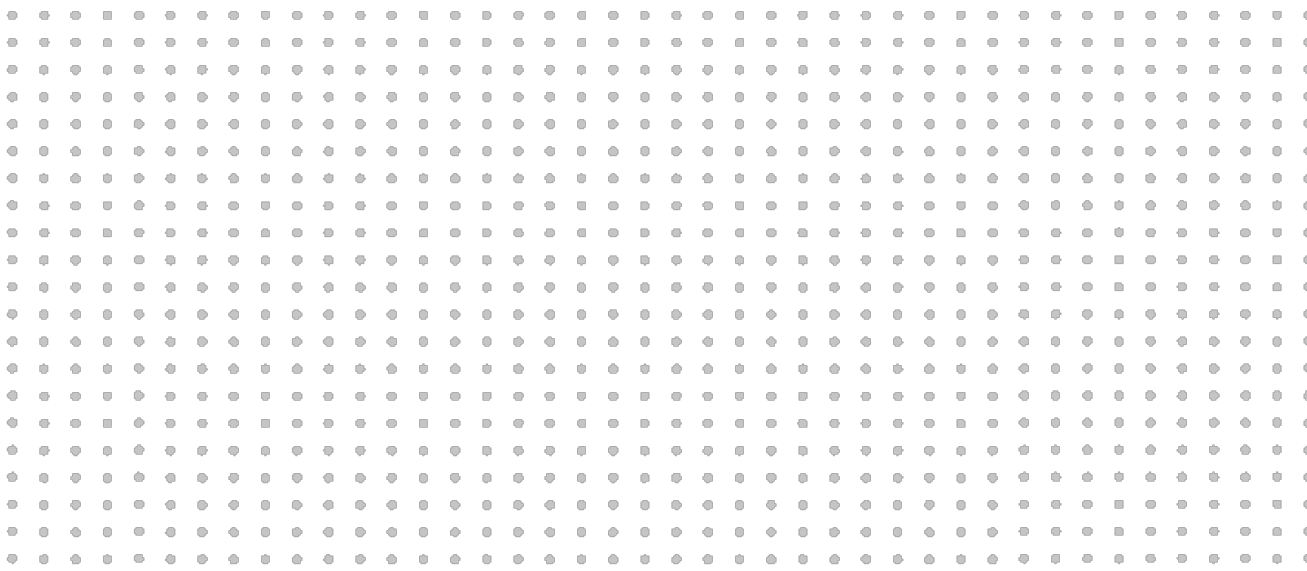




ORIENTACIÓN TÉCNICA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES

DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL

ABRIL 2021

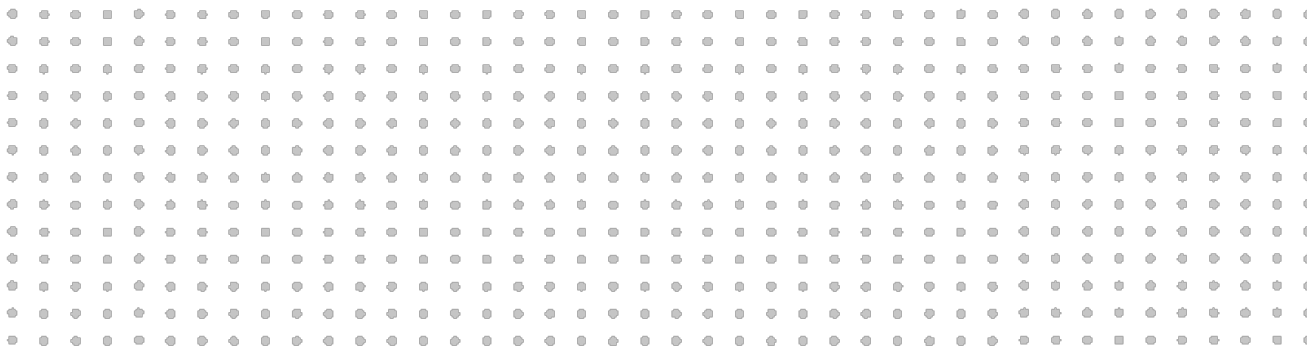


Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES	4
Definiciones.....	4
Antecedentes históricos.....	6
Marco Legal.....	10
Marco Ético de Hospitalización Domiciliaria	14
Marco de financiamiento de las UHD	18
CAPÍTULO II: MODELO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.....	19
Modelo de Hospitalización Domiciliaria.....	19
Objetivos de HD	19
Marco general de la UHD	20
Proceso Asistencial de HD	24
Subproceso de ingreso	31
Subproceso Asistencial en domicilio.....	34
Documentación mínima necesaria.....	37
Estadísticas de Hospitalización Domiciliaria.....	37
Gestión de la información	40
CAPÍTULO III: DEL PERSONAL.....	42
Funciones del equipo que conforma la UEH	43
CAPÍTULO IV: DE LAS INSTALACIONES	51
Recintos generales	51
Transporte de material cortopunzante en HD	53
Dispensación de medicamentos	53
CAPÍTULO V: DEL EQUIPAMIENTO.....	54
CAPÍTULO VI: DE LOS REGISTROS	56
ANEXOS:	57
BIBLIOGRAFIA:	75

Documento coordinado y elaborado por:

Enf. María Elena Campos Alarcón, profesional Depto. De Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, MINSAL.

Enf. Carolina Leiva Parisi, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente.

Colaboradores:

Dra. Marjorie Treuer Órdenes, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Dra. Elizabeth Casanova Salazar, Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Dra. Elisa Llach Fernandez, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente.

Enf. Nelly Cáceres Sandoval, Servicio de Salud Metropolitano Central.

Dr. Nelson Montaña Navarro, Hospital Barros Luco Trudeau.

Christian Poblete Figueroa, Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.

Enf. Francisco Aguirre Montero, Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río.

Dra. Marina Costa Costa, Hospital Dra. Eloísa Díaz de La Florida.

Catherinne Chavez, Servicio de Salud Bío Bío.

Enf. Maureen Gold Semmler, MINSAL.

Enf. Claudia Cayupán Altamirano, MINSAL.

Ing. Miguel Ulloa Espinoza, MINSAL.

Diego Arias Salgado, MINSAL.

Qf. Lorena Salas Barria, MINSAL.

Víctor Díaz Aguilera, MINSAL.

Qf. Carolina Isla Meneses, MINSAL.

Qf. Cristian Matamala Valencia, MINSAL.

Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, MINSAL.

Revisado por:

Dra. Beatriz Martínez Mallet, Jefa Depto. De Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, MINSAL.

Enf. Lisset Slaibe Carrasco, Coordinadora Depto. De Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, MINSAL.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido una serie de cambios en la sociedad que están influyendo directamente en el sistema sanitario. El fenómeno demográfico del envejecimiento mundial, del cual Chile no está ajeno, lleva a reflexionar en el rediseño de estrategias de las políticas públicas en el ámbito sanitario, financiero, político y social. El aumento de la esperanza de vida de la población, las condiciones socioculturales y los significativos cambios en el estilo de vida de la población (sedentarismo, estrés, tabaquismo, alcoholismo, alimentación poco saludable, entre otros), han contribuido al aumento de la prevalencia de patologías crónicas asociada a un incremento en la demanda de atención de salud, y número de hospitalizaciones, además de un alza en los costos de la atención intrahospitalaria^{1 2}.

La tendencia mundial, apunta a buscar alternativas a la hospitalización tradicional, que favorezcan el autocuidado y contribuyan a fortalecer la participación de la familia y de la comunidad, en el tratamiento y recuperación de los pacientes. La mejoría actual de la calidad de la vivienda y de las comunicaciones, favorece el tratamiento en el propio domicilio y propicia la aplicación del Modelo de Hospitalización Domiciliaria. La experiencia internacional en países que tienen mayor desarrollo de la Hospitalización Domiciliaria (HD), como España, están enfrentando en la actualidad un gran reto: lograr un modelo único y disminuir la heterogeneidad que se ha producido en las numerosas unidades que proporcionan esta prestación a lo largo de todo el país.

Lo anterior, afirma que también en Chile es imprescindible desarrollar lineamientos acerca de un **Modelo de Gestión de Hospitalización Domiciliaria**, pues si bien se han realizado búsquedas de alternativas al modelo de hospitalización tradicional, en los diferentes niveles de atención han surgido estrategias como el alivio del dolor, cirugía mayor ambulatoria, atención de personas con dependencia severa desde la atención primaria y muchas otras, que dicen relación con la atención y recuperación de las personas en su

entorno habitual: su domicilio. En este contexto, la HD también ha tenido desarrollos diversos a nivel hospitalario y los resultados positivos que ha logrado en la última década, vienen a complementar las líneas del **Proceso de Hospitalización** en atención cerrada, motivando que el Ministerio de Salud (MINSAL) proponga un desarrollo normativo que contemple, por una parte, un Reglamento para los establecimientos de salud que realicen prestaciones de HD y que viene a normar los requisitos para efectuar esta prestación. Dicho documento se encuentra actualmente en proceso de aprobación, cursando una última etapa antes de que se promulgue por Decreto Supremo. Y complementario a ello, la necesidad de actualizar la Orientaciones Técnicas del año 2011³, incluyendo los requisitos que se deben cumplir en las Unidades Hospitalización Domiciliaria (UHD), pretendiendo unificar criterios para favorecer una entrega de servicios de salud más equitativos y con estándares definidos asociados a la prestación, centrados en la satisfacción del usuario/a.

Así mismo, en relación con la optimización del uso de las camas hospitalarias, la estrategia de HD resulta fundamental, ya que al aumentar la demanda asistencial de hospitalización de pacientes que requieren de cuidados críticos y medios, se requiere de la disponibilidad de un mayor número de camas, convirtiéndose así en un flujo de egreso expedito de pacientes que al cumplir con los requisitos de ingreso, pueden tener continuidad de la atención en su domicilio. También la HD puede fortalecer su capacidad de respuesta en caso de contingencias o en situaciones de alta demanda asistencial a nivel hospitalario.

Por lo tanto, frente a las diferentes necesidades, se busca desarrollar una coordinación óptima al interior de cada establecimiento hospitalario y en toda la red de salud, manteniendo como centro de atención a la persona, con requerimientos específicos dada su condición clínica, de manera de asegurar una continuidad en la atención, en los diferentes niveles y con las distintas estrategias disponibles y priorizadas, como lo es la HD, de manera integrada y coordinada, que incluya las mejores prácticas en las diferentes etapas de abordaje, como en el diagnóstico, el tratamiento, las medidas de protección y aislamiento, rehabilitación de los pacientes, además de la capacitación al personal de salud. Esta interrelación permitirá desarrollar y contar con el aporte de todas las

experiencias y aprendizajes exitosos en la gestión clínica, así como en la eficiencia hospitalaria, resguardando en todo momento la calidad y seguridad en la atención.

De acuerdo con la información disponible en MINSAL, asociada a la plataforma de Producción, Eficiencia, Recursos y Costos (PERC) se remiten datos de 23 establecimientos hospitalarios del año 2019, lo que representa el 37% de los establecimientos que registran producción en el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) el mismo año. Este costo global (de subtítulo 21, 22 y costos indirectos) se relaciona con los días personas atendidas en el programa, obteniéndose un costo diario promedio aproximado de \$57.000. Este valor en comparación con el costo día cama básico, es menor, hecho que sustenta optimizar el uso de esta estrategia, en el marco de la costo-eficiencia hospitalaria.

Finalmente, es importante señalar que estas Orientaciones Técnicas pretenden poner a disposición de los equipos de salud de las UHD, una guía de apoyo y una ruta consensuada inicial con los actores involucrados en la estrategia, que oriente la gestión de las unidades en coherencia con un **Modelo de Gestión de Hospitalización Domiciliaria**, reconociendo que si bien es un paso importante, aún falta un mayor desarrollo para lograr cubrir todas las inquietudes de los equipos, brechas y necesidades de las actuales UHD de la red pública, las que se encuentran en permanente evolución.

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES

Definiciones

Para efectos del presente documento se entenderá y se diferenciará, por:

- a) Hospitalización Domiciliaria (HD):** Es la modalidad y estrategia asistencial alternativa a la hospitalización tradicional, en donde el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad, en atención a lo exigido por su estado de salud hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial de atención cerrada^{3 4}.

Esta estrategia la ejecuta una unidad específica para este fin, la cual tiene un funcionamiento diario en horario establecido, otorgando cuidados en el domicilio a pacientes con diagnóstico médico definido y condición clínica estable en fase aguda, además de cuidados final de vida o aquellos pacientes que se encuentren cursando patología aguda con indicación de manejo proporcional, y con una estancia promedio acotada a no más de 10 días. Lo anterior, con el fin de garantizar la continuidad del proceso de hospitalización. Requiere de indicación; control médico, y el término de este proceso de atención estará definido por el alta médica del médico tratante del equipo de HD³.

- b) Atención Domiciliaria:** Corresponde a toda acción de salud que se realiza en domicilio, incluyendo aspectos biopsicosociales en las áreas de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, con coordinación e integración de los diferentes niveles de atención de la red de salud. En Atención Primaria de Salud (APS) se orienta principalmente a toda atención abierta que realiza el equipo a su población beneficiaria en domicilio⁵ y en particular, orientado

a la atención domiciliaria a personas con dependencia severa, estrategia que se implementa bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario⁶.

De lo anterior, se desprende que incluye toda atención de salud, que no cumple con los criterios de hospitalización domiciliaria, pero que también puede ser otorgada en cualquier nivel de atención, según las definiciones de su red.

- c) Visita domiciliaria:** Estrategia de entrega de servicios de salud Integral con foco promocional y preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria) realizada en el domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial. Se inserta en el marco de un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son expuestos a la familia durante el proceso de atención, y son contruidos entre el equipo de salud y la familia y/o cuidadores y realizados por profesionales y/o técnicos con las competencias requeridas⁷.

Por lo tanto, y a modo de resumen, es fundamental conocer e identificar las diferencias de estas tres definiciones principales (Hospitalización Domiciliaria, Atención Domiciliaria y Visita Domiciliaria) desde sus aspectos estructurales, es decir, coberturas y poblaciones objetivo, recursos asociados y cartera, niveles de dependencia, fuentes de financiamiento y producción, así como de sus aspectos funcionales, tales como relaciones de coordinación entre unidades; otros programas y niveles de atención, además de sus lineamientos en cuanto a su funcionamiento en situaciones de normalidad como en contingencias sanitarias.

Antecedentes históricos

La estrategia de HD en adultos fue inaugurada en 1947 en Nueva York como una extensión del hospital hacia el domicilio de la persona hospitalizada. Las razones para crear esta primera unidad de HD en el mundo, fue descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los usuarios un ambiente más humano y favorable a su recuperación. En 1951 se crea, en el Hospital Teno en París, la primera unidad de hospitalización domiciliaria en Europa y en 1957 se establece, en la misma ciudad, el *Sante Service*, una ONG que presta servicios de cuidados paliativos a pacientes con enfermedades crónicas y en fase terminal. En 1965 nace en el Reino Unido, el Hospital *Care at Home*. En la década de los 70 se desarrolla el modelo de HD en Alemania y Suecia, en 1980 en Italia, y España en 1981 nace la primera UHD en Madrid. La OMS desde 1996 coordina “*From Hospital to home health care*” (Del hospital a la atención de salud en el hogar)⁸.

En Latinoamérica, Argentina, en el Hospital de Niños de La Plata, se crea un programa de soporte nutricional domiciliario desde el año 1985, posteriormente en la ciudad de Rosario se cuenta con Internación Domiciliaria en la red de Salud Pública, implementada desde el Municipio desde el año 1992. En Brasil en el 2001, se establece el Programa de HD a partir de una Norma Operacional de la Asistencia en Salud. Por lo tanto, múltiples han sido las experiencias y desarrollos desde entonces, tanto en Norteamérica, Europa y Latinoamérica, con estructuras y procedimientos adaptados a cada Sistema Nacional de Salud⁸.

En Chile desde los años 50 en el Servicio Nacional de Salud (SNS), se desarrollaron iniciativas tendientes a dar principalmente *Atención de Enfermería en Domicilio*. Esta Unidad funcionó aproximadamente un año, dejando de funcionar por falta de financiamiento. Posteriormente se desarrollaron diferentes proyectos de HD en el país, tales como el Hospital San Juan De Dios, que inició su primer proyecto en el año 1975, el Hospital Gustavo Frick en 1980 y el Hospital San José en 1998. En el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR) en campaña de invierno del 2007 se realiza un plan piloto de HD,

y debido a los buenos resultados de este, inicia su UHD el 2007. Luego y a raíz del terremoto del 27 de febrero del 2010, la HD se transforma en una potente estrategia ministerial para paliar las numerosas camas perdidas en los hospitales del país (18% del total de las camas de la red). Y en 2011, MINSAL establece esta estrategia como parte de sus líneas de expansión, definiéndose que se implementaría este piloto en 10 hospitales públicos, como se muestra en la tabla n°1, así como la generación de las primeras Orientaciones Técnicas⁴.

Tabla n°1: Pilotos de HD en la red pública 2011

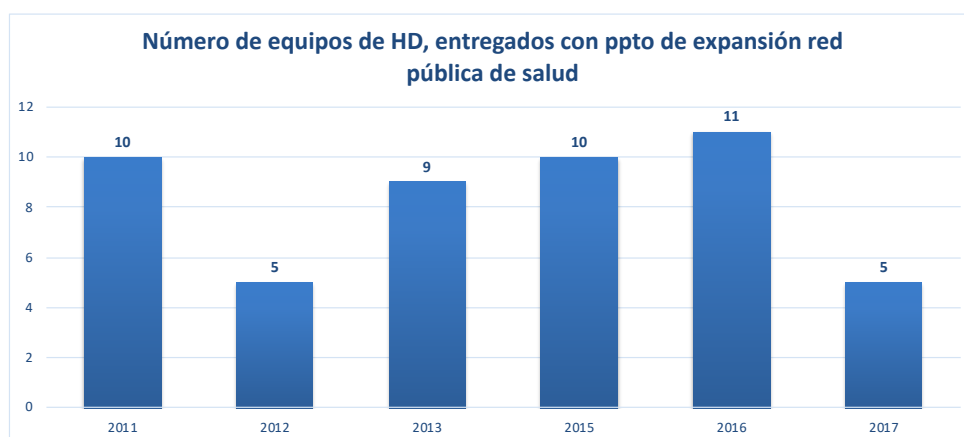
Establecimiento	Servicio de Salud	Ciudad
Hospital Gustavo Fricke	SS Viña del Mar Quillota	Viña del Mar
Hospital Herminda Martín	SS Ñuble	Chillán
Hospital Guillermo Grant Benavente	SS Concepción	Concepción
Hospital Las Higueras	SS Talcahuano	Talcahuano
Hospital Hernán Henríquez Aravena	SS Araucanía Sur	Temuco
Hospital Base de Puerto Montt	SS Reloncaví	Puerto Montt
Hospital Barros Luco Trudeau	SS Metropolitano Sur	Santiago
Hospital San José	SS Metropolitano Norte	Santiago
Hospital San Juan de Dios	SS Metropolitano Occidente	Santiago
Hospital Sótero del Río	SS Metropolitano Suroriente	Santiago

Fuente: Depto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, 2019

Dado que el piloto tuvo impacto a través de un aumento progresivo de la producción y en los egresos hospitalarios, se impulsa la creación de nuevas UHD y es así, que entre los años 2011 y 2017, se asignaron recursos desde el nivel central para la creación de 50 UHD (gráfico n°1). Además, como ha sido señalado, la estrategia ha registrado una producción incremental a lo largo de los años (gráfico n°2), es que resultó de gran interés para numerosos establecimientos hospitalarios que decidieron implementarla con recursos

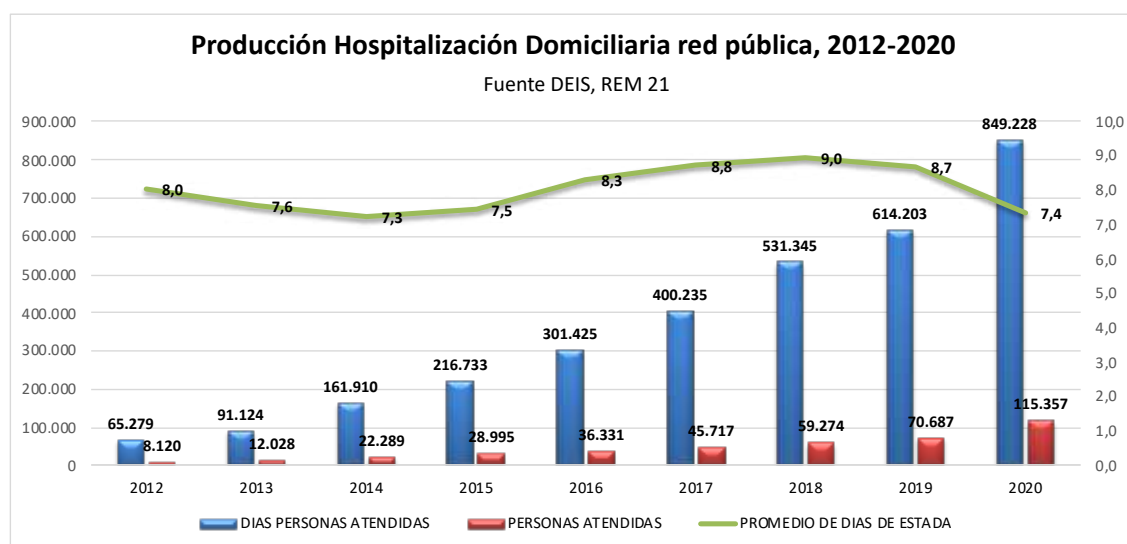
propios o bien, decidieron potenciar y reforzar sus unidades ya existentes (gráfico nº3), aumentando considerablemente la disponibilidad de cupos de HD a lo largo de Chile los últimos años (ver anexo 1) con la consideración de las múltiples ventajas que ofrece esta estrategia de atención (ver anexo 2).

Gráfico nº1: N° de equipos implementados con presupuesto de expansión en la red pública.



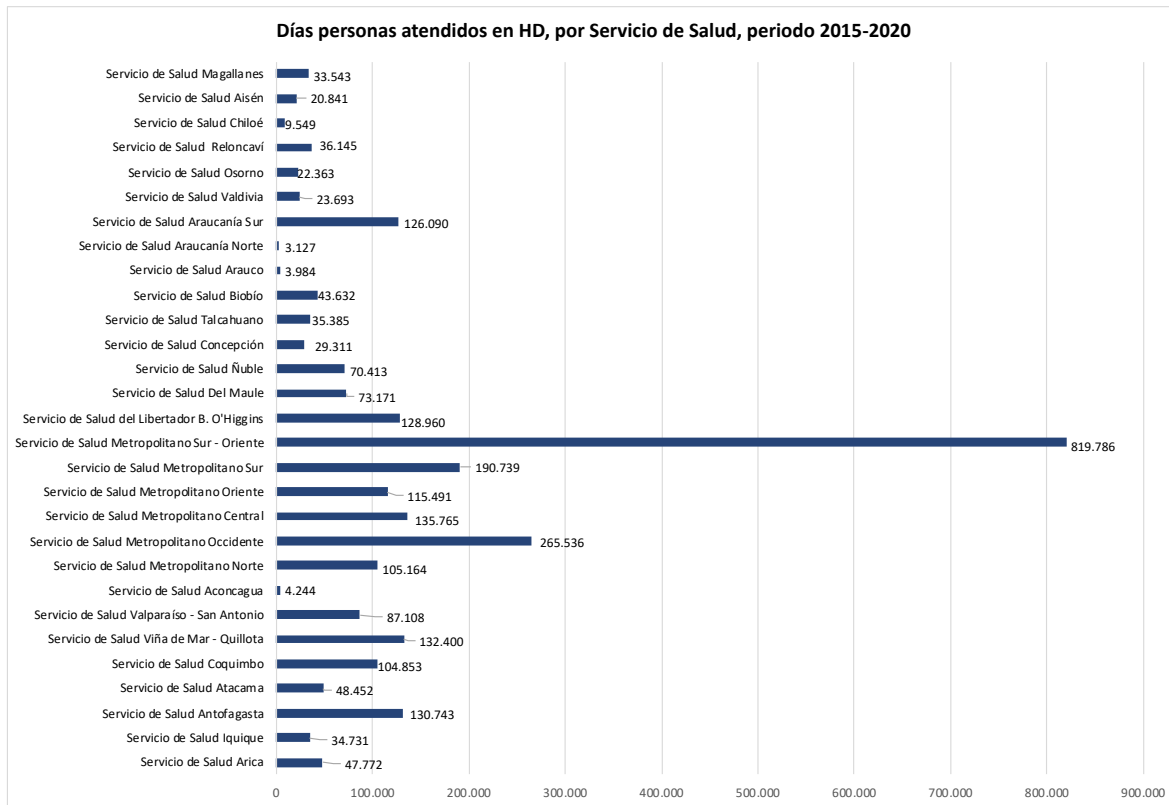
Fuente Depto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, 2020

Gráfico nº2: Producción de HD, por año de la red pública a nivel país.



Fuente DEIS, REM 21, corte dic. 2020

Gráfico n°3: Producción de HD “Días personas atendidas” por Servicio de Salud, periodo 2015-2020



Fuente DEIS, REM 21, corte dic. 2020

En la actualidad existen también otros prestadores a nivel de la red privada para usuarios de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

La Hospitalización Domiciliaria, como cualquier otra prestación en salud, se rige por las normativas legales vigentes.

Las principales leyes/decretos involucrados en esta estrategia son:

a) Ley Nº 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud⁹.

Esta Ley tiene por objeto regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Algunos artículos relevantes:

- Artículo 5º: En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.
- Artículo 8º: Toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito.
- Artículo 14º: Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, salvo que implique la aceleración artificial del proceso de muerte.

Considerando lo anterior, se hace imperativo velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, aquellas que no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida (artículo 5º letra a).

Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre (artículo 5° letra b).

Respetar y proteger la vida privada de la persona durante su atención de salud. Esto implica considerar el consentimiento de las personas y familias y en especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera sea su fin o uso. Para todo lo anterior, se requerirá autorización escrita (consentimiento informado) del paciente o de su representante legal (artículo 5° letra c).

b) Ley Nº20.422 establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad ¹⁰.

En su artículo 12 dispone que el Estado promoverá la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia a través de prestaciones o servicios de apoyo, los que se entregarán considerando el grado de dependencia y el nivel socioeconómico de cada persona. La atención otorgada deberá facilitar una existencia autónoma en su medio habitual y proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social.

c) Decreto N° 41 Reglamento de Fichas Clínica¹¹.

Contempla la necesidad de regular el contenido, almacenamiento, administración, protección y eliminación de fichas clínicas de manera de resguardar el correcto empleo, disponibilidad y confidencialidad de estas.

d) Ley 18.834 Estatuto administrativo ¹².

En relación con la jornada de trabajo, el estatuto establece que debe ser de 44 horas semanales de lunes a viernes, no excediendo las 9 horas diarias. El jefe superior de la institución puede ordenar trabajos extraordinarios a continuación de la jornada ordinaria para así dar cobertura los sábados, domingos y feriados cuando haya que cumplirse tareas impostergables (tal como ocurre con las UHD).

En el título III (obligaciones funcionarias) se establece en el Párrafo 1 art.61:

Desempeñar personalmente las funciones del cargo en forma regular y continua, sin perjuicio de las normas sobre delegación; b) Orientar el desarrollo de sus funciones al cumplimiento de los objetivos de la institución y a la mejor prestación de los servicios que a ésta correspondan; c) Realizar sus labores con esmero, cortesía, dedicación y eficiencia, contribuyendo a materializar los objetivos de la institución; d) Cumplir la jornada de trabajo y realizar los trabajos extraordinarios que ordene el superior jerárquico; e) Cumplir las destinaciones y las comisiones de servicio que disponga la autoridad competente; f) Obedecer las órdenes impartidas por el superior jerárquico; g) Observar estrictamente el principio de la probidad administrativa regulado por la ley 18.575 y demás disposiciones especiales; h) Guardar secreto en los asuntos que revistan el carácter de reservados en virtud de la ley, del reglamento, de su naturaleza o por instrucciones especiales; i) Observar una vida social acorde con la dignidad del cargo; j) Proporcionar con fidelidad y precisión los datos que la institución le requiera relativos a situaciones personales o de familia.

e) Ley 19.628, Ley de protección de la vida privada¹³.

Para los efectos de esta Ley se entiende que los datos obtenidos y registrados en ficha clínica deben considerarse como:

- Datos de carácter o datos personales, relativos a cualquier información concerniente a personas naturales, identificadas o identificables.
- Datos sensibles, correspondientes a datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como los hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual.

No pueden ser objeto de tratamiento los datos sensibles, salvo cuando la ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean datos necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que correspondan a sus titulares.

- Dato estadístico, el cual, en su origen o como consecuencia de su tratamiento, no puede ser asociado a un titular identificado o identificable.

Marco Ético de Hospitalización Domiciliaria

La HD corresponde a una atención de salud más a la cual tienen derecho los usuarios del sistema de salud público, por lo que debe enmarcarse en los mismos lineamientos éticos que conlleva toda acción de salud. Esto es resguardando los principios de: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

Por otra parte, siendo la HD una actividad que se realiza extramuros, es decir, fuera de la infraestructura del establecimiento de salud, es necesario tener en cuenta que se traslada el espacio de privacidad y confidencialidad que éstos otorgan, al domicilio del propio paciente.

Finalmente, cabe señalar que el objetivo de la HD es profundizar y entender el proceso de salud- enfermedad que enfrenta el paciente y su entorno, con un enfoque biopsicosocial, para contribuir a que las acciones que entreguen los equipos de salud resulten acordes a la realidad de la persona y su grupo familiar esperando con ello, obtener un mejor resultado.

a) Aspectos generales:

De acuerdo con lo anterior, y relacionado con los principios éticos, se debe entender que cuando un equipo de salud ofrece esta acción entre sus prestaciones, ha considerado que ésta significará un aporte beneficioso para el conocimiento del proceso de salud y enfermedad del paciente, que no constituirá un daño a su salud o a su bienestar y que el sujeto tiene el derecho a no aceptar la HD. Asimismo, se le indicará la confidencialidad de los datos entregados en el marco de la intervención, salvo las excepciones legalmente establecidas.

A mayor detalle, con relación a los principios clásicos de la bioética y los aspectos particulares de la HD, se debe destacar que:

- **Beneficencia:** Hacer el bien. Se entiende que consentir en recibir al equipo de salud en el domicilio en el contexto de una HD, significará para la persona un beneficio en su atención de salud. El equipo de profesionales podrá contar con un mejor conocimiento del proceso de salud y enfermedad que la aqueja y de su entorno familiar, lo que facilita la comunicación y permite efectuar las intervenciones o entregar indicaciones de salud con una mayor pertinencia a cada caso en particular.
- **No maleficencia:** No dañar. De ninguna manera el hecho que la persona haya aceptado la visita del equipo de salud a su domicilio puede implicar un daño para ella ni para su familia. La información que se obtendrá tendrá que ser utilizada sólo en su beneficio y habrá que cuidar toda situación o decisión del equipo que pudiera impactar de manera negativa en la persona o su grupo familiar.
- **Autonomía de las personas para la toma de decisiones libres e informadas:** Se debe tener presente que las personas son autónomas para consentir voluntariamente si aceptan o no la HD y ser visitadas por el equipo de salud en su domicilio. Todo lo anterior, no libera al equipo de la responsabilidad de velar por su salud. En esos casos, si bien la HD permite obtener información relevante que en otro contexto de atención es difícil de acceder, el equipo puede ofrecer otras alternativas de intervención para continuar resguardando el cuidado de salud. Esta autonomía está reconocida hoy en la Ley de derechos y deberes que tienen las personas con relación a las acciones de salud (Ley Nº 20.584, principalmente artículo 15 y 16).
- **Justicia:** El principio de justicia en este caso, dice relación con la posibilidad que tiene todo paciente de acceder a una HD en el contexto de las atenciones de salud que se le ofrecen en el Sistema de Salud Público. Se entiende también que habrá un procedimiento para determinar de manera objetiva, si la persona cumple con los criterios de ingreso y las necesidades que se le brindarán durante las visitas.

b) Aspectos éticos para considerar por los equipos de salud que realizan la HD:

Los funcionarios de salud que acuden al domicilio bajo esta estrategia deben tener presente que entrar al hogar del paciente, es una acción concertada y convenida con la familia/tutores y para ello, además de contar con las competencias técnicas requeridas para esta actividad, es necesario siempre resguardar los aspectos éticos:

- Profesionales idóneos y capacitados: objetivos claros, pertinencia y resultados visibles.

Se entiende que los profesionales que realizan las prestaciones de HD cuentan con las competencias y la capacitación específica para ello. Se mencionan a continuación, algunos aspectos éticos relevantes de esta actividad a considerar:

- Definir el objetivo de la HD en concordancia con su cartera de servicio, como una acción de salud y el beneficio que en esa área redundará, de manera de no generar falsas expectativas respecto de beneficios (económicos, sociales u otros) que pudieran esperar los pacientes por el hecho de ser visitados en su hogar. Por otra parte, deberá también contar con flexibilidad para reconsiderar el objetivo de las visitas, si con base en los hallazgos esto se hace necesario y se cuenta con la capacidad para realizar el seguimiento del paciente hasta su alta.
- Informar procedimientos específicos (y flujos a seguir), de manera de contar con coordinaciones preestablecidas para los casos de salud particulares que los profesionales pesquisen y que puedan requerir derivación urgente o a corto plazo, ya sea al mismo hospital o a la atención primaria de salud, así como a otros niveles de mayor complejidad de la red de establecimientos de salud (Ejemplo: reingreso hospitalario, traslado a servicio de urgencias, cuidados paliativos, entre otros).
- Competencias y capacitación en intervención en crisis, para reaccionar de forma contingente frente a situaciones familiares inesperadas que puedan surgir durante la HD, tales como duelos, conflictos, violencia intrafamiliar,

entre otros, y orientar o realizar las derivaciones pertinentes. Informarse y respetar las características personales y la cultura a la cual pertenece la persona o familia que se visita. Este requerimiento se hace prioritario en aquellas situaciones como: identidad de género, orientación sexual, pueblos indígenas, migrantes, personas con discapacidad, adolescentes, personas mayores, entre otros. Los funcionarios deben conocer y llevar a cabo las sugerencias establecidas en los protocolos disponibles y vigentes en sus establecimientos.

c) Consentimiento Informado

Un consentimiento informado manifestado por escrito comprueba, en concreto, que el usuario(a) y su familia participaron del proceso en que les fue entregada toda la información relativa a la HD, les fueron aclaradas las dudas y ejercieron el derecho de manifestar su voluntad accediendo a aceptar o rechazar esta alternativa a la Hospitalización Tradicional.

Resulta fundamental considerar que el **consentimiento es un proceso**, no es sólo la firma de un papel y, por lo tanto, requiere el tiempo necesario para entregar una explicación de la actividad que se está proponiendo, a quién va dirigida, cuánto dura, cuál es el o los objetivos o el motivo por el cual se realiza, entre otros, todo ello explicado en un lenguaje comprensible para el usuario (ver anexo 3).

d) Privacidad y Confidencialidad

La confidencialidad de la información es una obligación en la atención de salud. En este sentido, las familias deben estar al tanto de este derecho y saber que la información registrada sobre ellos en las fichas clínicas sólo es accesible para las personas autorizadas por Ley.

Es también requisito resguardar la privacidad con que se debe abordar la información que se recoja en la visita, cuidando de no hacer preguntas sensibles delante de otras personas del grupo familiar que se encuentren en el domicilio al momento de la visita.

Marco de financiamiento de las UHD

En el contexto de la Ley N° 21.192 de Presupuesto del año 2020 y la implementación de la nueva estructura de financiamiento para los Servicios de Salud, que incluye al Programa 05 de financiamiento de Hospitales por Grupos Relacionado de Diagnóstico (GRD), se hace necesario precisar que dicho proceso se orienta principalmente hacia los egresos hospitalarios y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), por lo que el resto de las actividades y programas se gestionarán a través de las transferencias a Programa de Prestaciones Institucionales (PPI).

Por lo anterior, resulta relevante mantener y fortalecer la estrategia de HD, de manera de asegurar la continuidad de atención, especialmente en situaciones de alta demanda asistencial de la red, por lo que los Servicios de Salud así como sus establecimientos hospitalarios dependientes, deben resguardar sus líneas de financiamiento.

CAPÍTULO II: MODELO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Modelo de Hospitalización Domiciliaria

La HD no debe plantearse exclusivamente como alternativa asistencial, sino que debe posicionarse como la mejor alternativa para numerosos procesos médicos y quirúrgicos, en un determinado momento evolutivo de los mismos. Y esto es posible porque la HD proporciona cuidados, mediante una atención multidisciplinaria centrada en el paciente, humanizando esta atención e integrando al paciente y su familia en los cuidados. Así mismo, fomenta la continuidad asistencial, además de ser una estrategia segura, efectiva, eficiente y satisfactoria. Incluye más que sólo la prestación de la administración de un fármaco en domicilio, pues involucra un manejo multiprofesional e incluye la valoración médica y la evolución clínica del paciente desde el ingreso hasta el alta, a través de un plan terapéutico y de cuidados.

Objetivos de HD

- Evitar hospitalizaciones en dependencias hospitalarias de pacientes con enfermedades en fase aguda y con condiciones crónicas de riesgo.
- Mejorar la calidad de vida y confort asistencial de la persona enferma manteniéndolo en su entorno social y familiar.
- Optimizar el recurso cama dentro del establecimiento al favorecer el egreso precoz de los usuarios para concluir su plan terapéutico en domicilio.
- Favorecer la integración de los equipos de salud de la red en procesos comunes y acordados (Hospital-APS), fortaleciendo el funcionamiento en Red.
- Evitar complicaciones secundarias a la hospitalización prolongada (Infecciones asociadas a atención de salud, Delirium, entre otros).
- Disminuir los costos de atención hospitalaria.

Marco general de la UHD

Para la formación de UHD se deben considerar los siguientes aspectos:

a) Organigrama:

La HD forma parte del organigrama del establecimiento en Atención Cerrada y en su mayoría, con dependencia del Subdirector Médico del establecimiento.

Habitualmente el enfoque inicial de la UHD es contribuir a descongestionar las UEH, aumentando la resolutiveidad del manejo de pacientes médico-quirúrgico adultos . Posteriormente se puede ampliar la cartera de prestaciones a pediatría, gineco-obstetricia, entre otros. Resulta fundamental mantener una jefatura única para todas las actividades que realice el establecimiento en modalidad HD, sin perjuicio de la posibilidad de crear unidades internas distintas al programa adulto médico-quirúrgico (ejemplo: UHD Pediátrica).

Este equipo de HD debe incluir, al menos, un médico y enfermera coordinadores y de su dependencia se pueden incorporar otros profesionales, según corresponda.

b) Área geográfica:

Es fundamental establecer un área geográfica de cobertura específica, que permita asegurar el cumplimiento de la programación diaria y mensual de los cupos de la UHD. Para ello, se deben considerar características de la población a cubrir; urbana, rural, mixto, su accesibilidad, zonas de riesgo, densidad poblacional, entre otros.

Se recomienda el uso de aplicaciones que contribuyan a la georreferenciación de los pacientes para la gestión óptima del traslado de funcionarios y elaboración de hojas de ruta.

c) Condiciones de traslado:

En la evaluación del proceso de atención se deben considerar los costos asociados a movilización; evaluar las posibilidades que tiene el establecimiento de adquirir vehículos para estos efectos y contratar personal para conducirlos, luego comparar con la alternativa que ofrecen las diversas empresas de prestación de servicios de transporte. Son puntos relevantes para considerar en este aspecto:

1. Vehículo debe prestar servicios de lunes a domingo, pues las funciones de la HD son de 12 horas continuadas de 8:00 a 20:00 hrs.
2. Debe contar con contenedor y unidades refrigerantes necesarias para mantener la temperatura, para traslado de muestras de pacientes.
3. Debe contar con aire acondicionado y maletero amplio para traslado de insumos, medicamentos y equipamiento necesario para realizar las prestaciones.
4. Debe contar con contenedor para traslado de medicamentos para la atención de los pacientes y si es necesario, contar con unidades refrigerantes para aquellos medicamentos que requieren cadena de frío para su traslado.
5. Idealmente debe contar con algún dispositivo que permita conocer la ubicación del móvil en tiempo real.

d) Cupos:

Para determinar la definición de cupo por UHD, se debe tener presente el número de personas a atender diariamente, considerando sus necesidades y los recursos de la unidad.

Para la oferta y programación de los cupos es fundamental considerar los tiempos de traslado estimados según el área geográfica definida previamente, la complejidad y perfil de los pacientes, prestaciones a realizar y tipo de pacientes que requiere el establecimiento para trasladar a su domicilio en función de las necesidades locales, diseño de red, demanda de las unidades de atención cerrada y abierta (considerando que, si

cuentan con servicio de UEH, aumentará la demanda de las HD), número de habitantes de la zona geográfica definida y porcentaje de usuarios FONASA de esta. La programación o planificación mensual, debe estar en revisión y actualización de manera periódica

Para evaluar crecimiento de las UHD, se sugiere mantener un estándar de ocupación del 85% como mínimo, procurando tener siempre una brecha de cupos disponibles para evitar rechazo de ingresos por falta de cupos (evitar ocupación del 100%). En este punto es fundamental la correcta utilización de los recursos, evaluando constantemente los costos de mantener dotación de cupos versus ingresos por concepto días cama de pacientes hospitalizados en domicilio.

e) Cartera de servicios:

La cartera de servicios de la UHD debe ofertar un conjunto de prestaciones orientada principalmente al:

- Manejo de paciente con diagnóstico de tipo médico o quirúrgico estable, que puede continuar plan terapéutico en domicilio (indicación de oxigenoterapia transitoria, tratamiento endovenoso u otras vías de administración de terapia farmacológica, terapias kinésicas respiratorias y motoras, o bien con pacientes con adecuación del esfuerzo terapéutico), que cumplan con los criterios generales y clínicos establecidos, definidos tanto en este documento como en protocolos locales de las UHD.

La cartera se definirá según el perfil de los pacientes, recursos disponibles, competencias del equipo; alcance y propósito de la estrategia, necesidades del establecimiento y diseño de red, de manera de asegurar la la continuidad de la atención en el domicilio y con los distintos niveles de atención en la red dee salud.

Las UHD según los diseños de red, deben estar insertas principalmente en hospitales de alta complejidad, y si es necesario cada Servicio de Salud definirá si se requiere de su

implementación en hospitales de mediana complejidad, de acuerdo con evaluación de demanda y recursos asociados.

En los hospitales de baja complejidad, no será recomendable la implementación de UHD debido a su integración con APS, con la cual tienen acceso a otras prestaciones como atención domiciliaria y visitas programadas en contexto de prevención y promoción, así como de seguimiento de pacientes. Esto se justifica además, en que la población de este tipo de establecimientos tiene una mayor dispersión geográfica, que implicaría un mayor radio de desplazamiento , y menor rendimiento de los equipos.

Según el tipo de paciente es la prestación que requerirá, y se podrá definir detalladamente los recursos que deben utilizarse (móvil, número de cupos programados y habilitados, insumos, equipamiento, recurso humano, entre otros) para dar respuesta al plan terapéutico definido para cada paciente.

Cada vez que se incorpora una nueva prestación a su cartera de servicio, la UHD deberá:

- Actualizar flujos.
- Coordinar con todas las unidades y profesionales involucrados, que formarán parte de los nuevos procesos involucrados en la continuidad de atención el paciente.
- Realizar marcha blanca, protocolizar y socializar la nueva prestación.

f) Gestión por procesos:

Se debe considerar la gestión por procesos como método para contribuir a mejorar la efectividad y eficiencia en la organización, orientada hacia los resultados. Esta herramienta de gestión se centra en la continuidad asistencial, en la prestación de servicios coordinada y que implica a los diferentes profesionales y que han de garantizar las mejores prácticas clínicas estandarizadas con criterios unificados, basándose en la evidencia y en un sistema de información integrado que permita medir, analizar y mejorar la eficiencia y efectividad de cada proceso, mejorando la organización en su conjunto y la red completa^{14 15}.

En el caso de HD, esta metodología permite identificar y organizar, el conjunto de actividades clínicas y administrativas que se llevan a cabo en la UHD, enmarcadas en la continuidad del Proceso de Hospitalización de Atención Cerrada ¹⁶. Dicha organización se describe a continuación.

Proceso Asistencial de HD

El proceso se inicia por derivación desde unidades clínicas del propio establecimiento al cual pertenece la UHD; desde APS (según el mapa de red que este establecido), o bien proveniente desde otro establecimiento hospitalario, a través de una solicitud de ingreso de un paciente, para luego evaluar si se cumplen los criterios de ingreso y si se cuenta con disponibilidad de cupo en la unidad. Posteriormente, en caso de ser admitido, en la etapa de atención clínica se inicia el proceso de atención clínica hospitalización, cuyo objetivo es brindar la atención necesaria por parte del equipo de la UHD. De forma paralela al proceso antes mencionado, se genera el subproceso de registros de prestaciones e insumos, mediante el cual se deja constancia en ficha clínica y formularios asociados de la evidencia de todos los insumos utilizados y de las prestaciones otorgadas durante la atención brindada al paciente. Finalmente, en la fase de egreso se procede a dar el alta al paciente, generándose a través del subproceso de alta clínica y alta administrativa.

A lo largo del todo el proceso, resulta fundamental la comunicación, información y educación al paciente/familia y/o tutor, acerca del plan terapéutico, objetivos a cumplir, entre otros temas relevantes a la atención otorgada.

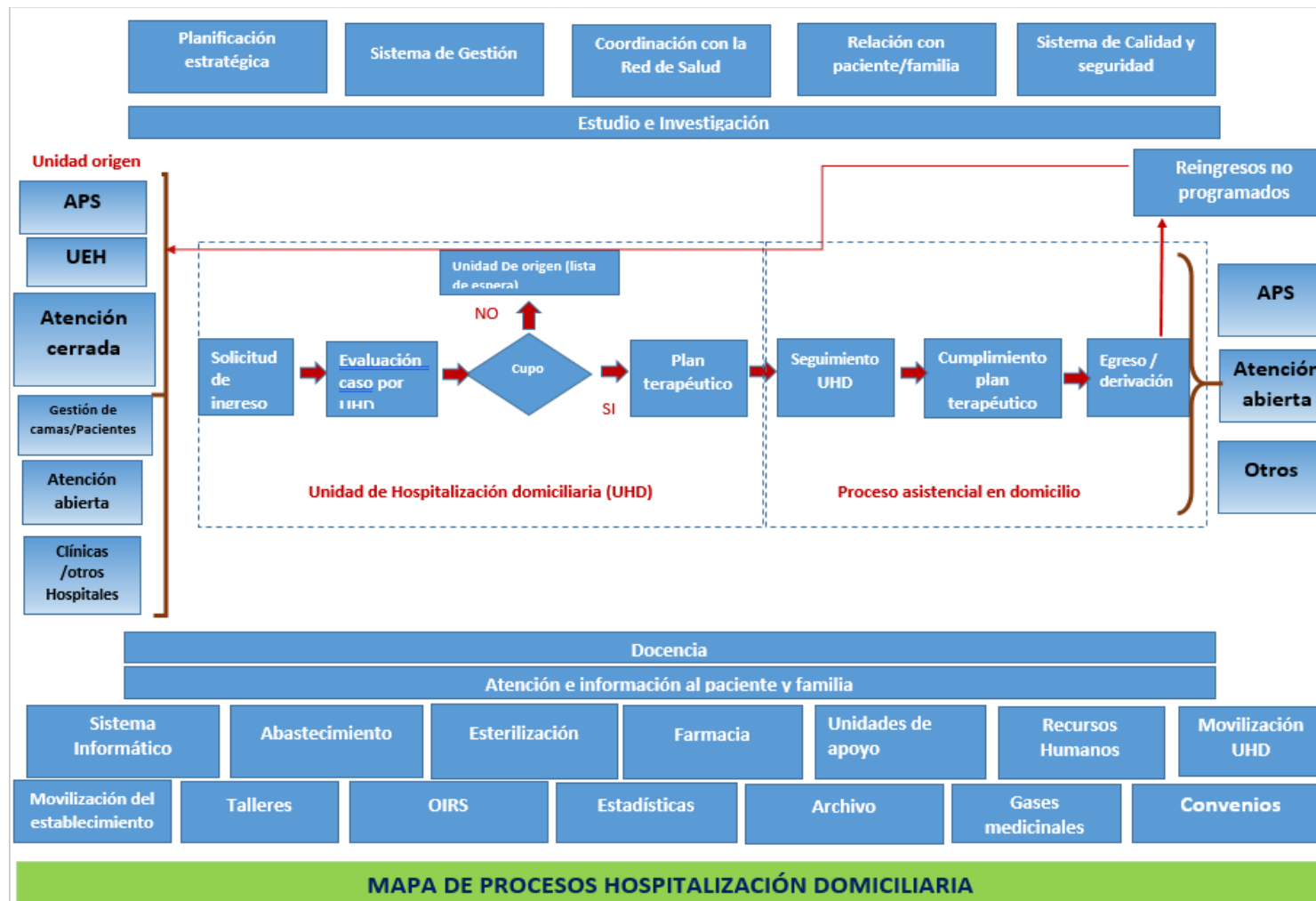
Como ha sido señalado, dentro de los posibles puntos de origen de los pacientes que acceden a las UHD encontramos:

1. Hospital al que pertenece la unidad:
 - a. Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)

- b. Atención Cerrada (Hospitalización), desde las diferentes unidades funcionales.
 - c. Atención Abierta (Ambulatorio), desde Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital de día y Centro Diagnóstico y Terapéutico (CDT).
2. Atención Primaria de Salud:
- a. Programa de Dependencia Severa
 - b. SAPU de alta resolutividad (SAR)
 - c. Sala ERA/IRA
 - d. Morbilidad adulto, entre otros.
3. Pacientes provenientes de otros Hospitales o clínicas privadas, que acceden a través de Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), como es el caso de los rescates de Ley de Urgencia (LU) u otro tipo de rescate por convenios de los respectivos centros asistenciales.

A continuación, para mayor detalle se adjunta y desarrolla el Mapa de Procesos (figura n°1), flujo de atención (figura n°2) y fichas de proceso (tabla n° 2 y 3).

Figura n°1: Mapa de Proceso



Fuente Depto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, 2019

Figura n°2: Flujos ingreso y egreso

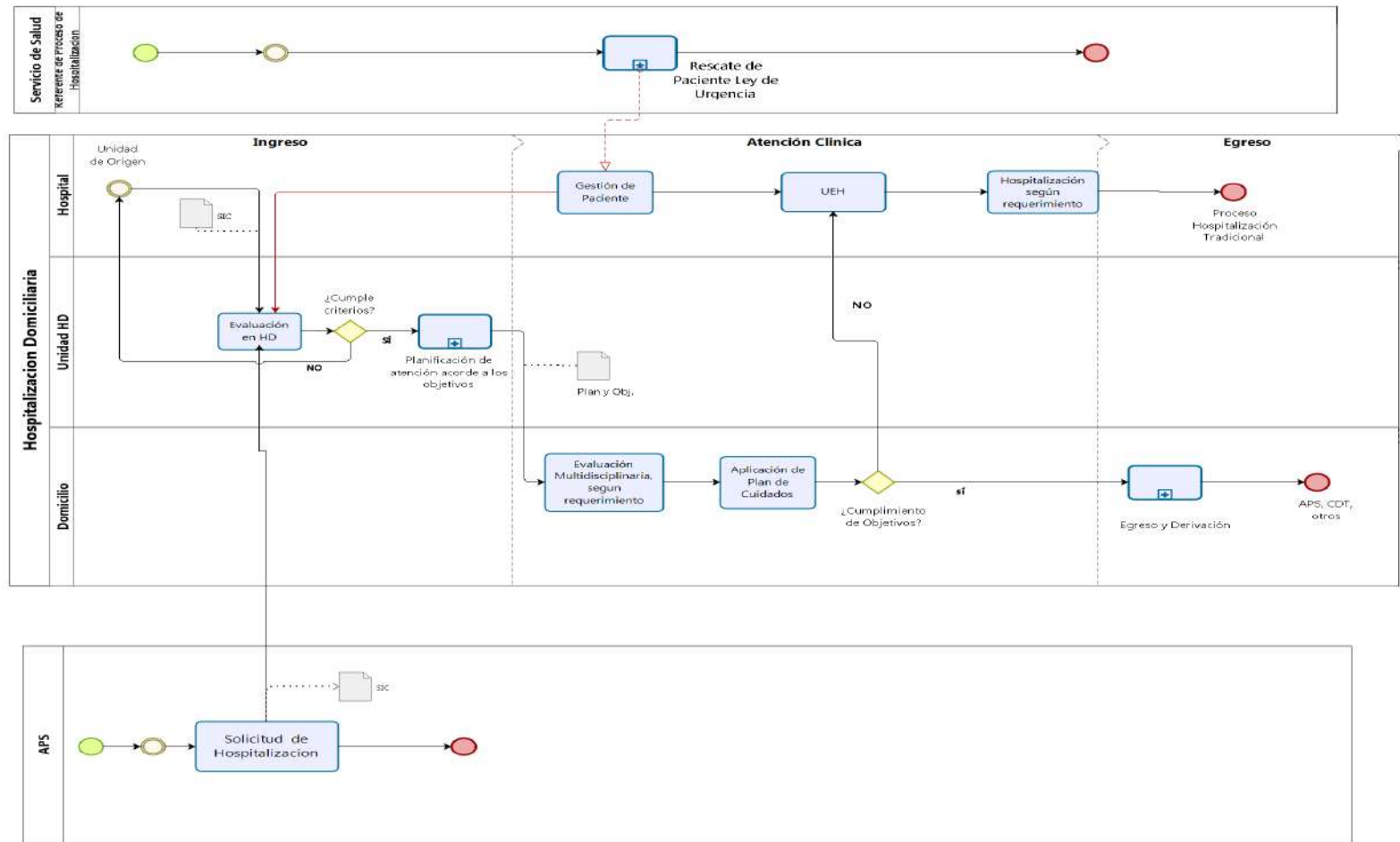


Tabla nº2: Ficha de proceso de Hospitalización Domiciliaria, ámbito clínico

FICHA DE PROCESO			
GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN HD		Versión	Fecha
		1.0	Dic, 2020
Responsable	Médico coordinador (a) de HD		
Objetivo	Gestionar la continuidad de la atención en el proceso de hospitalización a pacientes en sus domicilios, mediante un plan terapéutico desde el ingreso hasta el alta médica del paciente.		
Entradas	Paciente con indicación de HD y que cumple los criterios de ingreso.		
Salidas	Egreso del paciente. Fallecimiento del paciente.		
Participantes	- Equipo clínico de la UHD. - Equipo de unidades de apoyo. - Equipos de servicios de apoyo administrativo y logístico.		
Actividades	Sub-Proceso / Tarea	Descripción	
	Evaluación de ingreso	Suproceso mediante el cual se reciben las interconsultas de derivación a la UHD, en caso de cumplir los criterios de ingreso y contar con disponibilidad de cupos, se aceptará el ingreso del paciente.	
	Ingreso	Subproceso en el que se admite el ingreso del paciente a HD, incluyendo elaboración de hojas de ingreso por parte de médico, enfermera/o, trabajador social, y educación al paciente y/o tutor según protocolos de atención clínica y social. Médico decide plan terapéutico y enfermera/a plan de cuidados. Se organiza evaluación y atención multidisciplinaria del equipo de HD.	
	Atención clínica y social de HD	Subproceso que abarca la atención clínica directa del paciente desde su ingreso hasta el momento de egreso de la modalidad de HD, además de las gestiones en el ámbito social que se otorguen al paciente.	
	Entrega de Turno	Subproceso liderado por médico clínico, mediante el cual el equipo interdisciplinario a cargo de los cuidados del paciente, discute la evolución y plan	

		terapéutico de todos los pacientes hospitalizados bajo esta modalidad.
	Interconsulta a especialidad	Subproceso mediante el cual el médico clínico a cargo del paciente, solicita la evaluación de manera presencial o por telemedicina, a un especialista durante el proceso de hospitalización para definir conducta clínica a seguir.
	Reunión Clínica	Subproceso mediante el cual el equipo profesional discute temas generales, casos clínicos de interés y/o temas médicos fundamentales para el correcto desempeño del servicio y que permite mejoras continuas en el equipo de trabajo.
	Atención y Entrega de Información paciente, familiares, acompañantes y tutor	Subproceso mediante el cual se informa constantemente a familiares, acompañantes y tutor, sobre el estado de salud y otra información relevante asociada al paciente hospitalizado.
	Alta Médica	Subproceso en el cual el médico tratante autoriza el egreso del paciente desde HD y realiza documentación formal de alta (epicrisis, interconsulta, recetas médicas, indicaciones médicas, entre otros).
	Alta Administrativa	Subproceso relacionado a la tramitación de la alta médica indicada al paciente.
	Alta disciplinaria	Subproceso administrativo mediante el cual el médico tratante autoriza el alta disciplinaria de un paciente cuyo entorno se considere de riesgo para el personal de salud o sin adherencia al tratamiento . Es fundamental definir el destino del paciente y dejar indicaciones claras para propender la continuidad de la atención bajo otra modalidad según sean sus necesidades (ejemplo: reingreso hospitalario, APS, entre otros).

Fuente Depto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, 2020

Tabla nº3: Ficha de proceso de Hospitalización Domiciliaria, ámbito gestión; administrativo y logístico.

FICHA DE PROCESO			
GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN HD		Versión	Fecha
		1.0	Dic, 2020
Responsable	Médico y enfermera/o coordinador (a) de HD		
Objetivo	Gestionar actividades de gestión, administrativas y logísticas, propias de una unidad hospitalaria.		
Entradas	Información del paciente proveniente de los servicios clínicos y/o apoyo. Requerimientos de insumos y prestaciones		
Salidas	Prestaciones e insumos otorgados. Registros		
Participantes	- Equipo clínico de la UHD. - Equipo de unidades de apoyo. - Equipos de servicios de apoyo administrativo y logístico.		
Actividades	Sub-Proceso / Tarea	Descripción	
	Gestión Administrativa	Subproceso mediante el cual el médico y/o enfermero/a coordinador realiza la evaluación, análisis y plan de trabajo de HD en base a los principales indicadores de la estrategia y aquellos de elaboración propia que estime pertinente. Permite elaborar planificación estratégica con periodicidad semestral/trimestral según se defina.	
	Registro de Prestaciones e Insumos	Subproceso ejecutado por personal clínico mediante el cual se registran todas las prestaciones otorgadas y los insumos utilizados en la atención clínica de cada paciente, con el objetivo de valorizarlas y realizar el respectivo cargo a su cuenta, si corresponde, según su previsión.	

Fuente Depto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, 2020

Subproceso de ingreso

Todo paciente que se postule a la HD requiere de la evaluación de la UHD, para certificar que cumple con los criterios de ingreso a la unidad y según evaluación de cupos disponibles.

a) Criterios de ingreso a HD:

Podrán ser presentados a través de interconsulta, para evaluación de ingreso aquellos pacientes que cumplan con al menos las siguientes características:

- **Criterios Generales:**

1. Pacientes beneficiarios FONASA o PRAIS.
2. Con una patología aguda o crónica reagudizada, clínicamente estables y susceptibles de tratar en domicilio.
3. Con adecuación del esfuerzo terapéutico o manejo proporcional.
4. Condiciones sociosanitarias adecuadas en el domicilio o institución que alberga al usuario en HD (soporte de servicios básicos, incluyendo sistema de comunicación).
5. Red familiar, red social o tutor responsable a cargo del cuidado en domicilio.
6. Aceptación por parte de usuario, tutor y/o familia de acceder a la modalidad de HD, mediante la firma de documento de consentimiento informado.
7. Con domicilio que se encuentre dentro del radio geográfico de acción definido por cada UHD, considerando la accesibilidad y tiempo de desplazamiento desde y hacia el hospital.

- **Criterios Clínicos:**

1. Estabilidad clínica y acorde a diagnóstico o estado basal de salud (a excepción de pacientes que ingresan para cuidados final de vida).

2. Diagnóstico de ingreso definido.
3. Requerir un tratamiento en condiciones de ser manejado por el personal de salud y su familia en el domicilio.
4. Criterios clínicos específicos de acuerdo con cada tipo de pacientes (consignados en los protocolos propios de cada UHD).

b) Criterios de Exclusión para ingreso HD:

1. No cumple con requisitos generales.
2. No cumple con requisitos clínicos.
3. Posibilidad de resolución por APS.
4. Paciente cuyos cuidados superen las capacidades técnicas y/o profesionales de la UHD.
5. Pacientes crónicos sin condición aguda, que requiera de atención especializada de manera hospitalización prolongada, con posibilidad de resolución por parte de APS u otros programas de atención domiciliaria, como cuidados paliativos, de dependencia severa, de asistencia ventilatoria, entre otros.

c) Documentos necesarios de Ingreso (ver anexo 4):

Hoja de Ingreso Médico: Debe definir diagnóstico de ingreso, objetivos de hospitalización, plan terapéutico, clasificar la complejidad según norma vigente y/o disponible, y definir qué estamento profesional debe realizar la primera visita al domicilio. El médico debe además educar al paciente y su tutor responsable acerca del diagnóstico, pronóstico y alcances de la UHD.

Hoja de Ingreso de Enfermería: Define diagnósticos de enfermería, objetivos de ingreso y educa a paciente y tutor en relación con cuidados requeridos, según patología y objetivos

planteados. Entrega y educa en tratamiento farmacológico, indicaciones del plan terapéutico, uso de equipos equipamiento que se necesite dejar en domicilio, tales como bombas de infusión, aspiración, equipo concentrador de oxígeno u otro que requiera comodato.

Hoja de Ingreso Trabajador Social: Debe contener educación al paciente y tutor en relación con el funcionamiento de la unidad, deberes y derechos de los pacientes durante su hospitalización. Verificación en sistema previsión de salud; si el paciente tiene problemas con su previsión, se ingresa y se debe resolver antes del término de la hospitalización.

Estos documentos deben elaborarse antes de que el paciente egrese del establecimiento y deben estar incluidos en la ficha clínica del paciente y además se deben entregar copias al tutor para que la información esté disponible en el domicilio del paciente para acreditar estado de salud, diagnósticos y tratamiento indicado en HD, en caso de requerir atención de Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), consulta a UEH, control con especialista, entre otros.

Finalmente, procurar que en el domicilio el paciente cuente con al menos:

1. Documento que indique diagnóstico y tratamiento que está recibiendo.
2. Copia del consentimiento informado.
3. Pautas de educación por escrito.
4. Encuesta de satisfacción usuaria, para llenar y entregar al personal de HD en la última visita (instrucciones que debe dar trabajador social al ingreso).

El paciente debe ser aceptado por UHD y debe haber completado todo el proceso de ingreso antes de ser trasladado a su domicilio. Esto debe quedar consignado en ficha clínica.

Es importante señalar que el traslado del paciente a su domicilio depende de la unidad de origen y no de la UHD. La responsabilidad de los cuidados del paciente comienza en el momento en que este llega a su domicilio.

Subproceso Asistencial en domicilio

Primera visita de HD: En el ingreso médico quedará definido el plan terapéutico del paciente y que profesionales y/o técnicos asistirán, por ejemplo, visita de kinesiólogo (a) en caso de pacientes con patología respiratoria. Sin embargo, todos los pacientes deben ser visitados al ingreso por enfermero (a).

En caso de ingresar pacientes derivados desde APS u otro establecimiento y que no hayan sido evaluados por médico de HD al ingreso, será obligatorio el ingreso médico en domicilio para evaluar pertinencia de la derivación, ingreso médico completo y plan terapéutico.

Enfermero (a) evalúa, realiza procedimientos, reafirma educación de cuidados en domicilio, resuelve dudas de paciente y tutor, y ajusta plan de cuidados de enfermería.

Visita de otro estamento, según objetivos terapéuticos.

Segunda visita de HD y siguientes: Se planificarán según el plan terapéutico trazado al ingreso, evolución clínica y por estamento.

Cada profesional y/o técnico deberá dar cumplimiento a la normativa vigente asociada a Normas de Calidad y Seguridad de Pacientes durante todo el proceso asistencial, en específico aquellas que dicen relación con eventos adversos, prevención de úlceras por presión y caídas⁹.

Alta Médica: El alta es indicación médica y obedece al término del proceso agudo del paciente (discutido previamente de manera multidisciplinaria con todos los profesionales involucrados en el proceso de hospitalización del usuario), fallecimiento o posibilidad de continuar manejo en APS u otro establecimiento.

La documentación mínima que se debe adjuntar al alta y entregar al paciente/tutor es:

- Epicrisis.
- Evaluación final de enfermería.
- Evaluación final de otro profesional si procede (Ejemplo: kinesiología).
- Contra - referencia a CDT, APS u otro según corresponda.

Alta administrativa: Asociado al alta médica, se debe gestionar en paralelo e incluye la tramitación de interconsultas, gestión de requerimientos de farmacia, u otras indicaciones del alta médica, y cierre del episodio de HD en la ficha médica del paciente.

Las indicaciones de alta y la documentación señalada deben ser entregadas por enfermero (a) al paciente y/o tutor.

Alta disciplinaria: En este caso, el médico tratante autoriza el alta disciplinaria de un paciente cuyo entorno se considere de riesgo para el personal de salud o no existe adherencia al tratamiento indicado. Es fundamental definir el destino del paciente y dejar indicaciones que permitan la continuidad de la atención bajo otra modalidad según sean las necesidades del paciente (ejemplo: reingreso hospitalario, APS, entre otros).

Ruta diaria (ver anexo 5):

La elaboración de hoja de ruta es una herramienta fundamental para la gestión de los cupos en UHD. Su elaboración debe considerar las prestaciones a realizar de cada paciente de lunes a domingo. Esta planificación es de responsabilidad del equipo de enfermería

(habitualmente se designa un encargado) e incluye las visitas de HD programadas de todos los estamentos.

Se sugiere dividir la hoja de ruta en dos jornadas: mañana y tarde, sin desmedro de la eventual contingencia o prioridad que pudiera representar alguno de los pacientes asignados a cada profesional (ejemplo: en caso de recibir un llamado por descompensación clínica, el paciente debe ser visitado cuanto antes, indistintamente de la planificación previa).

Para una elaboración eficiente se debe considerar:

1. Establecer un flujo de información determinado para indicar a enfermero (a) encargado (a) de hoja de ruta, acerca de cualquier cambio en la programación de visitas del día siguiente.
2. El N° de vehículos con que cuenta la unidad cada día (lunes a domingo), si corresponde.
3. Georreferenciación de los pacientes (aplicaciones disponibles).
4. Horario de todo el personal de la UHD.
5. Requerimiento de cada paciente estimando los tiempos para cada procedimiento a realizar.
6. Rendimiento de cada estamento según jornada laboral, tipo de paciente, y normativas vigentes.
7. Número de veces que móvil debe retornar al hospital a dejar muestras o a funcionarios.
8. Programar con antelación, la visita de profesionales del estamento médico, enfermería, kinesiólogo, trabajador social, fonoaudiólogo, u otros, durante la entrega de turno diaria, a fin de asegurar que el profesional a cargo de la hoja de ruta cuente con la información necesaria a tiempo.
9. Se debe realizar una entrega de turno entre todo el equipo interdisciplinario a cargo de un grupo de pacientes (cupos) antes o después de la jornada laboral, a fin de recibir novedades acerca de la evolución de estos y crear una instancia para modificar/crear el plan terapéutico de cada usuario conforme a sus requerimientos

(planificar exámenes, tratamientos farmacológicos, informar acerca de controles agendados, solicitud de informes médicos, entre otros).

Documentación mínima necesaria

La UHD deberá contar con la siguiente documentación, en cuanto a normativas y protocolos:

1. Manual de organización interna.
2. Manual de procedimientos.
3. Protocolos de manejo de pacientes según patologías y/o cartera de prestaciones.
4. Protocolos y flujos de derivación (reingreso hospitalario, CDT, APS, entre otros)
5. Protocolos de inducción del personal.
6. Protocolo de dispensación de medicamentos a pacientes en HD.
7. Otros protocolos que requiriera el sistema, según las prestaciones que brinde.

Estadísticas de Hospitalización Domiciliaria

Las estadísticas son fundamentales para gestionar una UHD; permiten hacer un seguimiento del funcionamiento general de la unidad, análisis de rendimiento, costo efectividad, complejidad de pacientes, curvas de demanda, entre otros. Por otra parte, su análisis permite elaborar nuevos indicadores que entreguen información más detallada para un análisis minucioso de la mayoría de los procesos involucrados, centrado en las necesidades de los usuarios, de la UHD y de cada establecimiento, facilitando la toma de decisiones y áreas de mejora.

Actualmente, las estadísticas que se deben registrar y analizar son:

a) Registro Estadístico Mensual (REM/DEIS), según norma MINSAL vigente:

El REM, corresponde al resumen estadístico mensual en el que cada establecimiento registra periódicamente su producción y constituye una herramienta fundamental para el monitoreo de programas y convenios de salud, así como también el cumplimiento de metas del sector.

El año 2020 el REM de HD incluyó algunas modificaciones, por lo que es fundamental tener presente las definiciones y el tipo de registro que se deben completar, cautelando la oportunidad y calidad de la información.

Ante cualquier duda consultar el documento: Manual Series REM 2020 del DEIS.

El responsable del reporte de esta información estadística es el profesional de enfermería coordinador (a) de la UHD.

A continuación, se muestran las secciones de REM 21, publicadas en DEIS correspondientes a HD:

Sección C Hospitalización Domiciliaria:

Sección C1 Personas Atendidas en el programa

SECCIÓN C: HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA									
SECCIÓN C.1: PERSONAS ATENDIDAS EN EL PROGRAMA									
COMPONENTES		Edad		ORIGEN DE LA DERIVACIÓN					
		Menores de 15 años	15 años y más	APS	UEH	Hospitalización	Ambulatorio	Ley de Urgencia	UGCC
INGRESOS									
PERSONAS ATENDIDAS									
DÍAS PERSONAS ATENDIDAS									
ALTAS									
FALLECIDOS	Esperados No esperados								
REINGRESOS A HOSPITALIZACIÓN TRADICIONAL									

Sección C2 Visitas realizadas

COMPONENTE	Nº de visitas	Nº de pacientes
MÉDICO		
ENFERMERA		
TÉCNICO PARAMÉDICO		
MATRONA		
KINESIÓLOGO		
PSICÓLOGO		
FONOAUDIÓLOGO		
TRABAJADOR SOCIAL		
TERAPEUTA OCUPACIONAL		

*REM A26 sólo para profesional Farmacéutico.

Sección C3 Cupos Disponibles

COMPONENTES	TOTAL	Nº de Cupos	Nº de cupos campaña de invierno (CAM INV) Adicionales
NÚMERO CUPOS PROGRAMADOS			
NÚMERO CUPOS DISPONIBLES			

a) Categorización diaria de complejidad de pacientes:

Se debe considerar un registro diario de la complejidad de cada paciente comprendiendo que la evolución de éstos es dinámica y entendiendo que no necesariamente la categorización de complejidad al momento del ingreso es la misma que el resto de los días.

Es fundamental para ello, el correcto y completo registro de los diagnósticos y de las prestaciones que recibe en cuanto a procedimientos realizados diariamente y número de cupos, entre otros.

El médico coordinador (a) de la UHD es el responsable de verificar la correcta categorización de usuarios en HD según protocolos locales, siendo el médico tratante del paciente quien debe realizar el registro y clasificar la complejidad de forma diaria.

El resultado de la categorización dependerá de muchos factores, entre ellos los más importantes a considerar son:

- a. Diagnóstico principal y comorbilidades asociadas.
- b. Tipo de tratamiento indicado en el plan terapéutico.
- c. Evaluación y controles por equipo de salud.
- d. Requerimiento de equipos/equipamiento e insumos.
- e. Número y tipo de procedimientos realizados.

b) Indicadores de funcionamiento interno:

Se recomienda sistematizar como mínimo el registro de los siguientes datos:

1. Identificación paciente (RUT, sexo, edad)
2. Comuna de residencia
3. CESFAM en el que está inscrito
4. Diagnóstico de ingreso a HD

5. Otros diagnósticos
6. Objetivos de ingreso a HD (Oxigenoterapia, Kinesiterapia respiratoria, motora, tratamientos farmacológicos)
7. Fechas de ingreso y egreso de HD
8. Rechazo por falta de cupos
9. Nº de sobrecupos autorizados en el periodo
10. Causa de cada uno de los reingresos
11. Tabulación de encuesta de satisfacción
12. Patologías de ingreso más frecuentes

Además, se sugiere analizar mensualmente los siguientes indicadores y reportar a su referente en el Servicio de Salud correspondiente (ver anexo 6):

13. Promedio días de estada
14. % de ocupación
15. Número de pacientes con estadía superior a 30 días
16. % de reingresos
17. Nº de fallecidos (esperados y no esperados)
18. Reporte de encuestas de satisfacción usuaria mensual.
19. Categorización de complejidad. Reporte mensual.

CAPÍTULO III: DEL PERSONAL

El personal clínico que prestará los servicios de HD estará conformado según cartera de servicio y perfil de pacientes que ingresen a la unidad.

El rendimiento esperado por equipo de HD será de al menos 15 cupos diarios, de acuerdo con programación y recursos asociados, según estándar.

El horario de atención será de: 8:00 a 20:00 hrs de lunes a domingo.

Dotación mínima de personal recomendado:

- 44 horas Profesional Médico
- 88 horas Profesional de Enfermería
- 88 horas Técnico paramédico
- 22 horas Trabajador Social
- 44 horas Kinesiólogo
- 44 horas Administrativo
- 88 horas Conductor

Distribución de funciones:

Es recomendable considerar y prever la distribución de turnos los fines de semana y festivos, para cubrir las necesidades de los pacientes de lunes a domingo.

Distribuir las jornadas laborales a lo largo de todo el día, de manera óptima con todos los estamentos, las actividades programadas diarias y mensuales de la UHD.

Funciones del equipo que conforma la UEH

a) Médico: Funciones de Coordinación

1. Planifica, coordina y supervisa las actividades clínico-administrativas de la UHD.
2. Elabora, supervisa y evalúa la ejecución del plan operativo de la unidad.
3. Reporta estadística de categorización de complejidad a su referente en Servicio de Salud correspondiente mensualmente.
4. Gestiona oferta y demanda de la UHD.
5. Coordina la elaboración y aplicación de los instrumentos para supervisar, controlar y evaluar la calidad de la atención y de todos los procesos de la UHD.
6. Coordina y mantiene actualizados los Manuales de Organización de la unidad y las normas clínicas, administrativas y procedimientos del personal a su cargo.
7. Coordina y evalúa las actividades de los diferentes tipos de pacientes ingresados a la unidad.
8. Audita procesos clínicos y procesos claves de la unidad, además de todos los fallecimientos no esperados durante la hospitalización domiciliaria.
9. Vela por el resguardo de la información clínica, de carácter reservado, que afecte a los pacientes, conforme a las disposiciones legales relativas al mantenimiento de su confidencialidad y al secreto profesional.
10. Participa en la revisión, análisis y toma de decisiones en relación con los pacientes ingresados a la UHD.
11. Asiste y participa en reuniones clínicas de la unidad, del Hospital u otras que le hayan sido asignadas.
12. Verifica y lleva el control junto con la enfermera coordinadora de los equipos e insumos.
13. Control de gastos y presupuesto asignado a la unidad.
14. Supervisa y distribuye las actividades del personal a su cargo.
15. Cumple y hace cumplir las normas y procedimientos, establecidos por el hospital.
16. Elabora informes periódicos de las actividades y resultados realizadas por la UHD.

17. Supervisar la existencia y ejecución de programas de orientación y capacitación para el personal, de acuerdo con protocolos establecidos.
18. Coordina y supervisa con APS, CDT, Servicios de apoyo del Hospital, SAMU y cualquier otro que se requiera para mantener en todo momento la continuidad de la atención, como puede ser en caso de agudización y requerimiento de reingreso de hospitalización del paciente hacia un establecimientos de atención de salud de atención cerrada.
19. Realiza cualquier otra tarea afín que le sea asignada.
20. Representa a la Institución en actividades extrainstitucionales.

b) Médico: Funciones Clínicas

1. Evalúa a pacientes para ser ingresados a la UHD desde otros servicios o unidades hospitalarias, CDT, APS, entre otros.
2. Categoriza complejidad diaria de pacientes desde su ingreso al alta, teniendo en consideración que se trata de una categorización dinámica y diaria durante toda la hospitalización.
3. Evalúa e indica plan de terapéutico a cada paciente hospitalizado en domicilio.
4. Realiza controles médicos y evaluaciones según programación en el domicilio del paciente.
5. Educa a pacientes y tutores con respecto a patologías, uso de medicación y cuidados básicos a tener en el domicilio durante la hospitalización.
6. Participa junto a los otros profesionales de la unidad, en la resolución de casos clínicos u otras actividades que requieran la colaboración médica.
7. Elabora informes médicos a pacientes derivados a otras especialidades.
8. Lidera entrega de turno de equipo interdisciplinario.
9. Elabora epicrisis médica de pacientes dados de alta.
10. Funciones designadas por jefatura.

c) Enfermero (a): Funciones de Coordinación

1. Coordina y mantiene actualizados los manuales de normas administrativas, procedimientos de enfermería y de organización.
2. Coordina la elaboración y aplicación de los instrumentos para supervisar, controlar y evaluar la calidad de la atención de Enfermería.
3. Participa con médico coordinador de la UHD en la revisión de necesidades de planta física, equipos y materiales, y propone especificaciones técnicas en materias relacionadas con la gestión del cuidado.
4. Programa, organiza y coordina la redistribución de personal profesional y técnico de enfermería de los distintos móviles, para garantizar la continuidad y calidad de los cuidados de todos los pacientes de la UHD
5. Elaboración de hojas de ruta diaria.
6. Coordina la organización del sistema de turnos del personal de UHD y de los móviles necesarios.
7. Supervisa la existencia y ejecución de programas de orientación y capacitación para el personal, de acuerdo con normas establecidas.
8. Elabora y valida la descripción de requisitos para cargos y selección de personal de UHD, en conjunto médico coordinador de UHD.
9. Efectúa informes de desempeño y precalificaciones del personal que esté asignado para la supervisión directa.
10. Evalúa el cumplimiento de los Protocolos de Enfermería de la UHD.
11. Elabora y desarrolla proyectos de mejoramiento de calidad de la atención de enfermería en la UHD.
12. Efectúa coordinación continua con APS, CDT, Servicios de apoyo del Hospital, SAMU y cualquier otro que se requiera.
13. Mantiene stock de insumos y equipamiento necesarios para el óptimo funcionamiento de la unidad.
14. Confecciona sistemas de control de los procesos.
15. Confecciona indicadores para la medición de impacto de gestión de la unidad.

16. Colabora en control de gastos y presupuesto de la unidad.
17. Confecciona calendario de turnos del personal de la UHD mensualmente.
18. Planifica y solicita dotación de vehículos y personal externo.
19. Solicita insumos a abastecimiento, en las fechas establecidas, según protocolo institucional.
20. Realiza y analiza informes estadísticos solicitados por la institución y envía en las fechas establecidas.
21. Entrega informes mensuales de productividad a Dirección y cada vez que se lo soliciten y socializa estos resultados con todo el equipo.
22. Evalúa procesos de la UHD en forma continua, orientada al paciente y familia.
23. Realiza inducción a los integrantes del equipo y alineación permanente a la misión del hospital y de la unidad.
24. Participa en reuniones convocadas por subdirectorías del cuidado o similar.

d) Enfermero (a): Funciones Clínicas

1. Participa en la evaluación del paciente hospitalizado para decidir y gestionar ingreso a la unidad.
2. Evaluación permanente del cumplimiento de la plan de cuidados del paciente por parte del TENS y por el tutor.
3. Coordina activamente el ingreso y egreso del paciente y derivación pertinente a la red de salud.
4. Educa sobre administración correcta de tratamiento farmacológico, tanto al paciente como a su familia o tutor a cargo.
5. Evalúa y educa sobre medidas de cuidado de lesiones por presión y riesgo de caídas, según protocolos locales y normativa vigente (ver anexo 5).
6. Pesquisa precozmente complicaciones y/o evoluciones tórpidas detectadas al momento de la visita al domicilio, informando de inmediato a la unidad.
7. Entrega educación a pacientes y familiares, dirigida al autocuidado y evaluación continua del aprendizaje.

8. Realiza registro clínico electrónico o similar de las prestaciones clínicas realizadas.
9. Entrega informe diario de la visita de pacientes a jefatura y enfermera que confecciona la ruta diaria.
10. Registra medicamentos administrados a los pacientes en HD.
11. Cumple normas de seguridad y calidad de atención de pacientes.
12. Gestiona y controla cadena de custodia de exámenes de laboratorio, según protocolo.
13. Coordina recepción y realiza estadística mensual de encuesta de satisfacción usuaria, la cual deberá reportar al médico y enfermera coordinadores de la UHD.
14. Otras labores encomendadas por su jefatura.

e) Kinesiólogo: Funciones de Coordinación

1. Coordinar al equipo de rehabilitación de la UHD.
2. Participa activamente en el proceso selección de nuevos tipos de pacientes que ingresen a la unidad.
3. Realiza visitas a salas de hospitalizados, para evaluación de pacientes, según se requiera.
4. Asiste a reuniones de la unidad y otros estamentos, según se necesite.
5. Pone a disposición del médico de HD, los informes kinésicos efectuados por el equipo, para análisis de impacto y elaboración de estudios de casuística.
6. Resuelve contingencias atinentes al equipo de kinesiólogos.
7. Coordina control de pacientes, con especialista o derivación a APS.
8. Coordina los flujos y referencias requeridos con programas ministeriales de oxigenoterapia o según defina UHD.
9. Participa en la confección de manuales y protocolos de la unidad.
10. Participa en selección de insumos y equipamientos con enfermera coordinadora.
11. Otras labores encomendadas por su jefatura.

f) Kinesiólogo: Funciones Clínicas

1. Efectua atención kinésica respiratoria y/o motora a pacientes en su domicilio según indicación médica y plan terapéutico.
2. Realiza educación a pacientes y familiares en relación con la condición de salud del paciente.
3. Efectua vigilancia y evaluación continua del paciente en domicilio.
4. Entrega informe kinésico sobre la condición de salud de los pacientes visitados, al resto de los integrantes de la UHD para la programación de actividades.
5. Cumple normas de seguridad y calidad de atención de pacientes.
6. Participa activamente en las entregas de turno multidisciplinarias y procura el correcto flujo de información con médico tratante para contribuir a la toma de decisiones.
7. Otras labores encomendadas por su jefatura.

g) Trabajador social:

1. Participa activamente en el proceso, selección/ingreso de pacientes a la unidad.
2. Realiza entrevista bio-psico-social a paciente/familia, para el ingreso a la unidad.
3. Entrega información general al paciente/familia sobre el funcionamiento de UHD.
4. Informar los deberes y derechos del paciente y solicitar firma de consentimiento informado.
5. Mantiene contacto telefónico continuo durante horario hábil, con el paciente y/o familia, con el fin de mantener lazos, entregar apoyo necesario y pesquisar posible insatisfacción usuaria.
6. Entrega al equipo, la información obtenida, para la retroalimentación continua entre usuarios y la UHD.
7. Coordina los flujos y referencias requeridos con la APS, municipalidades, servicio social del hospital, entre otros.
8. Orienta y asesora técnicamente en trámites pertinentes, tanto a familiares como a pacientes.

9. Entrega encuesta de satisfacción usuaria al paciente y/o familiar y educa respecto al correcto llenado del formulario (ver anexo 8).
10. Diagnostica y deriva problemas biopsicosociales a referente social de la Red.
11. Realizar visita domiciliaria a pacientes en HD, según solicitud de equipo médico tratante.
12. Otras labores encomendadas por su jefatura.

h) Técnico Paramédico:

1. Ejecuta atención de enfermería a pacientes en su domicilio, según indicaciones médicas y planificación de enfermería.
2. Realiza procedimientos de enfermería, delegados por enfermera.
3. Entrega educación a pacientes y familiares.
4. Vigila y evalúa de forma continua, la evolución del paciente en domicilio.
5. Realiza registro clínico electrónico o similar de acciones clínicas realizadas en domicilio.
6. Entrega informe diario de la visita de pacientes a jefaturas para programación y confección de la ruta diaria.
7. Acompaña y asiste a profesionales de la UHD en las visitas de HD y realiza registro simultáneo (Médico/TENS).
8. Informa contingencias a la enfermera coordinadora de la unidad para la toma de decisiones en terreno.
9. Cumple los protocolos y normas de infecciones asociadas a la atención en salud.
10. Otras labores encomendadas por su jefatura.

i) Administrativo:

1. Efectúa recepción cordial a los pacientes/tutores y profesionales del área hospitalaria.
2. Recepciona los contactos telefónicos y/o virtual (correo electrónico) de consultas

de pacientes.

3. Gestiona requerimientos solicitados por pacientes y familiares usuarios de la unidad.
4. Coordina agenda de jefaturas de la unidad.
5. Mantiene actualizada la información del personal relativa a permisos, licencias y vacaciones y en general la información requerida por médico y enfermera coordinadores de la UHD.
6. Recepciona y gestiona documentos para la contratación de funcionarios.
7. Efectúa gestión de elaboración, distribución y seguimiento de documentos oficiales.
8. Responder a solicitudes del equipo, de acuerdo con su competencia.
9. Implementa y mantiene archivadores con documentos de la unidad.
10. Otras funciones asignadas por médico o enfermera jefe de la unidad.

Nota: Es recomendable la asignación de este cargo a un TENS con el fin de facilitar la entrega de información y resolución de dudas a los usuarios.

j) Conductor:

1. Transporta al equipo de salud a los domicilios de pacientes y al hospital.
2. Acompaña en domicilio al equipo de salud.
3. Permanece en el área y vigila la seguridad del equipo durante la visita domiciliaria.
4. Gestiona la comunicación con carabineros ante situaciones riesgosas en domicilios.
5. Planifica ruta diaria según prioridades entregadas por personal clínico.
6. Mantiene el automóvil operativo.
7. Documenta gastos de combustibles.
8. Responsable de la bitácora del móvil, que debe ser entregada diariamente previa firma del funcionario que realizó la ruta.

k) **Auxiliar**, destinado a labores de aseo, encomendadas por profesionales a cargo de la UHD.

l) **Otros profesionales y técnicos** que se estime conveniente, de acuerdo con las prestaciones de la cartera de servicio de la UHD.

Nota: Todo el personal indicado deberá contar con las competencias necesarias para el ejercicio profesional o técnico correspondiente, así como su debido registro profesional en la Superintendencia de Salud.

CAPÍTULO IV: DE LAS INSTALACIONES

Toda UDH deberá contar con las siguientes dependencias:

Recintos generales

- a) Oficina central con sistema de comunicación.
- b) Sistema de comunicación telefónica o radial, si corresponden.
- c) Sistema de soporte informático.
- d) Sistema de respaldo de energía eléctrica autorizado por la Superintendencia de Electricidad y Combustible (SEC).
- e) Área administrativa donde se guarden archivos, fichas clínicas y otros que permita el almacenamiento de los antecedentes de los pacientes en forma segura.
- f) Acceso a bodegas para almacenamiento de insumos clínicos y equipamiento.
- g) Acceso a comedor, servicios higiénicos con ducha, casilleros y sala de guardarropía y sala de estar para el personal de turno.
- h) Área para disposición de residuos, ajustado a normativa REAS vigente.

- i) Protocolo y flujo de desecho de elementos cortopunzantes, ajustado a normativa vigente.
- j) Estacionamiento disponible para vehículos de traslado o ambulancias si corresponde.
- k) Norma de señalización y vías de evacuación, según normativa vigente.
- l) Recinto de depósito de material de aseo.

Transporte de material cortopunzante en HD

Las UHD, realizan procedimientos en los que generan desechos (cortopunzante y vidrios), los que se deberán eliminar de acuerdo con la normativa vigente. En el caso de que éstos hayan tenido contacto con fluidos corporales de riesgo, corresponderán a residuos especiales y por lo tanto, deben ser eliminados en contenedores que cumplan con los requisitos calidad y de resistencia (polipropileno inyectado), acceso de un diámetro que permita descartar agujas, scalp, bisturí y ampollas de vidrio. En cuanto a las ampollas no contaminadas con residuos, se eliminan como vidrio, en el caso de contener medicamentos, se eliminan como residuo peligroso. Por lo tanto, se deben aplicar los procedimientos, según normativas, en caso de caso de residuos especiales o peligrosos.

Los contenedores de material cortopunzante deben ser transportados en los vehículos, separados del resto de material en una caja de material resistente y depositado en la sala de acopio transitorio de la unidad.

Dispensación de medicamentos

- a) Los medicamentos en HD deben ser dispensados desde el Servicio de Farmacia de atención cerrada, de acuerdo con protocolos institucionales.
- b) Estarán disponibles todos los medicamentos del Arsenal Farmacoterapéutico, según resolución vigente.
- c) Los medicamentos para cada paciente serán individualizados, según receta y enviados a la UHD para su traslado y administración.
- d) El profesional Químico farmacéutico podrá realizar atención farmacéutica (seguimiento farmacoterapéutico, educación grupal y otras actividades) en el domicilio, de acuerdo con lo requerido por el equipo de la UHD.

CAPÍTULO V: DEL EQUIPAMIENTO

Las UHD deberán disponer de los dispositivos de uso médico, tales como equipos, instrumentos, aparatos, contenedores y demás artículos, que sean necesarios para un adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados en esta modalidad, especialmente aquellos que digan relación con la mantención de las funciones vitales y su permanente monitoreo.

Para ello, se adjunta la siguiente tabla con el listado de los equipos y equipamiento mínimo requerido por la UHD.

Tabla n°4: Equipos/equipamiento mínimo requerido.

Equipos/equipamiento
Equipo telefónico móvil
Fonendoscopio
Electrocardiógrafo de 12 derivadas
Medidor de presión arterial digital
Oxímetro de pulso
Termómetro digital
Pesa digital
Glucómetro con detección de cetonemia
Set oto-oftalmoscopio
Bomba de Aspiración Portátil con batería
Linterna chica y/o lámpara de trabajo
Contenedor con unidades refrigerantes para traslado de muestras
Desfibrilador Automático (DEA)
Bomba de infusión continua (BIC)
Nebulizador portátil
Concentradores de oxígeno
Flujómetros para la monitorización de asma
Maletín de transporte
Transiluminador de detección venosa superficial
Silla de ruedas

Nota: El equipamiento de cada vehículo dependerá de las prestaciones que realiza la unidad y según la cartera de servicios.

Maletín:

Se contará con maletines por cada estamento profesional y técnico. El contenido de estos se establecerá de acuerdo con criterios clínicos, por médico y enfermero (a) coordinadores y será responsabilidad del funcionario que realice la visita de HD (ver anexo n° 9 y 10).

Cada maletín debe incluir insumos de acuerdo con su perfil profesional y requerimientos, según plan terapéutico del paciente y las cantidades dependerán del número de pacientes. En el caso de transportar material estéril, se debe aplicar procedimiento según normativa vigente.

Así mismo, se deberán considerar los elementos de protección personal (EPP), tanto para aplicar precauciones estándares como para aplicar precauciones adicionales, según corresponda, requeridos según normativa vigente y situaciones definidas por la Autoridad Sanitaria, y protocolos institucionales.

CAPÍTULO VI: DE LOS REGISTROS

El registro de las actividades y atenciones sanitarias que se plasman en la ficha clínica (instrumento de carácter obligatorio), son considerados relevantes y confidenciales, tanto para resguardar información como para la toma de decisiones.

De acuerdo con la normativa vigente (Decreto nº41) este historial clínico debe ser capaz de informar de manera ordenada y cronológica los datos sobre la evolución del paciente, las consultas y plan terapéutico que se realizan en un periodo determinado.

El registro de la información puede ser en formato manual o electrónico (acorde a los recursos de cada establecimiento), resguardando la integralidad de la información, mediante un código identificador, debiendo ser registrada por el profesional/técnico que otorgó la prestación.

En el domicilio debe permanecer una hoja diaria de la evolución y cuidados a seguir por el paciente.

El establecimiento debe contar con registros que incluyan al menos lo siguiente:

1. Criterios de ingreso y egreso.
2. Protocolo de acción en caso de fallecimiento.
3. Encuesta de satisfacción usuaria al egreso.
4. Protocolo de reingreso a hospitalización: coordinación, derivación y flujos de acción en caso de requerir hospitalización en establecimiento de atención cerrada.
5. Funcionamiento del servicio frente a situaciones de contingencias, como emergencias y desastres.

ANEXOS:

Anexo 1:

Establecimientos que tienen instalada la estrategia de UHD (2020)

SS	Establecimiento
ARICA	Hospital Juan Noé Crevanni (Arica)
IQUIQUE	Hospital Ernesto Torres Galdames (Iquique)
ANTOFAGASTA	Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)
ATACAMA	Hospital San José del Carmen (Copiapó)
COQUIMBO	Hospital San Juan de Dios (La Serena)
	Hospital San Pablo (Coquimbo)
	Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús (Ovalle)
ACONCAGUA	Hospital San Juan de Dios (Los Andes)
	Hospital San Camilo (San Felipe)
VIÑA DEL MAR	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)
	Hospital de Petorca
	Hospital San Martín (Quillota)
	Hospital de Quilpué
VALPARAISO	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)
	Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)
MET CENTRAL	Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)
	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago)
	Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada
MET SUR	Hospital San Luis (Buin)
	Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)

	Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)
	Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)
MET ORIENTE	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)
	Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)
	Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)
MET SURORIENTE	Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)
	Centro de Referencia de Salud Hospital Provincia Cordillera
	Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Inzunza
	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)
MET OCCIDENTE	Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)
	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal)
	Hospital San José (Melipilla)
	Hospital Adalberto Steeger (Talagante)
	Hospital Metropolitano
	Hospital de Peñaflor
MET NORTE	Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)
OHIGGINS	Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez (Rengo)
	Hospital San Juan de Dios (San Fernando)
	Hospital Regional de Rancagua
	Hospital de Santa Cruz
MAULE	Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)
	Hospital San Juan de Dios (Curicó)
	Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)
ÑUBLE	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)
ARAUCO	Hospital Intercultural Kallvu Llanka (Cañete)

BIOBIO	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles)
CONCEPCION	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)
	Hospital San José (Coronel)
TALCAHUANO	Hospital Penco - Pirquén
	Hospital Las Higueras (Talcahuano)
OSORNO	Hospital Base San José de Osorno
VALDIVIA	Hospital Clínico Regional (Valdivia)
A. NORTE	Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)
A.SUR	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)
	Hospital de Intercultural (Nueva Imperial)
	Hospital de Pitrufrquen
	Hospital Maquehue-Pelal (Padre Las Casas)
	Hospital de Villarrica
RELONCAVÍ	Hospital de Puerto Montt
CHILOÉ	Hospital de Castro
AYSEN	Hospital Regional (Coihaique)
MAGALLANES	Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)

Fuente Depto. Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria, 2019

Anexo 2:

Ventajas de la estrategia de HD⁸

Paciente y su familia	Hospital	Sistema de salud
Fomenta la participación, responsabilidad y atención del paciente por parte de su familia.	Favorece el uso adecuado de los recursos al ser una estrategia de gran costo-efectividad.	Contribuye a un modelo de salud más humanizado.
Favorece la calidad de vida, intimidad y bienestar del paciente y su familia.	Aumento de la rotación y disponibilidad de camas.	Favorece el uso más eficiente de los recursos sanitarios.
El paciente recibe una asistencia personalizada y más humanizada.	Contribuye a disminuir los días de estada hospitalaria.	Brinda la posibilidad de integrar y mejorar el modelo de referencia y contra-referencia de los diversos niveles asistenciales
Contribuye a la prevención de la desinserción social y hospitalismo psíquico.	Otorga una alternativa para el manejo de pacientes de mediana y baja complejidad, sin necesidad de internación.	Entrega nuevas herramientas de salud para avanzar a un modelo de salud más eficaz en la resolución de los problemas de salud de la población.
Menor riesgo de iatrogenia.	Disminuye el riesgo de IAAS, evitando los costos económicos y sociales que conllevan.	
Reciben educación en salud relacionada directamente a las patologías que aquejan al paciente.		
Favorece el aumento de la satisfacción usuaria.		
Disminuye el costo social de la hospitalización tradicional (no requiere traslado de pacientes ni familiares).		

Anexo 3:

Consentimiento informado ingreso a Hospitalización Domiciliaria (formato sugerido)

Identificación del paciente:

Nombre completo: _____

Edad: _____

Dirección: _____

A través del presente documento, declaro que se me ha explicado en qué consiste la estrategia de Hospitalización Domiciliaria, sus beneficios y posibles riesgos. También se me ha explicado la enfermedad que padezco (a mi, tutor o familiar) y entiendo que puedo recibir los cuidados terapéuticos en mi domicilio para completar la hospitalización.

Para el desarrollo de esta hospitalización, el personal clínico (profesionales y técnicos) del Hospital _____, acudirán y podrán acceder a mi domicilio para realizar las prestaciones necesarias para mi tratamiento, con el fin de lograr el/los objetivos terapéuticos, las que pueden incluir la ejecución de acciones clínicas tales como: tratamiento antibiótico endovenoso, curaciones avanzadas, kinesioterapia respiratoria, oxigenoterapia, u otras como tales como _____.

Será fundamental, para ingresar a esta modalidad de Hospitalización Domiciliaria, que cuente con un compromiso personal y/o familiar para seguir las indicaciones entregadas por el equipo médico, incluyendo la realización de exámenes de laboratorio, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que se consideren indispensables para el manejo médico.

Durante la hospitalización se me informará acerca de mi evolución diaria durante la visita domiciliaria y oportunamente ante cualquier cambio en mi condición clínica, pronóstico u otros. El proceso de hospitalización será acotado (comprenderá un máximo de 10 días, excepto estricta indicación médica) y una vez resuelto mi motivo de hospitalización, seré remitido donde corresponda (Interconsulta con especialidad, control y seguimiento por Atención Primaria de Salud, programa de oxígeno domiciliario u otros _____).

La documentación de alta incluirá una epicrisis médica con un resumen de los hitos más importantes de mi hospitalización, diagnóstico e indicaciones claras de medicamentos con dosis y horarios, exámenes a realizar, controles con especialistas programados al momento del alta y educación recibida.

La unidad de Hospitalización Domiciliaria no cuenta con servicio de urgencia, por lo que, ante cualquier situación de emergencia, deberá ser trasladado por tutor responsable a un servicio de urgencia más cercano e informar a través de los números de contacto, a la unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Ante cualquier agresión, ya sea verbal o física a cualquier integrante del equipo de Hospitalización Domiciliaria, seré dado de alta administrativa de esta modalidad, recibiendo indicaciones respecto de dónde acudir y cómo proceder, para no perder la continuidad de la atención clínica

Manifiesto estar en conocimiento que al realizar un cambio de domicilio fuera del radio de cobertura de la unidad de hospitalización domiciliaria, se reevaluará la posibilidad de mantenerme bajo esta modalidad de atención o bien, requeriré de derivación a otro centro según la red de salud disponible.

Por todo lo anterior, señalo además que estoy de acuerdo y accedo voluntariamente a ingresar a esta modalidad de Hospitalización Domiciliaria.

Si estando en mi domicilio requiero de orientación sobre mi condición de salud, puedo llamar a los siguientes teléfonos _____ en horarios de lunes a domingo de _____ horas, o bien comunicarme con Salud Responde 600 360 7777

Firma Paciente_____
Nombre Tutor Responsable _____ R.U.T. _____
Firma Tutor Responsable_____
Relación de Parentesco _____
Nombre médico tratante_____
Firma médico tratante_____

Santiago, a _____ de _____ de 20__

Anexo 4:



INGRESO MÉDICO A HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (HD)

Fecha	
-------	--

Antecedentes del paciente	
Nombre Completo	
RUT	
N° de Ficha Clínica	
Fecha de nacimiento	
Edad	
Género	
Previsión	
Dirección	
Comuna	
Teléfonos	
CESFAM o Centro Médico de Atención Habitual	

Antecedentes del Tutor	
Nombre Completo	
RUT	
Parentesco	
Teléfono de contacto	
Dirección	
Comuna	

Fecha Ingreso HD	
Unidad de Procedencia	

Diagnósticos	
Diagnóstico principal	
Otros diagnósticos	

Antecedentes mórbidos



INGRESO DE ENFERMERÍA A HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (HD)

Fecha	
--------------	--

Antecedentes del paciente	
Nombre Completo	
RUT	
N° de Ficha Clínica	
Fecha de nacimiento	
Edad	
Género	
Previsión	
Dirección	
Comuna	
Teléfonos	
CESFAM o Centro Médico de Atención Habitual	

Antecedentes del Tutor	
Nombre Completo	
RUT	
Parentesco	
Teléfono de contacto	
Dirección	
Comuna	

Fecha Ingreso HD	
Unidad de Procedencia	

Condiciones al ingreso/Valoración de Enfermería					
Signos vitales	T°	FC	PAS/PAD (PAM)	FiO2/Sat	HGT
AIRE	Característica de respiración:				
	Oxigenoterapia:				
	Apoyo Ventilatorio:				
AGUA	Hidratación:				
CIRCULACIÓN	Piel (Color):				
	Perfusión:				
	Accesos Venosos:				
ALIMENTACIÓN	Estado Nutricional:				
	Método de alimentación:				
	Tolerancia Oral:				

ELIMINACIÓN	Diuresis:
	Ostomías o dispositivos:
	Deposiciones:
MOVILIZACIÓN	Movilidad/ Limitación funcional
	Úlceras por presión:
	Uso De ayudas técnicas:
REPOSO Y SUEÑO	Patrón de sueño:
PIEL	Higiene:
	Indemnidad:
SEGURIDAD	Estado de conciencia
	Estado de orientación:
ALERGIAS	

Examen físico			
Cabeza		Extremidades sup.	
Tórax		Extremidades inf.	
Mamas		Genitales	
Abdomen		Otros	

Tratamiento Habitual (Si es que recibe)			
Medicamentos	Dosis	Vía	Horario

Tratamiento Indicado en HD			
Medicamentos	Dosis	Vía	Horario

Curación (En caso de requerir)			
Característica de la piel o zona de herida/UPP:			
Característica UPP/Grado	Evaluación 2 días	Evaluación 5 días	Evaluación 7 días
Fecha de curación	Limpieza	Apósito	Frecuencia

--	--	--	--

Plan de Enfermería al ingreso

Educación

Nombre Profesional	
Firma	

Anexo 5:

Ruta única diaria

Unidad de Hospitalización Domiciliaria

HOJA DE RUTA DIARIA (formato y contenido sugerido)

Fecha	
Nombre de Conductor	
Estamento	
Hora de Salida de la UHD	
Hora de Llegada	

Consolidado de detalle de visitas de HD realizadas

N°	RUT del Paciente	Dirección Destino	Hora Inicio	Kilometraje de ida	Hora llegada a destino	Kilometraje llegada	Hora termino de la visita	Estamento que realiza la visita

Esta planilla debe ser registrada por conductor y debe ser entregada al termino de día.

PROGRAMACIÓN DIARIA (formato y contenido sugerido)

Ruta mañana

Vehículo n°1	Vehículo n°2	Vehículo n°3	Vehículo n°4	Vehículo n°5
Médico+TENS	Médico	Enf.	Enf.+TENS	TENS
Pcte. 1 (ingreso tto atb 1/7)	Pcte. 8 (ingreso)	Pcte.15 (ingreso)	Pcte. 22 (ingreso)	Pcte.29 (toma de exs.)
Pcte. 2 (ingreso tto atb 1/7)	Pcte. 9 (ingreso)	Pcte.16 (ingreso)	Pcte. 23 (ingreso)	Pcte.30 (toma de exs.)
Pcte. 3 (ingreso tto atb 1/7)	Pcte. 10 (ingreso)	Pcte.17 (control)	Pcte. 24 (control)	Pcte.31 (toma de exs.)
Pcte. 4 (ingreso tto atb 1/7)	Pcte. 11 (ingreso)	Pcte.18 (control)	Pcte. 25 (control)	
Pcte. 5 (ingreso)	Pcte. 12 (control)	Pcte.19 (curaciones)	Pcte. 26 (curaciones)	
Pcte. 6 (ingreso)	Pcte. 13 (control)	Pcte.20 (curaciones)	Pcte. 27 (curaciones)	
Pcte. 7 (ingreso)	Pcte. 14 (control)	Pcte.21 (curaciones)	Pcte. 28 (curaciones)	

Ruta tarde

Vehículo n°1	Vehículo n°2	Vehículo n°3	Vehículo n°4	Vehículo n°5
Médico+TENS	Médico	Enf.	Enf.+TENS	TENS
Pcte. 1 (alta)	Pcte. 8 (alta)	Pcte.15 (ingreso)	Pcte. 22 (ingreso)	Pcte.29 (toma de exs.)
Pcte. 2 (alta)	Pcte. 9 (alta)	Pcte.16 (ingreso)	Pcte. 23 (ingreso)	Pcte.30 (toma de exs.)
Pcte. 3 (alta)	Pcte. 10 (alta)	Pcte.17 (control)	Pcte. 24 (control)	Pcte.31 (toma de exs.)
Pcte. 4 (alta)	Pcte. 11 (alta)	Pcte.18 (control)	Pcte. 25 (control)	
Pcte. 5 (control)	Pcte. 12 (control)	Pcte.19 (curaciones)	Pcte. 26 (curaciones)	
Pcte. 6 (control)	Pcte. 13 (control)	Pcte.20 (curaciones)	Pcte. 27 (curaciones)	
Pcte. 7 (control)	Pcte. 14 (control)	Pcte.21 (curaciones)	Pcte. 28 (curaciones)	

Anexo 6:

Formulación de indicadores

Nombre	Definición	Fórmula de cálculo	
Promedio días de estada	Número promedio de días de hospitalización por cada paciente egresado en un período dado	Total de días de estada de pacientes egresados en el mes/ Total de egresos del mismo período	NOTA: No se consideran para este cálculo los pacientes que no han sido dados de alta al momento de aplicar el indicador. Se recomienda medir y reportar mensualmente. No olvidar contabilizar días de hospitalización correspondiente a mes actual y meses previos.
Porcentaje de ocupación	Porcentaje de ocupación es el número promedio de cupos que estuvieron ocupados diariamente durante un período, expresado en porcentaje. Proporción entre las estancias reales generadas en un período de tiempo y las estancias teóricas posibles en ese mismo período. Es útil para evaluar el costo efectividad de la capacidad de la UHD. Se sugiere medir y reportar mensualmente.	<i>(Promedio pacientes/día en el mes/ Número de cupos en el mes)*100</i> <i>Promedio pacientes/día en el mes=Días persona atendida en el mes/Días del mes</i>	

Porcentaje de reingresos	Porcentaje de pacientes que estando en HD, requieren ingreso a hospitalización en atención cerrada. Se recomienda medir y reportar mensualmente	$\left(\frac{\text{Nº de reingresos en el mes}}{\text{Nº Personas atendidas en el mes}} \right) * 100$	Es importante destacar que no se considera reingreso en los casos en que el paciente tiene una hospitalización programada (Ejemplo: prequirúrgicos, procedimientos, entre otros).
---------------------------------	---	---	---

Anexo 7:

Encuesta de satisfacción usuaria (formato sugerido)

A) Datos Sociodemográficos			
Nombre del encuestado		Nombre del paciente	
Rut		Rut	
Teléfono de contacto		Fecha de Ingreso	
Parentesco con el paciente		Fecha de Alta	
Fecha de la encuesta		Teléfono de contacto	

Para contestar las siguientes preguntas, favor marque con una X la alternativa de su preferencia

B) Al momento del ingreso					
1.- Cuando ingresó al Servicio de Hospitalización Domiciliaria, ¿fue informado sobre las Normas Generales, tales como: Horarios de atención, números telefónicos, causales de alta disciplinaria?	<table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td></td> </tr> </table>	Sí		No	
Sí					
No					

C) En cuanto a atención del equipo en general:			
2.- En su opinión, ¿fue suficiente el tiempo que dedicado por los Profesionales en cada visita?			
Estamento Profesional	Sí	No	No me atendió este profesional
Médico			
Enfermería			
Kinesiología			
Fonoaudiología			
Técnico en Enfermería			
Asistente Social			

3.- En relación a los siguientes ítems, ¿considera que la Unidad de Hospitalización Domiciliaria le brindó una atención completa a su enfermedad?		
Ítem	Sí	No
Exámenes		
Procedimientos		
Medicamentos		

4.- Favor indique su grado de satisfacción con los siguientes aspectos relacionados a la atención otorgada por parte de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (siendo 5 el nivel máximo de satisfacción y 1, el nivel más bajo de satisfacción)					
Aspectos a Evaluar	5 Completamente satisfecho	4 Satisfecho	3 Medianamente satisfecho	2 Insatisfecho	1 Completamente insatisfecho
Conocimiento y dominio en la atención					
Información otorgada					
Confidencialidad y discreción					
Predisposición a escuchar					
Amabilidad y respeto					

D) En relación a la atención otorgada por cada profesional al momento del alta:

5.- Médico

Actividad a evaluar	Sí	No
Indicó qué tratamiento debía seguir en su domicilio		
Explicó los síntomas que debía vigilar en su domicilio		
Informó sobre el seguimiento que debía continuar		
Entregó un informe de alta para su médico de cabecera		

6.- Enfermero/a

Actividad a evaluar	Sí	No
Reforzó indicaciones sobre el tratamiento a seguir en su domicilio		
Educo sobre los síntomas de alerta que debía vigilar en su domicilio		
Informó sobre los pasos a seguir y respondió sus preguntas		
Entregó un informe de alta para su Centro de Salud primaria		

7.- Kinesiólogo/a

Actividad a evaluar	Sí	No	No tuve
Educo sobre los ejercicios que debía seguir en su domicilio			
Indicó qué sintomatología debía vigilar en su domicilio			
Informó del seguimiento que debía continuar			
Entregó un informe de alta para su kinesiólogo de cabecera			

8.- Fonoaudiólogo/a

Actividad a evaluar	Sí	No	No tuve
Indicó qué tratamiento debía seguir en su domicilio			
Enseñó qué sintomatología debía vigilar en su domicilio			
Informó sobre el seguimiento que debía continuar			
Entregó un informe de alta para su Fonoaudiólogo de cabecera			

9.- Asistente social

Actividad a evaluar	Sí	No	No tuve
Informó sobre el seguimiento que debía continuar			
Proporcionó un documento de alta para presentar según su caso social			

10.- En caso de alta por mejoría, ¿en qué medida cree que se ha mejorado su problema?

Totalmente	
Bastante	
Algo	
Poco	
Nada	

Favor responder la siguiente pregunta sólo en caso de fallecimiento del paciente

11.- Como familiares, ¿qué tan conformes se encuentran con los cuidados que fueron otorgados por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria a su familiar para una muerte digna?

Muy satisfecho	
Medianamente satisfechos	
Poco satisfechos	
Insatisfechos	

E. Asistencia Telefónica

12.- Cuando efectuó una llamada telefónica a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, ¿el personal pudo resolver sus dudas oportunamente? Marque con una X la alternativa de su preferencia:

Sí, se atendió y resolvió mis dudas oportunamente	
No, mi llamada no fue atendida en forma satisfactoria	

F. Valoración Global

13.- En caso de poder elegir, ¿se volvería a hospitalizar bajo la modalidad de Hospitalización Domiciliaria?

Sí, volvería	
Probablemente volvería	
Probablemente no volvería	
No volvería	

Anexo 8:

Insumos maletín

Insumos y otros	
Aguja n°19x 1.5 larga	Lancetas
Aguja n°23x 1.0 corta	Ligadura
Solución en base alcohólica	Mariposa distintas medidas
Alcohol isopropílico 70%	Mascarillas médicas o quirúrgicas desechables
Apósito transparente adhesivo 6x7	Tela de papel autoadhesiva
Apósitos	Tórulas
Bajadas de suero	Tubos de toma de muestra
Bajalengua desechable	Vendas de gasa
Catéteres de distintas medidas	Sondas vesicales distintas medidas
Cintas glicemia	Sonda gástrica distintas medidas
Gasa larga	Sondas de aspiración distintas medidas
Guantes de procedimiento	Jeringa distintas medidas y usos.
Guantes estériles	Antiparras
Aerocámaras adulto	Aerocámaras pediátricas
Glucosa 10% 500 ml	Glucosa 5% 500 ml
Glucosa 30% 500 ml	Sodio cloruro 0,9% 20 ml
Sodio cloruro 0,9% 250 ml	Sodio cloruro 0,9% 500 ml

Anexo 9:

Kit de procedimientos

KIT PROCEDIMIENTO
Kit cateterismo vesical
Kit cateterismo gástrico
Kit instalación vía venosa periférica
Kit administración fármaco endovenos, subcutáneo, intramuscular
Kit de curación

BIBLIOGRAFIA:

1. Enfermedades no Transmisibles. Organización Panamericana de la Salud (OPS, Chile)
Disponible en
https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=128:enfermedades-no-transmisibles&Itemid=213
2. Jadue, L., Vega, J, et al. (1999) Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: Metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades no Transmisibles). Disponible en
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000800017
3. Definiciones Superintendencia de Salud. Disponible en
http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2430.html#recuadros_articulo_4933_2
4. Ordinario C21/Nº 1844, del 15 de junio de 2012. Orientación técnica Hospitalización domiciliaria, 2011, DIGERA, MINSAL.
5. Resolución exenta Nº 310, del 16 de marzo 2021. Estrategias de refuerzo en APS para enfrentar COVID-19. DIVAP, MINSAL.
6. Informe final de evaluación programas gubernamentales. Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa (2017). Disponible en
https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163132_informe_final.pdf
7. Resolución Exenta Nº 403, del 9 de marzo de 2018. Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. DIPRECE-DIVAP, MINSAL.
8. La Hospitalización Domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas Rosângela Minardi Mitre Cotta,1,2,3 María Morales Suárez-Varela,1,3 Agustín Llopis González,1,3 José Sette Cotta Filho,4 Enrique Ramón Real5 y José Antonio Días Ricós. Disponible en
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rpsp/v10n1/5850.pdf>

9. Ley 20.6584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud, versión única 01-10-2012. Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL. Disponible en
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
10. Ley 20.422, Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. MIDESO. Disponible en
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903&idParte=>
11. Decreto 41, Reglamento sobre fichas clínicas, Versión Única 15-12-2012. Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL. Disponible en
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1046753>
12. Decreto con Fuerza de Ley 29, texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley n° 18.834 sobre estatuto administrativo, Última Versión De: 05-06-2018. Ministerio de Hacienda. Disponible en
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=236392>
13. Ley 19.628, Ley de Protección de la Vida Privada. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Disponible en
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>
14. Govindarajan, R. (2009). El desorden sanitario tiene cura: Desde la seguridad del paciente hasta la sostenibilidad del sistema sanitario con la gestión de procesos. Cap. 1. Ed Marge Medica Books.
15. Temes, J., Mengibar, M. (2011). Gestión Hospitalaria. Cap.8. 5ª Ed. Mc Graw Hill.
16. Resolución exenta N° 721, del 5 de agosto del 2015. “Aprueba procesos clínicos priorizados de apoyo a la gestión de la red asistencial”
17. Resolución exenta N° 1031, del 17 de octubre de 2012. “Aprueba protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención de salud”. Disponible en
<https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>
18. Reglamento sobre Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud (REAS) DTO. N° 6 DE 2009 Publicado en el Diario Oficial de 04.12.09

19. Ordinario C21/Nº 2972, del 30 de septiembre 2020. Lineamientos en gestión y eficiencia clínica hospitalaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud de Chile.